

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРЫМСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ В. И. ВЕРНАДСКОГО»

СБОРНИК ТЕЗИСОВ УЧАСТНИКОВ

IV научно-практической конференции
профессорско-преподавательского состава,
аспирантов, студентов и молодых ученых

«ДНИ НАУКИ КФУ им. В.И. ВЕРНАДСКОГО»

г. Симферополь 2018 год

Техническая редакция и верстка:

Отдел организации научно-исследовательской работы студентов и конкурсов Управления организации научной деятельности Департамента научно-исследовательской деятельности ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

IV научно-практическая конференция профессорско-преподавательского состава, аспирантов, студентов и молодых ученых «Дни науки КФУ им. В.И. Вернадского» / Сборник тезисов участников/ Том 1. Медицинская академия им. С.И. Георгиевского / Симферополь, 2018

В сборник включены доклады участников IV научно-практической конференции профессорско-преподавательского состава, аспирантов, студентов и молодых ученых «Дни науки КФУ им. В.И. Вернадского», отражающие достижения научных и практических изысканий в сфере естественных, гуманитарных, технических наук и информационных технологий.

Работы публикуются в редакции авторов. Ответственность за достоверность фактов, цитат, собственных имен и других сведений несут авторы.



**МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
имени С.И. ГЕОРГИЕВСКОГО**

СЕКЦИЯ ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛСЬКОГО СОСТАВА

(наименование секции)

ОБОСНОВАНИЕ ФАРМАКО-ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ С НЕЙРОТРАВМОЙ

Горобец С.М.

*Доцент кафедры стоматологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского», кандидат
медицинских наук, ученое звание доцент
gorobets0869@mail.ru*

Введение. На основании проведенных исследований о роли структурно-функциональных нарушений опорного скелета в развитии и прогрессировании воспалительно-деструктивных процессов в альвеолярном гребне, обоснована остеотропная терапия препаратами, регулирующими белково-минеральный обмен в костной ткани при заболеваниях тканей пародонта. Обосновано применение препаратов, регулирующих метаболизм костной ткани, способствует нормализации метаболических процессов в тканях пародонта, уменьшению темпов перестройки межзубных и межкорневых костных перегородок путем снижения активности процессов резорбции и стимулирования остеогенеза в костной ткани альвеолярного гребня и в организме в целом.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения аппликаций лечебной грязи, биорезонансной вибростимуляции на область десен и назначения остеотропного препарата «Кальцемин» в комплексном лечении генерализованного пародонтита у больных с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ).

Материалы и методы. Было проведено клиническое обследование пародонтологического статуса больных пародонтитом на фоне ТБСМ, рентгенологическое (ортопантомография челюстей), иммунологическое - показатели местного иммунитета полости рта изучали в образцах ротовой жидкости, которую собирали утром натощак в мерные пробирки, центрифугировали 20 мин при 3000 об/мин, надсадочную жидкость переносили в герметически закрывающиеся пластиковые пробирки и хранили при -20° С. Секреторный иммуноглобулин А (SIgA) в ротовой жидкости определяли “сэндвич”-вариантом тИФА. Референтные значения SIgA для лиц с интактным пародонтом - 0,06 - 0,260 г/л.

Секреторный антиэндоксинный иммуноглобулин А (анти-ЛПС-SIgA) в ротовой жидкости определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (тИФА). Референтные значения для анти-ЛПС-SIgA в ротовой жидкости у здоровых лиц составляет 0,08 - 0,103 усл. ед. опт. плотн.

Концентрацию цитокинов *IL-1B* и *IL-4*. в ротовой жидкости и в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с использованием коммерческих наборов (ООО "Цитокины").

Результаты проведенных нами клинико-лабораторных исследований свидетельствуют о том, что применение аппликаций лечебной грязи, биорезонансной вибростимуляции на область десен и назначения остеотропного препарата «Кальцемин» в

комплексном лечении генерализованного пародонтита, патогенетически обосновано, и позволяет добиться ликвидации воспалительных процессов в тканях пародонта, тормозит синтез провоспалительных цитокинов, нормализует метаболические процессы, уменьшает темпы перестройки межзубных и межкорневых костных перегородок путем снижения активности процессов резорбции и стимулирования остеогенеза в костной ткани альвеолярного гребня и в организме в целом и способствует стабилизации воспалительно-дистрофического процесса в тканях пародонта.

Выводы. Под влиянием остеотропной терапии у больных с нейротравмой повышаются адаптационные возможности костной ткани альвеолярного отростка и дают возможность опорно-удерживающему аппарату зубов выдерживать функциональную нагрузку при жевании.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ И ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Каладзе Н.Н.

*доцент кафедры детской стоматологии Медицинской академии
имени С.И. Георгиевского КФУ
natusss-ik@mail.ru*

Введение. Основной причиной поражения пародонта при ревматоидном артрите (РА) является прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани. При прогрессировании РА в патологический процесс вовлекается и костная ткань с развитием ее структурно-функциональной неполноценности, что приводит к остеопеническому синдрому. Установлено влияние системного остеопороза на состояние зубочелюстной системы. Функциональное состояние костной системы тесно взаимосвязано с процессами метаболизма и структуры тканей пародонта, альвеолярной кости. Снижение минеральной плотности костной ткани скелета усугубляет тяжесть течения заболеваний пародонта.

Целью настоящего исследования явилось изучение структурно-функциональных свойств костной ткани и тканей пародонта у детей с ревматоидным артритом в зависимости от возраста, пола и формы заболевания.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 52 ребенка с ювенильным ревматоидным артритом и явлениями хронического катарального гингивита в возрасте от 7 до 12 лет. Среди них 34 (65,4%) девочки и 18 (34,6%) мальчиков. Длительность заболевания данной группы обследованных детей РА от 1 года до 7 лет.

На момент осмотра, в соответствии с классификацией ювенильного ревматоидного артрита, суставная форма болезни была у 29 (55,8%), суставно-висцеральная – у 23 (44,2%) детей.

Структурно-функциональное состояние костной ткани (плотность, эластичность, прочность) и степень остеопороза исследовали с помощью ультразвукового денситометра «Achilles+» (Lunar Corp., США). С помощью прибора определяли следующие показатели: скорость распространения ультразвука (СРУ), широкополосное ослабление ультразвука (ШОУ), индекс плотности костной ткани (ИП). Гигиеническое состояние полости рта оценивали с помощью индекса Грина-Вермиллиона (1964). Для регистрации состояния тканей пародонта использовали индекс РМА (Parma, 1960).

Результаты исследований. При обследовании детей с РА было выявлено снижение всех ультразвуковых показателей, что говорит о выраженных структурных изменениях костной ткани. В обследованной группе детей ИП костной ткани снижен на 18% от возрастной нормы. Проведенный анализ результатов показал, что снижение ИП выявлено у 14 мальчиков (77,78%) и 26 девочек (76,47%). Средние показатели отмечены у 8 девочек

(23,53%) и 4 мальчика (22,22%). Наибольшее снижение ИП у мальчиков отмечено в 9, 12 лет, а у девочек в 8, 11-12 лет.

При исследовании костной ткани остеопения была выявлена у 5 детей с суставной формой заболевания (17,24%) и у 4 детей – с суставно-висцеральной формой (17,39%). Снижение ИП выявлено при суставной форме у 16 детей (55,17%), при суставно-висцеральной – у 14 детей (60,87%). Средние показатели отмечены у 8 (27,59%) и 5 (21,74%) детей соответственно. Т.о., у детей с РА, как мальчиков, так и девочек, формирование пика костной ткани нарушено. В группе детей от 9 до 12 лет снижение от показателей возрастной нормы составило в среднем 5-10%. Все эти изменения более выражены у детей с суставно-висцеральной формой РА, чем у детей с суставной формой, что связано с интенсивностью и распространенностью иммунно-воспалительных процессов.

При стоматологическом обследовании у всех детей отмечались отложения мягкого зубного налета, особенно в области шеек зубов, гиперемия межзубной, реже маргинальной десны. Индекс РМА у детей с суставной формой РА составил 16,7%, с суставно-висцеральной – 21,5%. Показатели индекса гигиены свидетельствуют о неудовлетворительном гигиеническом состоянии полости рта (у детей с суставной формой – 1,75, с суставно-висцеральной – 2,05), что следует расценивать как отягощающий фактор, поддерживающий хроническое течение гингивита.

Выводы. У детей с ревматоидным артритом определяются нарушения структурно-функционального состояния костной ткани, выраженность которых зависит от возраста, пола, формы и длительности заболевания.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ СО СТРЕССОМ, У ЖЕНЩИН.

¹Примышева Е.Н., ²Макарова Л.А.

¹ - *Ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и медицинской психологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского» КФУ*

² - *студентка 5 курса 1 медицинского факультета Медицинской академии*

им. С.И. Георгиевского» КФУ

primysheva.Helen@gmail.com

Введение. Важность изучения шизофрении обусловлена неблагоприятными социальными последствиями. У женщин это связано с социальной функцией в обществе в виде воспитания подрастающего поколения. «Стресс» может играть роль «пускового» фактора, способствующего реализации патологической наследственности, а также влиять на последующее обострение процесса. Среди основных этапов лечения выделяют восстановление прежнего уровня социально-трудовой адаптации с обязательным приёмом профилактической терапии.

Цель исследования. Изучить психопатологические проявления параноидной шизофрении у женщин, усовершенствовать лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия.

Задачи исследования:

1. Выявить особенности клинических проявлений параноидной шизофрении, ассоциированной со стрессом, у женщин.

2. Разработать рекомендации по улучшению социальной адаптации и сохранению качества жизни у этой категории больных.

Методы исследования. С помощью клинико-анамнестического, патопсихологического (методика Спилбергера - Ханина для изучения тревоги, шкала PANSS) методов обследовано 160 женщин, страдающих параноидной шизофренией, проходивших курс стационарного лечения в «Клинической психиатрической больнице № 1». Сформировано 2 группы, основная и группа сравнения, по 80 человек в каждой. Возраст - от 30 до 50 лет. В основной группе отмечено наличие стрессорных событий перед первым психотическим эпизодом.

Результаты исследования. В обеих группах среди больных с отягощённой наследственностью у родственников чаще наблюдались разнообразные психические заболевания, в том числе, алкоголизм. В основной группе реже встречалась патология во время беременности и родов у матери (10,0 %, в группе сравнения – у 33,3 % женщин). В группе сравнения в детстве наблюдались частые соматические заболевания (40,0 %; в основной группе – 30,0 %). В основной группе преобладали больные, у которых наблюдались неблагоприятные психологические факторы в их развитии в детском возрасте (30,0 %; в группе сравнения – 6,7 %). В этой же группе отмечено большее число сенситивных, тревожно-мнительных пациенток (45,0 %; в группе сравнения преобладающим типом личности являлся замкнутый, спокойный – 33,8 %).

Число больных, состоящих в браке и имеющих детей, больше в основной группе (77,5 %, в группе сравнения – 55,0 %). Инвалидность чаще устанавливалась в основной группе (17,6 %; в группе сравнения – 10,6 %). Общее число не работающих больных преобладало в основной группе (76,3 % против группы сравнения, 60,0 %).

Тенденция к увеличению продолжительности госпитализаций в большей степени выражена среди обследованных основной группы (57 человек из 80, 71,3 %; в сравниваемой – 33 человека, 41,3 %).

В основной группе наблюдалась повышенная метеочувствительность, преобладали обострения заболевания весной ($p < 0,05$). В группе сравнения у большинства пациенток зависимости ухудшения психического состояния от сезонов не наблюдалось ($p < 0,01$).

При наличии у больных склонности к сезонным обострениям, наблюдалась тенденция к увеличению продолжительности госпитализаций с течением заболевания. В основной группе среди проявлений повышенной чувствительности к переменам погоды преобладали аффективные нарушения (42,0 % против 33,3 %). По данным теста Спилбергера в основной группе выраженность тревоги больше ($40,61 \pm 6,58$ и $33,16 \pm 5,16$ баллов соответственно). Тревога чаще выявлялась в основной группе (73,8 % против 60,0 %).

По шкале PANSS уровень тревоги в основной группе больше ($3,46 \pm 0,1$ против $3,21 \pm 1,33$ бал.). В основной группе больше пациенток с умеренно выраженной (71,2 % против 58,3 %) и сильно выраженной тревогой (13,6 % против 10,4 %). По шкале PANSS уровень депрессии в основной группе больше ($3,59 \pm 0,19$, против $3,41 \pm 0,14$ бал.). В основной группе больше пациенток с сильной и очень сильной выраженностью депрессии (26,3 %; против 23,7 %). По пункту O14 («ослабление контроля импульсивности») в основной группе больше пациенток, склонных в условиях стресса легко раздражаться или расстраиваться (88,1 %; против 68,7 %). При оценке пункта O1 («соматическая озабоченность»): в основной группе больше пациенток, обеспокоенных своим соматическим здоровьем в рамках тревожно-депрессивного синдрома, среди них больше больных, которым возможно проведение психотерапевтической коррекции этих состояний (45,0 % против 19,2 %).

Число пациенток, регулярно принимавших поддерживающую терапию, крайне малое в обеих группах (в группе сравнения - 7,5 %; в основной - 3,8 %).

В основной группе большее число пациенток связывали начало заболевания со стрессорами (73,8 %; в группе сравнения – 28,8 %), а также последующие обострения заболевания (56,3 %; в сравниваемой – 22,5 %).

В результате влияния стрессоров в клинической картине групп выявлены различия: в основной группе в ходе госпитализаций, спровоцированных психотравмирующими событиями, преобладали аффективные нарушения; чаще к психотической симптоматике присоединялась депрессивная (91,4 %, против 55,6 %). В основной группе чаще отмечались депрессивные

расстройства без психотических расстройств (60,0 %, против 25,0 %), суицидальные тенденции (14,3 %, против 8,3 %).

Выводы. 1. Профилактикой шизофрении является предупреждение этиологических факторов. Наряду с шизофренией частым отягощающим наследственностью фактором является алкоголизм родственников, как способствующий развитию шизофрении у потомков. Важно улучшать психологический микроклимат в семье с целью формирования гармоничной личности ребёнка.

2. Среди больных шизофренией, у которых заболевание связано с воздействием стрессоров, преобладала социальная дезадаптация. Чувствительность к переменам погоды, склонность к тревожно-депрессивным реакциям являются показателем риска повышенной чувствительности к влиянию стрессоров.

3. Психотерапия является обязательным методом общих программ реабилитации пациентов.

Важным представляется формирование позитивного общественного мнения о психических заболеваниях. Низкий уровень трудовой занятости больных в сочетании с низкими пенсией и заработной платой требуют решения проблемы их социальной адаптации на общегосударственном уровне в виде улучшения социально-экономического развития общества и обеспечения большей социальной защищённости его граждан.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИИ СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ. (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИИ СМЕШАННОЙ ЭТИОЛОГИИ (АСКАРИДОЗ, ТОКСОКАРОЗ И ЭХИНОКАККОЗ) У РЕБЕНКА ДВУХ ЛЕТ)

Рымаренко Н.В.¹, Крюгер Е.А.², Бобрышева А.В.², Вяльцева Ю.В.³, Халилов Э.Я.³

¹ профессор кафедры педиатрии с курсом детских инфекционных болезней
Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

² доцент кафедры педиатрии с курсом детских инфекционных болезней Медицинской
академии имени С.И. Георгиевского КФУ

³ ассистент кафедры педиатрии с курсом детских инфекционных болезней
Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

lena.kryuger.75@bk.ru

Введение. К гельминтозам относят заболевания в виде глистной инвазии, основной причиной которого является инфицирование человека различными глистами. Для глистных инвазий характерен набор специфических симптомов особенностью которых является разнообразие клинических симптомов и длительность течения во времени. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) каждый человек за период своей жизни заболевает каким - либо паразитарным заболеванием. Однако наиболее уязвимой категорией считаются дети в возрасте до 12 лет. Они составляют 85% из всех общих случаев инфицирования. Повышения уровня заболеваемости гельминтозами у детей прежде всего связано как с внедрением современных методов диагностики, которые позволяют быстро индентифицировать паразит, а значит своевременно назначить этиотропное лечение, так и миграцией населения.

Цель работы. Провести дифференциальный диагноз, изучить, проанализировать и исследовать основные особенности течения глистной инвазии смешанной этиологии (аскаридоз, токсокароз и эхинококкоз) на примерах клинических случаев у детей.

Материалы и методы. В качестве примеров были изучены медицинская карта стационарного больного Государственного бюджетного учреждения здравоохранения

Республики Крым «Республиканская детская инфекционная клиническая больница» города Симферополя от 2018г., компьютерная томография органов брюшной полости.

Результаты. История болезни Самира Э., 2 года и 3 месяца, находившегося в ГБУЗ РК «РДИКБ» с 09.01 по 23.01.2018 года с диагнозом: Глистная инвазия смешанной этиологии (аскаридоз, токсокароз) висцеральная форма с поражением легких и печени, протекающих с обструктивным синдромом. Поражение легких характеризовалось по типу матового стекла/ консолидации и воспалительными изменениями в нижних долях правого легкого. Поражение печени характеризовалось ее умеренным увеличением и наличием интропаренхиматозно и субкапсулярно гиподенсивных участков. Серологическое исследование крови ребенка методом ИФА выявило наличия высокого титра JgG к токсокарозу, аскаридозу и эхинококкозу. Ребенок длительно находился на «Д» учете у пульмонолога – частые обструктивные бронхиты и бронхиолиты, аллергодерматиты, у гематолога по поводу длительной анемии и гастроэнтеролога – диспанкреатизм. Ребенок проживает в частном доме, тесно общается с собаками и кошками, страдает геофагией.

Выводы. Изучение клинических особенностей глистной инвазии смешанной этиологии – аскаридоза, токсокароза и эхинококкоза у детей позволяет выявить основные синдромы поражения органов и систем, а именно дыхательной, ЖКТ. Каждого ребенка с подозрением на гельминтоз нужно комплексно обследовать на основные группы гельминтов, при подозрении на поражение легких и печени – назначение КТ. В лечении гельминтоза смешанной этиологии назначать альбендазол в возрастных дозировках. Пристальное внимание уделять методам профилактики гельминтозов у детей.

СЛОЖНЫЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОГО ВРОЖДЕННОГО АУТОИММУННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО. EXEPLIS DISCIMUS (НА ПРИМЕРАХ МЫ УЧИМСЯ)

Бобрышева А.В.¹, Рымаренко Н.В.², Крюгер Е.А.¹, Вяльцева Ю.В.³, Халилов Э.Я.³

¹ доцент кафедры педиатрии с курсом детских инфекционных болезней Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

² профессор кафедры педиатрии с курсом детских инфекционных болезней Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

³ ассистент кафедры педиатрии с курсом детских инфекционных болезней Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

lena.kryuger.75@bk.ru

Введение. Гистиоцитоз из клеток Лангерганса (ГКЛ) - исключительно разнообразное по клиническим проявлениям и течению заболевание, характеризующееся накоплением и/или пролиферацией в очагах поражения клеток с характеристиками эпидермальных гистиоцитов - клеток Лангерганса. Этиология и патогенез ГКЛ достоверно не известны. Обсуждаются иммунопатологическая и опухолевая природа заболевания. В патогенезе разнообразных клинических и морфологических проявлений ГКЛ ведущая роль отводится цитокинам, которые продуцируются Т-лимфоцитами и клетками Лангерганса в очагах поражения и опосредуют локальное накопление клеток воспалительного инфильтрата, разрушение и восстановление окружающих нормальных тканей. Исходы ГКЛ варьируют от спонтанно излечивающихся одиночных очагов поражений до диссеминированных форм, приводящих к полиорганной недостаточности с летальным исходом.

Цель работы. Провести дифференциальный диагноз, изучить, проанализировать и исследовать основные особенности течения ГКЛ у новорожденного ребенка.

Материалы и методы. В качестве примера ГКЛ были изучены истории родов и карта истории болезни ребенка, поступившего в ГБУЗ ДКБ г. Симферополя по линии центра экстренной медицинской помощи медицины катастроф в первые сутки жизни.

Результаты. Ребенок родился 28.08.15 доношенным, с массой тела 4300 г. Находился на стационарном лечении в отделении анестезиологии и реанимации новорожденных (ОАРН) с 28.08.15 по 31.08.15, затем в отделении патологии новорожденных (ОПН) с 31.08.15 по 28.10.15. Диагноз: D76.3 Гистиоцитоз из клеток Лангерганса, с изолированным поражением кожи. Анемия легкой степени. Капиллярные гемангиомы в области спины и левого бедра. С рождения на коже множественные элементы везикуло-геморрагической сыпи, больше в области головы, ладоней и стоп. На 12-й день жизни появились новые элементы сыпи на коже головы, наружных слуховых проходах, на слизистых правого глаза. С момента поступления ребенка в стационар проводилась дифференциальная диагностика между такими заболеваниями, как: «Врожденная инфекционная болезнь неуточненная», «Иммунодефицитное состояние», «Пролиферативное состояние (врожденный гистиоцитоз)». Диагноз выставлен 26.10.15 на основании иммуногистохимического исследования биопсионного материала, проведенного в ФГБУ «ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Д.Рогачева».

Выводы. ГКЛ относится к группе очень редких заболеваний периода новорожденности, кожные проявления при изолированной форме схожи с нозологическими формами другой этиологии (TORCH-инфекции, атопический дерматит, мастоцитоз и др.) и являются единственным симптомом данного заболевания, в связи с чем необходима настороженность неонатологов, инфекционистов и педиатров в отношении данной патологии. Своевременная диагностика позволяет начать продуктивное лечение, что в значительной степени оптимизирует прогноз.

АНАЛИЗ ИЗВЕЩЕНИЙ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ В 2011-2016 ГГ.

Матвеев А.В.¹, Коняева Е.И.², Егорова Е.А.²

^{1,2} доцент кафедры внутренней медицины №1 с курсом клинической фармакологии
Медицинской академии им. С. И. Георгиевского;

³ ассистент кафедры внутренней медицины №1 с курсом клинической
фармакологии Медицинской академии им. С. И. Георгиевского

avmcsmu@gmail.com

Введение. В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной проблемой государственных, медицинских и общественных организаций во всех развитых странах мира в связи с высокой заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью. Одно из ведущих мест в структуре ССЗ в связи с ее широкой распространенностью, высоким риском развития осложнений и низкой приверженностью пациентов к лечению занимает артериальная гипертензия (АГ).

Лечение артериальной гипертензии требует проведения длительной фармакотерапии, поэтому выбранная медикаментозная терапия должна хорошо переноситься пациентом, быть безопасной и повышать его качество жизни. В связи с чем, особенно актуальной становится проблема изучения нежелательных реакций (НР), возникающих при применении препаратов для лечения АГ.

Целью нашей работы было изучение структуры и особенностей нежелательных реакций на антигипертензивные лекарственные средства: ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов к ангиотензину II, β -адреноблокаторы и блокаторы медленных кальциевых каналов (БМКК).

Материалы и методы. В работе использовали данные извещений о нежелательных реакциях антигипертензивных препаратов в Республике Крым за период 2011-2016 гг. Анализ проводили по извещениям о НР лекарственных средств, находящихся в электронной базе данных ARCADE, при этом использовали АТХ-классификацию.

Результаты и обсуждение. За период 2011-2016 гг. было зарегистрировано 211 случаев побочных реакций на антигипертензивные препараты. При этом наибольшее количество НР было зарегистрировано при применении препаратов группы ингибиторов АПФ (125 случаев, 59,2%) и БМКК (51 случай, 24,2%). Реже НР возникали при применении препаратов группы β -адреноблокаторов (19 случаев, 9%) и БРА (16 случаев, 7,6%). «Лидерами» по развитию НР в группе ингибиторов АПФ были эналаприл (37 случаев) и каптоприл (31 случай), в группе БМКК – амлодипин, который вызвал НР в 36 случаях (70,6%).

Изучение карт-извещений показало, что побочные реакции на антибиотики более часто возникали у лиц женского пола – 152 случая (72%), при этом у мужчин НР были зарегистрированы в 59 случаях, что составило 28%. Изучение возрастных категорий пациентов показал, что наиболее часто НР возникали у лиц в возрасте 51-60 лет – 73 случая (34,6%) и 61-70 лет – 51 случай (24,1%).

Среди проявлений НР антигипертензивных препаратов наиболее часто регистрировались аллергические реакции (70 случаев), при этом в 13 случаях они носили угрожающий жизни характер (отек Квинке). Незначительно реже наблюдались нарушения со стороны дыхательной системы (64 случая), менее часто имели место нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (29 случаев) и ЦНС (13 случаев). При этом коррекция НР потребовалась в 86 случаях (41%), в остальных 69% случаев пациенты в дополнительной терапии НР не нуждались.

Выводы. Анализ извещений о НР на антигипертензивные препараты показал, что большая часть регистрируемых реакций наблюдалась при применении препаратов группы ингибиторов АПФ и БМКК, при этом основными проявлениями таких НР были аллергические реакции различной степени тяжести.

Изучение НР, возникающих при применении антигипертензивных препаратов, позволит повысить эффективность проводимой фармакотерапии, снизить частоту НР, а также повысить качество жизни пациентов.

ПРАКТИКА РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛИ «ПЕРЕВЁРНУТЫЙ КЛАСС» В ОБУЧЕНИИ РУССКОМУ ЯЗЫКУ КАК ИНОСТРАННОМУ

Фильцова М.С.

*старший преподаватель кафедры русского языка Медицинской академии
имени С.И. Георгиевского КФУ
marinafiltsova@yandex.ru*

Введение. Глобализация мирового пространства приводит к усилению мобильности современного профессионального и человеческого сообщества, следствием чего становятся увеличение разноканальности неоднозначных потоков информации, необходимость их быстрого анализа и системной интерпретации, а также интерактивность (медиакомпетентность) и разноуровневое образование, требующее его индивидуального отслеживания. Учебное заведение любого уровня больше не является единственным хранилищем информации, но служит своеобразным «местом встречи», местом обсуждения, дискуссий и систематизации информации. Субъектом процесса образования становится не только обучающий, но и обучающийся. Между тем преподаватель в подавляющем большинстве случаев остаётся носителем образного мышления, ориентирующим обучающегося на запоминание результата, на общую образованность, тогда как студент XXI века, отличающийся клиповым мышлением, нацелен на практикоориентированное обучение, часто продолжающееся в течение всей жизни. Инструментом такого обучения являются сеть и гаджеты (отметим, что последнее для преподавателя представляет собой лишь объект освоения и усвоения). Для нового поколения студентов путь к результату намного важнее самого результата, поскольку позволяет им свободнее ориентироваться в изменчивом, неопределённом и неоднозначном современном мире. Общая образовательная компетенция сегодня (см. ФГОС третьего поколения) – это прежде всего образовательная самокомпетенция, включающая самомотивацию, самодисциплину, умение самостоятельно работать с информацией (в том числе способность добывать информацию и запоминать путь к ней, структурировать и анализировать информацию, получаемую по разным каналам, презентировать информацию, адекватно и целенаправленно её использовать, преобразуя в опыт), а также мотивированная рефлексивная самооценка в процессе обучения. Поэтому столь важным является сегодня индивидуализация содержания и структуры обучения согласно потребностям индивида, практическая компетентностная ориентация, отказ от «готовой» информации в пользу личного добывания опыта и выведения информации из него.

Сказанное выше лежит в основе технологии «перевёрнутого класса». Необходимость отхода от традиционных методик обучения и обращение к названной модели (адаптивной системы обучения, по терминологии А. Бердичевского и А. Границкой) в нашем случае вызвана частым формированием так называемых смешанных групп студентов, изучающих медицину с помощью английского языка-посредника, в результате чего в одной группе оказываются студенты, изучающие русский язык с абсолютного нуля, и студенты, закончившие полный курс довузовского обучения и требующие альтернативной программы по русскому языку. В связи с этим **целью нашей работы** является методическое обоснование организации обучения русскому языку как иностранному в смешанных группах.

В основе такой работы лежит идея индивидуализации обучения, самообразования и взаимного образования обучающихся, а также постоянное самообразование преподавателя (междисциплинарность, мобильность, владение современными информационными технологиями), поскольку технология «перевёрнутого класса» – это сочетание традиционной классно-урочной системы и современного цифрового образования. В обучении смешанных групп мы практикуем модель, при которой предоставляется материал для самостоятельного изучения дома, а на очном занятии проходит практическое

закрепление материала. При этом мы используем подкасты (звуковые файлы) и водкасты (Vodcast от video-on-demand, т.е. видео по запросу), которые мы рассылаем студентам через социальные сети. Предваряющая занятия домашняя работа включает в себя просмотр / прослушивание видео / аудиофайлов, чтение учебных текстов и рассмотрение поясняющих рисунков, выполнение тестов на начальное усвоение темы. Аудиторная работа посвящается разбору вопросов, возникших у студентов в ходе выполнения домашнего (опережающего) задания, и выполнению практических заданий. При этом обучающиеся делятся в аудитории на мини-группы, соответствующие уровню подготовленности. После занятия в качестве домашней работы предлагается выполнение тестов на закрепление изученного (в том числе тестов онлайн разного уровня).

Результаты исследований. Серьёзным преимуществом технологии перевёрнутого класса является возможность для разных категорий учащихся, объединённых административной волей в единую группу, осваивать материал в собственном темпе, не будучи зажатými временными рамками урока, а также позволяет избежать неловких ситуаций, связанных с разным уровнем владения языком и вызывающих падение веры в собственные силы. Преподаватель же располагает большим временем для объяснения вопросов, вызвавших затруднение, и имеет возможность качественно организовать учебную деятельность, вовлекая в разные виды работ всех без исключения учащихся.

Выводы. Технология перевёрнутого класса полностью соответствует Федеральным образовательным стандартам третьего поколения, предусматривающим активное освоение интерактивных технологий в учебном процессе, в том числе в процессе обучения иностранному языку.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Хилько С.С., Влахов А.К., Бутырский А.Г., Гринческу А.Е., Фомочкин И.И.
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, кафедра общей хирургии

Последние десятилетия отмечены ростом числа больных с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны с развитием механической желтухи (МЖ), частота которой варьирует от 12 до 45%.

Цель работы – обобщить опыт оказания помощи больным с МЖ в условиях отделения неотложной хирургии.

Материалы и методы. Работа выполнена с исследованием 250 пациентов. Ретроспективная группа (I, 119 человек) была набрана в период 2010-2012 гг., когда предпочтение отдавалось одноэтапным операциям. За период 2015-2017 гг. в отделение поступил 131 пациент с МЖ. Средний возраст составил 64,2 года. Мужчин было 27,3%, женщин 72,7%. По нозологическим формам больные распределялись следующим образом: холангит (K83.0) – 6, обструкция желчного протока (K83.1) – 7, камни желчного протока с холангитом (K80.3) – 25, камни желчного протока с холециститом (K80.5) – 59, камни желчного протока без холангита или холецистита (K80.5) – 2, постхолецистэктомический синдром (K91.5) – 28, печеночноклеточный рак (C22.0) – 4, рак внутрпеченочного желчного протока (C22.1) – 4, рак желчного пузыря (C23) – 19, рак внепеченочного желчного протока (C24.0) – 7, рак поджелудочной железы (C25) – 84, эхинококкоз печени (B67) – 3, врожденные аномалии желчного пузыря, желчных протоков и печени (O44) – 2. По структуре заболеваний, возрасту и полу группы были сравнимы.

При госпитализации в клинику у всех больных определялась гипербилирубинемия с уровнем общего билирубина от 86,4 до 450,4 мкмоль/л.

За время госпитализации больным были выполнены следующие диагностические пособия: УЗИ – 250 (100%), магниторезонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) – 115 (46%), субоперационная холангиография – 27 (10,8%), чрескожная чреспеченочная холангиография – 47 (36%), фистулография – 21 (16%), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) – 19 (7,6%).

Результаты.

Следует заметить, что результаты МРПХГ могут служить «дорожной картой» для выполнения последующей ЭРХПГ или необходимых реконструктивных вмешательств на ЖВП. При наличии высокоинформативных неинвазивных методов диагностики МЖ (УЗИ, МРТ, КТ, эндоскопическое УЗИ) выполнение ЭРХПГ с диагностическими целями не рекомендуется. Алгоритмы применения лучевых методов диагностики при МЖ в зависимости от ее причины, принятые в нашей клинике, указаны ниже: холедохолитиаз – УЗИ – МРХПГ (при отрицательном УЗИ – лечебная ЭРХПГ в сочетании ПСТ), рак головки поджелудочной железы – УЗИ – МСКТ, рак желчных протоков, стриктуры желчных протоков и иные причины – УЗИ – МРХПГ – МСКТ для определения распространенности, рак фатерова соска – УЗИ – ЭРХПГ.

После установления диагноза принимается решение о варианте оперативного лечения. Показаниями к одномоментным вмешательствам считаем желтуху до 14 суток кроме указанным ниже исключений. Показаниями к двухмоментным вмешательствам считаем желтуху более 14 суток, а также МЖ у больных старше 60 лет более 7 суток, старше 75 лет до 7 суток, декомпенсацию печеночных функций без нарушения витальных функций, билирубин более 200 мкмоль/л)

Двухмоментные операции подразумевают выполнение на первом этапе декомпрессию (дренирование) желчевыводящих путей с применением минимально инвазивных технологий. После устранения синдрома МЖ со снижением гипербилирубинемии до 100 мкмоль/л и нормализацией функции органов и систем производят второй этап – окончательное (в т.ч. радикальное) оперативное вмешательство.

В нашей клинике используются 3 способа желчеотведения: трансабдоминальные операции (в т.ч. и видеолaparоскопические), трансдуоденальные эндоскопические методы, чрескожные чреспеченочные вмешательства. Основные варианты оперативных вмешательств представлены ниже в таблице 1.

Таблица 1. Оперативные вмешательства у больных с МЖ.

Виды оперативных вмешательств	Группа I (n=119)	Группа II (n=131)
Чрескожная чреспеченочная холангиостомия	10 (8,5%)	83 (63,4%)
Чрескожное чреспеченочное наружновнутреннее дренирование	-	1 (0,8%)
ЭПСТ	3 (2,5%)	18 (13,7%)
Эндопротезирования желчных протоков	-	2 (0,2%)
Реконструктивно-восстановительные операции	106 (89%)	86 (65,6%)

Примечание. * - из них 59 человек, которым была в последующем выполнена реконструктивно-восстановительная операция (45%), 24 человека, у которых указанный метод лечения оказался окончательным (18,3%)

Результаты лечения больных представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты и осложнения при лечении больных с МЖ (%).

Вид осложнения	Группа I (n=119)	Группа II (n=131)
Холангит	5,2	2,1
Нагноение п/о раны	2,6	1,8
2-сторонний плеврит	4,1	1,6
Полиорганная недостаточность	2,4	-
Желчный свищ	3,8	0,8
Острый п/о панкреатит	1,6	1,2
Сочетание осложнений	2,1	3,2
Летальность	4,2	2,3

Одним из основных осложнений холестаза является холангит, который, наряду с декомпрессией желчных путей, требует антибактериальной терапии. Превалирующим возбудителем, по нашим данным, является *Escherichia coli* (68%), далее по частоте - *Klebsiella* spp. (14%), представители группы *Enterobacteriaceae* (9%), *Pseudomonas* spp. (5%). Другие возбудители занимают небольшую нишу микробного пейзажа.

Выводы.

1. Двухэтапный подход к лечению пациентов с синдромом МЖ в условиях отделения неотложной хирургии позволил снизить летальность в этой группе пациентов в 1,8 раза, а число осложнений – в 1,7 раза.

2. При невозможности разрешения МЖ, обусловленной дистальным блоком, эндоскопическими или чрескожными методами под контролем УЗИ или КТ-навигацией, альтернативными технологиями в подобных ситуациях могут быть открытые трансабдоминальные вмешательства на желчном пузыре и протоках, как одномоментные, так и этапные, с последующей чресфистульной санацией ЖВП или ЭПСТ.

3. Оказание помощи больным с МЖ средней и тяжелой степени на уровне районных/межрайонных больниц должно завершаться выполнением наружного дренирования с дальнейшим переводом больного после стабилизации состояния в лечебное учреждение III уровня для оказания помощи соответствующей квалификации.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В СФЕРЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Колесник В.И

кафедра государственного управления Медицинской академии им.

С.И.Георгиевского КФУ

viz27@bk.ru

Введение. Главной задачей руководства медицинских организаций выступают вопросы повышения качества лечебно-оздоровительных услуг, правильного использования всех видов ресурсов. В свою очередь, задача управления такими учреждениями сводится к наиболее эффективному достижению цели путем повышения качества лечебных, диагностических и профилактических мероприятий и рациональному использованию ресурсов здравоохранения.

Цель работы – рассмотреть и проанализировать структурно-функциональные основы эффективного управления реформированием организаций здравоохранения в новых социально-экономических условиях рыночных отношений

Результаты исследований. В настоящее время в самом общем виде отрасль здравоохранения - это определенная система медицинских мероприятий социально-

экономического характера, в состав которых входят различные социальные институты, которые работают в направлении повышения уровня здоровья населения.

В данном контексте здравоохранения изучается как целостная государственная система, объединяющая различные цели по совершенствованию функционирования лечебных и профилактических служб. На современном этапе развития социальной сферы Российской Федерации особую важность приобретают проблемы совершенствования деятельности медицинских организаций.

В последние годы удалось построить действенную структуру органов управления отраслью здравоохранения. Вместе с тем существуют серьезные проблемы по формированию и реализации эффективных методов управления, остались нерешенные вопросы направлений воздействия на субъекты системы.

Программы реформирования отрасли здравоохранения содержат концепции подходов к решению управленческих проблем. Вышесказанное определяет актуальность и необходимость изучения общих методологических подходов к оценке функционирования медицинских организаций.

Как известно, управленческий процесс возникает тогда, когда люди объединяются для выполнения каких либо действий. При этом органы управления здравоохранения это управляющая сторона, а медицинские организации и работники-объекты управления. Основа управленческой деятельности это различные способы воздействия на объекты управления.

Исследование проблем управления в здравоохранении предполагает изучение таких понятий как менеджмент и администрирование. При этом с администрированием связана традиционно-государственная модель, а с менеджментом частная модель.

В последнее время происходит развитие направлений перехода идей и технологий менеджмента в государственный сектор, и в связи с этим изменяются границы использования этих терминов: администрирование заменяется менеджментом.

В России используется термин «управление», который охватывает все явления и при этом имеет особую значимость. Все организации, действующие в любом виде экономической деятельности решают проблемы, касающиеся вопросов управления. При использовании общих методологических подходов применяются различные методы управления, которые зависят от имеющихся условий работы организации.

Здравоохранение, как и любая другая отрасль деятельности, не является исключением и характеризуются определенной спецификой управления. При этом указанная специфика определяется и обуславливается особым предметом и специфической направленностью функционирования.

Во-первых, особым характером результативности их деятельности является взаимодействия медицинской организации с потребителем, представленное в виде услуги. Основным элементом внешней среды для лечебного учреждения являются пациенты, и их взаимодействие рассматривается как контакт с окружающей средой. При этом пациенты не являются пассивными объектами, они как правило, определенным образом реагируют на направленные на них воздействия и являются участниками таких процессов. Эти положения отражаются в многовариантности технологий, которые применяются в работе с пациентами, а также в особой роли медицинских работников в процессе оказания услуг.

Во-вторых, социальные услуги включают в свой состав медицинские услуги. Это значит, что они имеют социально-общественный эффект для потребителя с одной стороны, а с другой стороны общественность определяет и признает свою роль в обеспечении медицинскими услугами населения.

Различают следующие виды эффективности управления организациями медицинской сферы :

– медицинская, которая оценивается качеством и степенью достижения положительного результата той или иной методики, технологии лечения, профилактики, диагностики или реабилитации;

- экономическая – получение максимума возможных благ от имеющихся ограниченных ресурсов, то есть оптимизация затрат на обслуживание;
- социальная, которая оценивает не только общее число туристов, но число увеличения лиц экономически активного возраста за счет снижения заболеваемости и инвалидности.

Вышесказанное определяет сложность выполнения оценивания уровня качества и эффективности работы медицинской организации в целом и каждого сотрудника в частности. Эти положения определяют организацию управленческих процессов в сфере здравоохранения.

Выводы. Таким образом, наиболее важными признаками медицинских учреждений, которые оказывают определенное влияние на происходящие управленческие процессы, являются:

- сложность определения результатов работы и уровня качества работы;
- высокий уровень специализации основной деятельности, которые характеризуют неотложный характер работы;
- взаимодействие деятельности различных подразделений;
- высокий профессиональный уровень персонала. Используя специальные знания, сотрудники принимают определенные управленческие решения;
- применение различных контрольных мероприятий по отношению к деятельности врачей со стороны администрации;
- подчинение, существующие в большинстве лечебных учреждений предопределяет трудности координации работы и распределения ответственности.

Данные признаки характеризуют работу и учреждений других видов деятельности. Вместе с тем, медицинским организациям присущи все вместе взятые особенности, что приводит к более интенсивному их использованию.

Важнейшей задачей всего общества, различных государственных структур является повышение эффективности и результативности управленческих процессов в сфере восстановления здоровья.

ГИС – ТЕХНОЛОГИИ КАК ИНСТРУМЕНТ БОРЬБЫ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Хайтович А.Б.¹

*¹профессор кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии 2-го медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ
khaytovych@rambler.ru*

Введение. В последние десятилетия успешное использование географических информационных систем (ГИС) в эпидемиологическом анализе, позволило отнести ее к эффективному инструменту, применяемому в борьбе с инфекционными заболеваниями и при решении других проблем здравоохранения. Проведенные зарубежными и отечественными авторами работы и проводимые нами исследования с 1998 г., отраженные в более 50 публикациях и выступлениях, позволяют выявить основные функции ГИС, которые нашли свое отражение в управлении пространственными данными в медицине.

Цель и задачи исследования – сформулировать основные функции ГИС, позволяющие использовать технологию для проведения эпидемиологического анализа заболеваний.

Методика исследования. В исследовании использована ГИС-технология, лицензионная программа ArcGIS 8.3, 9.2.

Результаты исследования. Технология ГИС интегрирует и открывает возможность редактировать различные виды данных с привязкой их к поверхности Земли. Это позволяет

сформулировать основные функции ГИС и использовать их для эпидемиологического анализа заболеваемости.

1). *Визуализация процесса* позволяет создать картинку (карту) распространения или отсутствия того или иного явления в пространстве и времени.

2). *Пространственный анализ* открывает возможность манипулировать разными пространственными данными в различных формах и сочетаниях для выявления дополнительного значения результатов. Пространственный анализ включает в себя методы и процедуры, разработанные для анализа в географии, статистики и других дисциплинах, касающихся распространения пространственной информации.

3). *Наложение* - эта функция создания нового слоя карты и сопоставления географического и логически связанных с ними данных второго, третьего или более слоев, что позволяет провести многофакторный анализ не попарно, а одновременно для многих показателей.

4). *Буферный анализ* - создание буферных зон вокруг выбранных объектов с указанием размера буфера, а затем эту информацию соединяют с данными полученными при эпидемиологическом исследовании и с другими статистическими показателями. Буферный анализ (анализ близости) используют для изучения события в пределах указанного определенного (установленного исследователем) радиуса.

5). *Анализ «Расположение-Распределение»* используется для решения проблемы расположения каких-либо объектов, которые могут повлиять на распределение заболеваемости, состояние природных очагов, улучшение клинической и лабораторной диагностики и др.

6). *Исследовательский пространственный анализ* позволяет исследователю определить «необычные» пространственные структуры, и сформулировать гипотезы для проведения будущих исследований.

7). *Пространственное статистическое моделирование.* Одним из инструментов встроенных в ГИС, который широко используется для проведения статистического моделирования, является кригинг. С точки зрения общей статистики кригинг заключается в минимизации дисперсии ошибки измерения, которая является функцией от измеряемых весов. Минимизация данной дисперсии уменьшает среднюю квадратическую ошибку отклонения оцененного значения от возможного. Кригинг выполняет две группы задач: количественное определение пространственной структуры данных и создание прогноза. Для расчета (прогноза) неизвестного значения переменной в заданном месте кригинг использует подходящую (подобранную) модель вариограммы, конфигурацию пространственных данных и значения в точках измерений вокруг конкретного местоположения. Это отображается, как картина пространственного снижения в зависимости от расстояния. В эпидемиологическом анализе данный метод позволяет идентифицировать пространственно-временные кластеры или «горячие точки» заболевания, риска инфицирования и др.

8). *Пространственная интерактивная модель* анализирует и прогнозирует перемещения людей, информации и товаров с места на место: потоки людей (сельскохозяйственных животных, товаров и др.) между сельскими районами, селами, городами и странами. Все формы пространственного взаимодействия, могут занимать центральное место в распространении инфекционных заболеваний, что очень актуально в связи с глобализацией, происходящей в мире. При правильном моделировании потоков, можно определить области наиболее подверженные риску передачи болезней и спланировать профилактические и противоэпидемические мероприятия.

9). *Пространственно диффузионная модель* - это распространение явлений в пространстве и во времени, которое широко используются в понимании пространственной диффузии заболеваний. Такие модели очень похожи на модели пространственного распределения заболеваний за исключением того, что у них есть временное измерение. Включив время и пространство, а также основные эпидемиологические маркеры, модели могут предсказать

распространение болезни в пространстве и времени, и оказать помощь в понимании появления и вектора распространения инфекционных заболеваний.

За 20 лет работы с ГИС проведен цикл исследований для эпидемиологического анализа на холеру, чуму, туляремию, сибирскую язву, клещевой энцефалит, крымскую геморрагическую лихорадку, лептоспироз, птичий грипп, лихорадку Зика, геморрагическую лихорадку с почечным синдромом, лихорадку Эбола. Кроме того, с помощью ГИС проведена оценка риска завоза некоторых инфекций имеющих международное значение на территорию Украины и Крыма, проведен эпидемиологический анализ заболеваемости по статистическим формам отчетности в 1999 г. на территории Крыма и описаны методологические подходы к использованию ГИС в практической и научной работе. Среди полученных результатов исследований с помощью ГИС особое научное и практическое значение имели: оценка распространения 7-ой пандемии холеры в мире и различных регионах; регионы риска распространения холеры в странах СНГ; оценка конкретных эпидемических ситуаций связанных со вспышками холеры в некоторых городах и территориях; выявление влияния изменения климатических условий, происходящих в мире на территориальную приуроченность природных очагов чумы в странах СНГ, а также выявление территорий риска для распространения некоторых инфекций.

Выводы. Внедрение ГИС-технологий в медицинских целях для эпидемиологического анализа различных заболеваний, на любой территории и в регионах разного масштаба необходимо использовать основные функции ГИС. Для этого необходимо знать сформулированные принципы ГИС, обладать правами на использование современной программы ГИС, практическими навыками и опытом работы.

Использование различных функций ГИС позволяет поднять качество эпидемиологического анализа и оценить сложившуюся ситуацию; разработать более достоверный прогноз ситуации, в том числе и чрезвычайной ситуации любой природы; определить возможные риски происходящих процессов.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ПУТЕМ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Ицкова Е.А., Крючкова О.Н., Турна Э.Ю., Лутай Ю.А., Костюкова Е.А.

*Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского
кафедра терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей
врачебной практики (семейной медицины)*

itskova@mail.ru

Введение. Артериальная гипертония (АГ) является одним из самых распространенных заболеваний, возникновение которого сопряжено со значительным увеличением риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности. Приверженность терапии вообще, а гипотензивной в частности, является залогом успешного лечения заболевания, уменьшением частоты развития осложнений. Гипертонический криз является одним из наиболее частых осложнений и причин госпитализации у пациентов артериальной гипертензией.

Цель. Улучшение кардиоваскулярного прогноза у пациентов с артериальной гипертензией.

Задачи:

1. Проанализировать особенности предшествующей антигипертензивной терапии у пациентов, госпитализированных, в связи, с гипертоническим кризом .
2. Оценить приверженность к рекомендованной гипотензивной терапии на амбулаторном этапе лечения пациентов, поступивших в стационар с неосложненным гипертоническим кризом.
3. Проанализировать стратегию лечения статинами пациентов с АГ на амбулаторном этапе.

Материал и методы: В исследование были включены 35 пациентов с артериальной гипертензией 2-3 степени, высокого и очень высокого риска в возрасте от 36 до 80 лет (23 мужчины и 12 женщин), поступивших в кардиологического отделения больницы № 7 г. Симферополя с неосложненным гипертоническим кризом. Анализировались данные анамнеза до поступления в стационар: знал ли пациент о повышенном артериальном давлении, если знал, то принимал ли гипотензивные препараты, названия препаратов, дозы, режим приема. Уточняли применение статинов у пациентов высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска на амбулаторном этапе.

Результаты исследований. При поступлении в кардиологическое отделение все 35 (100%) пациентов знали о повышенных цифрах артериального давления (АД). До поступления в стационар 60 % пациентов вообще не принимали гипотензивную терапию, хотя знали о высоких цифрах своего АД. На амбулаторном этапе всем остальным (14) пациентам была рекомендована гипотензивная терапия. При этом, четкое следование рекомендациям врача по использованию гипотензивных препаратов отмечали только 6 (17%) пациентов, остальные пациенты принимали монотерапию в небольшой дозе, принимали эпизодически или отменили препараты после короткого курса приема самостоятельно.

Из 6 пациентов, постоянно использующих комбинированную гипотензивную терапию, 3 человека получали блокатор РААС в комбинации с диуретиком, 2 пациента получали блокатор РААС в комбинации с амлодипином и 1 человек получал тройную комбинацию блокатор РААС в комбинации с диуретиком и амлодипином.

Только 2 (6%) пациентов с АГ получали статин на амбулаторном этапе терапии.

Выводы. У всех пациентов, поступивших в стационар с гипертоническим кризом, выявлено отсутствие эффективного контроля АД на амбулаторном этапе. Причинами развития гипертонического криза были недостаточное использование комбинированной антигипертензивной терапии в оптимальных дозах и низкая приверженность пациентов к рекомендуемому лечению. У больных с АГ высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска в большинстве случаев отсутствует стратегия терапии статинами, что дополнительно ухудшает прогноз пациентов.

КОРРЕКЦИЯ УРОВНЯ ЛИПИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Турна Э.Ю., Лутай Ю.А., Жукова Н.В.
*Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского
кафедра терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей
врачебной практики (семейной медицины)
itskova@mail.ru*

Введение. Дислипидемия является одним из ведущих модифицируемых факторов риска атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС). Все пациенты с ИБС относятся к категории очень высокого сердечно-сосудистого риска, улучшение прогноза которых достигается модификацией факторов риска и постоянной терапией с использованием нескольких классов лекарственных препаратов, в том числе статинов. При этом обязательным условием эффективности контроля дислипидемии является достижение целевого уровня ХС ЛПНП.

Цель. Повышение эффективности вторичной профилактики и лечения ишемической болезни сердца на амбулаторном этапе.

Задачи:

1. Изучить частоту и длительность использования статинов у пациентов с ИБС на амбулаторном этапе.
2. Оценить эффективность достижения целевого уровня ХС ЛПНП на амбулаторном этапе лечения больных ИБС.
3. Проанализировать эффективность контроля дислипидемии на амбулаторном этапе у пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Материал и методы: Исследование проводилось на базе кардиологического отделения больницы № 7 г. Симферополь. В исследование были включены 30 пациентов 60-75 лет (12 мужчин и 18 женщин) с установленным диагнозом ИБС, из них 16 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). Давность ИБС всех пациентов, включенных в исследование, составляла более 5 лет. Анализировались уровень ХС ЛПНП при поступлении, а так же данные анамнеза использования, с целью вторичной профилактики и лечения ИБС, статинов на амбулаторном этапе до поступления в стационар. Уточняли длительность и постоянство применения статинов, рекомендованную дозу препарата на амбулаторном этапе, частоту контроля эффективности лечения.

Результаты исследований. При поступлении в кардиологическое отделение только у 4 (13%) пациентов содержание ХС ЛПНП в плазме крови соответствовало целевому уровню этого показателя для пациентов категории очень высокого сердечно-сосудистого риска. Средний уровень ХС ЛПНП в группе наблюдения составил 3,2 ммоль/л. На амбулаторном этапе всем пациентам была дана рекомендация по длительной терапии статинами. При этом, четкое следование рекомендациям врача по использованию лекарственного препарата отмечали только 14 (46%) пациентов, остальные на амбулаторном этапе статин не принимали вовсе или отменили препарат после короткого курса приема самостоятельно. Все пациенты, принимавшие статин, отмечали хорошую его переносимость.

Из 14 пациентов, постоянно использующих статин, в большинстве случаев был рекомендован аторвастатин, и только у 3 больных назначался препарат последнего поколения – розувастатин. При этом, у 10 пациентов были использованы длительно стартовые дозы аторвастатина 20 мг или розувастатина 10 мг, без последующего контроля уровня ХС ЛПНП и титрации дозы до целевого уровня. Большинству пациентам с ПИКС были рекомендованы аналогичные дозы препаратов.

Только у 4 (13%) пациентов, которые достигли целевого уровня ХС ЛПНП по данным исследования при поступлении в стационар, была длительно использована доза аторвастатина 40 мг. Все эти пациенты в прошлом перенесли инфаркт миокарда.

Выводы. У больных ИБС при поступлении в стационар в 87% случаев наблюдается недостаточная эффективность контроля дислипидемии на амбулаторном этапе. Причинами отсутствия достижения целевого уровня ХС ЛПНП являются низкая приверженность пациентов к проводимой терапии статинами, а так же использование не эффективных доз препаратов без титрации и оценки динамики уровня ХС ЛПНП на фоне лечения. У больных с ПИКС в большинстве случаев отсутствует стратегия длительной высокоинтенсивной терапии статинами.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПОЗИЦИИ ПАЦИЕНТА

Килесса В.В., Ицкова Е.А., Костюкова Е.А., Жукова Н.В., Кучеренко Т.В.
*Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
кафедра терапии, гастроэнтерологии, кардиологии
и общей врачебной практики (семейной медицины)
itskova@mail.ru*

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) - является одной из главных факторов риска заболеваний многих органов и систем. Для этого необходимо обеспечить информирование пациентов, своевременное выявление, адекватный контроль артериальной гипертензии. В Российской Федерации в среднем артериальной гипертензией страдает около 50% от общего населения в возрасте от 65 лет. При этом в 90% случаев заболевание развивается вследствие нездорового образа жизни, и в 10%-по другим причинам. А причиной 68,5% от всех смертей в нашей стране являются осложнения артериальной гипертензии, такие как инфаркты и инсульты.

Цель. Изучение информирования об артериальной гипертензии.

Задачи:

1. Определить осознанность своего заболевания и возможных осложнений.
2. Оценить контроль артериальной гипертензии у пациентов.
3. Проанализировать связь между приемом базисной терапией и риском развивающихся осложнений.

Материал и методы: Опрошено 50 человек с артериальной гипертензией в возрасте от 35 до 70 лет из разных городов Крыма, независимо от пола, с помощью опросника, который включал вопросы: «Знаете ли нормы артериального давления?», «Получали ли базисную терапию?», «Были ли в анамнезе инфаркты, инсульты?», и вопрос о продолжительности заболевания (больше 10 лет или меньше 10 лет).

Результаты исследований. Из опрошенных 50 человек 18 знают нормы артериального давления. Регулярную «базисную терапию» получают 40 человек. Случаи инфарктов у больных с артериальной гипертензии наблюдались у 7 человек ; инсультов - у 3 пациентов.

20 человек из 50-ти страдают артериальной гипертензией более 10 лет, 30 человек - страдают артериальной гипертензией менее 10 лет.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что больные в целом не информированы о нормативных цифрах, соответственно проблема адекватного лечения у каждого конкретного пациента представляется достаточно актуальной. В связи с этим вытекают простые выводы: больной должен знать о нормативных цифрах артериального давления, систематически измерять АД, должен знать принципы современной антигипертензивной терапии и соответственно следовать им. В этом могут помочь врачи

первичного звена на амбулаторном этапе, проводя беседы с пациентами о современных методах лечения артериальной гипертензии, и методах контроля за лечением, чтобы избежать фатальных осложнений, таких как инфаркты и острые нарушения мозгового кровообращения.

ЧАСТОТА И ВЫРАЖЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ ИНФАРКТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Лутай Ю.А., Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Турна Э.Ю., Костюкова Е.А.
*Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
кафедра терапии, гастроэнтерологии, кардиологии
и общей врачебной практики (семейной медицины)
itskova@mail.ru*

Введение. Развитие острого коронарного синдрома является тяжелой стрессогенной ситуацией, значительно осложняет прогноз физической и социальной активности пациента, характеризуется повышением риска сердечно-сосудистой смерти, что является факторами способствующими развитию тревожно – депрессивных расстройств.

Цель. Улучшение качества жизни пациентов с острым коронарным синдромом путем коррекции психологического состояния.

Задачи:

1. Оценить психологическое состояние пациентов с острым коронарным синдромом.
2. Оценить степень выраженности депрессивных расстройств у пациентов с острым коронарным синдромом, с использованием специальных шкал.
3. Проанализировать причины психологического состояния у данных пациентов, с дальнейшей коррекцией, направленной на улучшение качества жизни.

Материалы и методы. Было обследовано 56 больных находящихся на лечении в инфарктном отделении ГБУЗ РК «Симферопольская ГКБ № 7» (26 мужчин и 30 женщин в возрасте 40-49 лет-7 пациентов, 50-59 лет -12 пациентов, 60-69 лет -14 пациента, старше 70 лет- 23 пациента).

Проводилась оценка выявления частоты и степени выраженности депрессии с использованием тест - опросника Бека, который состоит из 21 вопроса-утверждения наиболее часто встречаемых симптомов и жалоб, характерных для депрессии и оценивается от 0 до 3 баллов по каждому вопросу. При интерпретации теста легкая степень депрессии выставлялась пациентам, набравшим 13-18 баллов, средняя степень депрессии – 19-29 баллов, тяжелая депрессия – 30 баллов и выше.

Результаты исследований. Из 56 обследованных больных инфарктом миокарда наличие депрессивных расстройств было выявлено у 31 пациента (55 %). При этом легкая степень депрессии (13-18 баллов) была зарегистрирована у 24 (77%) больных (20 женщин и 4 мужчин), средняя степень депрессии (19-29 баллов) – у 7 (23 %) обследуемых (5 женщин и 2 мужчины). Тяжелая степень не была диагностирована ни у одного пациента. Нами был проведен анализ взаимосвязи возникновения депрессивных расстройств с возрастом. Было выявлено, что распространенность депрессии была минимальной в группе 40-49 лет (2 пациента) и составляла 28,5 %. После 60 лет отмечалось увеличение частоты встречаемости симптомов депрессии, достигая максимума у пациентов старше 70 лет (12 пациентов)- 52,1%, то есть в 1,8 раз чаще ($p < 0,001$). При этом наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на снижение работоспособности (48 %), трудность принятия решений (26 %), ухудшение внешнего вида (65%), возникновение навязчивых мыслей о своем здоровье (71 %).

При анализе причин развития депрессии у данной когорты больных было установлено, что у 48,3 % пациентов развитию инфаркта миокарда предшествовали неблагоприятные психологические факторы: стрессы (22,5 %), утрата близкого родственника (6,4 %), одиночество (19,4 %). Остальные пациенты связывали возникновение депрессии с развитием самого инфаркта миокарда (51,7 %).

При анализе возможной группы риска развития депрессивных расстройств было выявлено, что чаще их появлению подвержены женщины (81% против 19% мужчин) в возрасте старше 50 лет (68 ± 10), что соответствует данным литературы по данной проблеме.

Выводы. С учетом высокого уровня распространенности депрессивных расстройств у больных инфарктом миокарда целесообразно проводить оценку психологического состояния у данных пациентов, с использованием специальных шкал, с дальнейшей коррекцией, направленной на улучшение качества жизни.

НАЧАЛЬНЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Турна Э.Ю., Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Жукова Н.В., Лутай Ю.А.

*Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
кафедра терапии, гастроэнтерологии, кардиологии
и общей врачебной практики (семейной медицины)
itskova@mail.ru*

Введение. Несмотря на достигнутые успехи в ведении пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с низкой фракцией выброса у этой категории пациентов остается высокий риск неблагоприятного исхода. Применение нового фармакологического класса препаратов АРНИ, комбинация антагониста рецепторов ангиотензина II и ингибитора неприлизина может способствовать улучшению прогноза.

Цель. Изучение динамики клинико-гемодинамических параметров при переводе пациентов с блокаторов РААС на комбинацию антагониста рецепторов ангиотензина II и ингибитора неприлизина.

Задачи.

1. Оценить клинико-гемодинамические параметры у пациентов с ХСН с низкой фракцией выброса.
2. Проанализировать динамику клинико-гемодинамических параметров у пациентов с ХСН с низкой фракцией выброса при переводе с блокаторов РААС на комбинацию антагониста рецепторов ангиотензина II и ингибитора неприлизина.
3. Проанализировать стратегию лечения пациентов с ХСН с низкой фракцией выброса на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. С целью изучения эффектов препарата «Юперо» нами было обследовано 6 пациентов (средний возраст $63,5 \pm 3,3$ лет, мужчин – 3, женщин – 3) с тяжелой СН (средняя ФВ $28 \pm 3,34\%$). 2 пациента в анамнезе перенесли острый инфаркт миокарда с зубцом Q, у 1 пациента – дилатационная кардиомиопатия, у 3 пациентов генез СН обусловлен ишемической кардиомиопатией. у 1 пациента в анамнезе сахарный диабет 2 типа. Всем пациентам перед назначением препарата «Юперо» отменялись иАПФ в течение 36 часов. Средний уровень систолического артериального давления (САД) до назначения терапии составил $110 \pm 5,77$ мм рт. ст. Всем пациентам перед началом исследования проводились биохимические анализы крови, электрокардиография и эхокардиография. Средний уровень креатинина перед началом исследования составил $135,3 \pm 10,91$ мкмоль/л, средняя скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по СКД-ЕРІ – $44,03 \pm 6,55$ мл/мин. По данным эхокардиографии, средний конечно-диастолический размер (КДР) составил $65 \pm 1,83$

мм, средний диаметр левого предсердия (ЛП) $48,67 \pm 1,05$. Пациентам назначался препарат «Юперо» в начальной дозе 50 мг 2 раза в сутки, с последующим увеличением дозы до 200 мг дважды в сутки каждые 2 недели. Кроме того, все пациенты получали диуретики (торасемид 5-10 мг в сутки ежедневно), эплеренон 25 мг в сутки, бета-адреноблокаторы (бисопролол 2,5-5 мг или карведилол 6,25-12,5 мг). Длительность наблюдения составила 8 недель. Каждые 2 недели оценивались гемодинамические параметры кровообращения, каждые 4 недели контролировался уровень креатинина крови с расчетом СКФ. Каждые 4 недели проводилась эхокардиография.

Результаты исследования. Целевая доза 200 мг дважды в сутки была достигнута у 1 пациента. Через 8 недель от начала терапии снижение САД было недостоверным (средний уровень САД составил $101,7 \pm 3,07$ мм рт. ст., $p=0,1$). Уровень креатинина на фоне терапии препаратом «Юперо» через 8 недель составил $168,3 \pm 13,27$ мкмоль/л, что было достоверно выше, чем до начала терапии ($p=0,004$). Также отмечалось достоверное снижение СКФ ($33,61 \pm 5,01$ мл/мин, $p=0,006$). На фоне терапии достоверно отмечалось улучшение внутрисердечной гемодинамики: КДР составил $62 \pm 1,21$ мм, $p=0,009$, диаметр ЛП – $47,33 \pm 1,2$, $p=0,001$. В среднем прирост ФВ через 8 недель составил 4% (средняя ФВ за период наблюдения составила $33 \pm 2,99\%$, $p=0,008$). За время наблюдения, пациенты не госпитализировались по поводу СН.

Выводы. Применение валсартан/сакубитрила при лечении пациентов с СН с низкой ФВ левого желудочка сопровождается улучшением клинической симптоматики, достоверным увеличением фракции выброса ЛЖ, улучшением параметров внутрисердечной гемодинамики. При переводе пациентов на комбинацию антагониста рецепторов ангиотензина II и ингибитора неприлизина необходимо тщательно контролировать динамику уровня креатинина и СКФ.

ТРЕВОЖНО – ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА КАК ПРЕДАКТОР КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Дурягина Л.Х.¹, Дегтярева Л.А.², Седых В.П.³,
Дубровина – Парус Т.А.⁴

¹заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, профессор

² доцент кафедры терапевтической стоматологии

³ ассистент кафедры терапевтической стоматологии

⁴ ассистент кафедры терапевтической стоматологии,

медицинской академии С.И.Георгиевского

terstom-ua@mail.ru

Ключевые слова: Качество жизни, тревожно-депрессивные расстройства, субъективные и объективные показатели качества жизни, психология, депрессия

Введение. Депрессия является одним из самых распространенных психических расстройств, характеризующимся: - унынием, - нарушением мышления, - двигательной заторможенностью ВОЗ приравнивает депрессию к масштабной эпидемии, охватившей всю человеческую популяцию.

Целью настоящего теоретического исследования является анализ и описание результатов исследования качества жизни населения

Результаты исследований. По материалам 53 сессии ВОЗ от депрессии страдает более 300 млн. человек из всех возрастных групп.

Ежегодно из – за депрессий лишаются трудоспособности около 150 миллионов человек в мире. В Швеции, депрессия – первая «по популярности» причина, по которой дают больничный, в США – вторая.

К 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире среди всех заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров – инфекционные и сердечно – сосудистые заболевания. По данным эпидемиологических исследований ВОЗ, на сегодняшний день более 300 миллионов человек страдают депрессией. С 2005 по 2015 годы выявлен рост депрессивных расстройств более чем на 18% (Fadela Chaib, Alison Brunier, 2017г.).

Психологическое здоровье населения практически не зависит от уровня жизни населения, так в странах с относительно высоким уровнем жизни депрессивные расстройства зарегистрированы у 28-33% населения, относительно низким – 19,5-23% (BMC Medicine).

Распространенность психических расстройств у горожан в 3 раза выше, чем у сельских жителей.

Статистика Минздрава РФ

– 40% людей страдают от психических расстройств, которые еще не перешли в стадию болезни.

– 10% россиян страдают депрессией.

– 70% потенциальных больных.

Риск развития депрессивных и тревожных расстройств в течение жизни составляет 15 – 20%.

Нерешенные психологические проблемы приводят к стрессу, который в итоге сокращает жизнь на 6-7 лет.

Депрессии могут подвергаться люди любого возраста и пола

Среди мужчин депрессивные расстройства выявлены в 12%, среди женщин в 26% случаев, однако считается, что во-первых - мужчины реже обращаются за медицинской помощью, предпочитая «уходить в работу», во вторых – принимать психотропные препараты, в третьих – употреблять алкоголь. Для женщин характерны типично «женские» депрессии при ПМС, сопровождающие климактерический период, послеродовая депрессия.

– Общая распространённость депрессии в юношеском возрасте составляет от 15 до 40 %. Среди лиц старше 65 лет депрессия

встречается в три раза чаще, чем у 40-летних (Lieb et al., 2005; Grant et al., 2005; Kessler & Wang, 2008). Риск развития депрессии среди одиноких и разведенных лиц в 2 – 4 раза выше, чем среди семейных (Barlow, 2000; Bitran et al., 2009).

Депрессивные состояния рассматриваются как:

- самостоятельный фактор риска многих соматических заболеваний,
- причина необоснованных обследований и неадекватного лечения,
- ухудшают течение и прогноз соматических заболеваний.

Ежегодно более 800 000 человек погибают в результате самоубийства — второй по значимости причины смерти среди людей в возрасте 15-29 лет.

От 45 до 60% всех самоубийств на планете совершают больные депрессией. По прогнозам ВОЗ, в 2020 году именно депрессия станет убийцей номер один.

При тестировании 60 тысяч работающих людей депрессивные расстройства зафиксированы среди работников сферы обслуживания:

- * по уходу за пожилыми и больными людьми и няни – 11,3%,
- * работники общепита – 10,3%,
- * врачи – 9,6%(третье место).

Меньше всего депрессии подвержены ученые, архитекторы и инженеры – 4,3%.

Среди безработных этот показатель составил – 12,7%.

Диагностические признаки депрессии

Основные:

1.Сниженное настроение в течение 2 недель и более 2.Утрата прежних интересов или способности испытывать удовольствие 3.Снижение энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности

Дополнительные:

1.Снижение способности к сосредоточению внимания 2.Снижение самооценки и чувства уверенности в себе 3.Идеи виновности и самоуничужения 4.Мрачное и пессимистическое видение будущего 5.Суицидальные идеи или действия 6.Нарушенный сон 7.Сниженный аппетит

Критерии диагностики:

Легкая –2 из 3 основных и 2 из 7 дополнительных признаков. Умеренная –2 из 3 основных и 4 из 7 дополнительных признаков. Тяжелая - 3 основных и 5 из 7 дополнительных признаков.

Диагностика депрессивных состояний является не только психиатрической, но общемедицинской и социальной проблемой. Ключевая роль в оптимизации медицинской помощи больным депрессиями принадлежит врачам общемедицинской практики, в том числе стоматологам.

Проблема диагностики депрессивных расстройств решается с помощью стандартизованных личностных опросников. Наиболее популярны шкалы:

шкала Бека; шкала депрессии Зунга; опросник депрессивных состояний, разработанный в институте Бехтерева; Эдинбургская шкала постнатальной депрессии (ЭШПД).

Выводы. Несмотря на то, что сегодня тревожно-депрессивные расстройства являются одним из самых распространенных заболеваний, оказывающих негативное влияние на жизнь человека, проведено недостаточно исследований качества жизни при наличии данного нарушения. Проведенные исследования чаще рассматривают медицинские аспекты расстройства на приеме у врача психиатра, либо изучают качество жизни фрагментарно, поскольку внимание обращается лишь на некоторые его компоненты. Целью дальнейших исследований в данном направлении должно стать комплексное изучение феномена качества жизни у людей с тревожно- депрессивными расстройствами, с учетом всех объективных и субъективных его показателей на поликлиническом приеме. Результаты, которого будут способствовать созданию психокоррекционных программ, направленных на улучшение уровня удовлетворенности жизнью и психосоматического статуса населения в целом.

TO THE MECHANISM OF ACTION OF OZONE THERAPY ON HUMAN ERYTHROCYTES

Vasilyeva V.V.¹, Matveev, O.B.², Abdurakhmanova A.A.³

¹*Associate professor of the department of medical physical culture and sports medicine, physiotherapy with a course of physical education of Medical academy named after S.I. Georgievsky*

²*Associate professor of the department of medical physical culture and sports medicine, physiotherapy with a course of physical education of Medical academy named after S.I. Georgievsky*

³*Assistant of the department of medical physical culture and sports medicine, physiotherapy with a course of physical education of Medical academy named after S.I. Georgievsky*
azime-a@yandex.ru

Introduction. The changes in the functional state of cells under the action of ozone on them are universal, and the variety of biological and clinical effects is largely determined by the functional specificity of the cells themselves subjected to physical effects. Considering that red blood cells, passing normoblast stage of denuclearization, are devoid of nucleus, in the dynamics of their functional state, the oxidative effects of ozone action changing permeability of membranes are manifested in the purest form.

Goal. To identify the main effects of ozone action on the morpho-functional properties of human erythrocytes. An analysis of the results shows that there are significant differences between the two groups of observations after exposure to ozone. Significantly reduced the number of spherulized erythrocytes, as well as the number of cells that underwent erythrocyte transformation. In the control group, the scintillation coefficient is $1.75 \pm 0.02\%$, the coefficient of echinocyte transformation is $4.58 \pm 0.04\%$, in the experimental scintillation coefficient is 1.25 ± 0.01 , the coefficient of erythrocyte transformation is 3.15 ± 0.03 . P - reliability of the difference between the control and experimental groups <0.05 .

Conclusions. Since both indicated forms of red blood cells correspond to the state of cells associated with the presence of an energy crisis, the reliability of the difference in the parameters studied in the experiment and in control indicates that under the experimental conditions there is a stimulation of metabolic processes and, thus, mobilization of the energy potential of erythrocytes.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДОРСАЛГИЯМИ.

Кулик Н.М.¹, Мороз Г.А.²

¹д.м.н., профессор кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»

²д.м.н., профессор, зав. кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины,
физиотерапии с курсом физического воспитания
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, КФУ
yura.bobrik@mail.ru

Введение. Согласно данным медицинской статистики, до 80 % взрослого населения страдает постоянными или временными болями в области спины, дорсалгиями (вертеброгенными торакалгиями, люмбалгиями, люмбоишиалгиями, радикулопатиями). Потери по нетрудоспособности, вызванные данной патологией, занимают, по данным ряда авторов, либо первое место среди всех остальных болезней, либо второе, уступая только простудным заболеваниям.

Целью исследования было повышение эффективности комплексного восстановительного лечения больных дорсалгиями, проводимого с учётом клинического, вегетативного статуса, циркадианных ритмов болевой чувствительности.

Результаты исследований. В условиях амбулатории находились на лечение и комплексной реабилитации 187 человек больных с установленным клинически и рентгенологически диагнозом остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с неврологическими проявлениями (ОПКОПНП) – вертеброгенная дорсалгия, люмбалгия, люмбоишиалгия, радикулопатия в остром, подостром периоде заболевания в возрасте от 17 до 54 лет. При этом все больные были разделены на основную (92 человек) и контрольную (95 человек) группы. У больных основной группы применялся специально разработанный нами метод комплексной дифференцированной реабилитации, включающий в себя ЛФК и физиотерапию назначаемую пациенту с учётом его клинического, вегетативного статуса, циркадианных ритмов болевой чувствительности. В контрольной группе восстановительное лечение использовалось по общепринятой методике.

Выводы. Применение новых дифференцированных подходов к физиотерапии в сочетании с ЛФК при лечении и реабилитации пациентов с ОПКОПНП с учётом фазы патологического процесса, вегетативного статуса, конституциональных особенностей, циркадианной биоритмики болевой чувствительности позволило достоверно более эффективно оптимизировать ранее нарушенные реакции адаптации, повысить, качество жизни больных, субъективную оценку результатов лечения на 29% ($p < 0,001$) и коэффициенты медицинской на 22% ($p < 0,05$), экономической на 41% ($p < 0,05$), социальной эффективности восстановительной терапии на 11% ($p < 0,05$), интегрального показателя эффективности восстановительного лечения в 2,5 раза ($p < 0,001$), чем при использовании общепринятых способов реабилитации.

МЕТОДЫ И ПРИЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Болдырева В.Э.¹, Хохрякова Т.И.², Бобрик Ю.В.³

¹старший преподаватель кафедры специального(дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»

²студент кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»

³ профессор кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, КФУ
yura.bobrik@mail.ru

Введение. Перед современной системой специального (коррекционного) обучения одной из приоритетных проблем выступает проблема становления и социализации личности учащегося в современном мире. В процессе ее решения актуальными представляются вопросы целенаправленного развития эффективных навыков коммуникации, обеспечения условий для успешного взаимодействия с окружающими как фактора успешной социализации детей с умственной отсталостью.

В исследованиях А. К. Аксеновой, В. К. Воробьевой, М. И. Лисиной и др. отмечается, что важным компонентом коммуникативного процесса, который формирует личность, а именно ее коммуникативную сторону – есть коммуникативные умения и навыки. Именно сформированность их дает возможность ребенку, как с нормальным, так и с аномальным развитием, строить успешные связи с социумом.

Целью исследования было изучение специфики применения методов и приемов формирования коммуникативных умений и навыков при реабилитации учащихся с умственной отсталостью

Результаты исследований. Речевое развитие учащихся специальных (коррекционных) школ предусматривает обогащение и активизацию словаря; совершенствование грамматического строя речи; развитие коммуникативных умений и навыков в различных формах связной речи. Коммуникативная направленность обучения русскому языку определяется основными функциями речи, направленными на формирование социально активной личности.

Для развития коммуникативных умений и навыков у умственно отсталых учащихся необходимо: побудить желание постоянного пользования речью; учить правильному подбору слов для выражения и построения фраз; требовать правильно строить высказывания; приучать излагать свои мысли логично, четко, без ошибок в устной и письменной форме.

Программное содержание, которое предусматривает ознакомление с минимумом необходимых теоретических сведений, обогащает словарный запас умственно отсталых школьников, влияет на грамматический строй их речи, путем применения коррекционной работы на основе использования эффективных приемов работы и учебно-тренировочных упражнений.

В соответствии с этим, работу по развитию коммуникативных умений и навыков на уроках русского языка, необходимо начинать с проведения словарной работы. Содержание словарной работы предполагает: расширение и активизация словаря, раскрытие значения слов, развитие навыков правильного употребления слов, ознакомление с простейшими фразеологизмами.

Для полноценного развития речи учащийся на уроке русского языка должен приобрести способность: понимать лексические и грамматические обозначения; усваивать

нормы литературной речи; сопоставлять устную и письменную речь; обогащать темп речи согласно степени усовершенствования речевой системы.

В своих работах Н. Н. Баль предлагает следующие основные группы учебно-тренировочных упражнений: рецептивные, репродуктивные, продуктивные.

К рецептивным относятся общеречевые и стилистические упражнения, требующие от учащегося восприятия, осознания и запоминания полученной информации, характеристики речевых явлений по определенному признаку, оценки и анализа речевых средств, нахождение в тексте стилистического несоответствия и т. п. С целью формирования коммуникативных умений и навыков предлагаются репродуктивные упражнения, направленные на применение полученных знаний в практической деятельности. На основе полученных знаний и сформированных коммуникативных умений умственно отсталых учащихся, целесообразно использовать упражнения продуктивного характера, предусматривающих творческое применение этих знаний с тем, чтобы использовать их в новой речевой ситуации. Они требуют свободного овладения способами деятельности, необходимыми для перестройки текстов, редактирования, продуцирования связных высказываний разных стилей, типов и жанров речи.

На уроках русского языка также необходимо уделять значительное внимание ситуативным упражнениям. Их основой является определенная речевая ситуация, которая стимулирует школьников к речевой деятельности. Воспроизведение различных речевых ситуаций, побуждающих учащихся к высказыванию, облегчает процесс преобразования речи в средство общения.

В специальной (коррекционной) школе предъявляемые требования к рассказу, по мнению В. В. Воронковой характеризуются небольшим объемом и изложением учебного материала с применением эмоциональной насыщенности и образности, применением наглядности, а также возможностью использовать короткий диалог. Длительность рассказа в младших классах обычно не превышает десяти минут.

Объяснение – это логическое изложение темы или объяснение сути учебного материала, направленное на выявление закономерностей тех фактов, которые подаются в форме рассказа, доказательств, рассуждений и описаний, и целью которого является понимание умственно отсталыми учащимися содержания программного материала.

Объяснение следует проводить в младших классах не более пяти минут. При объяснении необходимо акцентировать внимание на главных моментах содержания материала, применять интонацию, выделять ударением главное, существенное в объяснении.

Под беседой подразумевается вопросно-ответный способ изучения учебного материала. Она способствует активизации мыслительной деятельности умственно отсталых учащихся и выступает как успешное коррекционное средство. В беседе со школьником педагог исправляет неточности речи, аграмматизмы, способствует увеличению словарного запаса учащегося, требует от ребенка обстоятельных и выразительных ответов.

Медленный темп беседы определяется замедленным темпом мышления школьника младшего школьного возраста с умственной отсталостью. Эффективность беседы также зависит от речевой подачи материала педагогом – выразительной, четкой в произношении, эмоционально окрашенной. Учащийся специальной (коррекционной) школы мыслит прямолинейно и сказанное учителем он воспринимает как истину, выраженную в речевой форме. Поэтому свои мысли учителю необходимо выражать адекватно, без двусмысленности.

Выводы. Таким образом, методы и приемы преподавания языка позволяет реализовать ценностный, развивающий и воспитательный аспект русского языка как учебного предмета. Различные задачи коммуникативного характера направляют учеников на усвоение определенных знаний, формируют умения и навыки контролировать собственное выражение. Постановка и решение задач познавательной темы урока способствует не только лучшему запоминанию изученного, развивает не только умственные способности учащихся,

вырабатывает навыки самообразования, но и эффективно формирует их коммуникативные умения и навыки.

THE INFLUENCE OF GROWTH HORMONE ON VARIOUS RAT'S BRAIN STRUCTURES.

Shaymardanova L.R.¹, Abdullaeva V.D.²

¹*docent of the Department of Normal Anatomy of the Medical Academy of CFU*

²*student of the sl-so-143a group of the Medical Academy of CFU*

Scientific leader: prof. Kutia S.A.

viklilysam@mail.ru

Introduction. Many investigators propose the introduction of growth hormone (GH) as a part of substitutive therapy in ageing. It's assumed that it will help to reduce such negative outcomes of decreasing level of GH, as low exchange rate, obesity, insulin problems, loss of muscular weight. Different brain structures respond to exogenic GH to a different extend. That field of experimental morphology still remains underdeveloped. The data on that are contradictory and insufficient.

Goals of the study. To investigate the morphological changes in various rat's brain structures after the exogenic GH exposure in ageing animals.

Materials and methods. 30 male Wistar rats of the presenile age were administered "Jintropin" (a derivative of GH). The data were compared with the same age and body weight control group animals, which were infused saline solution. The animals were sacrificed on the 30th day of the experiment by decapitation after ether anesthesia. The brains were fixed in 10% buffered formalin.

Dehydration and embedding in paraffin was carried out using the histological processor Logos (Mielstone, Italy). Paraffin blocks were produced using Leica EG 1150 H filling station with a Leica EG 1150 C cooling table. Using a semi-automatic rotary microtome, the Leica RM 2255 produced semi-thin sections 4 µm thick every 20-30 µm starting from the basal surface of the brain and up to the middle of the lateral ventricles; the frequency of the cuts varied depending on the degree of shrinkage of the tissue after dehydration. Serial sections from each level were placed on one glass and stained by various ways – hematoxylin-eosin, after Nissl. The obtained samples were scanned on a scanner Aperio CS2 using the software ImageScope.

Results of the study. The changes in the morphological structures of experimental rats brains were represented by the increase of the ratio of gray matter to white matter, the number of amyloid plaques was evidently less. The changes in cortex included the greater number of neurons in the group after GH exposure, compared to the cortex of the animals in control group after saline infusions. The neurons in the cortex of the experimental group had more branched dendritic tree, the axons were longer. So, the administration of GH for ageing species showed a positive effect for neurons of cortex, which probably can be explained by prevention of the age-related damages of neurons. The analyses of the data obtained in the experiment still continues and more morphological changes are expected to be found in different brain structures.

Conclusions. The primary results of the experiment on the influence of the GH on brains of the senile animals showed that it can be used for prevention of the age-associated changes, exactly in cortex. More studies are required for the evidence of positive effects of GH administration on structures of brain in ageing.

РОЛЬ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ РЕПЕРФУЗИОННОМ СИНДРОМЕ НА ФОНЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Бекетов А.А.¹, Харченко В.З.², Алиев Л.Л.³, Кубышкин А.В.⁴

¹*ассистент кафедры патологической анатомии с секционным курсом*

²*профессор кафедры общей и клинической патофизиологии*

³*доцент кафедры общей и клинической патофизиологии*

⁴*заведующий кафедрой общей и клинической патофизиологии Медицинской академии им. С. И. Георгиевского КФУ*
beketov.al.al@gmail.com

Введение. В клинической практике современной хирургии и медицины катастроф реперфузионный синдром является актуальной проблемой. Согласно различным источникам смертность вследствие развития данного патологического процесса может составлять от 30 до 70%. В основе патогенеза реперфузионного синдрома лежит поступление в системный кровоток из тканей, пострадавших от ишемического повреждения, токсических метаболитов и биологически-активных веществ, в результате чего может развиваться синдром полиорганной недостаточности, основным компонентом которого часто становится острая почечная недостаточность. Реперфузионный синдром при различных хирургических операциях и травматических поражениях часто сочетается с острым кровотечением. При этой комбинированной патологии прогрессирует тканевая гипоксия и в связи с этим снижается скорость клубочковой фильтрации, как следствие, увеличивается выраженность почечной недостаточности.

Ряд вопросов, связанных с ролью протеаз-ингибиторной системы в патогенезе острого повреждения почек при реперфузионном синдроме на фоне кровотечения, остается не до конца исследованным. Кроме того, в научных источниках отсутствуют сведения о сочетанном применении ингибиторов протеолиза и плазмозаменителей при изучаемой патологии. Таким образом, дальнейшее экспериментальное исследование реперфузионного синдрома на фоне кровотечения с комбинированной медикаментозной коррекцией позволит разработать новый алгоритм лечения данного патологического процесса.

Цель исследования. Установить механизмы повреждения почек при реперфузионном синдроме на фоне кровотечения и патогенетически обосновать новые подходы к коррекции с использованием комбинации поливалентного ингибитора протеолиза апротинина и плазмозаменителя.

Методика исследования. Исследования выполнены на 70 белых крысах линии «Wistar» с экспериментальной моделью реперфузионного синдрома на фоне кровотечения. Моделирование кровопотери средней степени тяжести осуществляли путем контролируемого кровопускания из десны. Реперфузионный синдром моделировали при помощи реваскуляризации ишемизированных нижних конечностей, ишемизация производилась путем наложения эластичных жгутов сроком на 6 ч. Период реперфузии составил 12 ч. Непосредственно перед восстановлением кровотока однократно внутрибрюшинно вводили ингибитор протеолиза апротинин, однократно в хвостовую вену – плазмозаменитель Рингер-лактат или гидроксипропилкрахмал 130/0,42 в дозировке, рассчитанной исходя из средних терапевтических доз, используемых в клинической практике на 1 кг массы тела.

Функцию почек оценивали, определяя концентрацию креатинина и мочевины в сыворотке крови спектрофотометрическим методом. Для оценки состояния протеолиза и протеаз-ингибиторной системы в сыворотке крови и супернатантах гомогенатов почек применяли энзиматические методы, описанные в работе Кубышкина А.В. и соавторов «Методы определения активности неспецифических протеиназ и их ингибиторов в сыворотке крови и биологических жидкостях: методические рекомендации». Измеряли

эластазаподобную, трипсиноподобную, антитриптическую активность и активность кислотостабильных ингибиторов.

Результаты исследований. При экспериментальном моделировании реперфузионного синдрома на фоне кровотечения к 12 ч после начала реперфузии наблюдалось развитие острого повреждения почек, почечной недостаточности, в пользу чего говорит достоверное повышение в сыворотке крови уровня креатинина и мочевины в 1,4-7,4 раза по сравнению с контрольной группой. Параллельно был выявлен рост показателей активности неспецифических протеаз на системном и местном уровнях (эластазаподобной и трипсиноподобной активности в 1,3-2,3 раза) при одновременном снижении активности их ингибиторов (антитриптической активности и активности кислотостабильных ингибиторов в 1,3-1,7 раза).

Применение ингибитора протеолиза и плазмозаменителя с целью коррекции реперфузионного синдрома на фоне кровотечения предупреждало выраженное структурное повреждение почек, что проявлялось достоверным уменьшением степени почечной дисфункции по сравнению с группой животных без лечения: концентрация креатинина и мочевины сыворотки снижалась в 1,2-1,9 раза. Аналогично уменьшался дисбаланс в протеаз-антипротеазной системе в сыворотке крови и ткани почек: активность неспецифических протеаз снижалась в 2,2-9,2 раза по сравнению с группой без лечения. При этом активность ингибиторов протеаз увеличилась по сравнению с группой без лечения в 1,6-13,7 раза.

Выводы. При экспериментальном изучении реперфузионного синдрома на фоне кровотечения было установлено, что возникновение дисбаланса в протеаз-антипротеазной системе сыворотки крови и ткани почек крыс является одним из ключевых патогенетических механизмов в развитии острой почечной недостаточности. Применение ингибитора протеолиза и плазмозаменителя с целью коррекции изучаемого патологического состояния сопровождалось нормализацией местных и системных нарушений активности протеаз и их ингибиторов при одновременном достоверном снижении степени почечной дисфункции. Как следствие, при медикаментозном лечении выживаемость экспериментальных животных повышалась на 80%. Полученные данные позволяют рекомендовать терапевтическую схему, предполагающую сочетанное применение ингибитора протеолиза и плазмозаменителя, для дальнейшего исследования в клинической практике.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ МОРСКИХ СВЕЯЩИХСЯ БАКТЕРИЙ В ИММОБИЛИЗОВАННОМ СОСТОЯНИИ

Абдураманова Э.Р.¹, Наумова Н.В.¹, Шемшединова Э.Ш.¹, Морозкина Е.В.¹, Кацев А.М.²

¹*ассистент кафедры медицинской и фармацевтической химии*

²*профессор кафедры медицинской и фармацевтической химии*

Медицинской академии КФУ

e.r.abduramanoval@mail.ru

Введение. Использование светящихся бактерий в качестве чувствительного элемента биотеста для решения различных фундаментальных и прикладных задач требует знания их физиологических особенностей, определяющих основные характеристики биотеста. Одним из путей расширения потенциала биотестов является создание биосенсоров путем иммобилизации бактериальных клеток на различные носители. Несмотря на существующее разнообразие носителей для фиксирования бактерий, многие из них не могут быть использованы из-за снижения функциональных показателей микроорганизмов. Поэтому ведется активная работа по увеличению чувствительности биосенсорных устройств,

подбираются оптимальные условия иммобилизации с целью усиления сигнала и повышения его стабильности.

Цель. Изучение показателей биолюминесценции морских светящихся бактерий в иммобилизованном состоянии.

Материалы и методы. В работе использованы морские светящиеся бактерии *Vibrio fischeri* IMB В_7070, *Vibrio harveyi* Ms1 и *Photobacterium phosphoreum* IMB В_7071, выделенные из Черного моря, а также бактерии *Photobacterium leiognathi* Sh1 — из Азовского моря. В качестве носителей для сорбции бактерий использовали фосфат и карбонат кальция, оксид и гидроксид алюминия. Интенсивность биолюминесценции бактерий оценивали с помощью биолюминометра БЛМ 8801 — СКТБ «Наука», Россия. Количество бактериальных клеток определяли по поглощению при 600 нм с помощью спектрофотометра СФ-46 (ЛОМО, Россия).

Результаты исследований. Результаты экспериментов свидетельствуют о том, что иммобилизация бактерий приводит к изменению их удельного свечения, как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения в зависимости от сорбента. Согласно полученным данным, бактерии, иммобилизованные на карбонате кальция и оксиде алюминия, демонстрируют те же закономерности, что были отмечены для свободных форм бактерий. Значение удельного свечения бактерий на различных сорбентах возрастает в ряду *V. harveyi* Ms1 - *V. fischeri* F1 - *P. leiognathi* Sh1 - *P. phosphoreum* F2. Повышение суммарной интенсивности свечения бактерий *V. fischeri* F1, *V. harveyi* Ms1 и *P. phosphoreum* F2 в системе с карбонатом кальция и бактерий *V. harveyi* Ms1 и *P. phosphoreum* F2 в системе с оксидом алюминия обусловлено увеличением показателя удельного бактериального свечения на данных сорбентах в сравнении с контролем. Значения удельного свечения бактерий, связанных на карбонате кальция и оксиде алюминия, в среднем возрастает соответственно в 3,4 и 1,8 раза. Удельное свечение всех рассматриваемых штаммов, иммобилизованных на фосфате кальция и гидроксиде алюминия, заметно падает в сравнении с их свободными формами. В среднем данный показатель бактерий, иммобилизованных на фосфате кальция, уменьшается в 4,4 раза, а иммобилизованных на гидроксиде алюминия - в 10,8 раза.

Экспериментальные данные свидетельствуют о перспективности использования карбоната кальция и оксида алюминия при создании биосенсоров.

Выводы. Установлено, что значения удельного свечения представителей четырех видов бактерий возрастает в ряду *V. harveyi* – *V. fischeri* – *P. leiognathi* – *P. phosphoreum*. Выявлено, что иммобилизация бактерий на неорганических носителях приводит к изменению их удельного свечения. Установлено, что с ростом адсорбционной активности неорганического носителя удельное свечение адсорбированных на нем бактерий уменьшается.

ВЛИЯНИЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ТРОМБОЦИТОВ У КРЫС

Кривенцов М.А.¹, Девятова Н.В.², Куница В.Н.³

¹доцент, заведующий кафедрой патологической анатомии с секционным курсом

²старший лаборант кафедры патологической анатомии с секционным курсом

³доцент кафедры преедеветки внутренней медицины Медицинской академии КФУ
maksimkgmu@mail.ru

Введение. Учеными Крымской Медицинской академии на протяжении длительного периода времени проводится изучение биологических свойств цереброспинальной жидкости (ЦСЖ). Показано, что она способна оказывать полифункциональное действие, затрагивая при этом все уровни нейрогуморальной регуляции, усиливая защитные и адаптационные возможности организма экспериментальных животных. Особое влияние оказывает ЦСЖ на иммунную и кроветворную системы, как интактных животных, так и подвергшихся внешним неблагоприятным воздействиям, в том числе радиационным.

Целью работы является влияние парентерально введенной ЦСЖ на морфологические показатели тромбоцитов. Последние выполняют значительную роль в поддержании гомеостаза. Кроме общеизвестного участия в процессе свертывания крови и тромбообразования, выявлено, что нормально функционирующие тромбоциты ускоряют заживление ран и способствуют восстановлению поврежденных внутренних органов, повышают фагоцитарную функцию лейкоцитов, в том числе натуральных киллеров. В настоящий момент установлено, что нехватка тромбоцитов или их функциональная несостоятельность связана с более высокой смертностью после тяжелых повреждений и септических состояний, что подтверждает их защитную роль в организме.

Методика исследований. Исследование проведено на базе кафедры анатомии человека. Был проведен эксперимент, с участием 30 белых крыс-самцов линии Вистар, возраста 3,5 – 5 месяцев, массой тела на момент эксперимента 150 – 170 г, которым парентерально вводили один раз в три дня ЦСЖ в дозе 2 мл/кг веса. Исследование проведено в соответствии с Женевской конвенцией International Guiding Principles for Biomedical Research Involving Animals. Кровь получали из хвостовой вены на 7, 14, 30 дни эксперимента. С помощью автоматического гематологического анализатора «Diatron abacus junior» изучалось общее (абсолютное) количество тромбоцитов (PLT, 10^9 /л крови), средний объем тромбоцитов (MPV), показатель анизоцитоза тромбоцитов (PDW) и тромбокрит (PCT). Статистическая обработка полученных результатов проводилась нами с использованием пакета статистических программ «Statistica 8.0».

Результаты исследования и их обсуждение

По нашим данным абсолютное количество тромбоцитов крови у крыс составляет $722,3 \pm 84,6 \times 10^9$ /л, MPV – $6,49 \pm 0,32$, PDW – $23,96 \pm 1,76$ и PCT – $0,53 \pm 0,10$.

На протяжении периода наблюдения отмечались изменения вышеназванных показателей. На 7 день эксперимента PLT увеличивалось до $924,6 \pm 59,4 \times 10^9$ /л, к 14-му дню PLT сохранялось достоверно высоким, относительно контроля, составляя $892,4 \pm 46,6 \times 10^9$ /л, к 30-му дню количество тромбоцитов снижалось до $805,9 \pm 84,6 \times 10^9$ /л, но к контрольным показателям не возвращалось. Средний объем тромбоцитов на протяжении эксперимента не претерпевал существенных изменений, но тенденция в сторону некоторого увеличения. Соответственно срокам MPV было $6,83 \pm 0,38$; $7,12 \pm 0,44$ и $7,14 \pm 0,56$. Ширина распределения тромбоцитов по объёму (показатель анизоцитоза) также имеет тенденцию к увеличению. PDW на 7-е сутки наблюдения составляет $26,18 \pm 1,66$; 14-е – $34,26 \pm 1,98$; 30-е – $30,19 \pm 1,26$. Доля объёма всех тромбоцитов от общего объёма крови не изменялась во все сроки эксперимента и составляла $0,56 \pm 0,12$, $0,52 \pm 0,18$, $0,52 \pm 0,16$.

Таким образом, ЦСЖ стимулирует тромбоцитопоз во все сроки эксперимента, при этом доля тромбоцитов среди других клеток не повышается, что свидетельствует о стимулирующем воздействии ЦСЖ и на другие ростки кроветворения. Повышение, хоть и незначительное, содержания MPV показывает наличие в кровотоке крупных тромбоцитов, которые, в сравнении с более мелкими клетками, содержат большее количество гранул и активнее агрегируют. Параллельное увеличение показателя анизоцитоза под влиянием ЦСЖ подтверждает увеличение функциональной активности тромбоцитов, усиление окислительно-восстановительных процессов в них, что повышает устойчивость организма при воспалительных и деструктивных процессах.

Выводы. Вышеописанный эффект ЦСЖ можно использовать в ситуациях, когда нарушаются процессы свертывания крови, уровень содержания тромбоцитов в крови снижается, как, например, при облучении.

КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Сизова О.А.

*Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И.
Вернадского» кафедра педиатрии с курсом детских инфекционных болезней
sizo0782@gmail.com*

Введение. Наличие артериальной гипертонии у подростков часто обусловлено отягощенной наследственностью и может трансформироваться в гипертоническую болезнь, которая характеризуется поражением органов – мишеней, в том числе сосудов, с развитием дисфункции эндотелия.

Цель. Повышение эффективности реабилитационных мероприятий у подростков с первичной артериальной гипертензией, на основании изучения функции эндотелия и коррекции выявленных изменений.

Материал и методы: Исследование проведено на базе санатория «Юбилейный» г.Евпатории. В исследование включены 114 детей с с первичной АГ (ПАГ) в возрасте от 14 до 17 лет (средний возраст $15,8 \pm 0,17$), из них мальчиков - 57 (55%) и 46 девочек (45%). Контрольную группу (КГ) составили 21 подросток (средний возраст $15,7 \pm 0,14$). С целью верификации диагноза и исследования гемодинамических форм АГ всем детям было проведено суточное мониторирование АД (СМАД). У всех подростков были проведены: сбор клинико-anamnestических данных, общеклинические и лабораторные исследования. Определение уровня маркеров функции эндотелия асимметричного диметиларгинина (АДМА) и эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови проводили с использованием иммуноферментного анализа и стандартных наборов тест-систем. Концентрация оксида азота в сыворотке крови представлена суммой нитритов и нитратов (NO_x , мкмоль/л) и определена хемолюминесцентным методом с использованием реакции Грисса.

В системе реабилитационных мероприятий при ПАГ у подростков применялась бальнеотерапия, в частности, хлоридные натриевые ванны с минерализацией 20 г/л, которые оказывают тонизирующее и регуляторное влияние на ССС, улучшают периферическое кровообращение и обладают гипотензивным действием, путем снижения периферического сопротивления сосудов.

Результаты исследований. При анализе показателей СМАД у пациентов с ПАГ констатировано достоверно ($p < 0,01$) более высокий уровень среднесуточного САД и среднедневного САД в сравнении с КГ. Достоверно значимые высокие показатели САД и

ДАД приводят к неадекватному нарастанию периферического сопротивления и, соответственно, способствуют формированию гиперкинетического типа кровообращения, что служит причиной постоянного механического воздействия на эндотелий сосудов.

При анализе уровня NOx установлено, что у подростков с ПАГ средний уровень NOx достоверно ($p < 0,001$) ниже КГ на 44% и составил $20,70 \pm 2,17$ мкмоль/л, тогда как уровень NOx в КГ составил $37,23 \pm 2,87$ мкмоль/л. У всех обследуемых подростков с ПАГ выявлен повышенный уровень ЭТ-1 в сыворотке крови ($0,57 \pm 0,01$ нг/мл, $p < 0,01$) в сравнении с КГ ($0,33 \pm 0,04$ нг/мл). Средний уровень АДМА составил $0,64 \pm 0,017$ мкмоль/л, что достоверно ($p < 0,01$) превышало уровень КГ $0,27 \pm 0,02$ мкмоль/л.

После проведенного санаторного лечения отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение срСутСАД на 2%, средние значения АД приблизилось к средневозрастным показателям, однако к концу лечения достоверно отличаются от КГ. При оценки динамики показателей NOx после санаторно-курортной реабилитации отмечается повышение уровня NOx ($41,5$ мкмоль/л, $p < 0,001$) до уровня КГ. При анализе показателей уровня ЭТ-1 после проведенной санаторно-курортной реабилитации отмечено достоверное снижение уровня ЭТ-1 в 1,8 раза ($p < 0,01$), но достижения значения КГ не произошло. В уровнях АДМА наблюдалась положительная динамика, которая выражалась достоверным снижением уровня АДМА при применении хлоридных натриевых ванн, но риск дальнейшего прогрессирования ПАГ сохранялся, так как уровень этого маркера оставался достоверно различимым ($p < 0,01$) с данными КГ.

Выводы. У подростков больных ПАГ были выявлены нарушения функциональной активности эндотелия, которые выражались в повышении ЭТ-1, АДМА, снижении уровня NO. Проведение реабилитационного комплекса с включением бальнеотерапии способствует снижению среднесуточных показателей АД, нормализации функциональной активности эндотелия в виде нормализации синтеза оксида азота ($p < 0,001$), достоверного снижения ЭТ-1 ($p < 0,01$) и уровня АДМА ($p < 0,01$) и позволяет рекомендовать его для проведения повторных курсов терапии.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВЕДУЩИХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ВОЗБУДИТЕЛЯХ, КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Крюгер Е.А.¹, Бобрышева А.В.¹, Рымаренко Н.В.², Вяльцева Ю.В.³, Халилов Э.Я.³,
Русанова М.Б.⁴

¹ доцент кафедры педиатрии с курсом детских инфекционных болезней

² профессор кафедры педиатрии с курсом детских инфекционных болезней

³ ассистент кафедры педиатрии с курсом детских инфекционных болезней Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

⁴ заведующая отделением патологии новорожденных и недоношенных детей ГБУЗ РК РДКБ.

[lena.kryuger.75@bk.ru](mailto:lana.kryuger.75@bk.ru)

Введение. Внутриутробная инфекция — группа инфекционно-воспалительных заболеваний плода и детей раннего возраста, которые вызываются различными возбудителями, но характеризуются сходными эпидемиологическими параметрами и нередко имеют однотипные клинические проявления. Этиологическим фактором внутриутробных инфекций (ВУИ) новорожденного ребенка могут быть многие патогенные бактерии, вирусы и простейшие. Зачастую ВУИ ассоциируются с наличием инфекций TORCH — то есть синдромом комплекса. Данный термин образован первыми буквами

латинских названий наиболее часто верифицируемых врожденных инфекций: Т — токсоплазмоз (Toxoplasmosis), R — краснуха (Rubella), С — цитомегалия (Cytomegalia), Н — герпес (Herpes) и О — другие инфекции (Other). К последним относят сифилис, листериоз, вирусные гепатиты, хламидиоз, ВИЧ-инфекцию, микоплазмоз и др. При этом, источником инфекции для плода всегда является мать. Возбудитель может проникнуть к плоду антенатально и интранатально, что расценивается как «внутриутробное инфицирование» и «внутриутробная инфекция». Эти понятия не являются тождественными. Сроки инфицирования беременной женщины и проникновения инфекционного агента к плоду зачастую определяют тяжесть течения ВУИ у новорожденного.

Цель. Проанализировать этиологию ВУИ у детей, госпитализированных после рождения на стационарное лечение, определить ведущие этиологические возбудители за 2011 – 2017 годы у новорожденных детей Крыма.

Материалы и методы. Изучены, проанализированы карты историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей ГБУЗ РК РДКБ и детской инфекционной больницы (ГБУЗ РК РДИКБ) г. Симферополя в 2011 – 2017гг.

Результаты. Установлено, что этиологическими факторами ВУИ за 2011-2017 годы у 134 детей с данным диагнозом стали: наиболее часто диагностируемой инфекцией у новорожденных (51% случаев) была – ВИЧ-инфекция (в том числе, из них, у 43% детей этой группы после проведения полного комплекса обследований установлен диагноз Е-ВИЧ-инфекция/R75 – рожденные от ВИЧ-позитивной матери), цитомегаловирусная инфекция врожденная (ЦМВ) – 29%, герпесвирусная инфекция 1/2 –го типа составила 9% случаев, врожденная ветряная оспа -1%, врожденный вирусный гепатит В –2%, врожденный сифилис – 2%, врожденная краснуха – 1%, неуточненная этиология в 5% клинических случаев ВУИ. Особенностью проанализированных 4 клинических случаев генерализованной врожденной ЦМВ инфекции было наличие у всех новорожденных поражения ЦНС, пневмонии, гепатита и геморрагической экзантемы, тромбоцитопении и анемии. Раннее уточнение этиологии заболевания позволило назначить противовирусную терапию и получить эффект элиминации вируса (по данным результатов контрольных исследований ПЦР и ИФА).

Выводы. Ведущими этиологическими агентами ВУИ у детей по данным проведенного анализа, явились ВИЧ-инфекция и врожденная цитомегаловирусная инфекция, что требует настороженности неонатологов, инфекционистов, педиатров в отношении данной патологии у новорожденных. А также, раннее уточнение этиологического фактора ВУИ и назначение специфической этиотропной терапии позволяют значительно оптимизировать прогноз течения заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАФОНОФОРЕЗА ПРЕПАРАТА «БИОЛЬ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ

Райда А.И.¹, Лиу Чжиюань²

¹доцент кафедры детской стоматологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского

²обучающийся 5 курса стоматологического факультета Медицинской академии

имени С.И. Георгиевского

antoninaraida@yandex.ru

Введение. Обзор литературы свидетельствует о том, что важнейшими патогенетическими признаками заболеваний тканей пародонта являются нарушения микроциркуляции тканевого обмена, окислительно-восстановительных процессов, которые приводят к нарушениям процессов регенерации и развитию воспалительно-деструктивных процессов. Основными направлениями комплексной терапии заболеваний тканей пародонта нами обосновано выбрано сочетанное применение ультразвука и препарата «Биоль», лечебное действие которых связано с противовоспалительным, вазотропным, стимулирующим, иммунокорректирующим эффектом.

Целью нашей работы явилось исследование действия ультрафонофореза (УФФ) грязевого препарата «Биоль» в комплексном лечении хронического катарального гингивита у детей.

Методика исследований. Под нашим наблюдением находилось 86 детей в возрасте 14-15 лет. Сформировано две группы (по 43 человека в каждой). Детям обеих групп проводили обучение рациональному уходу за полостью рта с использованием зубной пасты R.O.C.S PRO Brackets and Ortho и ополаскивателя ROCS Cool Mix, регулярную профессиональную гигиену полости рта. 1-я (контрольная группа), в которой после базовой терапии (снятие зубных отложений, антисептической обработки) проводили 10 сеансов аэрозольного орошения полости рта 0,05% раствором хлоргексидина. Во второй группе детей, после базовой терапии, проводили сеансы УФФ препарата «Биоль» с помощью аппарата УЗТ-102.С. Интенсивность излучения аппарата 0,6-0,8 Вт/см², режим излучения постоянный, методика лабильная, экспозиция 10-15 мин. Курс УФФ состоял из 12-15 процедур, ежедневно. Грязевой препарат «Биоль» представляет собой высокоминерализованный полимерный раствор (отжим) сульфидной грязи озера Саки. В своем составе содержит комплекс минеральных солей, микроэлементов, биостимуляторов. Как и сакская лечебная грязь, препарат обладает противовоспалительным, гипосенсибилизирующим действием, усиливает клеточный метаболизм, регенеративные процессы.

Результаты исследований. Динамика изменений показателей гигиенических и пародонтальных индексов в процессе комплексной терапии свидетельствует о том, что существенное и стабильное улучшение за год наблюдений зарегистрировано во второй группе. Более выраженный противовоспалительный эффект отмечался после применения УФФ с препаратом «Биоль», где на 72,2% снизились показатели РМА и на 32,5% показатель пробы Шиллера-Писарева по отношению к исходным данным, которые составили: индекс РМА $37,58 \pm 1,19$, соответственно, через год $12,24 \pm 1,05$. Проба Шиллера-Писарева $1,77 \pm 0,03$ против $1,24 \pm 0,06$. В первой группе, где применялась только базовая терапия, снижение показателя индекса РМА составило 70,5%, а пробы Шиллера-Писарева - 26 %.

Кровоточивость десен в группе контроля уменьшилась в 1,23 раза. Во второй группе, соответственно, в 13,25 раз. Наиболее стойкий противовоспалительный эффект оказался во второй группе исследования, где в комплексное лечение включали УФФ препарата «Биоль».

Выводы. Анализ динамики изменений показателей пародонтальных индексов позволяет утверждать, что более выраженный и стойкий противовоспалительный эффект наблюдается при включении в комплексное лечение хронического катарального гингивита УФФ с препаратом «Биоль».

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ДОХОДОВ НА ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

Сухарева И.А.

доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Медицинской академии, КФУ

sukhareva_irina@mail.ru

Введение. Несмотря на то, что изменение текущего миропорядка генерирует новые вызовы и угрозы экономической безопасности государства, низкий уровень жизни населения, социальное неравенство и обеднение населения в теории экономической безопасности рассматривается в качестве значимой и безусловной внутренней угрозы. Решающее значение имеют масштабы и причины бедности, как проявления социального неравенства. Так, в «беднейших» штатах США мужчины живут на 10 лет меньше, чем в «богатых» (до 69 лет), а женщины – на 7 лет (до 76 лет). Низкая продолжительность жизни дает основания предположить, что внутри границ США скрылось несколько «развивающихся» стран. Кроме всего прочего, курильщиков среди беднейших людей было в 4,5 раза больше, а также у членов семей с низким доходом увеличивался риск развития ожирения – до 50% по сравнению с богатыми семьями.

Согласно гражданско-правовой теории бедности, бедность измеряется через лишения в широком смысле этого слова: позволяют ли располагаемые средства полноценно участвовать в жизни общества на основании определенных базовых наборов учитываемых лишений, доступны ли человеку такие социальные блага, как возможность оплаты услуг образования, здравоохранения, насколько полна продовольственная корзина члена общества. С другой стороны субъективный подход к измерению бедности основан на оценках материального положения и уровня жизни, сделанных самими гражданами. Субъективный подход устанавливает черту бедности на основе анализа представлений населения о том, какой объем ресурсов необходим для удовлетворения минимальных потребностей. Понятие бедности настолько сложное многоуровневое по своему характеру, что каждый из подходов характеризует определенный уровень бедности, раскрывая только некоторую часть данного явления. Однако на сегодняшний момент в основе официально принятого в России метода измерения бедности лежит лишь концепция абсолютной бедности, предполагающая определение минимальных потребностей и круга товаров и услуг, удовлетворяющих эти потребности (потребительская корзина). Осознание бедности как угрозы экономической безопасности государства требует решения целого комплекса методических и теоретических проблем в приложении к конкретному типу хозяйственной системы.

Цель. Оценить влияние уровня доходов на здоровье мужчин в Республике Крым.

Материалы и методы. Проанкетировано 1144 мужчины возрастом от 18 до 66 лет (средний возраст $35,8 \pm 12,3$ лет). Анкета-опросник состояла из 232 вопросов. Были использованы методы количественного анализа (Microsoft Excel 2010 для Microsoft Windows), непараметрические методы статистического анализа: медианы (Хе), U-критерий Манна-Уитни для анализа между группами, η^2 - коэффициента взаимной сопряженности Пирсона (программа Statistica 10,0).

Результаты исследований. Частота хронических болезней у опрошенных мужчин АР Крым существенно ($P < 0,01$) и сильно ($\eta^2 = 0,981$) зависит от уровня их жизни. Так, если среди бедных и очень бедных мужчин частота этих болезней была на уровне 213,3 на 1000 опрошенных, то среди богатых и среднего достатка мужчин – 112,7‰, что на 89,3% больше. Частота встречаемости сахарного диабета, гипертонической болезни и других проблем со здоровьем у мужчин существенно не зависела от уровня их жизни ($P > 0,05$). Для оценки ущерба наносимого факторами риска здоровью мужчин Крыма оценивался этиологический риск и ранг вредного влияния на здоровье фактора. Этиологический риск - одновременно учитывает и биологический эффект воздействия и долю населения, экспонированного к

нему. Он определяет долю, на которую уменьшилась бы заболеваемость при отсутствии данного воздействия. Сравнивая различные этиологические факторы, можно оценивать их роль в возникновении данного заболевания». Наибольший ущерб здоровью мужчин Крыма наносит низкий уровень жизни (бедность). Отсутствие этого фактора риска могло бы снизить частоту возникновения различных проблем со здоровьем у мужчин Крыма на 20,0%. Под воздействием этого фактора риска на момент исследования находилось 250,5 тыс. мужчин региона.

Выводы: Таким образом, можно утверждать, что здоровье мужчин региона подвержено влиянию многочисленных факторов риска, но в первую очередь уровнем доходов, и устранение этого влияния могло бы значительно улучшить состояние здоровья мужчин Крыма, и это обуславливает необходимость поиска путей и методов этого улучшения.

СЕКВЕНИРОВАНИЕ ГЕНА МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ЦИТОХРОМОКСИДАЗЫ У ZYGAENIDAE

Ефетов К.А.¹, Лазарева З.С.²

¹*заведующий кафедрой биохимии первого медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ, профессор*

²*ассистент кафедры биохимии первого медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ*
efetov@ma.cfuv.ru

Введение. ДНК-штрихкодирование – современный метод идентификации живых организмов, который позволяет в большинстве случаев определять биологический вид независимо от стадии развития с использованием любого фрагмента биологического материала. По последовательности нуклеотидов в участке гена митохондриальной цитохромоксидазы стало возможно выяснять видовую принадлежность животных даже без помощи узкопрофильных специалистов. Принцип метода – использование универсального ДНК маркера, работающего во всех группах живых организмов. Для поиска такого фрагмента ДНК и дальнейшего создания библиотеки штрихкодов в 2004 году был основан международный консорциум «Штрихкод жизни» (Consortium for the Barcode of Life, CBOL), деятельность которого реализуется через международную программу BOLD: The Barcode of Life Data Systems с центром в Biodiversity Institute of Ontario (University of Guelph, Канада). Цель – получение молекулярных штрихкодов для всего живого на Земле. С 2009 года кафедра биохимии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского принимает участие в этой программе, организовав проект «ZYGMO», осуществляемый под руководством заведующего кафедрой биохимии, профессора К.А. Ефетова.

Цель нашей работы – изучение нуклеотидных последовательностей фрагмента ДНК митохондриального гена цитохромоксидазы I (COI) и создание библиотеки ДНК-штрихкодов у представителей семейства Zygaenidae (проект «ZYGMO»).

Результаты исследований. К настоящему моменту определена 1031 нуклеотидная последовательность COI у особей, относящихся к 242 биологическим видам. В подавляющем большинстве случаев (94,2 %) обнаружена высокая видовая специфичность этих последовательностей. Средняя внутривидовая дистанция, рассчитанная с использованием двухпараметрической модели Кимуры, составила 1,36 %, межвидовая (в рамках одного рода) – 7,44 %, межродовая (в рамках семейства) – 13,91 %. Выявлены случаи неоднозначной идентификации живых организмов на видовом и подвидовом уровне. В частности, для небольшого числа видов по результатам секвенирования наблюдается разбивка образцов одного вида на различные операциональные таксономические единицы (OTU) с присвоением

им индексов штрихкода (BIN). При этом в 91,2 % случаев один BIN включал в себя последовательности для экземпляров одного вида, но в 8,8 % в одном BIN оказалось два и более видов. В некоторых случаях выявлено также перекрывание интервалов дивергенции последовательностей между образцами, принадлежащими к различным биологическим видам. Эти недостатки были преодолены при дополнительном сравнении последовательностей ядерных генов. Для некоторых видов изучаемого семейства была установлена внутривидовая дивергенция по гену COI, значительно превышающая стандартный порог 2 %.

Выводы. В целом для семейства Zygaenidae в подавляющем большинстве случаев использование фрагмента гена COI в качестве ДНК-штрихкода оказалось эффективным, но для некоторых таксономических единиц требуется использование дополнительных маркерных участков ДНК.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ХИМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПОЛОВЫХ АТТРАКТАНТОВ КАК ОДИН ИЗ СПОСОБОВ ИХ УСПЕШНОГО СИНТЕЗА

Ефетов К.А.¹, Кучеренко Е.Е.²

¹*заведующий кафедрой биохимии первого медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ, профессор*

²*ассистент кафедры биохимии первого медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ*

efetov@ma.cfuv.ru

Введение. В исследовании химических сигнальных систем Insecta в последние годы наблюдаются две основные тенденции: 1) выделение и идентификация состава природных половых феромонов отдельных видов; 2) получение синтетических половых аттрактантов и их полевой скрининг.

Анализ имеющейся научной литературы по привлекающим молекулам Zygaenidae (Insecta, Lepidoptera) показывает, что вопросы химической коммуникации данного семейства изучены недостаточно, а структура половых феромонов и аттрактантов выяснена только для небольшого числа видов двух из пяти подсемейств: Procridae и Zygaeninae. Компоненты половых аттрактантов Zygaeninae преимущественно являются сложными эфирами уксусной кислоты и непредельных алифатических длинноцепочечных спиртов. Аттрактивные молекулы Procridae – сложные эфиры вторичного бутилового спирта и высших непредельных карбоновых кислот. Углеводородные радикалы всех известных половых феромонов и аттрактантов Zygaenidae содержат чётное количество атомов углерода (12, 14 или 16) и одну двойную связь, имеющую преимущественно *цис*-конфигурацию и расположенную у нечётного атома углерода (5-го, 7-го, 9-го или 11-го).

Цель исследований. Зная общие особенности структуры привлекающих молекул Zygaenidae, получить новые синтетические половые аттрактанты Procridae на основе доступного сырья.

Методика исследований. В качестве модельной группы выбраны представители семейства Zygaenidae, подсемейства Procridae. Методика исследования включала обзор отечественных и зарубежных публикаций по изучению половых феромонов и аттрактантов Zygaenidae, синтез потенциально аттрактивных для видов Procridae соединений, проверку их биологической активности методом полевого скрининга в природных биотопах и агробиоценозах.

Результаты исследований. Синтезированы новые половые аттрактанты Procridae из бутанола-2, его *R*- и *S*-энантиомеров и додеценовой кислоты. Получены новые фундаментальные знания в области хемокоммуникации Zygaenidae (Lepidoptera).

Тестирование синтетических половых аттрактантов в полевых условиях позволило открыть новый род и два новых для науки вида Zygaenidae. Уточнены границы ареалов нескольких видов Procridinae. Вновь синтезированные молекулы позволяют проводить мониторинг экологического состояния окружающей среды по наличию и численности маркерных видов. Апробация новых половых аттрактантов на промышленных виноградниках филиала «Алушта» ФГУП ПАО «Массандра» Управления делами Президента Российской Федерации показала, что с их помощью можно совершенствовать систему защиты виноградных культур от вредителя.

Выводы. Прогнозирование молекулярной структуры половых аттрактантов на основе обобщения и систематизации литературных данных о химическом составе и строении природных феромонов является одним из способов их успешного синтеза. В условиях возрастающей интенсивности загрязнения окружающей среды, а также снижения качества сельскохозяйственной продукции вследствие активного применения пестицидов поиск относительно безопасных и селективных методов борьбы с вредителями, в частности за счёт получения новых аттрактивных молекул, входит в задачи профилактической медицины.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У СТУДЕНТОВ

Матвеева Н.В.¹, Мороз Г.А.², Матвеев О.Б.³

¹*доцент кафедры Лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии КФУ*

²*профессор, заведующий кафедрой Лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии КФУ*

³*доцент кафедры Лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии КФУ*

matveevanatasha@gmail.com

Введение. Общеизвестно существование взаимосвязи между интеллектуальным и физическим развитием и работоспособностью человека. Так И.М. Сеченов указывал на то, что мышечные движения имеют огромное значение для развития деятельности мозга. Группой, наиболее подверженной нервно-эмоциональному напряжению и умственному труду, являются студенты. Информационные источники свидетельствуют о снижении уровня здоровья учащихся школ, а соответственно и поступающих в вузы студентов. Взаимосвязь умственной и физической работоспособности бесспорна. Физическая работоспособность является показателем функциональных возможностей организма человека. Уровень физической работоспособности зависит от пола и возраста, состояния здоровья человека, наследственности и двигательной активности. По проведенным наблюдениям на первый курс в медицинскую академию приходят студенты с низкими показателями как физической, так и функциональной подготовленности (низкая физическая активность у 72% студентов первокурсников). Актуальным для нас является изучение состояния физической работоспособности у студентов 1-го и 6-го курсов и формирование рекомендаций по улучшению состояния здоровья обучающихся студентов.

Целью работы является оценка функционального состояния физической работоспособности и системы внешнего дыхания у студентов 1-го и 6-го курсов медицинской академии и проведение сравнительного анализа физической работоспособности между студентами разных курсов.

Методы исследований. Было обследовано 86 студентов 1-го и 6-го курса (44 чел. - женского пола и 42 чел. - мужского). Состояние дыхательной функции оценивалось с помощью спирографии на компьютерном комплексе функциональной диагностики «Сфера

4». Оценку физической работоспособности (тест PWC-170) осуществляли с помощью степ-теста: обследуемые проводят восхождения на степ (высота 30 см) со скоростью 20 шагов в мин (первая нагрузка) и со скоростью 30 шагов в мин (вторая нагрузка). Подъем и спуск выполняется на 4 счета. Каждая нагрузка продолжается 3 мин. Пауза между нагрузками - 3 минуты. После каждой нагрузки считают пульс за 10 секунд.

Результаты исследований. В результате проведенного исследования было выявлено, что показатели жизненной емкости легких (ЖЕЛ) у студентов 1-го и 6-го курсов составили 92% и 93% от должностного ЖЕЛ – физиологическая норма, соответственно. При сравнении показателей, отмечается, что у студентов мужского пола 6-ого курса ЖЕЛ выше, чем у студентов 1-го курса ($5,23 \text{ л} \pm 0,57$ — на первом курсе и $5,65 \text{ л} \pm 0,73$ — на шестом курсе $P=0,001$), тогда как среди студенток показатели ЖЕЛ достоверно не отличаются (на первом курсе $3,62 \text{ л} \pm 0,74$ и на шестом курсе $3,75 \text{ л} \pm 0,53$). У студентов первого курса физическая работоспособность составила: $2,5 \pm 0,29$ Вт/кг/мин среди студентов мужского пола и $1,7 \pm 0,42$ Вт/кг/мин среди студенток. У студентов шестого курса мужского пола физическая работоспособность составила $2,0 \pm 0,53$ Вт/кг/мин, у студенток $1,5 \pm 0,45$ Вт/кг/мин. К окончанию обучения в вузе, у студентов как мужского, так и женского пола, выявлена тенденция к снижению показателя физической работоспособности. Физическую работоспособность студентов первого и шестого курсов можно оценить, как ниже среднего.

Выводы. Таким образом, отмечается, что у студентов медицинской академии определяется снижение показателя физической работоспособности к 6-му курсу независимо от пола. Учитывая взаимосвязь физической и умственной работоспособности необходимым для улучшения этих показателей является: популяризация не только здорового образа жизни, но и разработка различных программ по борьбе с гиподинамией, туристических и спортивных мероприятий, а также введение физических пауз на 10 - 15 минут после 2-х часов интеллектуального труда для студентов разных курсов с учетом учебной программы. Это позволит более эффективно готовить специалистов в вузе без перегрузки и переутомления, в сочетании с активным отдыхом и улучшением как физической, так и умственной работоспособности.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Ульянова Е.А., Юлдашева З.М.

Студентки кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Аджисалиев Г.Р.

eulianova007@gmail.ru

Введение. Согласно статистике Всемирной Организации Здравоохранения, более 200 миллионов человек в мире страдают сахарным диабетом. Одним из самых серьезных осложнений данного заболевания является синдром диабетической стопы, приводящий к ранней инвалидизации пациентов. Под синдромом диабетической стопы понимают инфекционный процесс, язву или разрушение глубоких слоев тканей стопы, которое связано с неврологическими нарушениями и снижением кровотока в артериях нижней конечности. Инфузионная терапия синдрома диабетической стопы является одним из ключевых современных методов лечения и профилактики инфекционных и язвенных процессов у больных сахарным диабетом. Учитывая патогенез и особенности строения нижней конечности, были определены наиболее действенные методы лекарственной терапии.

Цель работы. Оценить результаты инфузионной терапии при синдроме диабетической стопы, проводимой внутриаартериальным и внутривенным способами.

Анализ и обсуждение. В течение четырех месяцев были обработаны истории болезней 116 больных с инфицированной язвой стопы при невропатически-инфицированной форме диабетической стопы, находившихся на госпитальном лечении в хирургическом отделении 6 ГБ г. Симферополя. По тяжести пациенты разделились следующим образом: 1-2 стадия по Megit-Wagnet была у 83 (71,55%), 3 стадия – у 22 (18,96%), 4 стадия у 11 (9,48%) пациентов. Выбор срока и метода оперативного вмешательства базировался на многих факторах. Наряду со степенью тяжести гнойно-некротического процесса на стопе на него влияло общее состояние больного, наличие метаболического синдрома и кетоацидоза, качественные и количественные характеристики кровообращения и иннервации стопы. Объем оперативного вмешательства у 58 пациентов заключался в проведении хирургической санации инфицированной раны стопы с одновременной катетеризацией нижней эпигастральной артерии со стороны поражения (основная группа). Через катетеризованную артерию пульсовым дозатором «Инфусомат» на протяжении 5-7 суток проводили непрерывную интраартериальную инфузию антибиотиков, антиагрегантов и антиоксидантов со скоростью 50-60 мл в час. Суточный объем интраартериальной инфузии составил 1200-1500 мл. В других 58 больных вместе с оперативным вмешательством на стопе не проводили катетеризацию и применяли внутривенное введение лекарств (группа сравнения). Больные обеих групп были рандомизированы. Нами было установлено, что в группе сравнения у 26 больных возникла потребность в проведении повторных операциях и у 18 (31,03%) из них была выполнена ампутация на уровне бедра. У пациентов основной группы частота таких ампутаций была значительно ниже и составляла 17,24%.

Вывод. При выборе лечения синдрома диабетической стопы с инфицированными ранами необходим комплексный подход, включающий в себя определение степени инфицирования ран, наличия осложнений и сопутствующих синдромов и оценивать общее состояние больного. Немаловажным пунктом является патогенетическая оценка состояния сосудов стопы у каждого больного. При инфицированных язвах стопы на фоне сахарного диабета региональная интраартериальная инфузия медицинских препаратов через катетеризованную нижнюю эпигастральную артерию со стороны поражения является более эффективной, чем интравенозные инфузии.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ

Голубинская Е.П.¹, Шаланин В.В.², Ермола Ю.А.³, Моцарь В.В.⁴

¹Доцент кафедры патологической анатомии с секционным курсом

²Доцент кафедры патологической анатомии с секционным курсом

³Доцент кафедры патологической анатомии с секционным курсом

⁴Доцент кафедры педиатрии с курсом детских инфекционных болезней

Медицинской академии КФУ

missive@mail.ru

Введение. Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) является одной из наиболее часто встречаемых злокачественных опухолей, занимающей 3-е место – по числу летальных исходов и составляет более 90% среди всех первичных злокачественных новообразований печени. В настоящее время диагностика ГЦК представляет собой многоступенчатый процесс, включающий клинико-лабораторное обследование и микроскопию биоптатов печени с патоморфологической характеристикой. Быстрое прогрессирование приводит к позднему выявлению заболевания и ухудшает прогноз лечения. Таким образом, остается актуальным поиск более эффективных критериев выявления ГЦК на ранних стадиях.

Цель. Изучить клинико-морфологические особенности гепатоцеллюлярного рака для установления прогностических критериев прогрессирования заболевания и его своевременного выявления.

Задачи:

1. Провести анализ архивных данных по частоте встречаемости, гендерному и возрастному распределению гепатоцеллюлярной карциномы;
2. Определить морфометрические и гистологические особенности очагов опухолевого роста, наличия и локализации метастазов;
3. Выявить диагностические критерии агрессивности опухоли на основании корреляционной взаимосвязи между макро- и микроскопическими особенностями опухолевого роста и интенсивностью метастазирования.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили архивные данные историй болезни и протоколов вскрытия 25 пациентов, с посмертно установленным диагнозом гепатоцеллюлярная карцинома. Произведен детальный анализ анамнеза жизни и заболевания, данных лабораторных исследований, протоколов аутопсии со стандартным гистологическим исследованием секционного материала с обзорной окраской гематоксилином и эозином. Результаты морфометрического исследования полученных данных обрабатывались с помощью стандартной программы Excel Microsoft Office 2010 и статистического анализа (STATISTICA 10.0 по методу Пирсона). Проведен анализ международных клинических оригинальных статей, медицинских журналов.

Результаты исследований. Возраст больных с посмертно установленным диагнозом ГЦК в среднем составил 52 ± 2 года. Достоверного гендерного превалирования среди умерших не выявлено: среди них мужчин 53%, женщин – 46 % (соотношение мужчин: женщин – 1:0,87).

Начало заболевания большая часть (66,6%) пациентов связывали с появлением болей в животе различной выраженности, нарастании асцита, синдрома желтухи. При помощи компьютерной томографии этих пациентов выявлено наличие как гематогенных (53%), так и лимфогенных метастазов (46%) с наиболее частой локализацией в легочной и костной ткани (71%).

В оставшихся 33,4% случаях пациенты отмечали бессимптоматичное протекание заболевания. При этом выявление ГЦК происходило во время спонтанного скринингового

ультразвукового исследования. Однако у 6% таких пациентов диагноз был верифицирован посмертно.

Анализ данных макроскопического исследования позволил выделить 3 формы опухолевого роста: инкапсулированный узловой рост со средним размером первичного очага $2,74 \pm 1,3$ см (33%); узловой с экстранодальным ростом – $5,37 \pm 0,8$ см (53%) и многоузловой сливающийся – $14,5 \pm 4,5$ см (14%).

При солитарном узловом типе с инвазией в капсулу, метастазирование определялось в регионарные лимфатические узлы печени у 13% пациентов, при узловом экстранодальном – у 46% умерших (лимфогенные метастазы – 42%, гематогенные – 57% с локализацией в легких и костях). При верификации многоузлового сливающегося (лимфогенные – 10% в виде канцероматоза брюшины и гематогенные: легкие- 50%, почки - 50%, надпочечник - 50%, кости - 50%, сердце - 10%).

При статистическом анализе полученных данных выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между морфологической формой и размерами опухолевого образования. Расчет коэффициента корреляции составил: $r = 0,872$.

Локализация метастазов прямо коррелирует с формой роста ($r = 0,895$), но не коррелирует с размерами узла ($r=0,489$).

Выводы:

1. Для повышения эффективности диагностики в связи с поздней манифестацией клиничко-лабораторных симптомов (в среднем не более чем за 2 года до летального исхода за счет выраженной интоксикации) рекомендовано проведение проспективного скринингового ультразвукового исследования органов брюшной полости с целью раннего выявления очаговых изменений в печени.

2. При выявлении очага размерами более 2 см рекомендовано комплексное обследование, направленное на определение возможных метастазов, в первую очередь в легочной и костной ткани.

3. При наличии опухолевого роста размерами более 2 см, наличии микро- и макроинвазии в капсулу, прямо пропорционально возрастает агрессивность гепатоцеллюлярной карциномы в виде преимущественно гематогенного метастазирования, с наиболее частой локализацией опухолевых диссеминатов в легочной и костной ткани.

СОДЕРЖАНИЕ СЕЛЕНА В МЯСНЫХ ПРОДУКТАХ КРЫМСКОГО РЕГИОНА

Бояринцева Ю.А.¹, Сорокина Л.Е.¹

*¹доцент кафедры физиологии нормальной международной медицинского факультета
Медицинской академии имени С.И. Георгиевского «КФУ имени В.И. Вернадского»*

*¹студентка 1-го медицинского факультета Медицинской академии имени
С.И. Георгиевского «КФУ имени В.И. Вернадского»*

baraban_y@mail.ru

Введение. В настоящее время проводится уточнение эссенциальной роли селена, который изначально был известен только в качестве токсичного микроэлемента. В 1980 году Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) селен был отнесен к незаменимым факторам питания. Физиологическая роль селена в организме весьма обширна. Данный микроэлемент входит в состав селенпротеинов, в частности ферментов. Ведущим механизмом развития селенового дефицита является повреждение клеточных мембран, обусловленное снижением уровня фермента глутатионпероксидазы, компонентом которого является селен. Глутатионпероксидаза обладает протекторным действием в отношении биохимически агрессивных свободных радикалов: молекул супероксида, гидроксильного радикала. Известно, что эти активные формы кислорода способствуют перекисному

окислению липидов клеточных мембран, повреждают молекулы ДНК, белков, что может приводить к развитию болезней, преждевременному старению и смерти.

Цель и методы исследований. Натурных биомониторинговых исследований содержания селена в продуктах питания на территории Крымского полуострова немного, в связи с этим целью настоящей работы явилась определение концентрации селена в мясных продуктах продающихся на территории Крымского полуострова (говядина, курица, кролик). Определение содержание селена в продуктах питания проводили во Всероссийском НИИ селекции и семеноводства овощных культур флуориметрическим методом.

Результаты исследований. Установлено, что содержание селена в мясных продуктах Крымского региона оказалось сравнительно высоким. Как показано в работе Сенькевич О.А. и соавт., «Роль селена в питании жителей Хабаровского края» в Хабаровском крае уровень селена в говядине составляет 218-369 мкг/кг, в курице 208-254 мкг/кг. В Крыму для сравнения интервал концентрации в говядине составил 153-644 мкг/кг.. (n=2), в курице 293-380мкг/кг, в домашнем кролике 294-315 мкг/кг. Согласно литературным данным, в различных регионах России с мясными продуктами питания в организм человека поступает до от 5 до 30% содержания данного микроэлемента. Но, несмотря на это Крым по результатам наших предыдущих исследований относится в большей степени к селендефицитным регионам.

Выводы. Поскольку уровень обеспеченности населения селеном имеет положительную и тесную взаимосвязь с показателями здоровья, необходимо продолжать исследования концентрации данного микроэлемента в пищевых продуктах Крымского региона.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА

Демьяненко С.А.¹, Тофан Ю.В.²

¹*д.м.н., профессор, зав. кафедрой стоматологии и ортодонтии*

²*ассистент кафедры стоматологии и ортодонтии Медицинской академии имени*

С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО

«Крымский федеральный университет имени В.И.Вернадского»

Julia.tofan@yandex.ru

Введение. Наряду с совершенствованием методик медико-инструментальной обработки и obturации корневых каналов большой интерес представляют разработка и изучение клинической эффективности препаратов внутриканального использования, направленных на стимуляцию тканевой регенерации в апикальном периодонте. Регенерация костной ткани происходит неоднотипно, и часто желаемый результат недостижим. Действительный интерес представляет целенаправленное воздействие на остеогенез. Важная роль в процессе регенерации костной ткани и в процессе заживления поврежденных тканей отводится тромбоцитам. Костная ткань человека обладает высоким репаративным потенциалом, однако во многих случаях этот потенциал не может быть в полной мере реализован. В связи с этим возникает необходимость применения различных остеопластических и остеоиндуктивных материалов. Ключевой задачей является подбор адекватного репаративного агента, его внедрения в трансплантат с возможностью дальнейшего высвобождения в области пораженной кости. Таким агентом может выступать богатая тромбоцитами плазма, полученная из собственной крови пациента или крови донора.

Цель и задачи исследования. Повышение эффективности и сокращение сроков лечения хронического апикального периодонтита на основании использования заапикальной терапии обогащенной тромбоцитами аутоплазмы крови и медикаментозного воздействия на

патогенную микрофлору корневого канала с помощью раствора наносеребра, стабилизированного альгинатом натрия.

Методика исследования. Нами обследовано и проведено комплексное лечение 67 зубов у 65 пациентов мужского и женского пола в возрасте от 25 до 55 лет с диагнозом хронический апикальный периодонтит. Всем больным проведено клиническое обследование, рентгенологическое исследование до и после лечения, а также на ранних сроках через 1 месяц и поздних сроках через 6 месяцев. Комплексная терапия у пациентов 1-й (контрольной) группы (34 пациента) включала профессиональную гигиену полости рта, лечение корневых каналов, используя алгоритм эндодонтического вмешательства согласно протоколу Европейского общества эндодонтистов. После этого корневые каналы высушивали и оставляли медикаментозные повязки с препаратом на основе раствора наносеребра Аргодерм «Мерикон». Через 5 дней удаляли временную пломбу и корневые медикаментозные повязки, производили дополнительную инструментальную и медикаментозную обработку корневых каналов с последующим введением 0,1-2 мл (в зависимости от размера очага периапикальной деструкции) обогащенной тромбоцитами аутоплазмы крови. Для получения обогащенной тромбоцитами аутоплазмы крови у пациента непосредственно перед манипуляцией забиралось из вены 9 мл крови в пробирки, содержащие антикоагулянт (гепарин из расчета 0,05 ЕД на 10 мл крови). Обогащение плазмы крови проводилось с помощью центрифугирования. Кровь фракционировалась путем двукратного центрифугирования. На следующие сутки каналы obturировали пастой AN-Plus с гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации. После рентгенологического контроля уровня заполнения корневого канала пломбировочным материалом коронковую часть зуба восстанавливали по терапевтическим или ортопедическим показаниям. При этом учитывали степень резорбции костной ткани до лечения, сроки и характер восстановления структуры кости после проведенного лечения. Изучали состояние периапикальных тканей зубов с помощью модифицированного периапикального индекса РАІ А.М. Соловьевой и индекса Хаунсфилда. Лечение пациентов 2-й (основной) группы (31 человек) проводилось традиционным методом.

Результаты исследования. В 1-й (контрольной) группе применение комплексного лечения с использованием внутриканальной медикаментозной обработки корневых каналов раствором наносеребра, стабилизированного альгинатом натрия, и заапикального введения в ткани периодонта обогащенной тромбоцитами плазмы крови к 30 суткам способствовало ускорению процессов репарации костной ткани периодонта, что привело к сокращению сроков лечения. Это подтверждено показателями оптической плотности костной ткани при хроническом апикальном периодонтите с помощью радиовизиографии и компьютерной томографии. Отмечалось отсутствие жалоб, при объективном обследовании пролеченных зубов слизистая оболочка десны в проекции околоверхушечных тканей – бледно-розового цвета, безболезненная перкуссия, восстановление функции зубов. Изменения рентгенологической картины наблюдались уже через месяц. Индекс РАІ изменился у 24 исследуемых от 5 до 2 баллов, у 10 – от 5 до 3. Через 6 месяцев наблюдалось восстановление тканей периодонта в области периапикальных тканей.

У представителей 2-й (основной) группы в первые две недели после пломбирования корневых каналов у 5 больных возникло осложнение в виде периостита, у 10 – наблюдались жалобы на боль при накусывании, у 4 – отмечалась болезненная перкуссия, осложнений не наблюдалось у 13 больных. Изменений рентгенологической картины через месяц после проведенного лечения практически не наблюдалось. Через 6 месяцев рентгенологически полного восстановления тканей периода в области апекса не наблюдалось.

Выводы. Клиническими и рентгенологическими методами исследования обоснована целесообразность применения медикаментозных повязок с препаратом на основе раствора наносеребра в комбинации с методом заапикальной терапии аутоплазмой, обогащенной тромбоцитами в лечении хронического апикального периодонтита.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРИОДОНТИТОМ НА ФОНЕ ДИСБИОЗА ПОЛОСТИ РТА

Чепурова Н.И.¹ Романенко И.Г.²,

*¹ассистент кафедры стоматологии Медицинской академии
имени С.И.Георгиевского КФУ*

*²д.м.н., профессор, заведующая кафедрой стоматологии Медицинской академии
имени С.И.Георгиевского КФУ
natalja-chepurova@rambler.ru*

Введение: Совершенствование методов лечения больных с одонтогенными очагами инфекции, профилактики их осложнений на фоне сопутствующей патологии являются одной из актуальных проблем в терапевтической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии. Деструктивные формы хронического верхушечного периодонтита являются очагами инфекции, часто приводящими к развитию и поддержанию соматических заболеваний организма. В клинике приходится констатировать недостаточную эффективность лечения одонтогенного очага инфекции (ООИ) даже при полноценном пломбировании корневых каналов, и, как следствие, частичную или полную адентию, развитие радикулярных кист, частые обострения хронических форм периодонтита, возникновение осложнений типа остеомиелита, абсцессов, флегмон, сепсиса, ухудшение течения болезней сердца, почек, инфекционно-аллергических заболеваний. Одонтогенный очаг инфекции в полости рта может не только вызывать развитие различных системных заболеваний, но и осложнять течение заболеваний, возникающих по другим причинам. В многочисленных работах было установлено, что очаг в периапикальных тканях является источником эндогенной микробной интоксикации, резервуаром персистентного антигенного влияния на организм. Чаще всего «мишенями» при одонтогенном очаге инфекции являются сердечно-сосудистая система, почки, желудочно-кишечный тракт, дыхательная система. В последние годы отечественными учеными установлено, что одонтогенный очаг может оказывать угнетающее влияние на различные звенья иммунной системы. Особенное внимание привлекает изучение проблемы апикального периодонтита на фоне дисбиоза полости рта, так как он может развиваться после применения антисептических, антибактериальных средств и даже средств оральной гигиены, которые практически все содержат антимикробные препараты. Развитие дисбиоза имеет следующие негативные последствия для организма: уменьшается выработка веществ, обладающих антагонистическим действием по отношению к патогенной микрофлоре, снижается стимуляция иммунитета. Любое заболевание на фоне дисбиоза протекает тяжелее обычного.

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности лечения хронических деструктивных форм периодонтита на фоне дисбиоза полости рта.

Материалы и методы: В работе было обследовано с применением общепринятых клинических методов 32 пациента с хроническим деструктивным периодонтитом. Клиническое обследование включало в себя сбор жалоб, анамнеза, осмотр, пальпацию лимфатических узлов, перкуссию, индексную оценку гигиены полости рта. Для выявления деструктивных процессов в периапикальных тканях использовали рентгенологические методы. Пациенты были разделены на 2 группы: сравнения - 15 и основную - 17 пациентов с дисбиозом полости рта. Степень дисбиоза полости рта определяли ферментативным методом Левицкого А.П. (2007 год) по соотношению относительных активностей ферментов уреазы (маркер микробной обсемененности) и лизоцима (показатель неспецифического иммунитета). Пациенты группы сравнения и группы наблюдения лечение хронического периодонтита получали традиционное, согласно протоколу лечения. Пациентам группы

наблюдения одновременно проводилась санация полости рта и коррекция микробиоциноза полости рта с использованием иммуномодулирующей терапии и ополаскивателя, содержащего лизоцим. В динамике лечения производили сбор слюны в 1, 7, 15, 30 сутки. Контрольный осмотр пациентов выполняли через 1 месяц, 6 месяцев, 1 год. Эффективность лечения оценивали по жалобам пациента, результатам клинического обследования, рентгенологическим данным, ферментативным показателям (активность лизоцима, уреазы в смешанной слюне).

Результаты исследования: У пациентов группы сравнения в течение первого месяца в 4 случаях (26,7 %) в ходе лечения наблюдалось обострение процесса, у пациентов группы наблюдения осложнения выявили в 3 случаях (17,6%). После контроля через 6 месяцев в группе сравнения в 5 случаях (33,3%) положительная динамика отсутствовала: в 3 случаях (20%) рентгенологически не наблюдалось уменьшение очага деструкции, 2 пациента (13,3%) предъявляли жалобы на ноющие боли в области причинного зуба, незначительную болезненность при накусывании, рентгенологически определялось увеличение очага деструкции. В группе наблюдения жалоб пациенты не предъявляли, а рентгенологически положительной динамики не выявлено у 3 пациентов (17,6%). Через 1 год в группе сравнения у 6 пациентов (40%) получена отрицательная динамика: 1 пациент (6,7%) удалил причинный зуб, положительная рентгенологическая динамика не наблюдалась в 5 случаях (33,3%), в группе наблюдения пациенты жалоб не предъявляли, положительной динамики не наблюдалось у 3 пациентов (17,6%).

Выводы: таким образом, лечение хронического деструктивного периодонтита у пациентов на фоне дисбиоза полости рта с использованием препаратов, корректирующих микробиоциноз полости рта, уменьшает количество обострений и повышает эффективность лечения.

ДИНАМИКА СИСТЕМНОГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА В СОЧЕТАНИИ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ.

Дурягина Л.Х.¹, Дегтярева Л.А.², Седых В.П.³, Дубровина-Парус Т.А.⁴

¹. *Зав. кафедрой, профессор, д.мед.н кафедры терапевтической стоматологии*

². *Доцент, к.мед.н. кафедры терапевтической стоматологии*

³. *Ассистент кафедры терапевтической стоматологии*

⁴. *Ассистент кафедры терапевтической стоматологии
Медицинской академии им. С.И.Георгиевского, КФУ*

Введение. По данным литературы распространенность заболеваний пародонта составляет 82 - 100%. Значительное влияние на течение заболеваний тканей пародонта оказывает психоэмоциональное состояние пациента. Воспалительные процессы в тканях пародонта приводят к потере зубов, появлению в полости рта очагов хронической инфекции, снижению реактивности организма, микробной сенсibilизации, развитию аллергических состояний и других расстройств адаптационных реакций. При длительном воздействии общих и местных повреждающих факторов в тканях пародонта возникают воспалительно-дистрофические изменения. При этом, наряду с местными проявлениями, развивается каскад иммунологических нарушений.

Целью работы является изучение показателей системного и местного иммунитета у больных с воспалительными заболеваниями пародонта в сочетании с депрессивными расстройствами под влиянием иммунокорректирующей терапии.

Обследовано 281 человек в возрасте от 16 до 44 лет с заболеваниями тканей пародонта. Депрессивные расстройства выявлены у 93 больных. Все больные исследовательской группы (93 человека) по методу лечения были разделены на две группы: основную (ОГ) и контрольную (КГ). Эффективность лечения 47 больных ОГ, которым проводили лечебно-профилактические мероприятия по разработанной нами методике, сравнивали с 46 больными КГ, лечение которых проводили по традиционной схеме. Комплекс терапии у больных основной группы содержал иммуностимулирующий препарат «Иммудон».

Изучение иммунологического статуса организма пациента включало исследование системного иммунитета на основе определения экспрессии наиболее показательных маркеров активации лимфоцитов рецептора ранней активации - Cd 25 - ТАС-антиген, является высоко О-і N -гликозифицированной молекулой типа I; рецептор ИЛ-2; и рецептора поздней активации - CD 95 - который является трансмембранной молекулой типа I, опосредует сигналы, индуцирующие апоптоз. Иммуноглобулины определяли методом радиальной иммунодиффузии в геле по Mancini в модификации Simmons с использованием антисывороток против sIgA, mIgA, IgG российского производства (Медицинская иммунология, Москва) и микропланшетов фирмы Nyland (США). Учет реакции проводили безграфическим методом расчета концентрации иммуноглобулинов.

Результаты исследования. Изучение показателей системного и местного иммунитета до лечения больных основной и контрольной групп не выявило статистически достоверных различий их значений обеих групп исследований ($p > 0,05$). Данные результаты свидетельствовали об иммунологической недостаточности клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

Между тем, после лечения у больных ОГ выявлено достоверное улучшение показателей, характеризующих функциональное состояние активных Т-лейкоцитов. Содержание Т-лимфоцитов с фенотипом CD 25 имел устойчивую тенденцию к повышению у

больных с поражением тканей пародонта в сочетании с депрессивными расстройствами. Так, после лечения больных с хроническим катаральным гингивитом относительная концентрация CD 25 T- лейкоцитов в плазме крови составила $25,1\% \pm 0,09$ (против $16,5 \pm 0,05\%$ до лечения, $p < 0,02$).

При более тяжелых поражениях тканей пародонта наблюдали достоверное повышение относительных значений показателя CD 25 T- лейкоцитов (с $11,5 \pm 0,09$ до $16,9 \pm 0,089\%$ при генерализованном пародонтите начальной - I степени и с $10,2 \pm 0,09$ до $17 \pm 0,05\%$ при генерализованном пародонтите II степени) при достоверности разницы показателей 95-99%, что свидетельствовало о повышении «иммунологического надзора» на уровне клеточного звена иммунитета у больных основной группы.

Незначительные изменения концентрации активированных T-лимфоцитов с мембранными рецепторами CD 25 выявило достоверное повышение этого маркера апоптоза при лечении больных с пародонтитом. Так, после лечения больных с генерализованным пародонтитом начальной - I степени содержание фракции CD95 T- лимфоцитов составило $15 \pm 0,09\%$ (против $12 \pm 0,04\%$ до лечения, $p < 0,02$) в относительных значениях и $250 \pm 2,2$ тыс. кл. / мкл (против $180 \pm 1,1\%$ до лечения, $p < 0,02$) - в абсолютных. Это свидетельствовало об устранении T - субпопуляционного дисбаланса иммунорегуляторных клеток.

Наиболее существенные изменения выявлены при анализе местного иммунитета ротовой полости. При этом, концентрация SgA в ротовой жидкости увеличивалась у больных с хроническим катаральным гингивитом, развивающимся на фоне депрессивного расстройства, в 1,79 раза; при генерализованном пародонтите начальной - I степени, сочетанного с аналогичной патологией - в 2,2 раз, генерализованном пародонтите II степени с идентичными сопутствующими расстройствами - в 2,3 раза с вероятностью разницы показателей относительно начального уровня - 95-99%.

Таким образом, в процессе иммунологической коррекции среднестатистические значения исследуемых показателей у больных с одновременным поражением тканей пародонта соединенных с депрессивными расстройствами, значительно улучшились относительно показателей лиц группы контроля. Эти данные указывают на значительное усиление «первой линии» гуморальной защиты СОПР у больных с воспалительными и дистрофически-воспалительными поражениями тканей пародонта, в сочетании с депрессивными расстройствами под влиянием иммунологической терапии.

Выводы. Использование иммуностимулирующей терапии в комплексном лечении больных с одновременным поражением тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта в сочетании с депрессивными расстройствами способствует нормализации системного и местного иммунитета.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОЧИЩАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ МАНУАЛЬНЫХ И ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ЩЕТОК

Дурягина Л.Х.¹, Дубровина-Парус Т.А.², Дегтярева Л.А.³, Прийма Н.В.⁴,
Седых В.П.⁵

*1. Зав. кафедрой, профессор, д.мед.н кафедры терапевтической стоматологии
Медицинской академии им. С.И.Георгиевского, КФУ*

2. Ассистент кафедры терапевтической стоматологии

3. Доцент, к.мед.н. кафедры терапевтической стоматологии

4. Ассистент кафедры терапевтической стоматологии

*5. Ассистент кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии
им. С.И.Георгиевского, КФУ*

Введение. В настоящее время большое значение придается объективной оценке средствам гигиены. Актуальной остается их клиническая апробация с целью оптимального подбора индивидуальных средств гигиены полости рта в зависимости от стоматологического и гигиенического статусов человека.

Учитывая большой ассортимент средств гигиены, предлагаемый различными фирмами, пациенты оказались перед проблемой выбора тех зубных щеток, которые позволяют наиболее качественно удалять зубной налет и при этом не вызывать каких-либо побочных эффектов со стороны твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта.

Целью нашего исследования было изучение показателей эффективности и безопасности использования зубных щеток мануальной «Pro-expert» средней жесткости и электрической «Vitality» фирмы Oral-B.

Нами было обследовано 80 студентов КФУ в возрасте от 19 до 23 лет. Из них были сформированы 4 группы по 20 человек: 1 группа студентов-стоматологов Медицинской академии и 2 группа студентов других структурных подразделений КФУ, которые использовали мануальную зубную щетку «Pro-expert», 3 группа - студенты-стоматологи и 4 группа - студенты других структурных подразделений, которые использовали электрическую зубную щетку «Vitality». Все участники были обеспечены низкоабразивной гигиенической зубной пастой фирмы R.O.C.S. При формировании групп участников эксперимента использовали следующие критерии отбора:

- отсутствие медицинских противопоказаний и хронических заболеваний;
- отсутствие воспалительных заболеваний полости рта;
- отсутствие ортодонтических аппаратов в полости рта;
- отсутствие ортопедических конструкций в полости рта.

Участникам исследования была рекомендована стандартная методика чистки зубов в домашних условиях по методике Г. Н. Пахомова (2 раза в день по 3 минуты). Определение исследуемых показателей проводилось один раз в неделю в течение одного месяца. Перед осмотром студенты воздерживались от утренних гигиенических мероприятий в полости рта. Эффективность очищающей способности зубных щеток определялась по показателям гигиенического индекса Федорова-Володкиной. Полученные результаты заносились в специально разработанную карту осмотра.

Результаты исследований. При использовании электрической зубной щетки в группе стоматологов повысился уровень гигиены полости рта с неудовлетворительного (2,3 балла) до хорошего (1,2 балла), а в группе студентов других не медицинских вузов только до удовлетворительного (1,9 б.). А при использовании мануальной зубной щетки в группе стоматологов повысился уровень гигиены полости рта с неудовлетворительного (2,3 б.) до удовлетворительного (1,6 б.). В группе студентов не медицинских вузов уровень гигиены полости рта повысился, но удовлетворительных цифровых показателей индекса так и не

достиг и соответствовал низкому уровню гигиены полости рта на момент окончания клинического исследования.

Выводы. В результате исследования было установлено:

1. электрическая зубная щетка «Vitality» отличается более высокой очищающей эффективностью удаления зубного налета по сравнению с мануальной зубной щеткой «Pro-expert», использованных в рандомизированных группах участников эксперимента в повседневных условиях.

2. Для студентов структурных подразделений характерны недостаточные теоретические знания и практические навыки по гигиеническому уходу за полостью рта.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА В СОЧЕТАНИИ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Дурягина Л.Х.¹, Дегтярева Л.А.², Седых В.П.³

¹зав. кафедры терапевтической стоматологии

²доцент кафедры терапевтической стоматологии

³ассистент кафедры терапевтической стоматологии
Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ
terstom-ua@mail.ru

Введение. Значительная распространенность поражений тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта, взаимосвязь их с соматическими заболеваниями организма подтверждена исследованиями многих отечественных и зарубежных ученых. Актуальность проблемы обусловлена одновременным развитием болезней пародонта и слизистой оболочки полости рта, некоторыми особенностями их развития, а также отягощающим влиянием на клиническое течение стоматологических заболеваний при их сочетании с психогенными расстройствами. Высокая распространенность, трудности лечения свидетельствуют о необходимости изучения основных факторов, обуславливающих развитие данных заболеваний и дальнейшего поиска методов их комплексной терапии и профилактики.

Целью работы явилось изучение профилактического воздействия на ткани пародонта и слизистую оболочку полости рта при использовании препаратов «Циталопрам», «Энерион», «Биокосмовит Плюс» и аутотренинга у больных с поражениями тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта в сочетании с депрессивными расстройствами.

Методика исследований. Методика комплексной первичной профилактики заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта применена у 29 обследованных с депрессивными расстройствами и поражениями тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта в основной и контрольной группе (соответственно у 15 и 14 человек).

С учетом клинических проявлений заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта с сопутствующим высоким уровнем депрессивных переживаний и с учетом стандартов оказания медицинской помощи для каждого пациента составляли план лечения и профилактики, который в своей основе имел следующие мероприятия. Так, для больных основной группы назначали комплекс препаратов - «Циталопрам» (20 мг 1 раз в сутки в течение 1 месяца), «Энерион» (200 мг, по 1 таблетке дважды в сутки в течение 1 месяца), «Биокосмовит Плюс» (по 1 капсуле после еды, дважды в сутки, в течение 2 месяцев), комплекс упражнений аутогенной тренировки по Шульцу. Для больных контрольной группы план лечения и профилактики составляли согласно действующих Протоколов предоставления медицинской помощи по специальности «Терапевтическая стоматология».

Результаты исследования показали, что через 1 год после проведения первичной профилактики наблюдали различную клиническую ситуацию и результаты исследования. При этом хронический катаральный генерализованный гингивит диагностирован у 2 больных основной группы, что составило 13,3%. В то же время, несмотря на проведение традиционных профилактических мероприятий, у 4-х больных контрольной группы установлен хронический катаральный гингивит и у 1 – генерализованный пародонтит начальной -I степени, что составило 35,7%.

При обследовании указанных лиц через 2 года установлено еще большее расхождение показателей стоматологической заболеваемости. Так, в основной группе наблюдения хронический катаральный гингивит установлен у 3 больных (20%), в то время как в контрольной группе в течение 2-х лет наблюдали развитие следующих заболеваний: в 2 случаях – мягкую лейкоплакию, в 5 – хронический катаральный гингивит, в 1 – генерализованный пародонтит начальной - I степени. В общем, через 2 года более чем у половины наблюдаемых лиц контрольной группы (57,1%) диагностированы заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Следовательно, клиническая эффективность первичной профилактики стоматологических заболеваний у лиц с депрессивными расстройствами через 1 год составила 86,7% в основной группе и 64,3% - в контрольной, через 2 года - соответственно 80 и 42,9%

Выводы. Полученные результаты клинического наблюдения подтверждаются значениями средних показателей индексной оценки состояния полости рта и тканей пародонта и соответствуют аналогичным показателям при обследовании больных с хроническим катаральным генерализованным гингивитом и генерализованным пародонтитом начальной - I степени.

По нашему мнению, положительные результаты лечения получены благодаря коррекции индивидуальной гигиены ротовой полости и назначения препаратов «Циталограм», «Энерион», «Биокосмовит Плюс» и аутоотренинга 2 раза в год.

ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛАБИАЛЬНОМ ГЕРПЕСЕ

Прийма Н.В.

ассистент кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии КФУ
dent-stom@inbox.ru

Введение. Хронический рецидивирующий герпес является наиболее частой формой эндогенной инфекции, вызываемой вирусом простого герпеса. Согласно отчетам ВОЗ, 98-99% взрослого населения инфицировано вирусом простого герпеса 1 типа. Патогенез герпетической инфекции является иммуноопосредованным, поэтому в лечении рецидивирующего герпеса значительная роль принадлежит иммунотерапии. Согласно литературным данным, у больных рецидивирующим герпесом процесс интерферонообразования значительно снижен по сравнению со здоровыми людьми, поэтому при его лечении широко используют интерфероны и индукторы интерферона. Интерфероны обладают противовирусной и иммуномодулирующей активностью, а индукторы интерферона индуцируют в организме человека продукцию интерферона. Введение в организм индукторов интерферона имеет определенные преимущества перед введением экзогенных интерферонов: при использовании индукторов синтезируется собственный интерферон, который, в отличие от рекомбинантных интерферонов, не обладает антигенностью. Кроме того, синтез эндогенного интерферона при использовании индукторов сбалансирован, а однократное их введение обеспечивает относительно длительную

циркуляцию интерферона на терапевтическом уровне, тогда как при применении экзогенных интерферонов требуется их многократное введение.

Целью работы является повышение эффективности лечения хронического рецидивирующего герпеса губ с использованием индукторов интерферона.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 20 пациентов с хроническим рецидивирующим герпесом губ в возрасте от 20 до 27 лет (14 женщин, 6 мужчин). Диагноз хронического рецидивирующего герпеса ставился на основании клинической картины заболевания. В зависимости от схемы лечения все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-й группе (n=10) лечение включало местное применение противовирусной мази (5% мазь ацикловир наносили на пораженные участки 5 раз в день) и интраназальном применении интерферона (по 3-4 капли, 5 раз в день, курс лечения 5 дней). Во 2-й группе (n=10) местное лечение было таким же, но вместо интерферона применяли индуктор интерферона – Тилорон (в первые 2 дня – по 125 мг, затем через 48 часов по 125 мг). Для оценки эффективности лечения использовали следующие критерии: сроки заживления элементов поражения и исчезновение зуда и жжения в очаге поражения.

Результаты исследований. Установлено, что эффективность лечения хронического рецидивирующего герпеса губ различалась в зависимости от вида иммунотерапии. Так, в 1-й группе зуд и жжение в участке поражения исчезали в течение $4,3 \pm 0,2$ дней, а полное заживление элементов поражения происходило в среднем в течение $6,7 \pm 0,4$ дней. При использовании Тилорона у больных 2-ой группы зуд и жжение в участке поражения исчезали в среднем на $1,3 \pm 0,2$ сутки, а полное заживление элементов поражения происходило в среднем уже к $3,7 \pm 0,5$ дню от начала заболевания.

Выводы. Применение индуктора интерферона Тилорон в лечении хронического рецидивирующего герпеса губ показывает большую эффективность по сравнению с приемом экзогенного интерферона и позволяет ускорить выздоровление больных с рецидивом герпетической инфекции.

ПРИМЕНЕНИЕ ДНК-СОДЕРЖАЩЕГО СОРБЕНТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТКАНЕЙ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Бобкова С.А.

*Доцент кафедры стоматологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»,
dantistbobkova@gmail.com*

Введение. Одной из актуальных проблем ортопедической стоматологии является реабилитация больных с частичным и полным отсутствием зубов. Потребность населения в ортопедическом лечении составляет 70-80%. Несмотря на весомый вклад ученых-стоматологов ортопедов, многие проблемы этого раздела клинической медицины окончательного решения не получили, так как ортопедическое лечение не рассматривалось с позиций целостного организма. Особенно при сопутствующих заболеваниях. Патологические процессы, возникающие в организме человека в связи с системными заболеваниями, нередко проявляются в периферических тканях организма. Изменение слизистой оболочки полости рта в большинстве случаев являются первыми клиническими признаками нарушений обменного характера, особенно при заболеваниях органов пищеварения, нейроэндокринной и кровеносной систем, а также органов дыхания. Анализ состояния больных в клинике ортопедической стоматологии позволяет утверждать, что базисы пластиночных протезов из акриловых пластмасс, являются причиной воспаления слизистой оболочки полости рта.

В связи с этим, в последние годы существенно пересматривается научная концепция к биологической индифферентности акриловых пластмасс в зависимости от методов их изготовления.

Целью исследования явилось изучение эффективности действия сорбента углеродного ДНК-содержащего для профилактики развития воспалительных осложнений тканей протезного ложа.

Материалы и методы. Для исследования влияния сорбента на изучаемые показатели, кровь больных в объеме 15,0 мл, пропускали через пластиковые колонки, содержащие 1,0 мл сорбента углеродного ДНК-содержащего, биоспецифического, в составе которого 0,6 мл высокополимерной тимической ДНК теленка на 1,0 мл угля СНК-2К, производства Киевского государственного института экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии им. Р.Е. Кавецкого АН Украины. Скорость перфузии через колонку 5,0 мл/мин. До перфузии через гемосорбент углеродный ДНК-содержащий - ГУД), и после перфузии.

Полученные нами научные факты свидетельствуют, что ортопедическое лечение больных бронхиальной астмой осуществляется на фоне многокомпонентного иммунного дисбаланса, резко повышающего риск развития после наложения протезов воспалительных изменений слизистой оболочки протезного ложа.

В тоже время нами дано научное обоснование целесообразности использования сорбента для коррекции иммунных расстройств у больных бронхиальной астмой до и после ортопедического лечения.

Помимо этого, гемосорбция относится к достаточно «грубым» экстракорпоральным вмешательствам, относящимся к так называемой гравитационной хирургии крови. Использование этой методики связано с определенным риском развития серьезных осложнений, оказывает негативное воздействие на психоэмоциональную сферу пациента, что предопределяет применение гемосорбции по строгим показаниям. Поэтому нами н-ДНК-содержащий сорбент был использован в качестве энтеросорбента.

Так, 67 больным бронхиальной астмой инфекционно-зависимой формы в фазе ремиссии, нуждающимся в ортопедическом лечении (3 группа) за 5-7 дней до наложения протезов назначалось по 10,0 сорбционной массы гемоуглеродного ДНК-содержащего сорбента 3 раза в день (запивая 100,0 мл кипяченой воды) между приемами пищи. Курс лечения составлял 14 дней. Контролем служила группа подобных больных (18 человек), которые не получали курса энтеросорбции ДНК-содержащего сорбента. Исследование больных 3 группы проводилось дважды: до начала энтеросорбции (до наложения протезов), а также через 28-32 дня после наложения протезов.

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствуют, что проведение курса энтеросорбции у больных 3 группы способствует статически достоверному снижению уровня антител к нативной ДНК - АТ н-ДНК (на 21,4%, $p < 0,05$, $p < 0,5$), лимфоцитов экспрессирующих рецепторы к н-ДНК -ДНК-Е-РОЛ (на 44,4% $p < 0,001$, $p < 0,05$), повышению содержания лимфоцитов, образующих розетки с аутологичными эритроцитами. АутоЕ-РОЛ (на 72,0%, $p < 0,001$) и активных розеткообразующих лимфоцитов - аЕ-РОЛ (на 43,8%, $p < 0,001$, $p < 0,2$), уменьшению степени сенсibilизации лимфоцитов к антигену десны (показатели тотальных розеткообразующих лимфоцитов-тотЕ-РОЛ и тест ингибиции миграции лейкоцитов -ТИМЛ+АД (антигены десен) возвращаются к норме).

Указанные позитивные сдвиги в иммунограмме больных 3а группы сопровождались следующей клинической динамикой. Так, в течение 1 месяца с момента наложения протезов из акриловых пластмасс воспалительные изменения слизистой оболочки полости рта у больных 3а группы развились в 10 (35,7%) из 28 наблюдаемых на втором этапе исследования. В 3в группе больных после наложения протезов из акриловых пластмасс в течение 1 месяца воспалительные изменения слизистой оболочки полости рта имели место у 5 из 21 наблюдаемых после протезирования пациентов, что составляет 23,8%.

Выводы. Указанный курс энтеросорбции позволяет снизить число воспалительных осложнений ортопедического лечения у больных бронхиальной астмой. Развитие симптомокомплекса непереносимости съемных зубных протезов из акриловых пластмасс, а также наличие сопутствующего заболевания (бронхиальной астмы) сопровождается ростом активности протеолитических ферментов

нейтрофилов периферической крови. Проведение курса энтеросорбции у изученной категории ортопедических больных оказывает положительный эффект на цитологические показатели крови.

Использование микроволновой полимеризации при изготовлении базиса протезов из акриловых пластмасс является преимущественным методом технологического выбора, о чем свидетельствует эффект нормализации показателей крови. Комплексные подходы в диагностике, профилактике и ортопедическом лечении с использованием цитологических показателей, курса энтеросорбции и микроволновой полимеризации по нашему мнению является перспективным в современной ортопедической стоматологии.

ОЦЕНКА КОМПЛЕКСООБРАЗОВАНИЯ АНТИМИКРОБНЫХ ВЕЩЕСТВ С БИОМОЛЕКУЛАМИ БИОЛЮМИНЕСЦЕНТНЫМ МЕТОДОМ

Шарипов Э.Т.¹, Кацев А.М.²

¹аспирант кафедры медицинской и фармацевтической химии Медицинской академии
им. С.И. Георгиевского КФУ

²профессор кафедры медицинской и фармацевтической химии Медицинской академии
им. С.И. Георгиевского КФУ
edemsharipov@gmail.com

Введение. На данном этапе развития современной науки в мире синтезируется множество новых химических соединений, что требует исследования их действия на живые микроорганизмы. Известно, что биологическое действие ксенобиотиков и лекарственных препаратов основано на образовании комплексов с такими биомолекулами как альбумины, гликопротеины, липопротеины, РНК и ДНК, как показано в работе E.G. Chapman «Binding of kinetically inert metal ions to RNA: the case of platinum (II)».

Для изучения взаимодействия ксенобиотиков с биомолекулами существует ряд физико-химических методов. Большинство из них дают информацию о качественном и количественном составе, но не отражают их биологического действия. Среди методов, используемых для проведения анализа биологического действия веществ, было выбрано биолюминесцентное тестирование. Оно обладает такими преимуществами как экспрессность, малые объемы образцов, высокая чувствительность к ксенобиотикам, возможность автоматизации процесса. На сегодняшний день, метод биолюминесцентного тестирования не использовался для оценки взаимодействия ксенобиотика с биолигандом.

Цель исследований. Изучение возможности применения биолюминесцентного анализа для количественной оценки связывания антимикробных веществ с биомолекулами.

Методика исследований. В работе были использованы морские светящиеся бактерии, выделенные из Черного моря и идентифицированные нами как *Aliivibrio fischeri* Fu. В качестве антимикробных веществ использовались хлоргексидин (ООО «Тулская фармацевтическая фабрика», Россия) и мирамистин (ООО «Инфамед К», Россия), связывание изучали по отношению к альбумин сывороточный лошадиный сухой (Россия). Среда стабилизировалась фосфатным буферным раствором с рН 7,0.

Готовили пробы путем добавления растворов альбумина и антимикробного вещества в 3 % NaCl. Полученную смесь прединкубировали 30 мин для достижения равновесия. Затем добавляли бактериальную суспензию *A. fischeri* Fu и инкубировали 15 мин. Интенсивность биолюминесценции бактерий измерялась с помощью биохемиллюминметра «БХЛ-06» (Россия, Нижний Новгород). Результаты сопоставлялись с контрольным образцом, не содержащим альбумин. Измерения проводились с разными концентрациями альбумина, хлоргексидина и мирамистина. При этом молярные концентрации подбирались так, чтобы соотношения антимикробное вещество/альбумин (моль/моль) были разными.

Результаты исследований. Значения биоломинесцентного индекса полученные при измерении люминесценции с хлоргексидином и альбумином были аналогичны таковым с хлоргексидином без альбумина. Это сходство говорит об отсутствии изменений концентраций несвязанного хлоргексидина во всех пробах при разных соотношениях хлоргексидин/альбумин.

Значения биоломинесцентного индекса полученные при регистрации люминесценции с мирамистином и альбумином значительно отличаются друг от друга (Таблица 1). В среднем, с увеличением соотношения мирамистин/альбумин несвязанного мирамистина в пробе становится меньше, что приводит к уменьшению токсичности пробы. Так, при соотношениях мирамистин/альбумин (моль/моль) до 4 наблюдается незначительное ингибирование люминесценции (менее чем на 20 %), следовательно, несвязанного мирамистина в пробе практически нет. При увеличении соотношения мирамистин/альбумин более 4 в пробе появляется свободный мирамистин, что приводит к значительному ингибированию люминесценции.

Таблица 1. Биоломинесцентный индекс при разных концентрациях альбумина и антимикробных веществ.

С (альбумин), моль/л	С (хлоргексидин), моль/л				С (мирамистин), моль/л			
	0,0	$2,5 \cdot 10^{-6}$	$1 \cdot 10^{-5}$	$2,5 \cdot 10^{-5}$	0,0	$2,2 \cdot 10^{-6}$	$1,1 \cdot 10^{-5}$	$2,2 \cdot 10^{-5}$
0,0	1,00	0,70	0,24	0,04	1,00	0,94	0,30	0,00
$1,5 \cdot 10^{-6}$	1,00	0,60	0,27	0,06	1,00	1,02	0,74	0,02
$3,0 \cdot 10^{-6}$	1,00	0,76	0,36	0,05	1,00	0,95	0,90	0,24
$7,5 \cdot 10^{-6}$	1,00	0,74	0,29	0,07	1,00	0,89	0,87	0,80

Выводы. Биоломинесцентный анализ показал наличие связывания альбумином мирамистина и отсутствие связывания хлоргексидина. Установлено, что молекула альбумина связывает 4 молекулы мирамистина.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ И ИММУННОЙ СИСТЕМ ГОРОДСКИХ ПОДРОСТКОВ К ФОНОВОМУ СОДЕРЖАНИЮ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ

Евстафьева Е.В.¹, Залата О.А.², Слюсаренко А.А.³

¹д.м.н., профессор, зав. кафедрой физиологии нормальной

²к.м.н., доцент кафедры физиологии нормальной

³к.б.н., доцент кафедры физиологии нормальной Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»

olga_zalata@mail.ru

Введение. Микроэлементы (МЭ) – это группа химических элементов, которые содержатся в организме человека и животных в очень малых концентрациях. При этом они входят в состав рецепторного аппарата клетки, влияют на активность ферментов, гормонов, оказывают антиоксидантный эффект, опосредуют механизмы синаптической передачи, воздействуют на процессы фагоцитоза, принимают участие в формировании адаптационного ответа организма. Полноценное содержание эссенциальных и наличие минимальных концентраций условно-токсичных и токсичных МЭ составляют важное условие нормального функционирования нервной и иммунной систем, согласованная деятельность которых обеспечивает развитие организма. Существенный дисбаланс МЭ, который широко распространен вследствие химического загрязнения биосферы, может стать причиной срыва

адаптационных и формирования патологических процессов, и сопоставим с вкладом генетических факторов в состояние здоровья (Кудрин А.В., Громова О.А., 2006).

Целью настоящего исследования явилась оценка фонового содержания эссенциальных (Ca, Zn, Cu, Fe, Co, Cr, Mn), условно-эссенциальных (Sr, Ni) и токсичных (Pb, Cd) микроэлементов и их влияния на функциональное состояние нервной и иммунной систем городских подростков.

Методика исследований. Обследовали 29 практически здоровых подростков, жителей г.Симферополь, средний возраст ($13,42 \pm 0,07$) лет. Пробы волос, с соблюдением всех биоэтических положений, получали путем состригания прикорневой части (2-3 мм) с 3-5 мест на затылочной области головы, ближе к шее, в количестве не менее 3 г. Содержание МЭ (Ca, Zn, Cu, Fe, Co, Cr, Mn, Sr, Ni, Pb, Cd) в волосах определяли методом рентген-флуоресцентной спектрофотометрии. Оценку функционального состояния нервной системы осуществляли посредством регистрации вызванных и связанных с событием потенциалов (ВП, ССП). Анализировали компоненты P1, N1, P2, N2, связанные с восприятием звукового предупредительного сигнала, волну P300 в ответ на сигнал обратной связи. Для указанных волн определяли амплитуду и латентный период соответствующего пика. Для оценки иммунного статуса определяли состояние клеточного и гуморального звеньев иммунной системы: количество Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций (CD-маркеры), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК), а также абсолютное и относительное содержание форменных элементов белой крови. Статистический анализ данных проводили при помощи программы Statistica 8.0. Оценку содержания МЭ выполняли с помощью медиан (Me), учитывая интерквартильный размах (p25/p75). Зависимость показателей функционального состояния нервной и иммунной систем от содержания МЭ в организме устанавливали посредством корреляционного анализа по Спирмену (r_s). Нейротропную и иммуностропную значимость МЭ оценивали по числу выявленных достоверных ($p < 0,01$) корреляционных связей,

Результаты исследований. Биомониторинговое исследование содержания исследуемых МЭ в волосах городских подростков выявили элементный дисбаланс, который выражался в отклонении от нормативных значений в сторону дефицита трех эссенциальных элементов (Ca, Cu, Fe), содержание остальных МЭ, в том числе и токсичных (Pb, Cd), было в пределах референтных значений. Анализ иммунного статуса подростков показал снижение абсолютного и относительного количества Т-лимфоцитов и их субпопуляций (CD3+, CD4+, CD8+), количества НК-клеток. Абсолютное и относительное число В-лимфоцитов также находилось ниже референтных значений, что может свидетельствовать о снижении активности клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Результаты корреляционного анализа между характеристиками ВП и ССП, показателями клеточного и гуморального иммунитета и содержанием исследуемых МЭ показали наличие ряда статистически значимых зависимостей, которые позволили в целом оценить нейротропную и иммуностропную значимость МЭ в порядке убывания следующим образом (рис. 1).



Рис. 1. Количество коэффициентов корреляции показателей ВП, ССП, характеристик клеточного и гуморального звена иммунитета с содержанием микроэлементов в волосах городских подростков.

В целом следует отметить более высокую чувствительность центральной нервной системы к уровню данных МЭ по сравнению с иммунной системой (рис. 1). При этом амплитуды потенциалов коррелировали с содержанием Pb и Cu, а латентные периоды - с уровнем Zn и Ca, что вполне понятно, учитывая известную роль этих металлов в синаптической передаче возбуждения, однако количество достоверных корреляционных связей для амплитуд компонентов ВП было больше, чем для их латентных периодов (рис.2).

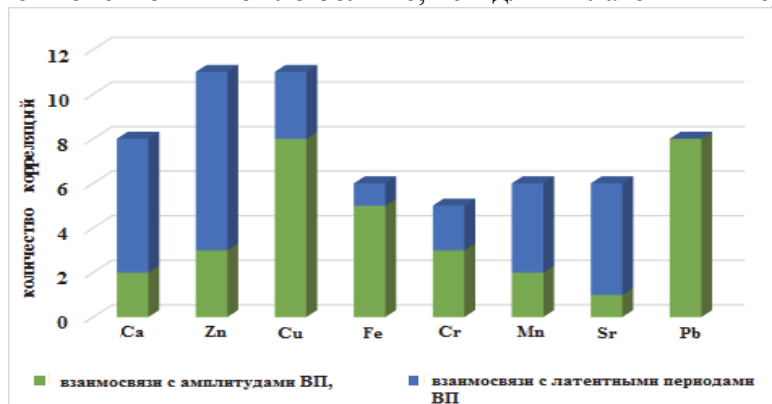


Рис. 2. Соотношение количества корреляций между характеристиками ВП и ССП и содержанием микроэлементов в волосах городских подростков

Установлена более высокая чувствительность гуморального звена иммунитета (12 показателей с уровнем Mn, Pb, Co, Ni) по сравнению с клеточным звеном (4 показателя обнаружили связь с содержанием Fe, Cu, Cr). Плотность связей колебалась от умеренной до сильной ($0,51 < r_s < 0,78$).

Выводы. Из 11-ти исследуемых микроэлементов только кадмий при фоновом содержании не обнаружил нейроиммунотропного влияния, остальные элементы были значимы для функционального состояния в большей степени нервной, в меньшей - иммунной систем подростков. Для биоэлектрических характеристик мозговых процессов не установили влияния Ni, Co, а для характеристик иммунной системы - с уровнем содержания Ca, Sr, Zn, что для последнего, известного важной ролью в обеспечении иммунитета, объясняется, по-видимому, его оптимальным содержанием в организме.

ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

Кальфа М.А.¹, Кривенцов М.А.²

¹ ассистент кафедры патологической анатомии с секционным курсом медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

² д.м.н., заведующий кафедры патологической анатомии с секционным курсом медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

rita.kalfa@mail.ru

Актуальность. Туберкулез является социально значимым заболеванием. По данным ВОЗ, около трети населения земного шара заражены *M. tuberculosis*. В РФ в последние годы отмечается увеличение доли запущенных и распространенных форм у впервые выявленных пациентов. В тоже время увеличивается количество вторичных форм туберкулеза, в том числе и фиброзно-кавернозной (ФКТ).

Одним из основных патогенетических факторов формирования фиброзного слоя каверны является пролиферативная активность фибробластов, их дифференцировка, что повышает синтез и секрецию коллагена и других компонентов матрикса, а также

способствует активному фибриллогенезу, что, в свою очередь, способствует трансформации легочной паренхимы и является предпосылкой к развитию хронической легочной недостаточности.

Целью работы являлось выявление особенности экспрессии иммуногистохимического маркера пролиферативной активности Ki-67 в пораженной ткани при ФКТ.

Материалы и методы. Материалом для морфологического исследования явились участки ткани легких, взятые у 83 пациентов, прооперированных по поводу ФКТ легких.

Все больные были разделены на 2 группы:

1 группа – 52 пациента с ФКТ и активным бактериовыделением (МБТ+).

2 группа – 31 больной с ФКТ без бактериовыделения (МБТ-).

Контрольную группу составили 10 человек, умерших от патологии, не связанной с заболеванием легких.

В дополнение к стандартному гистологическому исследованию с использованием окраски гематоксилином и эозином проводилось иммуногистохимическое (ИГХ) исследование по стандартизованной методике с использованием маркера Ki-67 (DakoCytomation). Система визуализации EnVision™ FLEX+, Mouse, High pH (Link), Code K8012 на автостейнере фирмы DAKO [10].

Просмотр и фотографирование осуществляли на микроскопе OLYMPUS CX-41.

Морфометрическое исследование включало подсчет позитивных клеток в 10 полях зрения при увеличении 200 с помощью программы ImageJ.

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке для параметрических критериев с использованием программы STATISTICA 10.

Результаты исследования. Во время гистологического исследования были выделены следующие зоны: стенка каверны, дренирующий бронх и перекавернозная зона, в которой отмечались участки ателектаза, дистелектаза и паноцинарной эмфиземы.

Пиогенный слой был представлен казеозными массами и характеризовался отсутствием пролиферативной активности.

В грануляционной ткани визуализировались тонкостенные сосуды капиллярного типа, которые располагались в сети коллагеновых волокон с большим количеством Ki-67 позитивных фибробластов и лимфоцитов в группе без бактериовыделения. У пациентов с активным бактериовыделением в зоне перехода специфического воспаления в фиброзный слой отмечалось наличие позитивно экспрессирующих Ki-67 высокоактивных макрофагов, расположенных в большом количестве на фоне значительного числа клеток лимфоидного происхождения и фибробластов.

Стабилизация пролиферативной активности наблюдается в зоне фиброзной капсулы каверны. Было установлено статистически значимое увеличение позитивно Ki-67 фибробластов и клеток воспалительной инфильтрации у пациентов с МБТ+, по отношению к группе без активного бактериовыделения. При этом активность иммунноэкспрессии лимфоцитов и макрофагов нарастала пропорционально в зависимости от степени разволокнения и интенсификации некробиотических процессов в фиброзной капсуле.

При оценке пролиферативной активности клеточных элементов дренирующего бронха без бактериовыделения, позитивно окрашенные клетки визуализировались преимущественно в эпителиальной выстилке и в фибробластах окружающей ткан, в то время как у пациентов с клинически зафиксированной экскрецией M.tuberculosis в окружающую среду количество позитивно экспрессирующих маркер Ki-67 клеток было сопоставимо с зоной специфических грануляций.

В перекавернозной зоне в случаях МБТ- определялось статистически значимое уменьшение числа клеток с митотической активностью вследствие стабилизации склеротических процессов и превалирования неактивных фиброцитов в полях сформированной фиброзной ткани.

Минимальное количество Ki-67 клеток фиксировалось в эмфизематозно расширенных участках независимо от активности бактериовыделения.

Выводы. Таким образом, анализ ИГХ реакций с маркером Ki-67 свидетельствует о динамическом изменении пролиферативной активности клеток стромы легочной паренхимы и соответственно повышении ее реактивности в условиях ФКТ в зависимости от активности бактериовыделения.

ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КОМПЛЕКСНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УФО И ЭФИРНОГО МАСЛА ШАЛФЕЯ

Бобрик Ю.В.¹, Романенко И.Г.², Тимофеев И.Ю.³

¹ Профессор кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания

² Профессор, Зав.кафедры стоматологии факультета подготовки медицинских кадров ВК и ДПО

³ Ассистент кафедры стоматологии факультета подготовки медицинских кадров по ВК и ДПО Медицинской академии им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И.Вернадского»
yura.bobrik@mail.ru

Введение. Несмотря на прогрессивное развитие медицинской науки, заболеваемость патологиями пародонта продолжает держаться на довольно высоком уровне не только в группе пациентов пожилого и зрелого возраста, но и отмечается тенденция к её росту в молодом возрасте. В этиологии воспалительных заболеваний пародонта, по мнению многих исследователей, определенную роль играет микробный фактор который приводит к изменениям ферментативной активности ротовой жидкости, в частности, кислотостабильных ингибиторов, трипсиноподобной и антитриптической активности. Для лечения и реабилитации больных гингивитом предложено много медикаментозных средств, которые не всегда эффективны и, кроме того, могут оказывать побочные неблагоприятные действия в виде аллергических реакций, угнетения кроветворения, нефро-, нейро- и гепатотоксичности, обусловленных биологическим действием антибиотиков и других лекарственных средств. Поэтому в последние годы в клинической медицине ведутся поиски новых медикаментозных препаратов и немедикаментозных средств лечения и реабилитации, которые оказывают выраженный терапевтический эффект без побочных явлений – обладают бактерицидным и бактериостатическим действием, улучшают обмен веществ, стимулируют иммунологические защитные реакции и процессы регенерации. В значительной степени вышепредставленным требованиям отвечают преформированные природные факторы - эфирные масла (ЭМ), ультрафиолетовое облучение.

Целью работы является изучение особенностей динамики биохимических показателей кислотостабильных ингибиторов, трипсиноподобной и антитриптической активности при лечении больных хроническим катаральным гингивитом при применении различных способов терапии и реабилитации.

Методика исследования. Определение трипсиноподобной активности (ТПА) смешанной слюны. ТПА слюны у пациентов измеряли спектрофотометрическим методом, основанном на измерении скорости отщепления N-бензол-L-аргенина от синтетического субстрата N-бензол-L-аргенина этилового спирта .

Определение антитриптической активности (АТА) смешанной слюны. АТА слюны определяли методом В.Ф. Нартиковой и Т.С. Пасхиной. Определение общей антиокислительной активности (АОА) смешанной слюны. АОА определяли по способности биологического материала тормозить окислительно-восстановительную реакцию в система Fe(2+) -2,6 - дихлорфенолиндофенол

Обследовано 55 человек. Возраст обследуемых был 20-44 лет, средний возраст составлял $31,2 \pm 1,25$ лет среди которых 15 человек составляли практически здоровые люди (контроль), 40 пациентов страдали хроническим катаральным генерализованным гингивитом легкой и средней степени тяжести. Все больные были разделены на две группы. Первую группу составили 20 человек, которые получали стандартное лечение согласно канонам лечения хронического катарального гингивита (группа наблюдения). Вторую группу составили 20 человек, которые получали наряду с базисной терапией и лечение с дополнительным использованием эфирного масла шалфея лекарственного (посредством каппы) и ультрафиолетового облучения (УФО) дёсен (основная группа). Биохимический анализ ротовой жидкости больных ХГКГ показал, что на момент обращения показатели кислотостабильных ингибиторов (КСИ) и антитриптической активности (АТА) были выше на 18-19% ($p < 0,05$) и на 20-21% ($p < 0,05$), трипсиноподобная активность (ТПА) ниже на 17-18,1% ($p < 0,05$) контрольных показателей у здоровых доноров. К 3 суткам после начала проведения комплексной терапии, включающей стандартное лечение и экстракта эфирного масла шалфея лекарственного, а также использование каппы и УФО, наблюдалась стабилизация АТА ротовой жидкости и небольшое ее снижение: так АТА составляла $174,18 \pm 21,71$ мкмоль/л, что было на 19,8% ($p < 0,05$) выше контроля. ТПА ротовой жидкости увеличивалась, она составляла $57,84 \pm 1,62$ мкмоль/мл, что было на 20,7% ($p < 0,05$) выше показателей здоровых лиц, показатель кислотостабильных ингибиторов ротовой жидкости, составлял $99,86 \pm 11,34$ мИЕ/мл, что было выше контрольных показателей на 16,5% ($p < 0,05$). К 3 суткам наблюдений АТА ротовой жидкости, несмотря на проводимую терапию, в группе -1 возростала на 31,92% и составляла $191,73 \pm 15,12$ мкмоль/л ($p < 0,01$). ТПА ротовой жидкости каскадно увеличивалась и составляла $64,18 \pm 1,32$ мкмоль/мл, что было на 33,9% ($p < 0,01$) выше показателей здоровых, уровень кислотостабильных ингибиторов с высокой степенью достоверности ($p < 0,01$) увеличивался и составлял $112, 24 \pm 11,14$ мИЕ/мл, что было на 30,9% выше аналогичных параметров здоровых. К 5 суткам комплексного лечения в основной группе нормализация АТА ротовой жидкости увеличивалась и ее активность составляла $169,88 \pm 64,15$ мкмоль/л, что было выше контрольных показателей на 16,7% ($p < 0,05$), определялось снижение ТПА ротовой жидкости, однако по отношению к контролю она носила статистически значимый характер ($p < 0,05$) и была выше на 17,2%, КСИ к 5 суткам незначительно снизилось но было выше контроля на 18,5% ($p < 0,05$). К завершению восстановительного лечения параметры КСИ, АТА и ТПА в ротовой жидкости у пациентов нормализовались, приобретая по отношению к показателям у здоровых недостоверный характер к 7 суткам в группе получающих комплексное восстановительное лечение.

Результаты исследований. Таким образом, проведенный комплекс биохимических исследований выявил, нарушения деятельности ферментных систем в ротовой жидкости в виде повышения антитриптической активности, трипсиноподобной активности и кислотостабильных ингибиторов ротовой жидкости на 20,9%, 17,1% и 18,5% соответственно в сравнении со здоровыми лицами.

Выводы. По сравнению с группой наблюдения (использование только традиционных методов лечения), где изучаемые показатели нормализовались к 10-15 суткам, использование комплекса эфирного масла шалфея лекарственного и ультрафиолетового облучения в лечении хронического генерализованного катарального гингивита ведет к более ранним срокам нормализации биохимических показателей в ротовой жидкости к 7 суткам.

ЭПИТЕЛИОЦИТЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ ПРИ ЛЕЙКОПЛАКИИ

Колесник В.М.¹, Абкаирова Ф.Ф.², Сытник А.А.³

¹доцент кафедры терапевтической стоматологии

²студентка кафедры терапевтической стоматологии

³студент кафедры терапевтической стоматологии

Медицинской академии имени С.И.Георгиевского КФУ

Viktory-61@mail.ru

Введение. Ведущим звеном патогенеза лейкоплакии слизистой оболочки полости рта (СОПР) является нарушение созревания эпителия. Степень зрелости эпителия определяется балансом эпителиальных клеток и называется индексом созревания. Эпителиоциты подразделяются на базальные, парабазальные, промежуточные, поверхностные и роговые чешуйки. Базальные клетки выявляются при воспалительных процессах в эпителии или при его травме. Парабазальные клетки свидетельствуют о резко выраженной атрофии. В зрелом эпителии в цитограмме преобладают промежуточные клетки. В участках неороговевающего эпителия при максимальном уровне созревания появляются поверхностные клетки, а в ороговевающем эпителии – роговые чешуйки.

Целью нашего исследования явилось определение степени зрелости эпителия СОПР при различных формах лейкоплакии.

Материал и методы. В результате проведенного клинико-лабораторного исследования 58 человек с лейкоплакией СОПР плоская форма была диагностирована у 34 пациентов (58,62%), веррукозная лейкоплакия, бляшечная форма – у 16 (27, 58%), веррукозная лейкоплакия, бородавчатая форма – у 5 (8,62%) и эрозивно-язвенная форма – у 3 (5,17%). Забор материала из очага поражения для изготовления цитологических препаратов осуществляли прямым отпечатком, мазком – отпечатком или соскобом. Препараты фиксировали в смеси Никифорова, окраска по Папаниколау. В цитограммах изучали соотношение эпителиоцитов.

Результаты исследований. При плоской форме лейкоплакии в цитограммах преобладали роговые чешуйки (51,5%) и поверхностные клетки (31%). Доля промежуточных клеток составила 17,5%. Это трактуется как хроническое воспаление, нарушение созревания эпителия и гиперкератоз. При бляшечной форме веррукозной лейкоплакии соотношение парабазальные/ промежуточные/ поверхностные клетки/ роговые чешуйки составило 0/25/29/46, что свидетельствует об усугублении нарушения дифференцировки эпителия. При анализе цитограмм пациентов с бородавчатой формой веррукозной лейкоплакии был выявлен «левый сдвиг» – значительное нарушение созревания эпителия, которое характеризовалось появлением базальных и парабазальных клеток (3,0 и 10,5% соответственно). При эрозивно-язвенной форме лейкоплакии было отмечено увеличение базальных (4,0 %) и парабазальных клеток (15,5%), что характерно для значительной травмы эпителия и воспалительного процесса.

Выводы. Таким образом, была выявлена обратно-пропорциональная зависимость между утяжелением форм лейкоплакии и степенью зрелости эпителия. Метод эксфолиативной цитологии, отличающийся простотой, безопасностью и быстротой получения результатов, является вспомогательным для постановки диагноза «лейкоплакия» и может использоваться в комплексе с другими методами исследования.

РАЗРАБОТКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ОРГАНОВ НА ТЕЛЕ ЧЕЛОВЕКА И ИХ ПРИМЕНЕНИЕ В ЛЕЧЕБНОМ МАССАЖЕ, И МАНУАЛЬНО-ОСТЕО-ВИСЦЕРОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Пономарев В.А.¹, Каламыщев В.П.²

¹ доцент кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медакадемии КФУ

² соискатель кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медакадемии КФУ

Введение. При массаже и мануальной терапии в пределах зон Захарьина-Геда лечебной выявляются дополнительные малые зоны, которые позволяют оптимизировать диагностико-лечебную оценку эффективности массажа и мануальной коррекции. Однако они редко используются на практике.

Цель исследования. Оптимизация эффективности лечебного массажа, висцеро- и остеопатической коррекции и мануальной терапии путем выявления малых и больших зон напряжения тканей, наличия мышечно-тонических нарушений и их диагностико-лечебной оценки в динамике при выполнении этих процедур.

Задачи. Выявить расстройства внутренних органов, суставно-связочного аппарата, костно-мышечной системы, определить их представительства на теле путем сравнения и изменчивости в процессе лечения.

Материал и методы. Наблюдались 300 больных с различными заболеваниями в возрасте 16-75 лет, 165 женщин и 135 мужчин. Для определения кожных и мышечно-фасциальных болевых зон выявляли гипо- и гиперэстезию при точечном и зональном массаже и при легких уколах булавкой или при взятии кожной складки, надавливании с различной интенсивностью, а также наличие мышечно-тонических зон и синдромов, которые мы учитывали при ежедневном выполнении сеанса массажа и мануальной висцеро- и остеопатической коррекции. Разработаны специальные диагностико-топические таблицы и алгоритм диагностического обследования пациента в зависимости от имеющейся патологии.

Результаты исследований. Выявленные боли и гиперестезии в зонах Захарьина-Геда, а также малых зон мышечно-тонических нарушений, мышечно-тонических синдромов позволяют предположить поражение внутреннего органа, костно-связочного и нервно-мышечного аппарата. Однако следует помнить, что гиперестезия одних и тех же участков кожи, может возникать при заболеваниях различных органов и находящихся в этой зоне и иррадиирующих отраженных болях и других проявлениях. Диагностические затруднения вызывают и так называемая генерализация висцеральных раздражений, а также наличие феномена реперкуссии, когда проекции внутренних органов расположены на коже, мышцах, костях, надкостнице, связках. Представительства на коже выявляются отеком, зудом, покраснением и т.п. На мышцах проекции выражаются уплотнениями, узелками, повышенной чувствительностью и болезненностью. Проекция на надкостнице также проявляется болью, повышенной чувствительностью или воспалительным процессом «периоститом». На сосудах представительства выражаются болезненностью по ходу сосуда, отеком интимы сосуда, уплотнением.

Детальный анализ и сопоставление этих изменений позволил значительно повысить диагностическую и лечебную эффективность проводимого лечебного массажа и мануальной висцеро-и остеопатической коррекции.

Выводы. Учет болевых малых и больших зон в массаже и мануальной коррекции, дополненный выявленными особенностями повышает их лечебную эффективность путем использования разработанного алгоритма и диагностико-топических таблиц.

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЛЕПОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ОБЛУЧЕНИЯ И ВВЕДЕНИЯ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Девятова Н.В.¹, Кривенцов М.А.²

¹старший лаборант кафедры патологической анатомии с секционным курсом медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

²д.м.н., заведующий кафедрой патологической анатомии с секционным курсом медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

maksimkgmu@mail.ru

Актуальность. Имеющиеся в научной литературе данные в отношении поражения слепой кишки в условиях действия ионизирующего излучения имеют разнонаправленный характер и не дают возможность определить динамику преобразований в этом органе при использовании определенной дозы облучения. С другой стороны, актуальным и требующим пристального внимания вопросом является поиск высокоэффективных и безопасных средств коррекции негативных последствий радиационного поражения, а также обоснование, в том числе и морфологическое, возможности их применения. С этой точки зрения перспективным видится изучение биологических эффектов и возможности применения ксеногенной цереброспинальной жидкости (КЦСЖ) в качестве радиопротектора.

Целью работы являлось изучение динамики структурных преобразований стенки слепой кишки крыс после однократного тотального ионизирующего облучения в дозе 5 Гр при парентеральном введении ксеногенной цереброспинальной жидкости.

Материалы и методы. В проведении эксперимента задействовали самцов белых крыс линии Вистар ювенильного возраста (возраст 3 – 3,5 месяцев, масса тела на момент начала эксперимента 150 – 170 г). Было выделено 5 серий: интактная серия (И), две контрольные серии (К1 и К2) и две экспериментальные серии (Э1 и Э2). Животных 1-й серии (интактной) не подвергали внешним воздействиям. Всех остальных крыс подвергали однократному облучению в дозе 5 Гр с использованием линейного ускорителя Clinac 2100 (производства компании Varian, США) на базе ГБУЗ РК «Крымский республиканский онкологический клинический диспансер имени В.М. Ефетова». Использовались следующие параметры ионизирующего излучения: рабочая энергия линейного ускорителя – 6 МэВ, время экспозиции – 50 сек, разовая доза – 500 рад (5 Грей), размер поля – 40 см², глубина проникновения – 2,5 см. После проведенного облучения животным экспериментальных серий вводили КЦСЖ, полученную у крупного рогатого скота путем прижизненной субокципитальной пункции с последующим сверхбыстрым замораживанием в жидком азоте при температуре –196°С. Крыс выводили из опыта под тиопенталовым наркозом путем декапитации на 7-е, 14-е и 30-е сутки с последующим выделением слепой кишки. В работе использовали органомерический, описательный гистологический, гисто- и цитоморфометрический метод, с последующей статистической обработкой полученных результатов.

Результаты исследования. Однократное воздействие ионизирующего излучения в дозе 5 Гр оказало значительное влияние на железистый аппарат слепой кишки, демонстрируя умеренную активацию адаптационных резервов. При этом следует отметить, что во все сроки наблюдения после облучения данные морфометрии в двух контрольных сериях опытов (К1 и К2) между собой практически не различались. Это связано, по-видимому, с несущественным влиянием фактора кратности и дозы введения физиологического раствора в сравнении с сублетальной дозой ионизирующего излучения. В то же время, в обеих контрольных сериях различия в изучаемых показателях достигали уровня статистической достоверности в сравнении с интактной группой. Главным образом, преобразования

характеризовались уменьшением толщины слизистой оболочки и снижением количества и плотности расположения желез.

Увеличивается доля соединительнотканых элементов и клеток гистиоцитарного ряда. Отмечены типичные дистрофические преобразования эпителиоцитов желез с явлениями вакуолизации цитоплазмы. При этом уменьшается количество абсорбционных и недифференцированных клеток, несколько повышается количество бокаловидных. Наиболее выраженные изменения отмечены на 7-й день после лучевого воздействия, с их стабилизацией к 14-му дню. Но даже к 30-м суткам эксперимента изменения желез характеризовались, в основном, явлениями атрофии и нарушением их гистоархитектоники с разрастанием соединительной ткани в интерстициальном пространстве. Преобразования сопровождаются расширением периваскулярных и перидуктальных пространств. Характерны явления отека интерстициального пространства и умеренной периваскулярной инфильтрации. Слизистая оболочка инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками и единичными нейтрофилами.

Введение КЦСЖ однократно в дозе 10 мл/кг (серия Э1) не только не способствовало стимуляции резервных возможностей организма, но и подавляло их. По-видимому, это связано с истощением резервов организма за счет разнонаправленных эффектов лучевого воздействия и парентерального введения ликвора. Во все сроки наблюдения сохраняются гемодинамические расстройства, а также структурная перестройка железистого аппарата. Число желез на единицу площади снижено. Изменена и их архитектура: железы становятся короче, просвет их расширен. Количество эпителиоцитов в железе также уменьшено. Некоторые показатели отражают более глубокую структурную перестройку даже в сравнении с серией облучения без коррекции. Многократное введение ликвора в дозе 2 мл/кг (2-я серия эксперимента) оказывает стимулирующий эффект, приводя к восстановлению цитоархитектоники стенки слепой кишки, что особенно проявляется к 30-м суткам наблюдения. Изучаемые показатели (размеры и количество желез, а также общее количество эпителиоцитов в продольном срезе железы) практически не отличались от показателей интактной группы.

Выводы. Структурная организация слепой кишки крыс после однократного облучения в дозе 5 Гр без коррекции (на фоне введения физиологического раствора) характеризуется выраженными преобразованиями, имеющими определенный стадийный характер. При этом изменения типичны и проявляются в явлениях дистрофии и уменьшении клеточных элементов железистого аппарата с исходом в атрофию. Парентеральное однократное введение ксеногенной спинномозговой жидкости в дозе 10 мл/кг оказывает угнетающее действие на железистый аппарат и стромально-сосудистый компонент. Схема многократного применения КЦСЖ в дозе 2 мл/кг явилась эффективной с точки зрения значительного ускорения процесса репарации, начиная с 7-х суток после облучения вплоть до 30-х суток эксперимента.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛФК В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ

Пономарев В.А.¹, Жорник В.В.², Лукьянова М.Е.²

*¹доцент кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии
с курсом физического воспитания*

*²студенты кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического
воспитания Медицинской академии КФУ*

pva377@mail.ru

Введение. Пояснично-крестцовая радикулопатия является одним из наиболее тяжелых вариантов вертеброгенных болевых синдромов, приводящих к стойкой утрате трудоспособности. Заболевание характеризуется интенсивной и стойкой болью, обычно сопровождающейся резким ограничением подвижности. Согласно данным мировой статистики, 11-84% всего трудоспособного населения хотя бы раз в жизни страдали от болей в спине. В Российской Федерации 5% населения страдают пояснично-крестцовой радикулопатией. Дебют заболевания у мужчин приходится на возраст от 40 до 50 лет, у женщин - от 50 до 60 лет. Заболеваемость мужчин и женщин примерно равна. Риск развития вертеброгенной радикулопатии повышен у лиц, занимающихся тяжелым физическим трудом и страдающих ожирением. Регулярная физическая активность может значительно снизить риск заболевания.

Цели и задачи исследования. Провести сравнительный анализ между группами пациентов с радикулопатией, занимающихся регулярно лечебной физической культурой, и пациентами с низким уровнем физической активности. Доказать эффективность ЛФК в реабилитации пациентов с радикулопатией.

Методика исследования. В исследование было включено 114 пациентов, имеющих жалобы на постоянные боли в спине вертеброгенного генеза. 75 пациентов (66%) регулярно занимались в зале ЛФК по 30 минут 3 раза в день на протяжении всего пребывания в стационаре - группа №1. Группу №2 составляли 39 пациентов (34%), которые по собственному желанию отказались от занятий. Все пациенты находились на этапе обострения хронического вертеброгенного болевого синдрома и регулярно принимали соответствующую медикаментозную терапию, курс физиотерапии (магнит, электрофорез, амплипульс), курс лечебного массажа в неврологическом отделении. Длительность пребывания больных в стационаре в среднем составляла 14 койко-дней. Количество мужчин в исследовании составляет 55 человек (48%), женщин - 59 (52%). Возрастной интервал исследования составил от 25 до 79 лет. Средний возраст составляет 50±9 лет. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями были: артериальная гипертензия (45%), вегето-сосудистая дистония (ВСД) (31%), ожирение (20%), сахарный диабет (13%), нарушения ритма и проводимости сердца (6%). Обследование больных проводилось в течение всего времени пребывания в стационаре. Результаты исследования оценивались с помощью визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ), проб Шобера и Томайера, также оценивался суммарный индекс состояния здоровья (Овестровский опросник нарушения жизнедеятельности при боли в нижней части спины). Учитывая особенности сопутствующих заболеваний, во внимание взяты следующие показатели: артериальное давление (АД), пульс, частота дыхательных движений (ЧДД), одышка, оценка психоэмоционального статуса, контроль ЭКГ, контроль глюкозы крови.

Результаты исследования. Интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ к моменту выписки из стационара в исследуемых группах имела различия. Пациенты группы №1 в большей части (80%) отмечали полное отсутствие болевого синдрома (0 баллов), 14% отмечали легкий болевой синдром (2 балла), 6% больных предъявляли жалобы на умеренную

боль в пояснице (4 балла). В группе №2 15% пациентов отмечали полное отсутствие болевого синдрома, у 70% больных имелись жалобы на легкий болевой синдром (2-3 балла), 15% отметили умеренный болевой синдром (4 балла). На момент поступления суммарный индекс состояния здоровья у пациентов обеих групп составлял 41-60%, что свидетельствует о сильном нарушении и потере работоспособности. После окончания лечения и курса ЛФК у пациентов группы №1 показатели значительно снизились до 20%, в группе №2 показатели также имели тенденцию к снижению до 20%, но имелись случаи снижения показателей до 30%, что указывало на умеренное нарушение и присутствие болевого синдрома. Пациенты группы №1, регулярно выполняющие лечебную гимнастику, выполнили пробы Шобера и Томайера положительно, в то время как пациенты группы №2 имели отрицательные результаты. У пациентов группы №1, страдающих артериальной гипертензией II-III степени, отмечались снижение и стабилизация цифр артериального давления, отсутствие головных болей, повышение работоспособности. Пациенты, страдающие ожирением, отметили общее улучшение самочувствия, нормализацию цифр АД и ЧДД, отсутствие одышки при регулярном выполнении физических упражнений. У лиц, имеющих сахарный диабет в анамнезе, благодаря правильно подобранному медикаментозному лечению, питанию и дозированным физическим нагрузкам удалось нормализовать уровень глюкозы крови и поддерживать ее длительное время в пределах границ нормы. Положительная ЭКГ-динамика отмечалась у пациентов, страдающих нарушениями ритма сердца. Улучшение общего состояния, психоэмоционального фона, повышение работоспособности, улучшение сна, отсутствие головных болей и тахикардии выделили пациенты, страдающие вегетососудистой дистонией.

Выводы. Пояснично-крестцовая радикулопатия - заболевание, значительно снижающее качество жизни пациента, приводящее к утрате работоспособности и даже инвалидности. На сегодняшний день вопросы скорейшей реабилитации таких пациентов являются одними из важных для врача. Проведенное исследование доказало, что правильно подобранная дозированная лечебная физическая культура в комплексе с медикаментозной терапией и физиотерапевтическим лечением позволяют в ранние сроки значительно снизить болевой синдром и расширить в достаточной мере объем двигательной активности пациентов. Кроме того, ЛФК улучшает общее состояние больного, устраняет симптоматику сопутствующих заболеваний, оказывая благоприятный эффект на все системы органов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАССИВНОЙ И АКТИВНОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ, МАНУАЛЬНОЙ И ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ПОЗВОНОЧНЫХ ДОРСАЛГИЯХ

Пономарев В.А.¹, Уманец А.Н.², Кадырова З.Ф.²

¹ доцент кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины с курсом физиотерапии физического воспитания Медицинской академии КФУ

²студенты кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины с курсом физиотерапии физического воспитания Медицинской академии КФУ

pva377@mail.ru

Введение: Динамика болезней опорно-двигательного аппарата (ОДА) с каждым годом неуклонно растет, отмечается устойчивая тенденция к омоложению контингента больных. По статистике ВОЗ на 2016 год болезнями ОДА страдает 80% трудоспособного населения (от 25 до 50 лет). В основе лежит низкая физическая активность и связанные с этим ожирение, слабость мышечного корсета, нарушения осанки.

Остеохондроз позвоночника представляет одно из наиболее частых заболеваний дегенеративно-дистрофического характера, повреждающее межпозвоночный диск и ведущее к вертебро-неврогенной патологии. Кроме того, нестабильность позвоночника, приводящая к

ущемлению корешков, приводит к стойкому болевому синдрому и ограничивает активность и снижает качество жизни пациентов. Широкое распространение, медико-социальная значимость данной патологии, определяет актуальность разработки эффективных методов физической реабилитации. В лечении остеохондроза позвоночника в сочетании с медикаментозной терапией, активно применяются методы лечебной физкультуры: лечебная гимнастика (ЛГ), лечение положением, упражнения на расслабление, растяжение и саморастяжения позвоночника, статические упражнения, изометрические нагрузки, мануальная терапия, классический массаж, включая самомассаж, изометрическая гимнастика с саморастяжением позвоночника и др.

Цель исследования. Оценка эффективности различных комплексов динамических и статических упражнений, растяжений и центрации позвоночника при позвоночных дорсалгиях.

Задачи. Выявить преимущества и недостатки каждого из применяемых физических факторов ФР этих больных: ЛГ, лечения положением с аутомобилизацией, саморастяжением позвоночника, классического и сегментарного массажа и самомассажа, элементов мануальной терапии в виде мобилизации (приемов в режиме физиологических пределов, проводимых плавно сгибанием, разгибанием, растяжением).

Материалы и методы: В исследование приняли участие 180 пациентов (78 женщин и 102 мужчины) в возрасте 25-65 лет с наличием дорсалгиях шейного (48), грудного(46)) и пояснично-крестцового (88) отделов позвоночника, которые были разделены на две группы, из которых контрольные группы были по 20 человек каждая. Общая продолжительность выполнения комплекса упражнений – 60 дней, по 4 - 5 повторений ежедневно. Участникам контрольных групп был предложен комплекс динамических упражнений лечебной физкультуры (ЛФК) включающий: лечебную гимнастику, в исходном положении лежа, стоя с растяжением и централизацией позвоночника, а также самомассаж рефлексогенных зон. Участникам Основных групп был предложен комплекс статических упражнений с изометрической гимнастикой с саморастяжением позвоночника и последующим постизометрическим расслаблением (ПИР). Упражнения в изометрическом режиме применялись при шейных дорсалгиях в виде шейной изометрической гимнастики (руки-лоб, руки-затылок, рука висов) с последующим саморастяжением позвоночника. При грудных дорсалгиях с прогибом позвоночника в висе. При пояснично-крестцовых дорсалгиях также в висе с напряжением мышц ягодиц в течение 20-60 секунд а также лежа на спине с хватом руками за головным концом кровати, а ногами за спинку кровати с напряжением мышц ягодиц и втяжением мышц промежности. Это являются эффективным средством центрации позвоночника, то есть уменьшения при минимальных энергозатратах, а также минимальных затратах времени на выполнение комплекса упражнений. Их действие основывается на увеличении коэффициента релаксации и силы последующего мышечного сокращения.

Результаты исследований. После проведенного анализа результатов эффективности предлагаемых комплексов реабилитации во всех основных группах больных, в сравнении с контрольными группами, отмечалось наличие положительной динамики уменьшения дорсалгий до 90-95 % в основных группах и только до 45-50 % в контрольных группах. При этом отмечались следующие лечебные эффекты: укрепление мышечного каркаса, стабилизация позвоночника, релаксация патологически напряженных мышц спины, улучшение крово- и лимфообращения в пораженном сегменте.

Выводы. В ходе исследования, доказана высокая эффективность комплекса статических упражнений, в сравнении с динамическими, особенно с саморастяжением позвоночника, называемого в мануально-остеопатической коррекции центрацией позвоночника. Последняя является физиологической самомобилизацией в отличие травмирующих и создающих нестабильность позвоночника манипуляционных методик, принятых некоторыми мануальными терапевтами. Однако, по мере уменьшения выраженности дорсалгий целесообразно применение уже обеих комплексов упражнений, что

тоже отмечается положительной динамикой. Таким образом, указанные методы ФР является ведущим звеном комплексной терапии позвоночных дорсалгий, оказывая лечебный эффект в остром, подостром и хроническом течении радикулярного процесса, Это является основой профилактики прогрессирования межпозвоночных грыж и дегенеративных изменений межпозвоночных дисков при дорсалгиях.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Пономарев В.А.¹, Сеитвелиева А.С.²

¹*доцент кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медакадемии КФУ*

²*студентка кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медакадемии КФУ*

Pva377@mail.ru

Введение. На сегодняшний день сахарный диабет является одной из наиболее сложных медицинских и социальных проблем во всем мире. В первую очередь это связано со значительным распространением данного заболевания среди населения, а также с увеличением частоты встречаемости сахарного диабета в детском возрасте.

Колоссальным упущением в общем комплексе лечебно-профилактических мероприятий при сахарном диабете у детей и подростков является недооценка или неадекватное применение средств и методов физической реабилитации с учетом характера протекания сахарного диабета, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний.

В связи с этим разработка научно обоснованной программы физической реабилитации детей больных сахарным диабетом имеет не только теоретическое, но и, в первую очередь, практическое значение.

Цель и задачи исследования: разработать комплексную программу физической реабилитации для больных сахарным диабетом, целью которой является повышение эффективности медикаментозной терапии, достижение необходимых показателей гликемии, увеличение сроков клинико-метаболической компенсации диабета и предотвращения прогрессирования патологического процесса, а также профилактики развития осложнений.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находились 35 пациентов, страдающих сахарным диабетом, в возрасте от 12 до 17 лет. Среди данных пациентов была выделена основная группа (n=23), занимающаяся согласно разработанной нами программе, и контрольная группа (n=12). Оценка динамики основных показателей проводилась в три этапа на протяжении 60 дней, в соответствии с чем, определялась эффективность предложенной программы физической реабилитации. В процессе разработки программы физической реабилитации были изучены истории болезни пациентов, форма и степень компенсации сахарного диабета, а также проведен анализ инсулинотерапии. При назначении физических упражнений пациентам оценивались показатели физического развития подростков для последующей адаптации и модификации средств и методов реабилитации в зависимости от двигательного режима и клинического состояния больных.

Уровень физического развития оценивался как: ниже среднего, средний и выше среднего. Комплексная программа физической реабилитации включала в себя: комплексы лечебной гимнастики, дозированную ходьбу, велотренировки, массаж и самомассаж

Результаты исследования. При первом тестировании (до включения в комплекс общих лечебно-профилактических мероприятий методов физической реабилитации) по результатам пробы Руфье установлено что работоспособность в основной и контрольной

группах совпадает и составляет у 12,3 % подростков с СД хорошая, средняя – у 43,9 %, удовлетворительная – у 33,3 %, плохая – у 10,5% обследованных.

На втором этапе тестирования, после 30 дней ежедневных занятий в основной группе хорошую оценку физической работоспособности получили 15,8 % подростков, среднюю – 52,6 % подростков, удовлетворительную – 31,6 % подростков. В контрольной группе результаты совпадали с таковыми на первом этапе тестирования.

На третьем этапе тестирования, после 60 дней ежедневных занятий хорошую оценку получили 33,3 % подростков, среднюю – 50,9 %, удовлетворительную – 15,8 % подростков. Больные с плохой работоспособностью отсутствовали. Повышения работоспособности в контрольной группе пациентов не зафиксировано.

Выводы. Согласно полученным данным, проведение реабилитационных мероприятий по предложенной нами программе, способствует значительному повышению эффективности медикаментозного поддерживающего лечения сахарного диабета, оказывают профилактическое действие на развитие осложнений, а также улучшает качество жизни пациентов. Возможность использовать теоретические положения и экспериментальные данные комплексной программы физической реабилитации в терапии больных сахарным диабетом свидетельствует о перспективности данного направления.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИМФАТИЧЕСКОГО МАССАЖА ПРИ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Пономарев В.А.¹, Наринян Е.В.², Костенич В.С.², Стукал А.М.²

*¹доцент кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии
с курсом физического воспитания*

*²студенты кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического
воспитания Медицинской академии*

pva377@mail.ru

Введение. Проблема хронической венозной недостаточности (ХВН) в нашей стране весьма актуальна, так по данным исследования, проведенного в Москве, которое включало в себя 3000 работников промышленных предприятий (993 мужчины и 2007 женщин) определили, что 67% женщин и 50% мужчин имеют хронические заболевания вен нижних конечностей. Также было проведено исследование в России по поводу диагностики и лечения ХВН у женщин, подверженных факторам риска ХВН, в котором собраны данные о 3788 обследованных и оказалось, что внешние признаки ХВН отсутствовали лишь у 23,1%, более половины женщин (52,1%) имели манифестированные формы с развитием варикозного расширения подкожных вен, отеков и трофических расстройств. То есть, исходя из статистических данных можно судить о чрезвычайной актуальности исследования данного вопроса и поисков оптимальных методов диагностики и лечения.

Цели и задачи: выявить и изучить влияние лимфатического массажа на организм при венозной недостаточности нижних конечностей.

Материалы и методы. Анализ статистики интернет-данных, наблюдение над 35 больными с венозной недостаточностью, из которых 20 основной группы, получавших лимфатический массаж и 15 контрольной группы, не получавших лимфатический массаж.

Результаты исследования. Несмотря на противопоказания массажа нижних конечностей при ХВН, применяемый лимфатический массаж, совместно с комплексным лечением (аспекард, кардиомагнит 2 раза в день, витрум 1 раз в день), оказывает положительный эффект. Выполняется он с целью стимуляции оттока лимфы от тканей к сердцу, от периферии к центру по ходу лимфатических сосудов и является вариантом циркуляторного массажа, выполняемого не только по ходу магистральных лимфатических

сосудов, но и по всей площади капиллярной сети. Поскольку лимфокапилляры и сосуды дублируют ход венозных сосудов, то лимфодренаж также стимулирует отток венозной крови к сердцу и это определяет его показанию при ХВН нижних конечностей. Поскольку при лимфодренаже используются более мягкие и медленные приемы, то он оказывает более щадящее воздействие на пораженные венозные и лимфатические сосуды. Кроме того, такой массаж способствует улучшению функции полулунных клапанов вен, что уменьшает варикоз, его выраженность и даже уменьшает трофические нарушения на нижних конечностях.

Выводы. На основании выполненной работы выявлен положительный эффект отсасывающего лимфатического массажа при комплексном лечении ХВН нижних конечностей. Что целесообразно использовать на начальных стадиях заболевания венозной недостаточности нижних конечностей, а также возможно использование лимфатического массажа с целью профилактически развития хронической венозной недостаточности нижних конечностей у лиц, имеющих факторы риска ХВН или наследственную предрасположенность к развитию последней.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Пономарев В.А.¹, Васильева В.В.¹, Зубаровская М.И.²

¹*доценты кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии КФУ*

¹*студент кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии КФУ*
pva377@mail.ru

Введение. Ревматоидный артрит - аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом (синовитом) и системным поражением внутренних органов. Распространённость заболевания среди взрослого населения составляет 2%. Соотношение женщин к мужчинам – 2-3:1, при этом пик начала заболевания приходится на возраст 40-55 лет. Ревматоидный артрит характеризуется большим количеством проявлений, которые значительно ухудшают качество жизни больных. Ревматоидный артрит представляет серьезную медико-социальную проблему в связи с большой распространённостью в популяции, прогрессирующим течением, высокой частотой поражения лиц трудоспособного возраста, рано возникающим снижением функциональных способностей, потерей профессиональных и социальных навыков, значительной инвалидизацией. Кинезотерапия является одним из основных средств реабилитации при данном заболевании.

Цель. Оценка эффективности кинезотерапии и определение ее значения у пациентов с ревматоидным артритом.

Задачи. 1.Выяснить связь между степенью активности ревматоидного артрита и выполнением реабилитационных упражнений в анамнезе.

2.Оценить влияние кинезотерапии на течение ревматоидного артрита у пациентов различных ФК.

Материалы и методы. Сбор анамнеза жизни и заболевания среди пациентов с диагнозом ревматоидный артрит. Участие в создании рекомендаций и проведении кинезотерапии у пациентов с ревматоидным артритом. Статистическая обработка данных. Обзор научных и интернет публикаций. В исследовании приняло участие 60 человек, из которых 53 женщины и 8 мужчин. 70% пациентов соответствовали возрасту от 40 до 60 лет, до 20% пациентов – менее 40 лет и более 60 лет. Пациенты были распределены в 3 группы: первая группа с обострением процесса (при постельном режиме, соответствовала ФК IV),

вторая группа с подострым течением заболевания (при палатном режиме, соответствовала ФК III) и третья группа с низкой активностью заболевания (при свободном режиме, соответствовала ФК II, I). Первая и вторая группы включала в себя 2 подгруппы по 10 человек, среди которых пациенты, выполняющие кинезотерапию под контролем медицинского работника, и те, которые занимались медицинской реабилитацией самостоятельно без контроля. Для пациентов из третьей группы были разработаны рекомендации по занятиям кинезотерапией, которые они выполняли самостоятельно.

Результаты исследований. Интересуясь у пациентов, выполняли ли они физические упражнения, направленные на улучшение самочувствия в связи с проявлениями ревматоидного артрита, было выяснено, что 46% пациентов, входящих в состав третьей группы с низкой активностью процесса, занимались кинезотерапией, а в группе с подострым течением заболевания - лишь 15% больных. Пациентам, относящимся к первой группе, было рекомендовано лечение положением (для больных суставов), для здоровых суставов небольшое количество простых упражнений и движения по самообслуживанию, дыхательные упражнения. Для второй группы с подострым течением заболевания в качестве средств кинезотерапии были выбраны активные упражнения – для здоровых суставов, пассивные, пассивно-активные и активные упражнения – для пораженных суставов, лечение положением, дыхательные упражнения. Для пациентов, входящих в состав третьей группы, были разработаны рекомендации, включающие общеразвивающие упражнения, упражнения на растяжение (физиологически обоснованы); дыхательные упражнения. Спустя месяц после начала исследования было выявлено, что у 43% пациентов из первой группы отмечалось улучшение общего и эмоционально-психического состояния, незначительное уменьшение болей в пораженных суставах. В 56% случаев второй группы отмечалось улучшение общего и эмоционально-психического состояния, уменьшение боли в пораженных суставах, уменьшение времени утренней скованности. Лишь 22% пациентов из третьей группы отметили улучшение состояния в виде увеличения подвижности в пораженных суставах, уменьшения болевого синдрома и временного промежутка утренней скованности.

Выводы. Большая часть из опрошенных пациентов, выполняющих комплексы реабилитационных упражнений, относилась к третьей группе с низкой активностью течения заболевания, в то время как к группе с более тяжелым течением и пользовавшимся средствами кинезотерапии относились всего 15%, что может косвенно указывать на роль физических упражнений в динамике заболевания (обострение/ремиссия). У пациентов, выполняющих упражнения под специализированным контролем (1 и 2 группы) в большинстве отмечается улучшение состояния и уменьшение проявления болезни. Низкая эффективность от рекомендаций по кинезотерапии для пациентов из третьей группы могут быть обусловлены невыполняемостью указанных назначений, отсутствием выраженных проявления ревматоидного артрита. Кинезотерапия характеризуется высокой доступностью и легкостью выполнения и является необходимой частью лечения и профилактики обострений ревматоидного артрита.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Пономарев В.А.¹, Васильева В.В.¹, Тейфукова Э.Н.²

¹доценты кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии
с курсом физического воспитания

²студент кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом
физического воспитания Медицинской академии КФУ

pva377@mail.ru

Введение. Анкилозирующий спондилит (АС) известен как заболевание, приводящее к фатальной инвалидизации. Проблема реабилитации пациентов АС имеет социально-экономическое значение, поскольку заболевание сопровождается выраженным болевым синдромом, прогрессирующими нарушениями со стороны опорно-двигательного аппарата и поражает преимущественно молодое трудоспособное население. По данным литературы в Российской Федерации отмечается самый высокий процент инвалидизации пациентов. Высокий удельный вес инвалидности объясняется поздней диагностикой АС, несвоевременным началом проведения лечебно-реабилитационных мероприятий, недостаточной реабилитацией больных на поликлиническом этапе. Среди нефармакологических методов лечения лечебная физкультура (ЛФК) занимает основное место, поскольку оказывает непосредственное влияние на опорно-двигательный аппарат и направлена на сохранение объема движений в позвоночнике и суставах.

Цель. Оценить значение физической реабилитации в лечении больных АС.

Задачи:

1. Оценка жалоб больных АС до и после проведения ЛФК.
2. Проведение пациентам до и после ЛФК диагностических тестов, отражающих степень функциональной недостаточности позвоночника.
3. Сравнительный анализ показателей функций осевого скелета до и после проведения ЛФК на основании диагностических тестов.
4. Оценка эффективности ЛФК в разных группах пациентов.

Материал и методы исследования. Проведен опрос 19 больных с диагнозом АС в ревматологическом отделении ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко». Средний возраст пациентов составил $34,47 \pm 8,12$ года. Количество мужчин – 15 (77,3%), женщин – 4 (22,7%). В условиях стационарного лечения все пациенты проходили курс ЛФК, включающий в себя общеукрепляющие упражнения, упражнения на растяжение мышц спины и конечностей, упражнения на равновесие и координацию движений, экстензионные упражнения для укрепления силы мышц спины и разгибания позвоночника, динамические упражнения для разработки суставов конечностей. Всем пациентам до и после ЛФК были проведены следующие диагностические тесты, отражающие степень функциональной недостаточности позвоночника: боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника, расстояние от козелка до стены, модифицированный тест Шобера, максимальное расстояние между лодыжками, ротация в шейном отделе позвоночника. По степени функциональной недостаточности все больные подразделились на 3 группы: 1 степень у 4 (18,2%) пациентов, 2 степень – 10 (54,5%), 3 степень – 5 (27,3%).

Результаты исследования. На основании проведенного опроса пациентов отмечено, что у всех больных снижено психоэмоциональное состояние и работоспособность. У всех пациентов 1 группы имеются жалобы на длительную утреннюю скованность до 20-30 минут, у 2 (50%) – жалобы на боли в поясничной области и ограничение движений в позвоночнике, у 2 (50%) – болезненность и ограничение движений в периферических суставах. У всех пациентов 2 группы отмечается утренняя скованность длительностью 30-45 минут. Среди

пациентов 2 группы у 7 (70%) – жалобы на боли и ограничение подвижности в позвоночнике и периферических суставах, у 3 (30%) – боли и ограничение движений только в позвоночнике, у 4 (40%) – имеются жалобы со стороны дыхательной системы. У всех пациентов 3 группы утренняя скованность продолжительностью 50 - 60 минут, жалобы на выраженные боли и значительные ограничения движений в позвоночнике и периферических суставах, отмечаются жалобы со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы. После курса ЛФК у пациентов отмечаются следующие изменения со стороны жалоб и функциональных показателей осевого скелета: у всех пациентов 1 группы наблюдается улучшение психоэмоционального состояния, повышение работоспособности, увеличение объёма движений в позвоночнике и периферических суставах, у 2 (50%) – утренняя скованность полностью ликвидирована, у 2 (50%) - снижение продолжительности утренней скованности до 15-20 минут. У всех пациентов 1 группы отмечается увеличение всех показателей осевого скелета на 1-1,5 см, ротации в шейном отделе на 20° - 30°. Среди пациентов 2 группы 8 (80%) из 10 отмечают улучшение психоэмоционального состояния, повышение работоспособности. У 8 (80%) – снижение длительности утренней скованности до 15-20 минут, у 2 (20%) не отмечаются изменения относительно длительности утренней скованности. У 5 (50%) – увеличение всех функциональных показателей на 0,3 – 0,6 см, ротации в шейном отделе позвоночника на 10°-15°. У 2 (20%) – увеличение показателей бокового сгибания в позвоночнике, модифицированного теста Шобера на 0,3 – 0,5 см, ротации в шейном на 10°-15°. У 3 (30%) – увеличение показателей теста Шобера на 0,3-0,5 см, ротации в шейном на 10°-15°. Среди пациентов 3 группы лишь у 2 (40%) наблюдается улучшение психоэмоционального состояния. У всех пациентов не отмечаются изменения функциональных показателей осевого скелета.

Выводы. ЛФК на ранних стадиях развития АС является наиболее эффективной, способствует снижению длительности утренней скованности (у всех пациентов 1 и 2 группы), увеличению объёма движений в позвоночнике и суставах (у всех пациентов 1 и 2 группы), улучшению психоэмоционального состояния и повышению работоспособности (у 100% больных 1 группы, у 80% больных 2 группы). ЛФК на ранних стадиях заболевания позволяет снизить риск развития ранней инвалидизации. Неэффективность ЛФК на более поздних стадиях развития АС объясняется длительным прогрессирующим течением воспалительных процессов, развитием процессов оссификации и анкилозирования позвоночника и коротким курсом реабилитации.

ОСОБЕННОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Пономарев В.А.¹, Поканевич Н.С.², Родько Е.Д.²

¹доцент кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии КФУ

²студенты кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии КФУ

Pva377@mail.ru

Введение. В последнее время все больше внимания уделяется профилактике, лечению и реабилитации заболеваний гинекологического профиля девочек, как будущих матерей.

Цель и задачи исследования. Изучить эффективность санаторно-курортных факторов в лечении гинекологических больных девочек-подростков в санатории «Здравница» в городе Евпатории.

Материалы и методы исследования. В основу работы был положен анализ

медицинских карт 56 девочек пубертатного возраста 13-16 лет ($14,5 \pm 0,14$) с нарушением овариально-менструального цикла по типу первичной дисменореи. Продолжительность санаторно-курортного лечения составила 17 ± 3 дня. Средний возраст наступления менархе составил $12,1 \pm 0,4$. Клиническая характеристика включала в себя сбор жалоб и анамнестических данных, оценку болевого синдрома с помощью визуально-аналоговой шкалы. Лабораторные исследования: общий анализ крови; общий анализ мочи; исследование гинекологического мазка для бактериоскопического исследования из преддверия влагалища, уретры, парауретральных ходов; кольпоцитологическое исследование. Инструментальная диагностика включала: гинекологический осмотр (ректально-абдоминальный), УЗИ органов малого таза и молочных желез.

Санаторно-курортное лечение проводилось с 9-10 дня менструального цикла и включало: 1. Сбалансированное питание; 2. Климатотерапию: – воздушные ванны в виде прогулок, игр на воздухе; 3. Утреннюю гигиеническую гимнастику; 4. Лазеротерапию на низ живота, импульсное ИК НИЛИ, мощность 3-5 Вт, длина волны 0,89 мкм, частота 150 Гц, экспозиция по 2 минуты по 3 полям, соответствующим проекции области матки и придатков, состоящей из 10 сеансов каждый день; 5. Микроклизмы шалфея, курс 8 процедур, каждый день; 6. Курс ручного классического массажа на пояснично-крестцовую область 10 сеансов; 7. Сеансы ароматерапии. Лечение девочек с вульвовагинитом (по результатам клинико-анамнестических данных и лабораторных исследований) включало применение: пайлр-терапии на область вульвы, орошения рапой и пелоидотерапии в виде грязевых «трусов».

Результаты. На фоне проводимого санаторно-курортного этапа лечения отмечалось улучшение состояния девочек-подростков. Критериями изучаемой эффективности являлась тенденция к снижению частоты и интенсивности болей внизу живота к первому дню второго менструального цикла после санаторно-курортного лечения. Показатель визуально-аналоговой шкалы боли свидетельствовал об уменьшении ее с 52 ± 8 мм. до лечения до 24 ± 9 после лечения ($P < 0,05$). У девушек с вульвовагинитом отмечалось прекращение зуда в области наружных половых органов, уменьшение количества патологических выделений из влагалища, нормализация лабораторных показателей. При повторном исследовании гинекологического мазка наблюдались только единичные лейкоциты, что свидетельствует о снижении воспалительных процессов. Эффективность санаторно-курортного этапа лечения подтверждается тем, что 89,6 % с дисменорей девочек было выписано с «улучшением».

Выводы. На основании исследований показана высокая эффективность комплексного физиотерапевтического лечения гинекологических больных подросткового периода в санатории «Здравница» Евпаторийского курорта.

АЭРОПАЛИНОРИСКИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЮЖНОМ БЕРЕГУ КРЫМА

Бобрик Ю.В.¹, Пирогова М.Е.², Беляева С.Н.³, Мороз Г.А.⁴, Матвеева Н.В.⁵

¹ профессор кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ

² соискатель кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ

³ старший научный сотрудник отдела пульмонологии ГБУЗ РК «АНИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова»

⁴ д.м.н., профессор, зав. кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ

⁵ доцент кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ
yura.bobrik@mail.ru

Введение. Ялта - известный климатический курорт для лечения и реабилитации пульмонологических больных, на котором широко применяется аэроэспираторная терапия (воздушные ванны, гелиопродуры, морские купания и др.). Известно аллергенное действие пыльцы растений, которое часто усугубляется загрязнением воздуха, усиливающим ее агрессивность вследствие адьювантного эффекта на стадии сенсибилизации, абсорбции загрязнителей на поверхности пыльцевых зерен, их дефрагментации. Сказанное предопределяет необходимость учета аэропаллинологических рисков, обусловленных пыльцой растений, для прогнозирования и корректировки лечения и реабилитации пульмонологических больных на курорте Ялта.

Целью работы было установление возможности прогнозирования неблагоприятных по аэропаллинологическим периодам для корректировки сроков климатотерапии пульмонологических больных на курорте Ялта.

Результаты исследований. Исследования воздушной среды проводились гравиметрическим методом в 2011-2013 гг. в прибрежном и предгорном районах курорта Ялта. Стекла-ловушки заменялись еженедельно. Идентификация и подсчет осевших на стеклах пыльцевых зерен (ПЗ) проводились с помощью светового микроскопа ЛЮМАМ при увеличении 40x7 с перерасчетом на 1 см². Величины аэропаллинологических рисков рассчитывались согласно G. Sulmont (2008) в модификации Ю.М. Посевинной с соавт. (2008) с использованием 5-бальной шкалы аллергенности пыльцы и 4-бальной шкалы ее обилия. Полученные данные обобщались за весь период исследования в целом по курорту Ялта.

В воздухе курорта Ялта выявлена пыльца деревьев (кипариса, сосны, кедра, ореха, ясеня, граба, самшита, бирючины, тисса, дуба, тополя, айланта, лещины, кизила, платана, клена, туи, можжевельника), злаковых и сорных трав (том числе амброзии, амаранта и лебеды). В аэропаллиносспектре преобладала пыльца древесных растений (95% по количеству выявленных ПЗ и 83% по количеству видов). Наибольшие продуценты пыльцы в Ялте - кипарис и сосна (соответственно, 46,7% и 20,8% от среднегодового количества пыльцы). Пыление кедра, ясеня, и граба было значительно меньше (соответственно, 5,7%, 3,6% и 2,5% от среднегодового количества пыльцы). Доля ПЗ амброзии и каждого из остальных видов растений в аэропаллиносспектре не превышала 1%.

В Ялте условно выделено четыре волны пыления: 1) преимущественно кипариса (а также в значительно меньшей степени ясеня, лещины, граба, тисса, можжевельника, туи, самшита, тополя и ореха) - в январе-апреле; 2) преимущественно сосны (а также в меньшей

степени самшита, дуба и злаковых трав) - в мае и июне; 3) сорных трав, в том числе амброзии - в августе-сентябре и 4) преимущественно кедра – с конца сентября до середины декабря. Из перечисленных растений сосна и кедр продуцируют неаллергенную (как правило) пыльцу, а кипарис и амброзия – высокоаллергенную. Поэтому периоды наибольших аэропалинорисков (АПР) в Ялте сопряжены с первой и третьей волнами пыления - кипариса и сорных трав.

Наибольшие усредненные значения количества пыльцы растений в воздухе ($1122,10 \pm 1551,43$ ПЗ/см²) и АПР ($19,51 \pm 7,44$ балла) зарегистрированы в период преобладающего пыления кипариса (в марте – первой половине апреля), а также в период интенсивного пыления амброзии (на последней неделе августа – в первой половине сентября). Несмотря на самое низкое количество пыльцы, находившейся в воздухе в период пыления амброзии ($105,52 \pm 66,89$ ПЗ/см²), величина АПР в это время оказалась достаточно высокой ($10,86 \pm 4,45$ баллов). Она в несколько раз превышала АПР в периоды пыления сосны ($3,66 \pm 5,86$ балла) и кедра ($2,98 \pm 4,62$ балла).

По сезонам АПР распределился в Ялте следующим образом: зимой – 30,2%, весной – 43,5%, летом - 13,8%, осенью – 12,8% от среднегодовой суммы АПР. Наибольшие величины АПР в Ялте зафиксированы 1) в зимне-весенний период - в январе (11,81%), феврале (13,08%), марте (20,60%), апреле (15,19 % от среднегодовой суммы АПР), а также 2) в позднелетний-раннеосенний период – в августе (9,14%) и сентябре (7,52% от среднегодовой суммы АПР). Первый из этих периодов обусловлен наличием в воздухе высокоаллергенной пыльцы кипариса (доминировала в аэропалиноспектре в это время) и пыльцы других растений первой волны пыления, второй - пыльцы сорных трав, в том числе амброзии.

Выводы.

1. Аэропалинориски на курорте Ялта обусловлены пыльцой кипариса, ясеня, лещины, дуба, тополя, злаковых и сорных трав. Наиболее аллергенную пыльцу имеют кипарис и амброзия.
2. Наибольшие аэропалинориски в воздухе Ялтинского курорта регистрируется в январе, феврале, марте, апреле, августе и сентябре. Максимальные его значения выявлены в марте и на первой неделе апреля, а также на последней неделе августа и в первой половине сентября, когда происходит наиболее интенсивное пыление кипариса и амброзии, создающее неблагоприятные условия для людей, sensibilized к пыльце растений.
3. Полученные результаты можно использовать в медико-экологическом прогнозировании неблагоприятных по аэропалинорискам периодов для корректировки сроков климатолечения пульмонологических больных на курорте Ялта, а также для информирования по каналам информационно-коммуникативных систем курорта, региона и государства аллергочувствительных лиц о неблагоприятных для их здоровья аэропалинологических периодах.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Андрусёва И.В.¹, Бобрик Ю.В.², Авакян К.А.³

¹ доцент, зав. кафедры специального (дефектологического) образования
Крымского инженерно-педагогического университета

² профессор кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с
курсом физического воспитания, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, КФУ

³ студентка кафедры специального (дефектологического) образования
Крымского инженерно-педагогического университета

yura.bobrik@mail.ru

Введение. По данным специализированного центра детской нейрокоррекции «Нейрокид» около 25% детей имеют диагноз «задержка речевого развития». При этом, дети раннего возраста составляют наиболее многочисленную группу (Л. А. Боровцова, Л. Ф. Козодаева). В раннем онтогенезе, по данным детской психиатрии, педиатрии, неврологии, дефектологии и психологии, чаще встречаются нарушения речи. Так, дети в 1–3 года не владеют или слабо владеют речью, у них отсутствуют невербальные и вербальные способы коммуникации, навыки сотрудничества, что приводит к проблемам обучения и воспитания, так как речь окружающих не является средством регуляции поведения и деятельности.

Целью работы было изучение психофизиологических основ развития речи детей раннего возраста с задержкой речевого развития.

Результаты исследования. Задержка речевого развития – замедление темпа, при котором уровень речевого развития не соответствует возрасту ребенка.

Причинами задержки речевого развития являются:

1. внутриутробные патологии. Негативными факторами являются – токсикозы, несовместимость крови по резус-фактору, вирусные, эндокринные заболевания, внутриутробные травмы и т.п. Как сообщает Т. Б. Филичева критическим периодом, в следствии чего возникают грубые нарушения речи является 4 недели – 4 месяца развития эмбриона, так как, данный период характеризуется интенсивным развитием структур головного мозга. Таким образом, тяжелые нарушения речи возникают при внутриутробном поражении головного мозга, что в свою очередь, вызывает поражение подкорковых отделов головного мозга и слуховых ядер;

2. перинатальные патологии. Ведущее место среди которых занимает асфиксия и травмы плода, что в свою очередь приводит к гибели нервных клеток в результате внутричерепного кровоизлияния. В зависимости от локализации наблюдаются различные нарушения коркового генеза;

3. постнатальные патологии – травмы и заболевания первого года жизни;

4. наследственные факторы;

5. педагогическая запущенность в результате неблагоприятных социально-бытовых условий, психические травмы;

6. социальные факторы – табакокурение, алкоголизм, наркомания родителей и неблагоприятное экологическое воздействие.

Однако, действие любого вредного фактора в пренатальном или постнатальном периоде трудно диагностировать локальный дефект, так как кора головного мозга находится в стадии формирования, а нарушения имеют распространенный характер.

Дословесный или «безречевой этап» влияет на формирование речи ребенка, так как, в этот период возникает потребность в общении, развивается речевой аппарат,

фонематический слух, слуховое восприятие, подражание и понимание речи взрослых, память и мышление.

При этом Визиль Т.Г. в своих работах отмечал, что в речевом развитии детей раннего возраста, кроме коры головного мозга, важную роль играют и более элементарные структуры мозга, в частности, глубинные структуры мозга (подкорка и ствол, который включает ножки мозга и четверохолмие, мост мозга, мозжечок и продолговатый мозг).

В период 2–6 недели после рождения совершенствуются базовые нейродинамические процессы, усиливаются процессы миелинизации нервных волокон, продолжается рост нервной ткани. Миелинизация черепных нервов происходит в течении первого года жизни. К 2-3 годам заканчивается миелинизация спинных нервов.

До года дети проходят стадии развития речи, которые реализуются в следствии безусловно-рефлекторной нервной регуляции речевых функций и речевого аппарата (крик, плач, кряхтение, гуление (появляется в конце 1-го месяца, длится до 5–6 мес.), лепет (от 5–6 до 9–12 мес.).

Для 2-3 месяцев характерно появления «комплекса оживления», сосредоточения и эмоциональных реакций. Однако, отсутствие гуления, оживление рефлексов орального автоматизма, появление спастичности в мышцах языка, затруднения при кормлении, свидетельствующее о бульбарных нарушениях или формирования псевдобульбарных расстройств, а также отсутствие мимических реакций, реакций фиксации взора и прослеживания за игрушкой, в 4-6 месяцев – нарушено зрительное и слуховое сосредоточение, отсутствие интереса к окружающему, свидетельствует о задержке речевого развития, при условии отсутствия поражения черепных нервов, зрительного и слухового анализаторов.

Вывод. Следовательно, ранний возраст – это особый период становления органов и систем, формирования их функций, преимущественно функций головного мозга (Т.А. Титова, О.В. Елецкая, М.В. Матвеева). Таким образом, ранний возраст является фундаментом успешного становления личности. Так, отставание в развитии речи приводит к трудностям формирования операций сравнения, дифференцированного восприятия объектов. В свою очередь, учет психофизических особенностей, данной категории детей, будет влиять на правильный выбор индивидуального образовательного маршрута, реализация которого будет способствовать развитию речи, психомоторных навыков, высших психических функций, эмоционально-волевой сферы и гармоничному развитию личности в целом.

ФОРМИРОВАНИЯ ПРАВОВЫХ ЗНАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Андрусёва И.В.¹, Бобрик Ю.В.², Халилова А.Х.³

¹ доцент, зав. кафедры специального (дефектологического) образования
Крымского инженерно-педагогического университета

² профессор кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, КФУ

³ магистр кафедры специального (дефектологического) образования
Крымского инженерно-педагогического университета

yura.bobrik@mail.ru

Введение. Проблемы социально-экономического развития России обусловили падение моральных ценностей, ухудшение криминальной ситуации в государстве, значительное омоложение детской преступности. Поэтому особую актуальность приобретают задачи развития правового образования и в первую очередь детей, решение которых необходимо начинать со школьного возраста, создавая для этого действенную систему морально-правового воспитания.

Целью исследования было раскрытие особенностей формирования правовых знаний в специальном образовательном учреждении у пациентов с нарушением интеллекта при проведении социальной реабилитации.

Результаты исследований. Мы определили насколько процесс формирования правовых знаний как основы правовой воспитанности учащихся является целенаправленным, системным, а, следовательно, и эффективным. Мы учли, что существенные недостатки интеллектуального развития учащихся этой категории определяют и специфику организации их учебной деятельности в различных формах проявления. Мы также исходили из того, что эта категория детей имеет ограниченный социальный опыт, специфическая социальная среда. Всего исследованием было охвачено 48 учащихся Специальных школ. Кроме того, в процессе исследования был изучен опыт работы 6 учителей и 12 воспитателей старших классов, проанализированы уроки по обществознанию и занятия по самоподготовке. Анкетирование учителей и воспитателей было направлено на получения дополнительной информации об организационных трудностях педагогов как на уроке так во внеурочное учебно-воспитательное время. За основу взяли жизненные ситуаций по каждой отрасли права.

Анализ данных, полученных нами в ходе анкетирования учителей показал, что как на уроках, так и во внеурочное время детей в большей степени знакомят с конституционным правом (64,5% - учителя и 77,7% - воспитатели, как это видно из таблицы 2.2). Причем, как было установлено, основное внимание подростков они сосредотачивают на таких вопросах, как: «Конституция - Основной Закон Российской Федерации», «Президент России» (85,7% учителей и 100% воспитателей). Более половины преподавателей (59,7%) и воспитателей (56,1%) основное внимание уделяют обработке с учениками элементов трудового законодательства. Особенно сосредотачиваются на этих вопросах учителя из трудовой подготовки (100%). Вопросы семейного законодательства и воспитания обсуждают 54,8% учителей и 37,5% воспитателей, при этом основное внимание направляется на отношения между ребятами. Однако, вопрос об ответственности супругов, родителей и детей не рассматриваются вовсе. Несмотря на то, что умственно отсталые дети легко поддаются негативному влиянию со стороны взрослых, которые легко спровоцировать на противозаконные действия, участие в работе по разъяснению вопросов уголовного права брали всего 41,9% учителей и 50% воспитателей. Недостаточное внимание в школе уделяется изучению административного (соответственно 38,7% и 37,9%) и гражданского

(40,3% и 43,4%) права. Еще хуже картина была получена нами при анализе тематических планов воспитателей. В среднем воспитатель за учебный год проводит около 170 внеклассных мероприятий. Анализ этих планов показал, что только 2,9% из них отведено на конституционное право, 2,3% - на трудовое, 1,7% - на административное, по 1,2% - на семейное и уголовное, 0,6% - на гражданское. Понятно, что при таком ограниченном внимании к проблемам правового воспитания во внеурочное время не может вестись речь о качественном обеспечении учащихся знаниями по основам права, формированию правовой воспитанности.

Выводы. Исследование показало, что ученики одного и того же класса имеют разный уровень усвоения знаний, умений и навыков: достаточный, средний, низкий и очень низкий. В то же время дифференцированное обучение с учетом индивидуальных возможностей детей в учебно-воспитательном процессе применяется недостаточно, эпизодически. В практике вспомогательного обучения преподаватели используют в основном два типа уроков: урок подачи нового материала и урок повторения знаний, а из методов обучения - объяснительно-иллюстративные и репродуктивные. Отсутствие активных и интерактивных методов обучения основам правовых знаний не способствуют повышению эффективности урока. Действующая традиционная субъект-субъектная модель организации деятельности не достаточно продуктивной. Учитель передает правовую информацию, а ученик, как «объект» обучения, ориентированный на то, чтобы ее усвоить и воспроизвести. Такая модель отношений в современных условиях ведет к снижению мотивации учения, а сам процесс является пассивным и в значительной степени формальным. Учитель реализует на уроке информационную, а ученик - воспроизводящую функции. Отмечается ограниченный объем, разрозненность и бессистемность знаний, а значит и недостаточная осведомленность учеников из основных отраслей законодательного права. Кроме того, учителя пытаются дать учащимся определенную сумму знаний по основам правоведения, но они не учат активно использовать их на практике. Наблюдение за работой учителей и воспитателей, анализ посещенных уроков, самоподготовок и тематических планов по основам права дали основание для вывода: правовое воспитание во вспомогательной школе носит в значительной мере бессистемный характер, отсутствует целенаправленная программа правового воспитания во внеурочное время, что не способствует обеспечению эффективности правового воспитания умственно отсталого ребенка, а затем становления его как личности в целом. Однотипность уроков, отсутствие активных методов обучения приводят к тому, что ученики готовят домашнее задание по низкой познавательной активности, недостаточно осмысленно, не используют самоподготовку как одну из форм углубления и закрепления знаний, полученных на уроках по основам правовых знаний. Правовое воспитание во вспомогательной школе по существующей методике обучения проходит весьма не продуктивно.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ЮНЫХ БОКСЁРОВ В СОРЕВНОВАТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Минина Е.Н.¹, Бобрик Ю.В.², Хаит Н.³

¹доцент кафедры теории и методики адаптивной физической культуры, физической реабилитации и оздоровительных технологий, Таврической академии, КФУ

²профессор кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ

³студентка кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ
yura.bobrik@mail.ru

Введение. Одной из отличительных особенностей бокса является структурная сложность соревновательной деятельности. Наряду с высоким уровнем технико-тактического мастерства, боксёрам необходим и не менее высокий уровень развития физических качеств. Анализ соревновательной деятельности показывает, что в боксе преобладают силовые и скоростно-силовые действия с большой вариативностью их во время спаринга, который характеризуется психомоторным напряжением в условиях постоянно меняющейся ситуации, широким варьированием усилий, нестандартным чередованием фаз нагрузки и отдыха, постоянным силовым контактом с соперником и некоторыми другими особенностями. Эффективное управление тренировочным процессом у спортсменов высокой квалификации в обеспечении общей и специальной работоспособности невозможно без систематического контроля за функциональным состоянием организма. Одним из ключевых параметров оценки функционального состояния человека в условиях напряженной мышечной деятельности, является использование анализа variability ритма сердца, характеризующего тонус вегетативной нервной системы, что непосредственно отражает адаптационные резервы организма спортсмена.

В настоящее время довольно полно изучена спортивная кардиогемодинамика, как в покое, так и под влиянием различной направленности тренировочного процесса. В меньшей степени у юных спортсменов-боксёров изучено состояние вегетативной регуляции системы кровообращения и её эффективность в обеспечении работоспособности. Несмотря на наличие различных подходов для определения характера реагирования системы регуляции сердечной деятельности на физические нагрузки, встречаются лишь единичные работы, отражающие динамику становления функции вегетативной нервной системы в формировании адаптивного ответа организма. Между тем, исследование уровня активности регуляторных систем организма у юных спортсменов-боксёров имеет важное значение для спортивного отбора и планирования тренировочных нагрузок.

Цель работы. Выявить особенности вегетативной регуляции боксёров 16-17 лет при адаптации к физической нагрузке в начале и конце соревновательного периода в обеспечении физической работоспособности.

Задачи:

1. Определить уровень физической работоспособности и особенности вегетативной регуляции у юных боксёров до соревновательного периода.
2. Исследовать уровень физической работоспособности и особенности вегетативной регуляции у юных боксёров после соревновательного периода.
3. Сравнить изменение показателей физической работоспособности и особенностей вегетативной регуляции у юных боксёров до и после соревновательного периода.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 20 спортсменов-боксёр 16-17 лет. Физическую работоспособность определяли в начале и конце соревновательного периода (PWC-170 кгм/мин/кг). Показатели variability сердечного ритма (SDNN,мс;

Мо, мс; Амо, %) фиксировали в покое и в продолжение нагрузочного теста с помощью комплекса ФАЗАГРАФ® с автоматическим расчётом индекса напряжения (ИН, ед). в начале и конце соревновательного периода.

Статистическую обработку полученных результатов исследований проводили с помощью программного пакета STATISTICA 6.0 (StatSoft, Inc., USA). Оценки расхождения распределений признаков проводились с помощью критерия согласия Колмогорова-Смирнова. Для оценки достоверности различий между одноименными показателями у спортсменов в начале и конце соревновательного периода использовали параметрический Т-критерий Стьюдента и непараметрический Т-критерий Вилкоксона.

Результаты исследований. При анализе уровня физической работоспособности боксёров к концу соревновательного периода было выявлено снижение её значений на 12,1 % ($p < 0,05$) с $20,5 \pm 0,5$ до $17,9 \pm 0,5$ кгм/мин/кг. Вероятно в условиях соревновательного периода, нарастающее утомление юных боксёров негативно сказалось на уровне их адаптационных резервов и сохранить уровень физической работоспособности к его окончанию не удалось. Как известно, состояние регуляторных систем кровообращения и их способность обеспечить необходимую адаптацию организма к физической нагрузке являются определяющими в прогнозе, как тренированности, так и работоспособности.

Наиболее подверженным изменениям у исследуемых боксёров оказалась амплитуда моды (Амо, %), значение которой в конце соревновательного периода в покое в среднем увеличилось на 15 % ($p < 0,001$). Увеличение ригидности сердечного ритма по показателю Амо при выполнении второй ступени нагрузочного теста более чем на 20,0 % ($p < 0,05$) также подтверждало значительное напряжение механизмов регуляции и снижение приспособительных возможностей кардиогемодинамики.

Рост ИН, характеризующий активность механизмов симпатической регуляции и состояние центрального контура управления, был отмечен в покое на 10,5 % ($p < 0,05$) и более 22,3 % ($p < 0,05$) при увеличении нагрузки в процессе выполнения теста. Это свидетельствовало о значительном напряжении регуляторных систем, что, возможно, связано с особенностями тренировочного процесса и утомлением.

Таким образом, у боксёров 16-17 лет после окончания соревновательного периода было выявлено уменьшение уровня физической работоспособности сопровождающееся снижением эффективности механизмов вегетативной регуляции.

Выводы.

1. К концу соревновательного периода было выявлено снижение значений физической работоспособности на 12,1 % ($p < 0,05$) с $20,5 \pm 0,5$ до $17,9 \pm 0,5$ кгм/мин/кг.

2. Амплитуда моды (Амо, %) в конце соревновательного периода в среднем увеличилось на 15 % ($p < 0,001$) при выполнении второй нагрузки теста.

3. Индекс напряжения (ИН, ед), в конце соревновательного периода в среднем в покое вырос на 10,5 % ($p < 0,05$) и более 22,3 % ($p < 0,05$) при увеличении нагрузки в процессе выполнения теста.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ С ДИЗАРТРИЕЙ

Ткач В.В.¹, Бобрик Ю.В.², Кулик Н.М.³

¹ к.м.н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, КФУ

² д.м.н., профессор, кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, КФУ

³ д.м.н., профессор кафедры специального (дефектологического) образования Крымского инженерно-педагогического университета
yura.bobrik@mail.ru

Введение. В 65-85% причиной развития дизартрии у детей является детский церебральный паралич (ДЦП). Органическое поражение ЦНС происходит в антенатальном, перинатальном или постнатальном периоде, а также в первые 2 года жизни. К перинатальным факторам развития нарушений артикуляции относятся гестозы, гипоксия плода, резус-конфликт, хронические заболевания матери, патологическое течение родов, родовые травмы, асфиксия при рождении, гемолитическая болезнь новорожденных, недоношенность.

Целью работы является изучение основных клинических аспектов и принципов оптимизации методов коррекции дизартрии у детей с детским церебральным параличом.

Результаты исследования. Степень выраженности дизартрии коррелирует с тяжестью моторных нарушений при ДЦП. Нарушения артикуляционной моторики может проявляться в виде спастичности, гипотонии или дистонии мышц, обеспечивающих речевую функцию. Мышечная спастичность сопровождается повышением тонуса и напряжением мышц губ, языка, лица и шеи; плотным смыканием губ, ограничением артикуляционных движений. При мышечной гипотонии язык вялый, неподвижен на дне полости рта, губы не смыкаются, рот полуоткрыт, наблюдается выраженная гиперсаливация; вследствие парезов мышц мягкого неба возникает назализация голоса. При дизартрии, связанной с мышечной дистонией, голос во время речи изменяется с низкого на высокий. При стертой форме дизартрии наблюдаются отдельные фонетические дефекты, смазанность речи. В случае более выраженной дизартрии появляются искажение, пропуски, замена звуков, речь становится медленной и невыразительной. Общая речевая активность значительно снижается. В наиболее тяжелых случаях при полном параличе артикуляционных мышц двигательная реализация речевой функции становится невозможной. Вследствие недостаточной иннервации артикуляционной мускулатуры при дизартрии нарушается речевое дыхание: выдох укорачивается, дыхание в момент речи становится ускоренным и прерывистым. Нарушения голоса характеризуются недостаточной силой (он тихий, слабый, истощается), изменением тембра (глухость и назализация), мелодико-интонационными расстройствами (монотонность, отсутствие или невыраженность голосовых модуляций). Вследствие нечленораздельности речи у детей с дизартрией вторично страдает слуховая дифференциация звуков и их фонематический анализ и синтез. Трудности и недостаточность речевого общения могут привести к несформированности словарного запаса и неграмотного изложения речи.

Симптоматика дизартрии при ДЦП зависит от уровня поражения. При псевдобульбарной форме характер нарушения определяется спастическим параличом и мышечным гипертонусом. При псевдобульбарной дизартрии затруднено переключение из одной артикуляционной позиции в другую. Данная форма расстройств артикуляции сопровождается нарушениями произвольных движений, синкинезиями, гиперсаливацией, усилением глоточного рефлекса, поперхиванием и дисфагией. Речь таких больных смазанная,

нев्यразительная, выражена назализация. Для подкоркового уровня поражения характерно наличие гиперкинезов – насильственных движений мимических и артикуляционных мышц. Гиперкинетические расстройства могут появляться в покое, но обычно усиливаются при попытке заговорить, вызывая артикуляционный спазм, выражены нарушения темпа речи по типу брадилалии, тахилалии и разговорной дизаритмии. При поражении на уровне мозжечка выражены нарушения координации речевого процесса, вследствие чего наблюдаются тремор, ее толчкообразный или скандирующий характер, речь невыразительна и замедлена.

Принципами коррекции дизартрии у детей являются: коллегиальная деятельность невролога, физиотерапевта и логопеда; приобщение родителей к реабилитации детей; целенаправленная стимуляция активной двигательной активности, абилитация – развитие отсутствующих навыков в сочетании с образованием способности к звуковому анализу и синтезу, формирование лексико-грамматической стороны речи и связности [5].

Для эффективности проводимых мероприятий по лечению дизартрии у детей с ДЦП коррекционно-педагогическая деятельность должна проводиться с первых месяцев жизни в связи с тем, что нарушение развития определенных навыков в доречевом периоде может стать причиной вторичного расстройства других функций. Лечение дизартрии осуществляется с поэтапной коррекцией нарушений компонентов речевого и доречевого развития. Необходим индивидуализированный подход с учетом исходных возможностей ребенка и составление программы в соответствии с особенностями его интеллектуального и физического развития. Коррекционно-педагогическая работа должна базироваться на принципе активного участия обратной афферентации с целью включения механизмов компенсации. Таким образом, кинестезия – усиление обратной связи, способствует и оптимизирует процесс восстановления речевой функции.

Процедуры, направленные на коррекцию дизартрии, необходимо проводить с первых месяцев жизни ребенка. На данном этапе речевая терапия имеет следующие цели: формирование навыков глотания, сосания, жевания; стимуляцию проприоцептивных ощущений артикуляционной мускулатуры за счет пассивной и активной гимнастики группы мышц, обеспечивающих речевую функцию; разработку дыхательной функции, обеспечение голосовой активности с одновременным развитием зрительного и слухового анализаторов, эмоциональной сферы, моторики рук и операций с предметами, проведение подготовительных мероприятий для развития понимания речи с разработкой активной речевой функции.

Наибольшую роль в коррекции дизартрии играет артикуляционная гимнастика. Предварительно необходимо сформировать у ребенка правильные навыки жевания, глотания и сосания: сначала разработка необходимых движений производится пассивно с постепенным включением активной гимнастики в соответствии с указаниями преподавателя-логопеда. Кроме этого, необходимо проводить гимнастику мимических мышц для улучшения голосовой окраски, силы и тембра, что рефлекторно тонизирует мышцы, участвующие в воспроизведении голоса. Формирование правильной речи должно сочетаться с разработкой моторики рук с использованием методики пальцевых кинестезий. Артикуляционная гимнастика предусматривают осуществление как пассивных движений логопедом с целью вовлечения бездействующих мышц, так и активных, что обеспечивает формирование произвольных движений речевого аппарата, что позволяет развить четкость, правильность и точность работы мышц артикуляционного аппарата в сочетании с координацией дыхательных движений и образования голоса.

Выводы. Дизартрия у детей с ДЦП значительно снижает социальную адаптацию и способствует усугублению проявлений интеллектуального дефицита. В связи с этим необходимо проведение своевременных мероприятий по диагностике и ликвидации речевой дисфункции у данной категории больных.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭПИДЕМИОЛОГИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Махкамова З.Р.¹, Голубова Т.Н.¹

¹ *Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»,
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского,
zebo_doc@mail.ru*

Введение. По данным исследований Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) туберкулез (ТБ) продолжает быть вызовом, как для развивающихся стран, так и для государств с высокоразвитой экономикой. В начале третьего тысячелетия значительная доля популяции Земли продолжает быть инфицирована палочкой Коха и туберкулез убивает больше людей, чем другие социально значимые инфекционные патологии вместе взятые, что требует интенсификации усилий научного и медицинского сообщества. Эпидемиологии туберкулеза присуща многофакторность, связанная как с инфекционной, так и социальной составляющими. Ухудшение экологии, рост миграции, ухудшение уровня жизни населения, слабое финансирование здравоохранения и противотуберкулезных мероприятий обусловили ощутимые изменения показателей ТБ на постсоветском пространстве в конце прошлого – начале нынешнего столетий. Проблемы с ТБ в Крыму не выпадают из общемирового и общероссийского негативного тренда. Изучение изменений и структуры заболеваемости туберкулеза в Крыму даст возможность оценить эпидемическую обстановку и эффективность противотуберкулезных мероприятий.

Целью работы является оценка текущей эпидемической картины по туберкулезу в Республике Крым на базе изучения уровней заболеваемости, распространенности и смертности за временной интервал 2004-2017 гг.

Материалы и методы исследования. Анализ проводился на основании государственных статистических данных за 2004-2017 гг., представленных ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии». Статистическая обработка и компаративный анализ проводились в Microsoft Excel. **Результаты исследования.** Рассмотрение эпидемической ситуации по ТБ в РК за 2004- 2017 гг. показало, что, несмотря на направленность стабилизации в начале нынешнего десятилетия, и в дальнейшем снижения показателя заболеваемости в РК туберкулезная нагрузка по-прежнему остается высокой. Темпы убывания фиксируемой заболеваемости в республике идут медленно, и имеет место ряд особенностей. В течение изучаемого периода в регионе максимальное значение показателя заболеваемости ТБ наблюдается в 2005 г. (88,0 о /оооо) с дальнейшим понижением до 58,3 случаев ТБ на 100 000 населения в 2017 г. Примечательно, что уровень заболеваемости всеми формами ТБ в Крыму в течение 2004-2017 гг. снизился более явно Ф(темп прироста - 29,1%), чем уровень заболеваемости ТБ легких (темп прироста -21,8%). При анализе заболеваемости деструктивными формами ТБ установлена стабильная тенденция снижения показателя за промежуток 2004-2017 гг.: с 24,0 до 21,5 о /оооо соответственно (темп прироста -10,4%). Тем не менее, за анализируемый интервал времени показатель деструктивных форм ТБ среди впервые выявленных случаев ТБ имеет тенденцию к увеличению (32,8% в 2004г. и 40,8% в 2017 г.) Максимальный уровень распространенности ТБ в РК был зарегистрирован в 2004 г. (216,9 о /оооо). В дальнейшем просматривается положительная динамика: к 2017 г. значение снизилось в 1,8 раза и составило 122,7 случаев на 100 000 населения. Однако доля рецидивов ТБ имеет тренд росту с 8,2 до 11,5 о /оооо. Наиболее показательным параметром, используемым для анализа эпидемиологии ТБ, считается уровень смертности. За время изучения в регионе зафиксировано падение 91 показателя смертности в 2 раза (с 22,9 до 10,8 о /оооо). Пик смертности от ТБ за прорабатываемый период наблюдался в 2005 г. Вопреки стабильному снижению смертности

от всех форм ТБ в субъекте за анализируемый период выявлен подъем доли ТБ пациентов, умерших до одного года наблюдения (с 9,1% в 2004 г до 35,9% в 2017 г.). Последнее может быть обусловлено выявлением ТБ на поздних стадиях. Подтверждением является средний показатель в течение 2004-2017 гг. выявленных несвоевременно случаев заболевания ТБ, а также запущенных форм ТБ (30,0% и 20,7% соответственно).

Выводы. Настоящая эпидемическая картина по туберкулезу в Крыму остается сложной, но наблюдается стабильная положительная динамика показателей здоровья населения по ТБ. За время исследования (2004-2017 гг.) в РК определен тренд падения как уровня заболеваемости всеми формами ТБ, так и туберкулезом легких, включая деструктивные формы. Уровень распространенности всех форм ТБ среди крымской популяции снизился в 1,7 раза. В то же время, с учетом снижения уровня смертности от всех форм ТБ среди населения в Крыму отмечается увеличение показателя смертности больных ТБ до 1-го года наблюдения, что вероятно обусловлено значительной долей несвоевременного выявления заболевания, в том числе запущенных форм

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАКИСИ АЗОТА В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Каминская Е.И.¹, Романенко И.Г.²

¹ ассистент кафедры стоматологии МА им. С.И. Георгиевского

² д.мед.н., профессор кафедры стоматологии МА им. С.И. Георгиевского
helenn_k@mail.ru

Введение. Детская стоматология одно из актуальных направлений современной стоматологии. Ребенка достаточно сложно привести на прием к стоматологу и уговорить его дать врачу сделать все необходимые манипуляции, тем более, если он уже имел негативный опыт. Для оказания высококачественной стоматологической помощи детям необходимо создать условия, при которых ребенок чувствует себя спокойно и комфортно. Тревога и страх препятствуют работе врача-стоматолога и часто делают её невозможной.

Закись азота является одним из наиболее современных методов седации, помогающим облегчить прием, как врачу, так и пациенту.

В мировой стоматологии регулярное использование закись азота–кислородной седации проводится с 1948 г., а в настоящее время в 80 % случаев у детей применяется именно данный тип седативного воздействия.

Целью работы является изучение возможностей новых методов анестезии в стоматологии.

Задачи исследования: изучение необходимости лечения временных зубов, современных методов седации, показаний и противопоказаний при использовании закиси азота в детской стоматологии.

Закись азота — инертный газ, с едва уловимым сладковатым запахом, в смеси с кислородом он обеспечивает самую безопасную и безвредную для пациента седацию. Подача закиси азота осуществляется с помощью специального оборудования. Аппарат представляет собой ротаметр, позволяющий регулировать соотношение газов в смеси, резервный мешок, дыхательный контур с носовой маской и источник газов (баллоны или централизованная система). Выдыхаемые пациентом газы эвакуируются специальным отсосом.

К сожалению, в России до сих пор распространена практика лечения детей против их воли, что затрудняет проведение адекватной диагностики и сужает выбор методик лечения и материалов. Также многие детские стоматологи сталкивались с ситуацией, когда ребенок

легко позволяет лечить зубы в первые посещения, а в последующие приёмы закрывает рот и не дает завершить запланированное лечение.

Результаты исследований. Закись азота обладает анальгетическим эффектом и потенцирует действие местных анестетиков. Даже если ребенок испугался, почувствовал неприятные ощущения, после окончания манипуляции он быстро успокаивается и дает возможность спокойно продолжить лечение.

Комфортное, расслабленное состояние, приятное настроение, мягкие, раскованные, заторможенные движения тела, отсутствие сопротивления, углубленное дыхание, снижение двигательной активности глаз, легко фиксируемый взгляд, сниженное восприятие звука — все это симптомы седации.

Применение закись азота–кислородной седации позволяет проводить сложное лечение, как например, лечение пульпитов, с последующим восстановлением композиционными материалами или стандартными коронками в одно посещение. Седация закисью азота используется при проведении самых неприятных процедур, даже таких болезненных, как удаление зуба с диагнозом периодонтит.

Выводы. Применение закись азота–кислородной седации существенно облегчает процесс прохождения лечения как ребенку, так и врачу- стоматологу. У детей формируется позитивное отношение к стоматологическому приему, что прививает им культуру стоматологического здоровья. А перед детским стоматологом открываются новые перспективы проведения более качественного, объемного, спокойно протекающего лечения.

СПОСОБ МОДЕЛИРОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Ильченко Ф.Н.¹, Маханта А.², Гривенко С.Г.³

¹*заведующий кафедрой хирургии №2 Медицинской академии КФУ*

²*врач-хирург ГБУЗ РК «Симферопольская ЦКРБ»*

³*доцент кафедры хирургии №2 Медицинской академии КФУ*

E-mail: ilchenko5252@mail.ru

Введение. Послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) в настоящий момент рассматривают не как локальный процесс, а как грыжевую болезнь, охватывающую все анатомические структуры передней брюшной стенки, приводящую к прогрессирующим глубоким ее морфофункциональным изменениям. В последние десятилетия было подтверждено и обосновано многообразие патогенеза грыж живота, в том числе и ПОВГ. В то же время известные патогенетические механизмы требуют проведения не только хирургической, но и медикаментозной их коррекции. При этом судить об эффективности тех или иных предлагаемых лечебных мероприятий наиболее целесообразно *in vivo* в хроническом эксперименте, при котором проводят длительное наблюдение за животными после оперативного вмешательства.

Экспериментальная модель ПОВГ должна обладать высокой воспроизводимостью при минимальной длительности формирования и летальности животных. Проанализировав и испытав некоторые доступные способы моделирования ПОВГ, предложенные отечественными и зарубежными авторами, мы убедились в том, что ни один из них не удовлетворяет в полной мере указанным требованиям. Именно поэтому возникла необходимость создания новой экспериментальной модели ПОВГ.

Целью работы является разработка экспериментальной модели послеоперационной грыжи брюшной стенки с последующим изучением эффективности различных способов

медикаментозной коррекции выявленных патоморфологических изменений в области грыжевого дефекта.

Методика исследований. В качестве прототипа был выбран способ моделирования грыжи передней брюшной стенки в эксперименте на белых крысах (Патент Украины № 63417). Данный способ заключается в моделировании на экспериментальных животных грыжи путем иссечения лоскута апоневроза с фрагментом мышцы, но с сохранением кожно-подкожно-париетального лоскута. Недостатком этого способа является недостаточный уровень технологичности, связанный с чрезмерной инвазивностью, которая в свою очередь связана с необходимостью иссечения лоскута апоневроза с фрагментом мышцы. Указанный методический подход нарушает и замедляет регенерацию и заживление раны, а также становится причиной частых гнойных осложнений со стороны послеоперационной раны.

В предлагаемом способе за счет технологических изменений проведения оперативного вмешательства по формированию послеоперационной грыжи уменьшается травматичность операции, сокращается время вмешательства, что в конечном итоге предотвращает возникновение гнойных осложнений со стороны послеоперационной раны.

Моделирование грыжи передней брюшной стенки проводили на кроликах породы «бабочка», весом 3-4 кг. Все манипуляции с животными проводились в соответствии с положениями «Европейской конвенции защиты позвоночных животных, используемых с экспериментальной и другой научной целью» (Страсбург, 1985) и национальными нормами по биоэтике.

Операцию проводили под наркозом путем введения 2% раствора ксилазина гидрохлорида (ксилит, производитель - Interchemie, Нидерланды) в дозе 0,10 мл/кг, с добавлением 5% раствора кетамина в дозе 6-10 мг/кг массы тела животного.

Предварительно проводили обработку операционного поля раствором йодоната, после выбривания волосяного покрова на животе у животных. Разрез кожи проводили по средней линии длиной 8-10 см. В дальнейшем на всем протяжении рассекали ткани белой линии живота до брюшины. Широко препарировали заднюю поверхность прямых мышц, создавая большую площадь свободной париетальной брюшины в проекции созданного дефекта мышечно-апоневротического футляра передней брюшной стенки. Затем на рассеченный апоневроз накладывали швы, которые завязывали без сближения краев раны и с прорезыванием одного из краев нитью наложенного шва. Таким образом, моделировали условия возникновения грыжи вследствие прорезывания швов и расхождение краев раны на уровне мышечно-апоневротического слоя (заявка на патент Украины № u2018 06653 от 23.06.2018 г.). После определенного периода у животных формируется грыжа передней брюшной стенки.

Результаты исследований. Предложенный способ применен в хроническом эксперименте на 22 кроликах породы «бабочка», весом 3-4 кг. В дальнейшем изучались особенности патоморфологических изменений при формировании экспериментальной послеоперационной грыжи передней брюшной стенки, с последующей разработкой и изучением эффективности различных предлагаемых способов медикаментозной коррекции выявленных патоморфологических изменений в области грыжевого дефекта при послеоперационных грыжах передней брюшной стенки.

Патоморфологическую характеристику формирующихся изменений в области грыжевого дефекта на передней брюшной стенки при экспериментальной послеоперационной грыже живота осуществляли на световом и ультраструктурном уровнях в различные сроки эксперимента.

Выводы. Предлагаемый способ моделирования экспериментальной модели послеоперационной грыжи брюшной стенки обеспечивает высокий уровень технологичности, легко повторяем, и может найти применение в экспериментальной хирургии при моделировании грыжи брюшной стенки.

СЕКЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

(наименование секции)

КОМОРБИДНЫЙ ПАЦИЕНТ: ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Бубнова М.А.

*аспирант кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики
(семейной медицины) Медицинской академии им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского)*

научный руководитель: д.м.н., профессор кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии
и общей врачебной практики (семейной медицины) Крючкова О.Н.
marina.ganzena@mail.ru

Введение. Сердечно-сосудистая патология во всем мире занимает лидирующее место в причинах высокой смертности и инвалидизации взрослого населения. Нередко практические врачи сталкиваются с наличием у пациента двух и более сопутствующих заболеваний, которые отягощают течение каждой нозологии в отдельности. Достаточно частой комбинацией является сочетание хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и артериальной гипертензии (АГ). Длительно сохраняющиеся нарушения функции внешнего дыхания, нежелательные побочные реакции на лекарственную терапию, наличие сердечно-сосудистых осложнений, социальные ограничения у таких коморбидных пациентов способствуют значительному ухудшению качества жизни, что требует более серьезных подходов к реабилитационным мероприятиям.

Цель исследования. Проанализировать показатели качества жизни у пациентов с артериальной гипертензией на фоне ХОБЛ по сравнению с больными только артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 60 пациентов, у которых документально зафиксировано наличие артериальной гипертензии, средний возраст больных составил $61,1 \pm 1,42$ года. В гендерном соотношении: 65% женщин и 35% мужчин. Исследуемые разделены на две сопоставимые по полу и возрасту группы: 1 группа ($n=34$) – пациенты только с артериальной гипертензией, 2 группа ($n=26$) – пациенты с артериальной гипертензией на фоне ХОБЛ. Всем больным кроме стандартных общеклинических методов обследования проведена оценка качества жизни по опроснику SF 36 и оценка психоэмоционального состояния на предмет наличия депрессивных расстройств по шкале Бека.

Полученные результаты. При анализе качества жизни были выявлены следующие закономерности: у коморбидных больных были достоверно снижены показатели физического функционирования (PF, средние значения 1 группы – $64,5 \pm 4,0$ и 2 группы – $35,38 \pm 4,37$ при $p=0,00002$), общего состояния здоровья (GH, $53,7 \pm 3,16$ и $42,3 \pm 2,94$ при $p=0,01$), жизненной активности (VT, $52,7 \pm 2,43$ и $39,6 \pm 3,55$ при $p=0,009$), социального функционирования (SF, $67,05 \pm 3,39$ и $52,9 \pm 4,18$ при $p=0,015$) и физический компонент здоровья в целом (PH $39,8 \pm 1,4$ и $32,6 \pm 1,39$ при $p=0,0006$).

При анализе показателей шкалы депрессии Бека выявлено, что признаки депрессии присутствовали в первой группе пациентов у 45,4%, во второй – у 73% больных.

Выводы. Таким образом, кроме скупуплезного подхода к лечению пациентов с сочетанной патологией, необходимо уделить большое внимание методам физической и психологической реабилитации, т.к. данные больные имеют большую склонность к возникновению депрессии, у них наблюдаются более низкие показатели качества жизни.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Кот Т.О.¹, Кучеренко Т.В.²

¹аспирант кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) Медицинской академии имени С.И.Георгиевского

²врач-кардиолог, заведующая кардиологическим отделением ГБУЗ РК «Симферопольская городская клиническая больница №7»

научный руководитель: д.мед.н., профессор Крючкова О.Н.
petr_ugadaev@mail.ru

Введение. В современной кардиологии артериальная гипертензия занимает огромную нишу, при этом распространенность данного заболевания с каждым годом неуклонно растет и, по прогнозам, к 2025 году она будет достигать 29%. Контроль артериального давления (АД) при терапии артериальной гипертензии является одной из первоочередных задач, стоящих перед лечащим врачом. В то же время, на достижение целевых уровней АД влияет множество факторов, таких как, и правильно подобранная, с учетом коморбидности и факторов риска у конкретного пациента, антигипертензивная терапия, и соблюдение больным рекомендаций по модификации образа жизни, и, в целом, достижение комплаентности. При этом в России, по данным С.А. Шальной (2002), АД контролируется должным образом лишь у 5,6% больных.

Целью и задачами исследования являлось анамнестически определить эффективность амбулаторной терапии артериальной гипертензии у пациентов, находящихся на стационарном лечении; оценить эффективность контроля и скорость достижения целевых уровней АД в условиях стационара при назначении различных схем многокомпонентной, а в особенности, тройной антигипертензивной терапии.

Методика исследований. В ходе исследования проведено анкетирование 40 пациентов с артериальной гипертензией, находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГБУЗ РК «Симферопольская ГКБ №7» в возрасте 28-85 лет, проведен анализ текущей медицинской документации.

Результаты исследований. В ходе исследования выявлено, что в амбулаторных условиях получали постоянную двойную антигипертензивную терапию подавляющее большинство пациентов – 19 (47,5%), монокомпонентную – 5 человек (12,5%), 3 и более препарата принимали 7 пациентов (17,5%), не получали никакой терапии или принимали препараты эпизодически 9 больных (22,5%). 70% опрошенных отмечали неудовлетворительный амбулаторный контроль АД: нестабильность показателей, повышение цифр систолического АД до 140-150 мм.рт.ст. и выше, частые гипертонические кризы, необходимость дополнительного приема антигипертензивных препаратов для экстренного снижения АД, частые вызовы скорой помощи на дом.

Коррекция медикаментозного лечения в стационаре у пациентов, ранее не получавших антигипертензивного лечения включала в себя назначение стартовой двойной (у 4 пациентов – 10%) или тройной (у 5 пациентов – 12,5%) терапии. Практически все пациенты, ранее получавшие 1 или 2 препарата, переведены на тройную антигипертензивную терапию (21 человек – 52,5%), лишь в 10 случаях проведена коррекция существующих схем лечения (25%). Таким образом, в стационаре подавляющее большинство пациентов (33 человека – 82,5%) получали 3 и более препарата. При этом применялись следующие схемы терапии: блокатор ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) + блокатор кальциевых каналов (БКК) (12,5%), блокатор РАСС + бета-адреноблокатор (БАБ) (5%), блокатор РААС + БКК + тиазидоподобный диуретик (47,5%), блокатор РААС + БКК + БАБ (10%), блокатор

РААС + БАБ + тиазидоподобный диуретик (5%), блокатор РААС + БКК + тиазидоподобный диуретик + резервный антигипертензивный препарат (20%).

Анализируя текущую медицинскую документацию, нами установлено, что в ходе проведения подобранной в стационаре терапии, в течение недели достигнут контроль цифр АД у 100% больных, ни у одного пациента не наблюдалось повторных гипертонических кризов.

Выводы. 1. На основании данных опроса и анкетирования у большинства пациентов с артериальной гипертензией выявлен неудовлетворительный амбулаторный контроль АД при применении моно- и двухкомпонентных схем лечения.

2. При назначении в стационаре трех и более антигипертензивных препаратов контроль АД достигнут у всех пациентов, что может свидетельствовать о необходимости раннего назначения многокомпонентных схем лечения артериальной гипертензии. Однако, на наш взгляд, данный вопрос требует дальнейшего изучения и необходимости индивидуального подхода к каждому пациенту, с учетом коморбидности и наличия факторов риска.

ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА СНА НА ДОСТИЖЕНИЕ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ

Котолупова О.В.¹, Кучеренко Т.В.²

¹*аспирант кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) Крымской медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ*

²*заведующая отделением кардиологии ГБУЗ РК «Симферопольская городская клиническая больница №7»*

научный руководитель: д.м.н., профессор Крючкова О.Н.

Введение. Артериальная гипертензия по своей распространенности, коварству «масок», непредсказуемости течения является основной причиной сердечно-сосудистых осложнений и ранней инвалидизации населения. Среди причин неэффективного или недостаточно эффективного лечения артериальной гипертензии в последние годы большое значение придается различным дыхательным нарушениям сна – инсомниям, лидером которых стал синдром обструктивного апноэ сна. Синдром обструктивного апноэ определяется как состояние, при котором во время сна повторяются эпизоды обструкции верхних дыхательных путей, обычно ассоциированные с падением уровня насыщения крови кислородом, что приводит к изменению вариабельности артериального давления и развитию стойкой артериальной гипертензии.

Цель и задачи исследований. Изучить частоту встречаемости дыхательных нарушений сна у больных с артериальной гипертензией. Определить терапевтической тактику и медикаментозную коррекцию антигипертензивной терапии для достижения контроля артериального давления у данных пациентов.

Методика исследований. Проведено анкетирование 40 пациентов с артериальной гипертензией, пребывающих на госпитализации в кардиологическом отделении ГБУЗ РК «Симферопольская ГКБ №7» и 17 здоровых медицинских сотрудников ГБУЗ РК «Симферопольская ГКБ №7» в возрасте 45-81 лет. Для выявления нарушений сна, таких как обструктивное апноэ, исследуемым были предложены анкеты, разработанные на основе берлинского опросника «Апноэ сна» и анкеты балльной оценки субъективных характеристик.

Результаты исследований. Среди пациентов с артериальной гипертензией у 31 (77,5%) отмечается высокий риск развития апноэ сна, тогда как в контрольной группе данный показатель отмечался лишь у 3 (17%). В основной группе в возрасте 45-60 лет у

48,3%, в группе сравнения – у 66,6%, в возрасте 61-70 лет – 38,7%, страдающих артериальной гипертензией, в контрольной группе – у 33,4%, возрасте 71-81 лет – 13% в изучаемой группе, в группе здоровых исследуемых – 0.

Среди анкетированных с артериальной гипертензией контроль артериального давления при лечении одним антигипертензивным препаратом достигнут у 1 пациента (2,5%). При терапии комбинацией двух препаратов: блокатор ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и диуретик или блокатор РААС и блокатор кальциевых каналов (БКК), контроль артериального давления достигнут у 7 больных (17,5%). У 23 (57,5%) исследуемых контроль артериального давления был достигнут при назначении трёх препаратов блокатор РААС + диуретик + БКК. У 9 (22,5%) госпитализируемых контроль артериального давления удалось достигнуть только назначением четырех антигипертензивных препаратов блокатор РААС + диуретик + БКК + резервный антигипертензивный препарат. В ходе исследования выявлено, что пациентам, у которых отмечается высокий риск развития обструктивного апноэ сна 31 (77,5%), для коррекции артериальной гипертензии и достижения контроля артериального давления требуется назначение комбинаций трёх антигипертензивных препаратов у 22 (70,9%) пациентов и назначении четырёхкомпонентной терапии у 9 (29,1%) больных с высоким риском развития синдрома обструктивного апноэ сна.

Выводы.

1. На основании данных анкетирования пациентов с артериальной гипертензией, у 77,5 % исследуемых выявлен высокий риск развития синдрома обструктивного апноэ сна.
2. У всех пациентов с высоким риском развития обструктивного апноэ сна назначение стартовой двойной антигипертензивной терапии не приводит к контролю артериального давления и требует использование трёх или четырех антигипертензивных препаратов.
3. У пациентов с неадекватным контролем артериального давления на фоне стандартной антигипертензивной терапии, необходимо исключить синдром обструктивного апноэ сна.

ВЕРОЯТНОСТЬ ЛУНОЧКОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Крючков В.Ю.¹, Крючков Д.Ю.²

¹ординатор кафедры стоматологии Медицинской академии КФУ

²доцент кафедры стоматологии Медицинской академии КФУ

научный руководитель: Романенко И.Г.

vladimir.kryuchkov95@mail.ru

Введение. Луночковое кровотечение является одним из самых частых осложнений операции удаления зуба, которое может развиваться под воздействием ряда местных и общих факторов. Пожилой возраст пациента является самостоятельным фактором риска развития фибрилляции предсердий, частота которой возрастает с увеличением возраста. При этом, фибрилляция предсердий, в большинстве случаев, ассоциируется с артериальной гипертензией. Учитывая высокий риск у таких пациентов кардиоэмболического мозгового инсульта, для его профилактики используется длительная терапия оральными антикоагулянтами. Повышенное артериальное давление и использование оральных антикоагулянтов может способствовать развитию луночкового кровотечения.

Цель. Повышение эффективности профилактики развития луночкового кровотечения после операции удаления зуба у пациентов пожилого возраста.

Задачи:

1. Сравнить частоту развития луночкового кровотечения у пациентов пожилого возраста, имеющих синусовый ритм сердца и пациентов с фибрилляцией предсердий.
2. Изучить вероятность развития луночкового кровотечения, в зависимости от особенностей антикоагулянтной терапии, артериального давления, используемых анестетиков.
3. Предложить алгоритм профилактики луночковых кровотечений после удаления зуба у пациентов пожилого возраста.

Материал и методы: Исследование проводилось на базе стоматологической поликлиники ГБУЗ РК «Сакская районная больница». В исследование были включены 230 пациентов 60-75 лет (112 мужчин и 118 женщин), которым проводилась операция удаления зуба. Анализировалась частота и сроки развития луночковых кровотечений, наличие фибрилляции предсердий по данным амбулаторной карты, уровень артериального давления и эффективность контроля артериальной гипертензии в день проведения операции удаления зуба, особенности используемых оральных антикоагулянтов, показатель международного нормализованного отношения (МНО) при использовании варфарина.

Результаты исследований. При сборе анамнеза и анализе амбулаторных карт всех пациентов пожилого возраста, которые подвергались операции удаления зуба, было установлено, что у 73 больных (31,7%) наблюдались различные формы фибрилляции предсердий, что соответствует данным литературных источников, отмечающих высокую распространенность данного нарушения ритма сердца в этой возрастной категории. После удаления зуба луночковое кровотечение среди 157 пациентов, имеющих синусовый ритм, развилось у 3 (1,9%) пациентов. У одного из данных пациентов на момент амбулаторного вмешательства наблюдалось повышение артериального давления, у двоих пациентов причиной кровотечения явились местные факторы.

Все пациенты с фибрилляцией предсердий получали постоянную терапию оральными антикоагулянтами, из них у 64 больных применялся варфарин и у 9 пациентов - новый оральные антикоагулянт (ривароксабан или дабигатран). В группе пациентов с фибрилляцией предсердий, которые длительно получали терапию оральными антикоагулянтами, луночковые кровотечения наблюдались у 7 (9,5%) больных. Все эти пациенты для профилактики кардиоэмболического инсульта использовали варфарин. У 4 пациентов данной группы последний показатель МНО превышал 2,5, трое пациентов в течение длительного времени использовали варфарин без контроля МНО. Кроме того, у всех больных с фибрилляцией предсердий развитию кровотечения способствовали дополнительные факторы: у 5 больных не было эффективного контроля артериальной гипертензии, и у 2 пациентов был использован анестетик с эпинефрином.

Выводы. Несмотря на то, что операция удаления зуба не является вмешательством, требующим предварительной отмены оральных антикоагулянтов, категория пациентов пожилого возраста с фибрилляцией предсердий должна рассматриваться как группа риска развития луночкового кровотечения. Вероятность этого осложнения возрастает у пациентов использующих варфарин. С целью профилактики развития луночкового кровотечения у таких пациентов необходимо оценить исходный уровень МНО, АД. Убедиться, что МНО менее 2,5, АД ниже 140/90 мм рт ст., и не использовать анестетики с эпинефрином.

БИОЛЮМИНЕСЦЕНТНОЕ И ФИТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СКУМПИИ КОЖЕВЕННОЙ КАК ПЕРСПЕКТИВНОГО ИСТОЧНИКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Гавриченко Ю.Ю.¹

¹ аспирант кафедры медицинской и фармацевтической химии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»

научный руководитель: д. биол. наук, профессор, заведующий кафедрой медицинской и фармацевтической химии Кацев А.М.

shkered.jolie@gmail.com

Введение. В последнее время все более актуальными становятся исследования, направленные на поиск новых биологически активных веществ (БАВ) природного происхождения. Преимущественное внимание уделяется лекарственным растениям, как источнику вторичных метаболитов, способных выполнять обширный спектр биологических функций. Кроме того, современные технологии позволяют получать изолированные биологически активные соединения из используемого традиционной медициной растительного сырья.

Среди огромного разнообразия растений особый интерес представляет скумпия кожевенная, которая содержит большое количество биологически активных веществ. Наиболее значимыми из них являются танин, галлотанин и свободная галловая кислота. Наряду с этим, в ее составе также обнаружены флавоноиды, эфирные масла и витамины, которые и обеспечивают общий терапевтический эффект. Листья *Cotinus coggygria* находят применение в медицине благодаря антисептическим, противовоспалительным, вяжущим и ранозаживляющим свойствам. В ряде последних исследований было отмечено наличие у скумпии антибактериального эффекта в отношении ряда патогенов человека. Поэтому, актуальным является более детальное изучение биоактивности, а также возможности направленного применения выделенных в чистом виде биологически активных соединений скумпии.

Целью настоящей работы был биологический и фитохимический анализ скумпии кожевенной (*Cotinus coggygria Scop.*), произрастающей на территории Крыма.

Материалы и методы исследования.

Объектами исследования выступали листья скумпии кожевенной, собранные на территории Бахчисарайского района в 2017-2018 гг. Для получения водных извлечений использовалось воздушно-сухое сырье. Экстракцию проводили методом мацерации при постоянном перемешивании.

Изучение антибиотической активности проводили с использованием светящегося штамма бактерий *P. leiognathi* Sh1 из коллекции Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФGAOY BO «КФУ им. В.И. Вернадского». Для оценки острого действия к клеточной суспензии бактерий в 3 % растворе натрия хлорида, добавляли исследуемые экстракты в разведениях 1:100; 1:50; 1:20, 1:10; 1:2.

Ингибирующую активность извлечений оценивали по уровню угнетения интенсивности биолюминесценции, которую рассчитывали по формуле:

$$I = I_0/I_k * 100\%$$

I – относительная активность люминесценции.

I₀ – интенсивность бактериальной люминесценции в опытном образце.

I_к – интенсивность свечения бактерий в контрольном образце.

Фитохимический анализ БАВ листьев скумпии проводили с использованием фармакопейных методов определения биологически активных веществ в лекарственном растительном сырье. Для идентификации дубильных веществ в исследуемом извлечении применяли стандартные реакции: проба Стиасни, реакция с 1% спиртовым раствором квасцов железосамонийных, 1% раствором желатина в 10 % растворе натрия хлорида, 1%

раствором хинина гидрохлорида, бромной водой, 1% раствором ванилина в концентрированной соляной кислоте, разбавленным раствором серной кислоты, а также реакция с ацетатом свинца средним в уксусной среде.

С целью определения флавоноидов были проведены следующие качественные реакции: цианидиновая проба, реакция с 5% спиртовым раствором алюминия хлорида, с 1 % раствором ванилина в концентрированной HCl, 10 % раствором щелочи, раствором хлорида железа (III), 1% раствором ацетата свинца основного, а также борно-лимонная реакция с реактивом Вильсона.

Методом ультрафиолетовой спектрофотометрии осуществляли определение дубильных веществ в пересчете на галловую кислоту.

Результаты. В результате биологического исследования было обнаружено, что все образцы обладали ингибирующей активностью в отношении бактериальной люминесценции с усилением эффекта от большего разведения к меньшему. Действующие разведения экстрактов скумпии, ингибирующие свечение на 50% и 100% соответственно составили 1:20 и 1:50.

При проведении качественных реакций были получены положительные результаты с осадительными реактивами хинина гидрохлорида и танина, что подтверждает наличие дубильных веществ исследуемом сырье. Во время проведения групповых качественных реакций было отмечено наличие черно-синего окрашивания с раствором железосамонийных квасцов и белого осадка с раствором свинца среднего ацетата, нерастворимого в уксусной кислоте. Это позволяет предположить наличие гидролизуемых таннидов в экстракте скумпии. Отрицательные результаты в реакциях с раствором ванилина, бромной водой, пробой Стиасни исключают присутствие конденсированных таннидов.

При проведении реакций идентификации флавоноидов положительные результаты были получены с раствором $AlCl_3$, раствором $FeCl_3$, раствором щелочи и раствором ацетата свинца основного. Это говорит об экстракции таких соединений как флавоны, халконы, ауроны и фуранохромоны.

Исследование спектров поглощения водных извлечений скумпии показало наличие основного пика, соответствующего спектру галловой кислоты и ее производным, водные растворы которых имеют максимум поглощения при 277 нм.

Выводы. В результате изучения качественного состава биологически активных веществ в извлечениях листьев скумпии кожевенной можно заключить, что при помощи водного растворителя происходит экстракция как дубильных веществ, так и различных классов флавоноидов.

При помощи люминесцентного биотестирования показано, что водные экстракты из листьев скумпии обладают выраженным неспецифическим антибактериальным действием.

Полученные результаты биолюминесцентного тестирования показали хорошую корреляцию с данными физико-химического анализа, а также сведениями о традиционном использовании исследуемого сырья. Это дает основание полагать, что данный метод может быть перспективным в исследовании и стандартизации лекарственного растительного сырья на предмет антибактериальной активности.

Результаты анализа листьев скумпии, произрастающей в Крыму, обосновывают более полное изучение ее химического состава и биоактивности с целью определения перспективности использования данного сырья в качестве источника фармакологически активных веществ, обладающих антибиотической активностью.

Работа выполнена при финансовой поддержке Программы развития ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» (проект № 703).

ОПТИМИЗАЦИЯ ЦИКЛОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С НИЗКИМ ОВАРИАЛЬНЫМ РЕЗЕРВОМ

Колесникова И. О.¹, Сулима А. Н.²

¹ студентка кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии
ФПМКВК и ДПО Медицинской академии КФУ

² д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии
ФПМКВК и ДПО Медицинской академии КФУ

Научные руководители:

академик КАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФПМКВК и ДПО Медицинской академии КФУ Рыбалка А.Н.
д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПМКВК и ДПО Медицинской академии КФУ Сулима А.Н.

010296@mail.ru

Введение. На сегодняшний день бесплодие в супружестве составляет 15 - 18%. Ритм современной жизни, состояние здоровья, как женщин, так и мужчин, социальные проблемы и стрессы, смещение приоритетов с материнства на карьеру приводят к резкому снижению наступления беременности в позднем репродуктивном возрасте. Обращение женщин старше 38 лет со сниженным овариальным резервом в клиники вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) с целью лечения бесплодия возросло за последние годы на 35 - 40%. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) с индукцией суперовуляции (ИСО) в разных модификациях не всегда дает получение достаточного количества зрелых ооцитов, качественных эмбрионов для переноса, и нередко приводит к отсутствию реакции яичников на ИСО, что требует перехода на программы с использованием донорских ооцитов (ДО). Это связано в первую очередь не только с физиологическим снижением овариального резерва, а нередко его отсутствием в виду ряда гинекологических заболеваний.

Цель работы. Повысить результативность программ ВРТ при лечении бесплодия у женщин позднего репродуктивного возраста.

Материалы исследований. Проведен ретроспективный анализ 70 амбулаторных карт пациенток в возрасте 38 – 43 лет с низким овариальным резервом (АМГ<0,5 нг/мл) , проходивших лечение бесплодия по транспортной схеме (01. 2015 - 12. 2017 гг.): медицинская клиника «Ваш Доктор» (г. Симферополь) - клиника репродукции человека «Альтра Вита» (г. Москва) методами ВРТ. Оценивались следующие показатели: время от момента начала обследования и лечения бесплодия в женской консультации до момента обращения в клинику ВРТ, ранее проведенные программы ВРТ, возраст женщины (при первичном обращении пациентки в клинику ВРТ), особенности акушерско-гинекологического анамнеза, варианты программ ВРТ и ее исходы. Статистическая обработка данных произведена при помощи программы SPSS Statistics 6,0.

Результаты исследований. Средний возраст обследуемых пациенток в обеих группах был сопоставим и составил 39±3,06 лет. У 31 пациентки - бесплодие было первичным (44,2%), у 39 - вторичным (55,7%). Средняя продолжительность лечения бесплодия до обращения в клинику ВРТ у женщин 38-43 года в амбулаторно-поликлинических учреждениях Республики Крым составила 7,5±0,5 лет.

При анализе амбулаторных карт обнаружены гинекологические заболевания, при этом не отмечено статистически достоверной разницы в структуре гинекологической патологии ($p \geq 0,005$) между двумя группами пациенток. Отмечается повышение частоты патологии щитовидной железы в 51,4% случаев (36 из 70) у пациенток исследуемых групп. Доброкачественные заболевания молочных желез диагностированы в 48,6% случаев (34 из 70), что свидетельствует об исходно нарушенном гормональном статусе у пациенток.

В 64,3% случаев (45/70) причиной отсутствия или снижения овариального резерва явились ранее проведенные операции на органах малого таза, а именно: операции на яичниках – 31,4%, сальпингоовариолизис и сальпингонеостомия – 41,4%, тубэктомия при сактосальпинксах – 20%, операции по поводу эндометриоза – 24,3%, внутриматочные беременности (тубэктомии) – 18,6%). Из 45 оперированных пациенток, повторные операции были проведены у 26 (57,7%), а третья и четвертая операция – у 8 (17,7%), что привело к потере овариального резерва в обеих группах пациентов, неэффективности ранее проведенных циклов ЭКО с собственными ооцитами и явилось одним из показаний к донорству ооцитов.

В обеих группах на экспертном УЗИ (4 - 6 день ОМЦ) диагностирован низкий овариальный резерв (3 и менее антральных фолликулов в обоих яичниках) в 60% (42 из 70), сниженный овариальный резерв (4 - 6 антральных фолликулов в обоих яичниках) в 30% (21 из 70), у 10% (7 из 70) пациенток овариальный резерв был достаточный. УЗ-признаки патологии эндометрия (несоответствие толщины эндометрия фазе ОМЦ, очаговые изменения эндометрия) диагностированы в 30,0% случаев (21 из 70), что потребовало проведения у этих пациенток гистероскопии с последующим гистологическим исследованием эндометрия.

При определении содержания в крови гормонального профиля обращает на себя внимание статистически достоверное увеличение уровня ФСГ и снижение АМГ у пациенток 2 группы, которым была проведена программа ЭКО с использованием ДО. Данные маркеры изолированно не могут определять выбор программы ВРТ с использованием только ДО у этих пациенток.

Всем супружеским парам было проведено кариотипирование, по результатам которого хромосомных аномалий не выявлено.

У 35 пациенток 1-ой группы была проведена программа ВРТ с собственными ооцитами. Во 2-ой группе (35 пациенток) была проведена программа с использованием витрифицированных ДО, вследствие отсутствия овариального резерва и/или многократных неудач с собственными ооцитами в программах ВРТ в предыдущих циклах. У 16 пациенток 2 группы (45,7%) наступила клиническая беременность, в 1 группе забеременели 6 пациенток, что составило 17,1%. При этом достоверно отмечено ($p < 0,005$) увеличение частоты наступления беременности у пациенток 2 группы в 2,7 раза.

Выводы. У пациенток старшего репродуктивного возраста с низким овариальным резервом отмечено значительное снижение эффективности программ ЭКО с собственными ооцитами. Основными причинами неудач решения репродуктивных планов следует считать: ранее необоснованно длительное обследование и неэффективное лечение бесплодия методом ЭКО (7,5 лет \pm 0,5 лет), несвоевременное принятие решения об изменении тактики лечения. Использование в программах ВРТ ДО увеличивает частоту успешной программы ЭКО в данной группе пациенток в 2,7 раза.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И МОРФОЛОГИЯ СВЕРХКОМПЛЕКТНЫХ ЗУБОВ

Колесник К.А.¹, Горобец О.В.²

- ¹ *Заведующая кафедрой детской стоматологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского, доктор медицинских наук, ученое звание доцент*
- ² *Аспирант кафедры детской стоматологии, Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ*
gorobecolga21@gmail.com

Введение. Аномалии зубов характеризуются изменением как количества, размера, структуры, нарушениями формирования, положения, прорезывания, цвета, так и формы зубов. К аномалиям количества зубов относится увеличение - гиперодонтия (сверхкомплектные, по МКБ-10), уменьшение (гиподонтия) и отсутствие зубов (адентия). Любые изменения или нарушения в стадии закладки зуба могут привести к развитию сверхкомплектных зубов (K00.1 по МКБ-10). Сверхкомплектные зубы, являясь аномалией развития, чаще всего становятся причиной ретенции комплектных зубов, диастемы, аномалии положения зубов, несоответствия размеров зубных рядов и др. Это, в свою очередь, приводит к функциональным и косметическим нарушениям, которые становятся причиной социальной дезадаптации ребенка. В зависимости от расположения СКЗ могут классифицироваться как мезиоденс – располагаются по срединной линии верхней челюсти между центральными резцами, парамоляр – вестибулярное или небное расположение, между вторым и третьим моляром, дистомоляр – дистальнее третьего моляра и парапремоляр – встречается в межзубном промежутке с щечной стороны, между первым и вторым премолярами на верхней челюсти.

Целью работы было изучение распространенности, характеристик и морфологии сверхкомплектных зубов (СКЗ) у детей в Республике Крым.

Материалы и методы. Было проведено клиническое и рентгенологическое обследование 221 ребенка с установленным диагнозом – сверхкомплектные зубы. Оценивали морфологию, тип, количество, положение прорезавшихся СКЗ, состояние соседних зубов.

Результаты: Проведенное исследование показало, что частота СКЗ у мальчиков была больше, чем у девочек в соотношении 2,2:1. У 77% пациентов встречался один СКЗ, у 18,4% были два СКЗ, а у 4,6% было три или более. Девяносто процентов СКЗ у обследуемых детей располагались на верхней челюсти. При этом 92,8% СКЗ находились в области центральных резцов верхней челюсти, из них 25% были расположены по средней линии. Остальные 10,4% сверхкомплектных зубов были расположены в области премоляров, клыков верхней челюсти и моляров и резцов нижней челюсти. У 75% обследованных детей, СКЗ были конической формы, 83,1% находились в нормальной вертикальной позиции и 26,5% прорезались.

Вывод: Раннее выявление сверхкомплектных зубов и адекватный план лечения позволит предотвратить развитие осложнений, вызванные данной патологией. Лечение сверхкомплектных зубов зависит от их формы, позиции и возможных осложнений, которые диагностируются клиническими и рентгенологическими методами.

ОПТИМИЗАЦИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Расулов Н.А.¹, Савинов И.С.²

¹ ординатор кафедры общей хирургии Медицинской академии КФУ

² врач-сердечно-сосудистый хирург ООО «Центр флебологии доктора Савинова»

(научный руководитель – доцент кафедры общей хирургии Бутырский А.Г.)

nrasulov2@gmail.com

Введение. За последние годы варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВБ НК) стала объектом пристального изучения не только в сосудистой хирургии, но и в других медицинских специальностях. Во многом это связано с тенденцией к росту заболеваемости и числа осложненных форм. Около 80% трофических язв нижних конечностей по происхождению – венозные, и количество пациентов не имеет тенденции к снижению и составляет не менее 2,5–3 млн человек в РФ (Кузнецова Н.А., «Возможности использования противоязвенного трикотажа в амбулаторном лечении пациентов с венозной трофической язвой голени»). Успехи последних лет, позволили внедрить во флебохирургическую практику малоинвазивные методы, среди которых эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК). Достаточное количество работ посвящено изучению данной методики и ее преимуществе, таких как меньшая болезненность, косметичность, возможности выполнения в амбулаторных условиях и др. Однако дискуссионным и малоизученным является вопрос применения данной методики при осложненных формах ВБ НК и ее успешность, с учетом отдаленных результатов.

Цель. Проведение клинической оценки использования ЭВЛК при осложненных формах ВБНК, для определения эффективности лечения по отдаленным результатам.

Материалы и методы. Клиническому анализу подвергнуты результаты лечения 112 больных с ВБНК клинических классов С4-С6 по СЕАР. Сформированы 3 группы пациентов в зависимости от клинического класса: группа I (С4) – 60 человека, группа II (С5) – 22 человека, группа III (С6) – 30 человек. Всем больным выполнялось малоинвазивное хирургическое вмешательство в объеме ЭВЛК с минифлебэктомией (МФЭ) и резекцией несостоятельных перфорантов (РНП) на пораженной конечности. При аневризматическом расширении сафенофemorального соустья (СФС) 20 мм и более, принималось решение о выполнении паховой кроссэктомии.

Для пациентов с классом С4 длительность течения ВБ составила $18,2 \pm 0,4$ года, а длительность заболевания в этом классе – $28,0 \pm 4,7$ месяцев, больным с классом С5 – $25,5 \pm 4,3$ и $12,7 \pm 6,4$, и С6 – $21,1 \pm 1,8$ и $9,4 \pm 4,4$ соответственно. Отдаленные результаты лечения ВБВНК нами оценены через 12 месяцев с учетом послеоперационных осложнений, изменения диаметра БПВ в области СФС и в средней трети бедра. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием методов вариационной статистики. Различия показателей считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследований. Диаметр БПВ в области СФС и в средней трети бедра, по данным УЗДФС среди исследуемых групп пациентов на предоперационном этапе составил: I (n=60) – $13,63 \pm 0,56$ мм и $8,32 \pm 0,22$ мм; II – (n=22) $15,81 \pm 0,95$ мм и $9,36 \pm 0,42$ мм; III (n=30) – $17,35 \pm 1,13^*$ мм и $10,02 \pm 0,34^*$ мм (* – разница достоверна с группой I ($p < 0,05$)). Достоверная разница между I и III группами в диаметре СФС и диаметра ствола БПВ на бедре вероятнее всего связана с тяжестью клинических проявлений. Показатели качества жизни пациентов по шкале CIVIQ 20 на исходном этапе составили: I группа – $52,45 \pm 2,02^*$; II – $49,01 \pm 2,57^*$; III – $59,12 \pm 2,74$; в свою очередь, степень тяжести ХЗВ, по шкале VCSS распределилась следующим образом: I группа – $12,37 \pm 0,54^*$, II – $13,63 \pm 0,43^*$, III – $20,02 \pm 0,82$ (* – разница с

группой III достоверна ($p < 0,05$). Между группами I и II достоверной разницы в показателях качества жизни и тяжести ХЗВ не выявлено.

В повторном осмотре через 12 месяцев приняли участие из группы I – 51 человек, из группы II – 9 человек, из группы III – 18 человек. Морфологические параметры СФС и БПВ больных по данным УЗДФС через 12 месяцев после коррекции флебогемодинамики выглядели следующим образом: I ($n=51$) - $2,35 \pm 0,28^*$ мм и $1,73 \pm 0,12^*$ мм; II ($n=9$) - $2,91 \pm 0,25^*$ мм и $2,01 \pm 0,24^*$ мм; III ($n=18$) - $2,11 \pm 0,33^*$ мм и $1,72 \pm 0,21^*$ мм (* - разница с соответствующими предоперационными данными достоверна ($p < 0,05$)). При оценке результатов опросника CIVIQ 20 через 12 месяцев, нами получены следующие данные: для I группы - $27,92 \pm 1,38^*$; II - $25,11 \pm 1,64^*$; III - $33,32 \pm 3,65^*$ (* - разница с соответствующими предоперационными данными достоверна ($p < 0,05$)). Данные изменения тяжести ХЗВ на контрольном осмотре через год по шкале VCSS: I группа - $4,61 \pm 0,43^*$; II - $7,97 \pm 0,63^*$; III - $8,31 \pm 0,93^*$ (* - разница с соответствующими предоперационными данными достоверна ($p < 0,05$)).

В течении всего периода клинических наблюдений в исследуемых группах нами выявлены 2 случая начальной реканализации вены с наличием низкоинтенсивного кровотока в режиме ЦДК и 4 случая (5%) с реканализацией практически на всём протяжении и наличием патологического рефлюкса, в 1 случае было выявлено варикозное расширение вен. В таком случае принималось решение о выполнении повторного малоинвазивного вмешательства, на контрольном исследовании через 2 месяца по результатам УЗДФС отмечена облитерация во всех случаях.

Выводы. Применение ЭВЛК, с учетом отдаленных результатов, у пациентов с тяжелыми формами ВБНК приводит к значительным морфологическим изменениям поверхностных вен, полной облитерации, редукции патологического кровотока в них. Как следствие, полное заживление ТЯ у 100% больных, улучшения качества жизни и снижение тяжести ХЗВ, согласно нашим результатам. При возникновении реканализаций и патологического рефлюкса составила – повторное выполнение малоинвазивного вмешательства в зоне реканализации позволяет достичь полной облитерации.

ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В РУБЦЕ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ: ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ ПОДХОД

Латышев О.С.¹, Колесникова И.О.², Сулима А.Н.³

¹ординатор 2 года, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии

²студентка кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии

³д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии

ФПМКВК и ДПО Медицинской академии КФУ

Научные руководители:

академик КАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФПМКВК и ДПО Медицинской академии КФУ Рыбалка А. Н.

д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПМКВК и ДПО Медицинской академии КФУ Сулима А. Н.

oleg.latyshev.94@mail.ru

Введение. Эктопическая беременность (ЭБ) – это имплантация оплодотворенной яйцеклетки вне полости матки. На данный момент является актуальной проблемой репродуктологии, так как имеется тенденция к последующему снижению фертильности женщины, однако ЭБ не относится к учитываемым репродуктивным потерям. В Российской Федерации в 2014 г. смертность от ЭБ составляла 1%, к 2015 г. показатель увеличился до 3,6%.

По данным Росстата, в 2016 г. зарегистрировано 2 случая материнской смертности в результате ЭБ. Беременность в рубце на матке встречается с частотой 1 случай на 1800-2216 беременностей, с показателем 6,1% от всех ВБ.

Цель работы. Продемонстрировать органосохраняющий подход в лечении эктопической беременности в рубце на матке после операции кесарева сечения.

Материалы исследований. Проведен анализ истории болезни пациентки с диагностированной эктопической беременностью в рубце на матке после операции кесарева сечения.

Результаты исследований. В стационар гинекологического отделения доставлена по скорой медицинской помощи пациентка К., 37 лет, с жалобами на тянущие боли внизу живота, сукровичные выделения из половых путей и повышение температуры тела до 37,8°C. На момент поступления состояние пациентки удовлетворительное.

За 1,5 месяца до поступления было произведено медикаментозное прерывание беременности (МПБ) на сроке 7-8 недель гестации в частной клинике. По данным предварительно проведенного УЗИ перед МПБ в частной клинике: в нижней трети полости матки визуализируется одно плодное яйцо; в верхней трети полость матки расширена до 10 мм и выполнена неоднородным гипоэхогенным содержимым. Спустя 2 недели после МПБ пациентка была госпитализирована в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, схваткообразные боли внизу живота.

На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, данных УЗИ был выставлен диагноз: Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением (после МПБ) (O04.1). Пациентке было проведено выскабливание полости матки, материал отправлен на патогистологическое исследование, результат которого подтвердил диагноз.

На момент повторного поступления: сукровичные умеренные выделения из половых путей; при пальпации матка антефлексио, нормальных размеров, безболезненна; правые и левые придатки при пальпации чувствительны, увеличены 5 x 5 см. При УЗ-исследовании: в области внутреннего зева визуализируется неправильной овальной формы образование, размером 30 x 18 мм, неоднородной эхоструктуры, при ЦДК – обильный кровоток; миометрий диффузно-неоднородной структуры, по передней стенке матки рубец; эндометрий толщиной 4,7 мм, однородной структуры.

Учитывая жалобы, анамнез, гинекологический осмотр и заключение УЗИ, выставлен основной диагноз – Острый двухсторонний сальпингоофорит (N70.0). Сосудистая мальформация в области внутреннего зева? Назначен план обследования и план лечения.

На 6-ой день госпитализации пациентка обратилась с жалобами на усиление кровянистых выделений из половых путей, при этом температура тела нормализовалась до 36,7°C. При проведении анализа на β-ХГЧ результат составил 240 мЕд/мл. При трансвагинальном УЗИ в области внутреннего зева визуализируется образование с неровными контурами, размерами 34 x 20 мм, при ЦДК – обильный кровоток. В малом тазу визуализируется свободная жидкость до 8 мл. С целью диагностики внутриматочной патологии пациентке проведена гистероскопия.

Гистероскопия: при зондировании полости матки появились обильные кровянистые выделения, в связи с чем произведено расширение цервикального канала. В области внутреннего зева визуализируется опухолевидное образование, деформирующее цервикальный канал. Кровотечение приобрело профузный характер. Заподозрена шеечная беременность, в связи с чем пациентке была проведена экстренная лапаротомия. К началу операции кровотечение достигло 1000 мл. Интраоперационно: матка увеличена до 5 - 6 недель беременности. В области послеоперационного рубца на матке (после кесарева сечения) визуализировалось опухолевидное образование синюшно-багрового цвета размером 3 x 3 см. Пузырно-маточная складка вскрыта, низведена, образование вскрылось. В рану эвакуировались элементы хориальной ткани, что было расценено как эктопическая беременность в области послеоперационного рубца. Произведено иссечение измененных тканей до границы со здоровыми. Произведен кюретаж полости матки. На ткани матки были наложены гемостатические швы, целостность матки восстановлена, гемостаз был достигнут. Учитывая отсутствие кровотечения на данном этапе, от проведения

гистерэктомии решено было воздержаться. Общая кровопотеря составила 1300 мл и была адекватно восполнена эритроцитарной массой, коллоидными и кристаллоидными растворами.

Содержимое образования в рубце после кесарева сечения отправлено на патогистологическое исследование. Послеоперационный клинический диагноз: Другие формы внематочной беременности: эктопическая беременность в грыже послеоперационного рубца (O00.8).

В послеоперационном периоде отмечалась положительная динамика на фоне проводимой терапии. Результат анализа на β -ХГЧ через сутки после операции составил 8 мЕд/мл. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки послеоперационного периода под наблюдение врача женской консультации с рекомендациями.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует сложную диагностику эктопической беременности в рубце на матке. Однако своевременная и правильная тактика врачей акушеров-гинекологов привела к возможности сохранить орган женщине, и тем самым репродуктивную функцию, если учесть, что по статистике гистерэктомия требуется в 71% случаев.

Достаточная оснащённость современным диагностическим оборудованием лечебных учреждений здравоохранения позволяет своевременно заподозрить эктопическую беременность в рубце на матке на ранних сроках гестации, и, соответственно, предотвратить последующие осложнения. При этом следует учесть, что в данном случае в приоритете находится жизнь матери.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ЦИТОТОКСИЧЕСКОГО ИММУНОФЕНОТИПА АЛЬВЕОЛЯРНЫХ МАКРОФАГОВ ПРИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ

Голубинская Е.П.¹, Геращенко А.В.²

¹*Доцент кафедры патологической анатомии с секционным курсом
Медицинской академии КФУ*

²*Аспирант кафедры патологической анатомии с секционным курсом
Медицинской академии КФУ
missive@mail.ru*

Введение. Исторически антигены CD4 и CD8 использовались для обозначения функционально отличных типов Т-лимфоцитов. Экспрессия корецепторов CD4 и CD8 на зрелых Т-клетках обычно считается взаимоисключающей и отражает связанные с подтипами специфические функции и различия в комплексном ограничении гистосовместимости для распознавания антигенов. Существующие исследования *in vivo* убедительно доказывают, что терминально дифференцированный эффектор CD4 может приобретать α -цепь CD8. Появление таких Т-клеток, экспрессирующих высокие уровни как гетеродимера CD4, так и CD8 $\alpha\beta$ (CD4^{hi}CD8^{hi}), было идентифицировано при аутоиммунных и хронических воспалительных заболеваниях.

В тоже время появился ряд исследований *in vitro*, подтверждающих наличие еще одного типа макрофагов - с наличием корецепторов CD4 и CD8, обладающих цитотоксическим иммунофенотипом. Значение их до сих пор считается неустановленным.

Цель. Определить иммунофенотип популяции макрофагов при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких с помощью маркеров CD68, CD4 и CD8.

Методы и материалы.

Материалом для исследования послужили фрагменты лёгочной ткани, умерших либо прооперированных по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза (ФКТ) (n=163). Все пациенты были подразделены на 2 основные группы:

- 1 группа – ФКТ с активным бактериовыделением (МБТ+) – n=84;
- 2 группа – ФКТ без бактериовыделения (МБТ-) – n=79.

В качестве контрольной группы были использованы фрагменты легких 30 больных, умерших от патологии не связанной с заболеваниями легких (инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения).

Для морфологической верификации изменений были использованы следующие методы:

- Гистологический со стандартной окраской гематоксилином и эозином.

- Иммуногистохимический (ИГХ) с маркером макрофагов и гистиоцитов CD68 (Clone PG-M1), маркерами Т-лимфоцитов хелперов CD4 (Clone 4B12), а также супрессоров и киллеров CD8 (Clone C8/144B). Система визуализации EnVision™ FLEX+, Mouse, HighpH (Link), Code K8012 на автостейнере фирмы DAKO. Результаты ИГХ исследования оценивали с учетом распределения позитивных клеток, их количества, качества, локализации и характера взаимодействия с другими структурными элементами ткани легкого.

Просмотр и фотографирование осуществляли на микроскопе OLYMPUS CX-41.

Результаты. При проведении ИГХ исследования с маркерами Т-лимфоцитов в биоптатах легких пациентов с ФКТ, была выявлена популяция клеток, демонстрирующих экспрессию как CD4+, так и CD8+ клеток исключительно у пациентов с активным бактериовыделением (МБТ+). Локализация соответствовала перикавернозной зоне, а именно участкам эмфизематозного расширения альвеол. Данный комбинированный иммунофенотип клеток не определялся ни в одной из других зон специфического воспаления. Локализованы они были в основном в просвете альвеол либо фиксировались в альвеолярных нишах.

При сопоставлении с экспрессией CD68 маркера гистиоцитов, данные клетки были идентифицированы как гиперактивированные макрофаги, т.к. имели большое количество компактно расположенных цитоплазматических гранул и интенсивно окрашенную мембрану. По-нашему мнению, появление такого цитотоксического иммунофенотипа в клетках гистиоцитарного происхождения может быть связано с развитием явления «аутоиммунизации» для интенсификации повреждающего действия в отношении компонентов аэрогематического барьера в частности.

Выводы. Идентификация CD68+/CD4+/CD8+ макрофагов в участках интактной легочной ткани может являться диагностическим и прогностическим критерием активации и диссеминации туберкулезного процесса.

При комплексной оценке иммунопрофиля пациента необходимо учитывать наличие макрофагов с цитотоксическим фенотипом для проведения таргетного воздействия на популяцию этих клеток с целью профилактики распространения инфекционного процесса в другие органы и ткани.

ИММУНОФЕНОТИП ПУЛА ЛИМФОИДНЫХ КЛЕТОК ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ЛИМФАДЕНИТЕ

Голубинская Е.П.¹, Геращенко А.В.², Крамарь Т.В.³

¹ *Доцент кафедры патологической анатомии с секционным курсом*

² *Аспирант кафедры патологической анатомии с секционным курсом*

³ *Студентка кафедры патологической анатомии с секционным курсом*
Медицинской академии КФУ

missive@mail.ru

Введение. Туберкулезный лимфаденит - воспалительная реакция лимфатических узлов, которая представляет собой одну из самых распространенных форм осложнений при вторичном туберкулезе легких. Несмотря на то, что туберкулез остается одной из глобальных проблем современности, отмечается неуклонный рост периферических форм этой патологии. Проблематика диагностики туберкулезного лимфаденита состоит из двух неотъемлемых аспектов, таких как отсутствие патогномичной клинической манифестации и патоморфоз заболевания в современных условиях жизни. Наличие ко-инфекций таких как ВИЧ, лимфома и других гранулематозных заболеваний приводят к утрате или модификации специфических клинико-морфологических проявлений. Для морфологической верификации туберкулёза и визуализации *M.tuberculosis* «золотым стандартом» диагностики является гистологическое исследование биоптата лимфатического узла с последующим окрашиванием для выявления кислотоустойчивых микобактерий по методу Циля-Нильсена. Однако специфичность его при лимфадените остается дискуссионной, поскольку примерно в 50% случаев фиксируется отрицательный результат. Изучение иммунопрофиля сохранной лимфоидной ткани с оценкой изменений иммунореактивности клеточного состава и локализации относительно очагов гранулематозного воспаления, по нашему мнению, может быть перспективным в качестве дифференциальных критериев диагностики туберкулезного лимфаденита с другими неспецифическими поражениями лимфатических узлов.

Цель исследования: изучить иммунофенотип пула лимфоидных клеток в биоптатах лимфоузлов при туберкулезном лимфадените.

Задачи:

1. Выявить гистологические и гистохимические особенности туберкулезного воспаления в биоптатах лимфатических узлов;
2. Определить качественные и количественные характеристики иммунофенотипа лимфоцитов с учетом дифференцировки их популяции;
3. Определить иммуногистохимический профиль туберкулезного лимфаденита в сохранной лимфоидной ткани.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили биоптаты лимфатических узлов 10 пациентов с клиническим диагнозом туберкулезный лимфаденит в возрасте от 25 до 40 лет. В качестве контроля использовали ткань неизмененных лимфатических узлов 10 пациентов, умерших от сердечно-сосудистой патологии.

Морфологическое исследование с применением стандартной окраски гематоксилин и эозин, окрашиванием кислотоустойчивых микобактерий по методу Циля-Нильсена и последующим назначением панели маркеров моноклональных антител для иммуногистохимического (ИГХ) исследования: CD3 – маркер Т-клеток, bcl-2 – маркер регуляции апоптоза, CD20 – маркер зрелых В-клеток, PAX5 – транскрипционный фактор дифференцировки В-лимфоцитов, Ki67 – маркер пролиферации клеток. Оценку ИГХ реакций проводили с применением морфометрического (программа ImageJ) и статистического анализа (STATISTICA10.0)

Результаты исследования. Данные гистологического исследования показывают неоднородную морфологическую картину. В 8 биоптатах лимфоузлов отмечаются изменения гистоархитектоники, за счет хронического гранулематозного специфического воспаления в виде очагов с центрально расположенной зоной казеозного некроза, окруженной валом эпителиоидных клеток с единичными клетками Пирогова-Лангханса, что позволяет верифицировать туберкулезную этиологию лимфаденопатии.

В остальных биоптатах структура лимфоузлов была представлена наличием множественных деформированных лимфоидных фолликулов с активными герминативными центрами, выраженными мантийными зонами. Парафолликулярными зонами гиперплазированы, заполнены большим количеством лимфоцитов, гистиоцитов и плазматических клеток. Очаги гранулематозного воспаления с неполной морфологической картиной туберкулезного воспаления (с наличием или отсутствием центральных зон казеозного некроза либо клеток Пирогова-Лангханса). Для визуализации *M.tuberculosis* проводили гистохимическое исследование для выявления кислотоустойчивых бактерий по Циль-Нильсену с позитивной реакцией во всех случаях.

Анализ ИГХ реакций характеризовался наличием CD3 позитивных клеток ($762,93 \pm 2,46$) и bcl-2 ($734,54 \pm 2,61$) позитивных Т-лимфоцитов в парафолликулярных зонах. Определялось статистически достоверное по отношению к контрольной группе увеличение количества CD3+ в строме лимфатического узла. ($112,375 \pm 1,89$, $p < 0,05$). Клетки лимфоидных фолликулов экспрессируют CD20 ($785,59 \pm 3,13$) и PAX5 ($560,86 \pm 2,88$) и имеют высокий уровень экспрессии Ki67 в герминативных центрах. Соотношение Т-клеток к В-клеткам – 1:1, с преобладанием стромальной экспрессии CD3+ клеток. Такой иммунофенотип лимфоидной ткани свидетельствует о смешанном морфологическом типе реактивной фолликулярной гиперплазии с признаками Т-клеточной лимфоидной активации.

Выводы.

1. Стандартное гистологическое исследование не позволяет провести точную морфологическую верификацию туберкулезного лимфаденита;
2. Иммунофенотип популяции лимфоцитов при туберкулезном воспалении лимфатических узлов свидетельствует о смешанном морфологическом типе реактивной фолликулярной гиперплазии с признаками Т-клеточной активации и нормальном соотношении Т- и В-клеток=1:1, что позволяет исключить лимфопролиферативные заболевания и иммунодефицитные состояния.

КАНДИДОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ: ЭТИОЛОГИЯ И ТЕРАПИЯ

Шейко Е.А.

доцент кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии Медицинской академии
имени С.И. Георгиевского КФУ
lenasheyko@mail.ru

Введение. Кандидоз - острое или хронические инфекционно-аллергическое заболевание, вызванное грибами рода *Candida*. (*C. albicans*, *C. albicans var. stellatoidea*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. kefyr*, и др.), поражающими преимущественно слизистые оболочки и кожу, в ряде случаев - внутренние органы и системы, и протекающее иногда в виде диссеминированного процесса. Кандидоз ротовой полости считается превалирующим среди пациентов с иммунодефицитом или эндокринопатией, в частности, с сахарным диабетом. Данные об уровне носительства видов рода *Candida* у пациентов с сахарным диабетом, а также об их вирулентных свойствах и характере резистентности к антимикотикам

малочисленны. Успех лечения кандидоза зависит от профессионального подбора оптимального антимикотического средства, индивидуального подхода к каждому клиническому случаю и соблюдения пациентом всех предписанных врачом рекомендаций.

Целью работы являлось изучение видового состава грибов рода *Candida*, особенностей колонизации грибами слизистой оболочки полости рта у пациентов с сахарным диабетом различной длительности, использующих различные методы противодиабетической терапии, определение чувствительности полученных от больных изолятов грибов к различным антимикотическим средствам.

Материалы и методы исследований. Клиническому анализу подвергнуты 35 пациентов – диабетиков в возрасте 30-73 года Контрольная группа включала 35 добровольцев, идентичных по возрасту, без истории диабета. Пациенты стратифицированы по антидиабетической терапии на три группы (группа 1: контролируемые исключительно пероральными антидиабетиками, группа 2: контролируемые введением инсулина, группа 3: контролируемые пероральными антидиабетиками и инсулином). Материал засеян на Sabouraud's Dextrose Agar (SDA) и инкубирован при 37°C в течение 48 часов. В случае положительного роста, идентификация микроорганизмов проводилась по стандартным методикам. Для изучения чувствительности полученных от больных изолятов грибов к антимикотикам использовали метод стандартных дисков. Для сравнительного изучения в работе использовали следующие препараты антимикотиков: нистатин, клотримазол, флюконазол, итраконазол. Анализ результатов проводился с помощью статистических стандартных программ ExcelMicrosoftOffice 2007, StatisticaforWindows v.6.0.

Результаты исследований. Из 35 мазков, полученных из полости рта больных сахарным диабетом (СД), в 32 (91%) были обнаружены грибы рода *Candida* (в 20 образцах был обнаружен один вид, в 12 - два или более видов грибов). *Candida albicans* (82%) был преобладающим видом. Другие виды рода *Candida* составили 18%, в основном, это были виды *C. tropicalis* (10%) и *C. krusei* (8%). В контрольной группе из 35 образцов только 8 дали рост *Candida* (23%), с преобладанием *C. albicans* (7 образцов). Также в мазках контрольной группы был обнаружен *C. tropicalis* (1 изолят). Из 15 пациентов группы 1, которым были назначены пероральные противодиабетические препараты, у 13 были выявлены различные виды *Candida* (87%). Из них у 11 был выявлен один вид, у 2 - более одного вида. У 12 больных СД, которые получали инсулин (группа 2), наблюдался рост в 11 случаях (91%). У 8 пациентов был выявлен 1 вид грибов, у 3 – несколько видов кандид. В третьей группе, из 8 исследуемых у 100% наблюдался рост (6 - один вид, 2 – несколько видов кандид). Таким образом, присутствие дрожжеподобных грибов в ротовой полости больных СД достоверно выше, чем у пациентов из контрольной группы. Колонизация грибами у больных из 3-й группы, получавших инсулин и пероральные диабетические препараты, выше, чем у больных СД, не получавших инсулин. В результате анализа результатов по частоте встречаемости грибов рода *Candida* у пациентов с различной длительностью сахарного диабета выявлено, что частота носительства увеличивается с увеличением длительности сахарного диабета у пациентов. Так, у пациентов с длительностью сахарного диабета менее года частота встречаемости кандид составила 5,8%, а у людей с длительностью сахарного диабета более 20 лет – 89,1%.

При изучении чувствительности к антимикотическим препаратам грибов рода *Candida*, выделенных от больных сахарным диабетом, которым проводилась различная антидиабетическая терапия определили, что среди 30 изолятов устойчивыми (определено методом дисков) оказались: к нистатину от 12,5 до 40% изолятов, к итраконазолу от 48,3% до 96,0%, к клотримазолу от 26,6% до 88,1 %, к флюконазолу от 32,7% до 75,9% изолятов.

Таким образом, в комплексную терапию исследуемых больных, помимо антидиабетических препаратов, целесообразно включать нистатин, как наиболее эффективное из изученных антимикотический препарат.

Выводы. Выявлено, что уровень носительства грибов рода *Candida* в ротовой полости

больных сахарным диабетом выше, чем у контрольной группы, что указывает на повышенный риск развития у таких больных оппортунистических микозов. Преобладающими видами кандид у больных с сахарным диабетом являются: *Candida albicans*, *C. tropicalis*, и *C. krusei*. У пациентов с длительностью сахарного диабета менее года частота встречаемости кандид составила 5,8%, а у людей с длительностью сахарного диабета более 20 лет – 89,1%. Установлено, что грибы рода *Candida* имеют высокий уровень чувствительности к нистатину.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДИСТОПИЕЙ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ У ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Романова Е.В.¹, Морозова М.Н.², Мостовой С.О.³, Морозов А.Л.⁴

¹ аспирант кафедры стоматологии и ортодонтии МА им. С.И. Георгиевского

² научный руководитель, профессор кафедры стоматологии и ортодонтии

³ доцент кафедры стоматологии и ортодонтии

⁴ ассистент кафедры стоматологии и ортодонтии
Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ

Введение: Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) – патология, включающая комплекс анатомических и функциональных нарушений, состоящих из окклюзионного, суставного и мышечного компонентов. Первопричиной ДВНЧС является развитие аномалий зубных рядов и окклюзии (соотношения зубных рядов). Под влиянием неправильного смыкания зубов происходит смещение нижней челюсти в положение, удобное для жевания. Результатом смещения является неравномерное распределение усилий жевательных мышц, нарушение соотношения элементов и микротравма тканей внутри сустава. В дальнейшем, микротравма тканей внутри сустава влечет за собой воспалительные и необратимые органические дегенеративные повреждения элементов сустава.

По данным современных авторов частота встречаемости дисфункции ВНЧС у подростков и лиц молодого возраста достигает 60%, а у взрослого населения – 89%. Одним из этиологических факторов, способствующих смещению зубных рядов в молодом возрасте, является прорезывание ТМ, либо их рост в челюсти, когда в результате дистопии, они остаются ретенированными. Вместе с тем, работ, прослеживающих воздействие аномально расположенных ТМ на развитие дисфункции ВНЧС в процессе их роста и формирования у детей и подростков нет.

Цель исследования: Разработать методы профилактики прогрессирования синдрома дисфункции височно-нижнечелюстных суставов у подростков и лиц молодого возраста, изучив механизм влияния аномально расположенных не прорезавшихся третьих моляров с разной стадией формирования зуба на развитие данной патологии.

Методика исследования. Проанализированы результаты обследования и лечения 48 пациентов в возрасте 13-28 лет с синдромом дисфункции ВНЧС, не страдавших общей соматической патологией. При сборе анамнеза уточняли отсутствие жалоб на воспалительные явления в области ТМ. Всем пациентам по общепринятой методике проводили осмотр, осуществляя: оценку прикуса, анализ суставного шума, пальпацию жевательных мышц, ВНЧС, болевых точек, анализ движений нижней челюсти. В качестве дополнительного метода исследования использовали ортопаномографию, которую проводили с сомкнутыми в привычной окклюзии зубами, оценивая состояние костной ткани, положение продольных осей и формы суставных головок. При анализе рентгенограмм учитывали стадию формирования ТМ, их топографию по отношению к впереди стоящему

зубу, степень наклона. При выявлении существенных отклонений в суставе – назначали компьютерную томограмму (КТ) ВНЧС.

По данным рентгенологического исследования в работу были включены пациенты с изменениями в области височно-нижнечелюстных суставов и наличием одного или нескольких (до 4-х) не прорезавшихся, аномально расположенных зубов мудрости.

Результаты исследования. Из 48 пациентов, которые обратились к специалистам кафедры стоматологии и ортодонтии, 36 человек (75%) явились на прием к врачу-ортодонту с жалобами на эстетический дефект (из них - 20 пациентов более года находилось на лечении у врачей-ортодонтов в других клиниках) а дисфункция ВНЧС у них была выявлена при осмотре. 12 человек (25%) обратились к хирургу-стоматологу с жалобами на наличие шумов в ВНЧС, затрудненное открывание рта, болезненные ощущения в суставе при пережевывании пищи.

Объективно у большинства пациентов диагностировали асимметрию лица (за счет односторонней гипертрофии собственно жевательной мышцы), признаки травматической окклюзии, смещение эстетического центра челюстей (до нескольких мм), аномалии или вторичные деформации жевательного аппарата, шумовые явления в ВНЧС, изменение амплитуды движений нижней челюсти, девиацию нижней челюсти, болезненность при пальпации ВНЧС и жевательных мышц.

На панорамных снимках и КТ обнаружили: асимметрию формы и положения продольных осей суставных головок, в 2-х случаях микрокисты, участки разрежения. Обнаружено, что «причинные» третьи моляры или их зачатки в 2% случаев имели вертикальное положение зуба, в 4% - имели дистальный наклон, в 80% - медиальный, в 14% – располагались горизонтально.

У всех пациентов выявлено влияние дистопированных ТМ на рядом стоящие зубы: травматические узлы, поворот зубов по оси, отсутствие параллельности расположения корней, отсутствие контактов на жевательных зубах, преждевременные окклюзионные контакты и др.

При этом, у 12 человек зачатки ТМ находились на стадии минерализацией коронки, у 14 - имели корни, сформированные до 1/2 длины, у 22 - ТМ имели полностью сформированный корень. Наиболее яркие клинические и рентгенологические проявления синдрома дисфункции ВНЧС наблюдались у пациентов с выраженными аномалиями зубных рядов, вызванными дистопированными ТМ с полностью сформированными корнями.

Таким образом, дистопия ТМ создает препятствия к прорезыванию этих зубов, влияет на расположенные рядом зубы и весь зубной ряд, нарушая окклюзию, чем способствует возникновению и развитию синдрома дисфункции ВНЧС.

Выводы:

1. Не диагностированная у детей и лиц молодого возраста дисфункция ВНЧС приводит к развитию тяжелой патологии у взрослых воспалительного и дистрофического генеза.
2. Удаление аномально расположенных ТМ на ранних стадиях их формирования способно устранить или минимизировать влияние на развитие патологии зубных рядов и ВНЧС.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Беляев А.И.¹, Морозов А.И.²

¹ординатор кафедры патологической анатомии с секционным курсом Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ

²студент первого медицинского факультета Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ

Введение. Патологоанатомическая служба в системе здравоохранения занимает одно из важнейших мест, являясь морфологической основой как теоретической, так и практической медицины. Она осуществляет прижизненную и посмертную диагностику, способствует совершенствованию профессиональной подготовки врачей. Значение прижизненной диагностики возросло особенно за последние годы. В работе патологоанатома биопсия занимает 90% рабочего времени и только 10% приходится на аутопсию. Этот метод диагностики стал повсеместным и распространенным методом, позволяющий почти со 100% вероятностью диагностировать доброкачественные так и злокачественные новообразования. При этом исследование биопсийного и операционного материала используется не только для диагностики патологических процессов, но и как способ контроля динамики многих заболеваний, влияния проводимых лечебных мероприятий на их течение. Для этого нередко берутся повторные биопсии, что получило широкое распространение в онкологии, гинекологии, гастроэнтерологии и т.д. Одним из главных аргументов в пользу снижения значения аутопсий приводится уменьшение процента патологоанатомических вскрытий во многих высокоразвитых зарубежных странах.

Целью работы является выявление проблем патологоанатомической службы, выявить тенденцию к уменьшению количества производимых аутопсий. Научиться дифференцировать подход к расхождениям клинического и патологоанатомического диагнозов.

Результаты исследований. В результате проведенного исследования были изучены задачи, правовые основы и основные функции патологоанатомической службы. Выделены актуальные проблемы и методы их решения в патологоанатомической службе.

Выводы. Таким образом за имеющиеся тенденции к снижению значения аутопсий должны взять на себя и патологоанатомы, как в плане недочетов в организации вскрытия, так иногда и в качестве его проведения. Несомненно, что множество поставленных вопросов, составляющих лишь вершину имеющихся проблем, не могут быть решены в одностороннем порядке, разумный выход возможен только при совместном обсуждении проблем патологоанатомами, врачами и управлением здравоохранения области. Несомненным является лишь то, что снижение количества аутопсий может пагубно отразиться на уровне нашего здравоохранения и возможности повышения квалификации врачебных кадров.

РОЛЬ АКАДЕМИКА АЛМАЗОВА В.А. В РАЗВИТИИ РОССИЙСКОЙ КАРДИОЛОГИИ

Казанцева О.А.¹, Сухарева И.А.²

¹ аспирант кафедры внутренней медицины № 1 с курсом клинической фармакологии
Медицинской академии, КФУ

² доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии, КФУ
titofranklim@mail.ru

Введение. Кардиология не сразу выделилась в самостоятельную отрасль медицины. В XIX веке появились первые труды российских ученых, оказавшие влияние на изучение сердечно-сосудистой системы. Начало XX века ознаменовалось яркими открытиями, на много лет определившими вектор развития кардиологии не только в России, но и в мире. Сами понятия «кардиология» и «кардиолог» возникли в медицинском обиходе только в 1940-е годы, а формально они были приняты и вовсе лишь в 1960–70-е годы. В 1961 году был создан журнал «Кардиология». К этому времени проблемы кардиологии вызывали интерес и споры уже не только в терапевтическом обществе, но и в среде хирургов. Советские хирурги все чаще проводили операции на сердце. В 1963 году в СССР была основана первая профессиональная ассоциация врачей-кардиологов. Постепенно происходило формирование кардиологических научных школ в разных регионах страны. К 1970-м годам был накоплен большой багаж знаний о сердечно-сосудистых заболеваниях, и кардиология стала не только самостоятельной специальностью, но и одним из приоритетных направлений отечественного здравоохранения.

Цель и задачи исследований. Изучить вклад в развитие кардиологии российского кардиолога, доктора медицинских наук, профессора, академика РАН Алмазова В.А.

Методика исследований. Проведен аналитический обзор научно-публицистической литературы, архивных документов.

Результаты исследований. Выдающийся российский кардиолог Алмазов В.А. родился 27 мая 1931 г. в деревне Русаново Торопецкого района Тверской области. Учился в начальной сельской школе, в Торопецкой средней школе № 1. В 1948 г. поступил в 1-й Ленинградский медицинский институт имени академика И. П. Павлова, который закончил с отличием в 1954 г. В 1959 г. успешно защитил кандидатскую диссертацию и стал ассистентом кафедры факультетской терапии. В 1961 г. вышла первая монография Алмазова В.А. и его научного руководителя Истамановой Т.С. «Лейкопении и агранулоцитозы». В 1963 г. была опубликована книга «Методы функционального исследования системы крови». В 1966 г. защитил докторскую диссертацию «Функциональное состояние лейкопоза при лейкозах и агранулоцитозах». С 1967 г. Алмазов В.А. - профессор кафедры факультетской терапии, в 1969 г. ему было присвоено ученое звание профессора по специальности «Внутренние болезни».

С 1971 г. возглавил клинику кафедры факультетской терапии, которой заведовал до 1997 г. За этот период клиника получила развитие как многопрофильное лечебное учреждение, включающее несколько разнонаправленных отделений. Были изучены роль нейрогенных механизмов регуляции артериального давления, вопросы патогенеза и лечения гипертонической болезни и симптоматических артериальных гипертензий, проблемы физиологии и патологии коронарного кровообращения, функция сердечной мышцы при патологии клапанов сердца. Под руководством Владимира Андреевича проводились исследования гуморальных механизмов регуляции артериального давления, изучались ренин-ангиотензин-альдостероновая и симпато-адреналовая системы. Особой заслугой В.А. Алмазова в области совершенствования медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями является создание в стенах института кардиологии единого центра, оказывающего не только терапевтическую, но и хирургическую помощь пациентам.

В.А. Алмазовым заложены основы кардиологической научной школы, послужившей базой для организации в 1980 году Научно-исследовательского института кардиологии Минздрава Российской Федерации. Возглавив институт с момента его создания, В. А. Алмазов уделял значительное внимание совершенствованию организации кардиологической службы Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона России, повышению квалификации кардиологов, качеству оказания кардиологической помощи.

Владимир Андреевич – автор более 500 научных работ, в том числе 17 монографий и 4 учебников. Под его руководством защищено 25 докторских и 60 кандидатских диссертация, 12 учеников выдающегося ученого сегодня являются профессорами. Е.В. Шляхто, один из учеников В.А. Алмазова, в настоящий момент занимает пост Президента Российского кардиологического общества и возглавляет Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова, в котором продолжают решать наиболее актуальные научно-практические и образовательные задачи медицины, следуя традициям Владимира Андреевича.

Выводы. Алмазов В.А. являлся видным ученым с мировым авторитетом, крупнейшим специалистом в области кардиологии, благодаря которому был заложен фундамент современной кардиологии, как науки в Российской Федерации.

ПРОФЕССОР ДЗЕМЕШКЕВИЧ С.Л. ВКЛАД В РАЗВИТИЕ КАРДИОХИРУРГИИ РОССИИ

Котолупова О.В.¹, Сухарева И.А.²

¹*аспирант кафедры терапии, гастроэнтерологии, кардиологии и общей врачебной практики (семейной медицины) Медицинской академии, КФУ*

²*доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Медицинской академии, КФУ*

Введение. История сердечно-сосудистой хирургии поражает смелостью идей. Её подходы к решению проблем в период первых открытий можно отнести скорее к научной фантастике, чем к реальной практике здравоохранения того времени. Сердечно-сосудистая хирургия как направление общей хирургии начала зарождаться ещё в XIX веке. У её истоков стояли великие Н.И. Пирогов и Ж. Д. Ларрей, выполнившие первые вмешательства на сосудах и перикарде. Бурный прогресс сосудистой хирургии, особенно во второй половине XX в., в немалой степени был обусловлен процессами дифференциации и интеграции, характерными для развития современной хирургии. Важную роль сыграл и чрезвычайно благотворный процесс взаимовлияния и взаимообогащения различных отраслей науки, результатом которого явилось появление сосудосшивающих аппаратов или успехи рентгенэндоваскулярной хирургии. Интенсивность прогресса сердечно-сосудистой хирургии во многом зависит от специалистов, работающих в этой области медицины. Одним из них является заслуженный деятель науки Российской Федерации Дземешкевич С.Л.

Цель и задачи исследований. Изучить вклад профессора Дземешкевича С.Л. в развитие кардиохирургии.

Методика исследований. Проведен аналитический обзор научно-публицистической литературы, архивных документов.

Результаты исследований. Дземешкевич Сергей Леонидович родился в 1950 г. В 1967 г. с серебряной медалью окончил таганрогскую школу № 2 им. А. П. Чехова. В 1973 г. окончил Московскую медицинскую академию, а в 1976 г. - аспирантуру по хирургии. Сфера научных интересов: сердечная хирургия, трансплантология, искусственные органы. С 1976 г. работает во Всесоюзном научном центре хирургии АМН СССР (ныне Научный центр хирургии РАМН). С 2009 года - директор РНЦХ имени академика Б.В. Петровского РАМН.

Доктор медицинских наук, профессор Дземешкевич С.Л. является автором открытия гемодинамического механизма надежной и эффективной работы аортального клапана, он создал оригинальный бесклеточный ксенобиопротез для замены митрального клапана сердца и обосновал концепцию патогенеза кальцификации биопротезов. Сергей Леонидович автор новых методов пластических операций на трикуспидальном и аортальном клапанах, методики универсального протезирования створок митрального клапана с сохранением опорных хорд и функции механизма аннулярно-желудочкового взаимодействия, ремоделирования полости левого предсердия при атриомегалии швом типа «мерседес». Профессор экспериментально обосновал и внедрил в клиническую практику внеклеточный коллоидный раствор «Консол» для кардиopleгии и длительной консервации сердца. Выдвинул идею и модель бесклапанного имплантируемого искусственного сердца. Разработал и успешно выполнил в клинике операцию полной анатомической трансплантации сердца, обосновал гипотезу развития посттрансплантационной кардиомиопатии. Одним из первых в стране профессор С.Л. Дземешкевич выполнил в клинической практике серию успешных операций по ортотопической пересадке донорского сердца. Он разработал и успешно выполнил в клинике операцию полной анатомической трансплантации сердца, и сегодня пациенты этой группы живут более 20 лет после пересадки сердца. Директор Российского научного центра хирургии имени академика Б.В. Петровского РАМН Сергей Леонидович Дземешкевич взвешенно и целеустремленно определяет основные направления развития крупнейшей многопрофильной хирургической клиники России.

С.Л. Дземешкевич – автор и соавтор более чем 300 научных публикаций, в том числе 5 монографий. Имеет 27 патентов на изобретения и открытия. Член редколлегии журналов: «The Annals of Thoracic Surgery», «Трансплантология», «Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия», «Болезни сердца и сосудов». Профессор Дземешкевич С.Л. является лауреатом Государственной премии СССР (1984 год) и премии Всемирного конгресса по искусственным органам и трансплантологии (США, 1996). Также в 1996 году стал лауреатом премии Международного общества кардиоторакальных хирургов в год 100-летия сердечной хирургии и лауреатом премии Международного общества по искусственным органам за разработку концепции посттрансплантационной кардиомиопатии в 1997 году. Профессор занимает должность президента Российской секции Международного колледжа хирургов, является членом Всемирных и Европейских обществ по хирургии, членом Международного комитета по надзору за донорством в трансплантологии, а также академиком Нью-Йоркской Академии наук.

Выводы. Профессор Дземешкевич Сергей Леонидович внес очень значимый вклад в развитии кардиохирургии России, так как он является создателем модели бесклапанного имплантируемого искусственного сердца, разработчиком и исполнителем операции полной анатомической трансплантации сердца.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Ганиева Г.Ю.¹, Дигалова Г.А.¹, Горобец С.М.²

¹ *ординаторы кафедры стоматологии*

² *доцент кафедры стоматологии Медицинской академии*

имени С.И. Георгиевского КФУ

gulyum2994@gmail.com

Введение. На основании данных ряда авторов, распространенность заболеваний слизистой оболочки рта составляет от 3%-5% до 8%-20%. Показана зависимость частоты заболеваний слизистой оболочки рта от возраста: в 21-34 года составляет 16,6%, в 35-44 лет – 14,1%, 65-77 лет – 10%. В возрастной группе от 21 до 34 лет среди заболеваний преобладают лейкоплакия, кандидоз, афтозный стоматит, травматическая язва, географический язык, лейкоплакия. В возрасте от 35 до 44 лет самыми распространенными являются лейкоплакия, красный плоский лишай, хронический рецидивирующий афтозный стоматит. В возрасте старше 55 лет преобладают плоский лишай, травматическая язва. Своевременная диагностика заболеваний слизистой оболочки, оценка факторов риска у каждого пациента позволят осуществлять рациональную тактику ведения, а при устранении неблагоприятных воздействий возможны обратное развитие элементов поражения, стабилизация процесса без существенных изменений. Сохранение неблагоприятного фона приводит к малигнизации очага поражения. Основными признаками злокачественного перерождения могут служить следующие симптомы: резкое изменение клинической картины, а именно, ускорение развития опухоли или язвы, экзофитный рост или изъязвление опухоли. Следующими сигнальными моментами служат кровоточивость очага поражения, появление гиперкератоза, инфильтрации и уплотнения в основании. Отсутствие эффекта консервативного лечения в течение 7-14 дней является основанием для направления больного на консультацию к врачу онкологу

Целью работы является анализ факторов риска развития патологии слизистой оболочки рта на основании ретроспективного анализа историй болезни пациентов.

Материалы и методы исследования. Методом случайной выборки был проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентов, с клиническими проявлениями на слизистой оболочке полости рта. Определяли основные причины, вызывающие данные изменения на СОПР. Проанализированы диагностические критерии для подтверждения определенных нозологических форм патологии слизистой оболочки рта и выбора лечебной тактики.

Результаты исследований. Анализ факторов риска развития патологии слизистой оболочки полости рта (СОПР) и озлокачествления элементов поражения у пациентов показал следующее: отсутствие санации, некачественная гигиена ротовой полости (микробный фактор), наличие вредных привычек (курение, прикусывание и др.), ятрогенные факторы (дефекты пломбирования и протезирования, гальваноз, контактная аллергия на металл, нарушение прикуса), системные заболевания организма с проявлениями на слизистой оболочке рта, наличие хронического психоэмоционального стресса. Указанные факторы могут способствовать появлению изъязвлений и усилению кератинизации в виде белесоватых поражений с утолщением и уплотнением слизистой оболочки полости рта. В различных клинических ситуациях элементы поражения проявляются рисунком сетки, полос, колец с эрозивно-язвенной или шероховатой поверхностью, четкими контурами, или различной протяженностью, возвышающиеся над уровнем слизистой и не соскабливающиеся инструментом. Так же элементы поражения на слизистой могут отличаться формой, размерами, консистенцией и локализацией (губы, твердое небо, щеки, язык и др.). Знание

клинической картины соответствующего заболевания позволяет врачу установить предварительный диагноз. В свою очередь, выявление патологических изменений СОПР обеспечивается тщательным осмотром слизистой оболочки полости рта и окружающей области.

Выводы. Ранняя диагностика поражений СОПР играет важную роль в профилактике онкозаболеваний и прогнозировании течения заболевания. Врачам-стоматологам необходимо производить тщательный осмотр слизистой оболочки полости рта и при наличии язвы с уплотненными краями или отсутствии эффекта от лечения при язвенном процессе (7-14 дней) направлять пациента на консультацию к врачу онкологу.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ И ПОЛИКЛИНИКИ

Васильева В.В.¹, Данько А.В.², Бочко А.Д.³

¹*доцент кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии КФУ*

²*студент кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии КФУ*

³*студент кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии КФУ*

lina.v07@mail.ru

Введение. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, гастродуоденит, хронический колит занимают одно из ведущих мест среди заболеваний органов пищеварения и встречаются у 80% населения. Высокая скорость распространения данных патологий, длительное рецидивирующее течение, частота встречаемости осложнений, не исключая угрозу для жизни больного, с высокими показателями временной нетрудоспособности и инвалидизации, а также тот факт, что многие больные – люди трудоспособного возраста, определяют актуальность проблемы восстановительного лечения при данных заболеваниях.

Цель исследования. Улучшение физиопрофилактики в условиях санатория и поликлиники, анализ частоты обострений в группе больных, прошедших курс санаторно-курортного лечения и в группе, проходившей курс физиопрофилактики в поликлинических условиях.

Задачи.

1. Проанализировать истории болезней пациентов с заболеваниями ЖКТ (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, гастродуоденит, хронический колит) в возрасте от 25 до 73 лет, состоявшие на диспансерном учете.
2. Оценить эффективность физиопрофилактики в условиях санаторно-курортного лечения и поликлиники.
3. Подсчитать количество больничных листов на одного больного и количество дней нетрудоспособности.

Материалы и методы. Для реализации проблемы было изучено 114 историй болезней пациентов с заболеваниями ЖКТ (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, гастродуоденит, хронический колит) в возрасте от 25 до 73 лет, состоявшие на диспансерном учете. При анализе историй болезни изучались жалобы, анамнез болезни и жизни больного, объективный статус, результаты лабораторных и инструментальных методов обследования, сопутствующая патология. При исследовании

учитывались пол, возраст, индекс массы тела, проводимая терапия, в том числе сопутствующей патологии.

Результаты исследований. Под наблюдением находилось 114 больных с заболеваниями ЖКТ (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, гастродуоденит, хронический колит) в возрасте от 25 до 73 лет, состоявшие на диспансерном учете. Длительность заболеваний была от 1 года до 17 лет. Заболевание у всех больных находилось вне обострения. Группы больных по всем основным показателям существенно не отличались.

В группе больных, которым проводилась физиопрофилактика в условиях поликлиники (электро-, свето-, водо-, теплолечение, ультразвуковая терапия) обострения на протяжении 1 года отмечены у 4 (6,4%) из 62 человек, количество больничных листов было выделено 0,07 из расчета на одного больного, количество дней нетрудоспособности составило 66 (1,06 на одного больного).

В группе больных, получивших СКЛ обострение заболевания за тот же период времени отмечен у 4 (7,7%) из 52 больных, количество больничных листов на одного больного 0,08, количество дней нетрудоспособности 44 (0,85 на одного больного).

Выводы. Таким образом, существенной разницы в эффективности физиопрофилактики в условиях санаторно-курортного лечения и поликлиники по представленным показателям не выявлены. Однако следует отметить, что количество дней нетрудоспособности на одного больного при санаторно-курортном лечении оказалось почти в 2 раза меньше, чем при применении физических методов в условиях поликлиники. Учитывая актуальность проблемы исследования в этом направлении необходимо продолжать.

ПРОЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПОЛОСТИ РТА

Медведева А.Д.¹, Смутьская А.Э.¹, Горобец С.М.²

¹ *ординаторы кафедры стоматологии Медицинской академии
имени С.И. Георгиевского КФУ*

² *доцент кафедры стоматологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ
lika.vnukovich@gmail.com*

Введение. В последние годы заболевания желудочно-кишечного тракта являются актуальной проблемой современности. Нерегулярное и несбалансированное питание, стрессы и напряженное психоэмоциональное состояние, вредные привычки, плохая экология, генетическая предрасположенность, плохие условия быта и работы приводят к различным нарушениям со стороны пищеварения. По данным ВОЗ каждый второй житель нашей планеты имеет заболевания желудочно-кишечного тракта, которые существенно ухудшают их уровень жизни и социальное благополучие. Помимо основных проявлений, которые рассматриваются на системном уровне, есть и нарушения со стороны полости рта. Слизистая оболочка и язык-это как зеркало состояния организма. Зная основные признаки заболевания, можно без труда своевременно обнаружить и поставить диагноз, направить к профильному специалисту для диагностики основного заболевания и последующего совместного лечения.

Цель и задачи исследования. Установление причинно-следственной связи между заболеванием желудочно-кишечного тракта и его проявлением в полости рта. Выявить изменения на слизистой оболочке и языке при нарушении функции пищеварения.

Методика исследования. На базе ГАУЗ РК «Крымский республиканский стоматологический центр» нами было опрошено и клинически осмотрено 30 человек с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Результаты исследования. У 30 человек с нарушением функции пищеварительной системы, осмотренных на приеме, были выявлены изменения и в полости рта. Так у 2-х пациентов (6,7%) с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки слизистая оболочка была бледно-розового цвета, саливация снижена, язык отечен с отпечатками зубов на боковых поверхностях и его кончике, наличие налета на языке серовато-белого цвета, особенно в дистальных его отделах, десна бледно-розового цвета с цианотичным оттенком. Отмечался катаральный стоматит, ангулярный хейлит. Пациенты предъявляли жалобы на наличие небольшого жжения и покалывания, усиливающиеся в момент приема пищи. С хроническим гастритом было осмотрено 11-ть (36,7%) человек, у которых были обнаружены следующие изменения в полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, нормальная саливация; нитевидные сосочки дорсальной поверхности языка сглажены, в то время как грибовидные кажутся увеличенными. Для этой патологии характерным является наличие очагов выраженной атрофии нитевидных сосочков, по периферии – белесоватый ободок. Больные предъявляли жалобы на извращение вкусовых ощущений, в первую очередь на наличие металлического привкуса в полости рта, особенно по утрам, ощущение жжения, болезненности, в частности при приеме раздражающей пищи. У 7-ми (23,3%) человек с хроническим энтероколитом слизистая оболочка полости рта была ярко-красного цвета, незначительная отечность, дорсальная поверхность языка равномерно обложена налетом серовато-желтого цвета, особенно интенсивно выраженного по утрам в дистальных отделах. При заболевании печени и желчных путей у 2-х человек (6,7%) обнаружено слизистая оболочка полости рта бледно-розовой окраски, а мягкое небо желтоватого цвета. Выявлено наличие пародонтита, сухость во рту, отечность языка, атрофия нитевидных сосочков на нем, гиперестезия твердых тканей зубов, парагевзия. У 6-ти (20%) человек с заболеваниями поджелудочной железы в полости рта отмечается обильная саливация, атрофические изменения дорсальной поверхности языка по типу глоссита, характерного для В-витаминной недостаточности, сухость губ, кандидоз слизистой оболочки полости рта, ангулярный хейлит.

Выводы. Таким образом, наблюдается четкая взаимосвязь между заболеваниями желудочно-кишечного тракта и симптомами в полости рта. Диагностировав изменения, врач-стоматолог может направить пациента к соответствующему специалисту для определения совместного и корректного плана лечения.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЯ СВЕТЛЫХ ПИНЕАЛОЦИТОВ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ И ПОСЛЕДУЮЩЕГО ВВЕДЕНИЯ КСЕНОГЕННОЙ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ

Зверева Е.Е.¹, Алиев М.А.²

¹ ассистент кафедры нормальной анатомии Медицинской академии

² студент 2 курса 2 медицинского факультета Медицинской академии

научные руководители: Бессалова Е.Ю. д.мед.н., зав. Центральной научно-исследовательской лаборатории Медицинской академии им. С.И. Георгиевского;

Большакова О.В., доцент кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии.

zvereva2029@yandex.ru

Введение. Шишковидное тело является нейроэндокринным органом, секретирующим ряд гормонов индольной и пептидной природы, главным из которых является мелатонин. Это компонент противострессорной защиты, он имеет антиканцерогенное, иммуномодуляторное свойства, регулирует хронобиотические процессы организма. При воздействии ионизирующего излучения шишковидное тело не только подвергается непосредственному повреждению, но и участвует в противострессорной адаптивной реакции организма. Светлые пинеалоциты являются активно функционирующими клетками шишковидного тела, они синтезируют мелатонин и другие пинеальные гормоны. Цереброспинальная жидкость (ЦСЖ), являясь гуморальной средой организма, содержит мелатонин в значительной концентрации (больше, чем в крови) вследствие прямой секреции данного индольного гормона в третий желудочек. При этом шишковидное тело не имеет гематоэнцефалического барьера, следовательно, возможно использовать парентеральное введение ЦСЖ для изменения морфофункционального состояния шишковидного тела. Данный опыт интересен с точки зрения дальнейших работ крымской ликворологической школы о перспективах использования ЦСЖ как радиопротекторного препарата (В.В. Ткач, 2006; Л.Р. Шаймарданова, 2010, М.А. Кривенцов, 2015), а также исследования функционирования гемато-тканевых барьеров и изучения физиологической регуляторной роли ЦСЖ (Е.Ю. Бессалова, 2010).

Цель исследования. Изучить морфологические особенности светлых пинеалоцитов после воздействия ионизирующего излучения и последующего парентерального введения ксеногенной ЦСЖ.

Задачи: Охарактеризовать динамику морфофункциональных изменений светлых пинеалоцитов в шишковидном теле белых крыс линии Wistar после воздействия гамма-излучения, а также при последующем однократном и многократном парентеральном введении ЦСЖ в различные сроки после радиационного поражения.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 24 самцах белых крыс линии Wistar в возрасте 3,5 месяцев и массой 160-180 гр. Все животные были разделены на 4 экспериментальные группы по 24 особи. 1 группа – интактные, 2 группа – контрольные (без коррекции ЦСЖ), 3 группа – однократное введение ЦСЖ в качестве радиопротектора, 4 группа – многократное введение ЦСЖ. На каждом этапе при выведении животных из эксперимента (на 3, 7, 14 и 30 сутки) исследовали по 6 особей. Животные 2-4 групп были подвергнуты однократному воздействию ионизирующего гамма- излучения, которое моделировали на линейном ускорителе Clinac 2100 (Varian, США) КРУ "Онкологический клинический диспансер" (г. Симферополь, АР Крым). Рабочая энергия линейного ускорителя – 6 МэВ, время экспозиции – 50 сек, разовая доза – 500 рад (5 Грей), размер поля – 40 см x 40 см, глубина – 2,5 см. Данная доза приводит к образованию у крыс костномозговой формы острой лучевой болезни. ЦСЖ получали прижизненно у лактирующих коров методом субокципитальной пункции и замораживали. Полученную ЦСЖ вводили в 1-е сутки после облучения парентерально однократно в дозе 10 мл/кг массы тела (3 группа) и многократно в

дозе 2 мл/кг массы тела 1 раз в 3 суток (4 группа). Соблюдали рекомендации "О правовых, законодательных, этических нормах и требованиях при выполнении научных морфологических исследований". Животных выводили из эксперимента под эфирным наркозом методом декапитации. После извлечения часть органов фиксировали с помощью 1% глутаральдегида в 0,1М фосфатном буфере и 0,5% раствора тетраоксида осмия. Затем органы заключали в эпоксидную смолу Spurr. Изготавливали полутонкие срезы, которые контрастировали уранилацетатом и цитратом свинца по Рейнольдсу. На полученных полутонких срезах измеряли площадь клетки светлых пинеалоцитов, площадь ядра и ядрышка. Высчитывали ядерно-цитоплазматическое отношение (ЯЦО) – коэффициент соотношения площади ядра и цитоплазмы. Данные обрабатывали статистически в программе «Stastica 2.0». При нормальном распределении данных использовался метод Стьюдента, в ином случае – метод Манна-Уитни.

Результаты исследований. После облучения в контрольной группе на 3 сутки по сравнению с интактной группой отмечается увеличение площади светлых пинеалоцитов на 21,85% (при $p < 0,05$). При этом площадь ядра увеличивается на 14,64% (при $p < 0,05$), площадь ядрышка уменьшается на 4,06%, а ЯЦО уменьшается на 10%. На 7 сутки в контрольной группе по сравнению с интактной группой отмечается уменьшение площади светлых пинеалоцитов на 35,22% (при $p < 0,05$), а также уменьшение площади их ядер на 43,57% (при $p < 0,05$), ядрышек на 45,11% (при $p < 0,05$), уменьшение ЯЦО на 15,83%. На 14 сутки после облучения отмечается увеличение площади светлых пинеалоцитов на 42,86% (при $p < 0,05$), при этом площадь их ядра уменьшается на 14% (при $p < 0,05$), площадь ядрышка уменьшается на 8,10%, и ЯЦО уменьшается на 62,5% (при $p < 0,05$). На 30 сутки после облучения отмечается увеличение площади светлых пинеалоцитов на 1,65%, при этом уменьшается площадь ядра на 22,28% (при $p < 0,05$), площадь ядрышка уменьшается на 14,53%, а ЯЦО уменьшается на 41,67% (при $p < 0,05$).

В группе после облучения и последующего однократного парентерального введения ЦСЖ на 3 сутки наблюдается увеличение площади светлых пинеалоцитов на 13,09% (при $p < 0,05$), а также площади ядра на 13,73% (при $p < 0,05$), ядрышка (на 26,83% (при $p < 0,05$)), при этом ЯЦО снижается на 6,48%. После однократного введения ЦСЖ на 7 сутки наблюдается увеличение площади светлых пинеалоцитов на 96,23%, что сопровождается увеличением площади ядер (на 92,5%) и ядрышек (на 76,7%) и соответствующим снижением ЯЦО (на 11,88%). После однократного введения ЦСЖ на 14 сутки отмечается одновременное уменьшение площади светлых пинеалоцитов (на 44,25%), площади ядер (на 31,65%), ядрышек (на 26,19%) и сопровождавшееся увеличением ЯЦО (на 37,78%). После однократного введения ЦСЖ на 30 сутки отмечается увеличение площади светлых пинеалоцитов на 38,15% и увеличение площади их ядер на 13,08%. При этом наблюдается незначительное уменьшение площади ядрышек (на 1,09%) и снижение ЯЦО (на 24,29%).

После облучения и последующего многократного введения ЦСЖ на 7 сутки отмечается увеличение площади светлых пинеалоцитов на 96,59% (при $p < 0,05$), увеличение площади ядер на 104,58% (при $p < 0,05$), а также площади ядрышек на 115,73% (при $p < 0,05$) при одновременном снижении ЯЦО на 19,8%. После многократного введения ЦСЖ на 14 сутки наблюдается незначительное уменьшение площади светлых пинеалоцитов на 6,64%, однако сопровождавшееся увеличением площади ядра на 49,81% (при $p < 0,05$), ядрышка на 50,35% (при $p < 0,05$) и ЯЦО на 135,56 (при $p < 0,05$). После многократного введения ЦСЖ на 30 сутки наблюдается увеличение площади светлых пинеалоцитов на 132,07% (при $p < 0,05$), увеличение площади ядер на 147,94% (при $p < 0,05$), увеличение площади ядрышек на 64,81 (при $p < 0,05$), а также незначительное увеличение показателя ЯЦО на 1,43%.

Выводы. Однократное парентеральное введение ксеногенной ЦСЖ после воздействия ионизирующего гамма-излучения приводит к повышению функциональной активности светлых пинеалоцитов, что выражается в увеличении площади их ядрышек и изменении индекса ЯЦО, однако наиболее выражен этот эффект на 7 и 14 сутки после введения, к 30

суткам площадь ядрышек незначительно снижается. При многократном введении ЦСЖ отмечается значительно более выраженный эффект повышения функциональной активности клеток шишковидного тела. Это показывает перспективу дальнейших исследований по созданию биопрепаратов на основе ЦСЖ, а также демонстрирует ее высокую биологическую эффективность, в том числе и на центральные регуляторные структуры, даже при введении за пределы гемато-энцефалического барьера.

КОРТИЗОЛ – МАРКЕР ПАРОДОНТИТА ПРИ СТРЕССЕ

Матлакова А.А.¹Романенко И.Г.²,

*¹ординатор кафедры стоматологии Медицинской академии
имени С.И.Георгиевского КФУ*

*²д.м.н, профессор, заведующая кафедрой стоматологии Медицинской академии
имени С.И.Георгиевского КФУ
romanenko-inessa@mail.ru*

Введение: Хронический пародонтит (ХП) - мультифакториальное заболевание, где микробная биопленка считается основным этиологическим звеном для инициирования процесса воспаления. Местные, системные или экологические факторы (этническая принадлежность, социально-экономический статус, уровень гигиены полости рта, сахарный диабет, курение и др.) могут способствовать возникновению заболеваний тканей пародонта. Прогрессирование и тяжесть пародонтита могут быть связаны с хроническим стрессом, депрессией и тревогой из-за стимуляции гипоталамуса-гипофизарно-надпочечниковой системы, вследствие чего увеличивается уровень гормона - кортизола в слюне (СК), который был использован как маркер депрессии в психологии.

Цель настоящего исследования оценить связь между стрессом, уровнем кортизола слюны и хроническим пародонтитом.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 35 здоровых людей без системной патологии (15 мужчин и 20 женщин), в возрасте от 18 до 35 лет. Критерии исключения: больные, которые хронически использовали кортикостероиды и/или иммуносупрессорные препараты, иммунодепрессанты, антибиотики в течение последних 6 месяцев, пациенты с симптомами острой фазы или обострения болезни, лица с менее чем 3-мя собственными зубами, курильщики. Критерии включения: 28 добровольцев, которые подписали информированное согласие на участие в исследовании.

При объективном исследовании отмечали глубину пародонтальных карманов, кровоточивость при зондировании и подвижность зубов. В зависимости от полученных результатов обследованные были разделены на следующие группы: 1) контрольную без пародонтита (n = 17) и 2) основную с локализованными (менее 30% зубов инфицированы) или генерализованными (более 30% зубов) (n = 18). Степень тяжести определяли в зависимости от глубины кармана: от 1 до 2 мм - легкая, от 3 до 4 мм - средняя и более 5 мм - тяжелая.

Все обследованные прошли анкетирование - шкала самооценки Зунга (Zung Self-rating Depression), которая содержит вопросник, состоящий из 20 пунктов, 10 отрицательных и 10 положительно сформулированных вопросов, касающихся психологического и физического состояния, связанного с эмоциональными чувствами и соматическими симптомами, Испытуемым было предложено дать один из следующих ответов: 1) «немного времени»; 2) «некоторое время»; 3) среднюю часть времени»; или 4) «большую часть времени».

Ротовую жидкость в объеме 1 мл собирали у всех обследованных в стерильные пробирки утром до приема пищи и чистки зубов. Образцы хранили при -20С°, а уровень

кортизола определяли в течение первого месяца после сбора с помощью высокочувствительного иммуноэлектрохимического анализа. Уровень кортизола от 1,64 до 6,00 нг/мл считался нормальным, более 6,00 нг/мл – высоким.

Полученные результаты подвергались статистическому анализу. При значениях $P < 0,05$ данные считались достоверными.

Результаты исследования: У 18 пациентов с хроническим пародонтитом (51,4%) и у одного из 17 без ХП была диагностирована депрессия и тревога (согласно шкале Зунга). Из 63 у 29 пациентов - высокий СК, у 6 - нормальный уровень. Больные со средней степенью имели статистически достоверно более высокий уровень кортизола в слюне, чем пациенты с диагнозом легкой степени ХП ($P = 0,006$). Из 18 пациентов с ХП у 5 (27,8%) - легкая степень, у 11 (61,1%) – средняя, у 1 (5,6%) тяжелая. У 23 обследованных (65,7%) установлен высокий уровень кортизола в ротовой жидкости, у 12 - нормальный уровень (34,3%).

Выводы: Таким образом, у пациентов с высоким уровнем кортизола в ротовой жидкости и уровнем депрессии повышен риск развития хронического пародонтита. Следует учитывать, что лица, страдающие стрессом, по-видимому, имеют более низкий уровень гигиены полости рта, связанный с отсутствием периодической стоматологической терапии. Этот контингент требует большей осторожности и, возможно, более продолжительной поддерживающей терапии.

АССОЦИАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО ПРОФИЛЯ С ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Гаффарова А.С.¹, Петров А.В.², Шадуро Д.В.³

¹ студент кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии КФУ

² профессор кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии КФУ

³ доцент кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии КФУ

anife.gaffarova96@gmail.com

Введение. Системная красная волчанка (СКВ) – это хроническое аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, развивающееся вследствие нарушения системы иммунорегуляции, проявляющееся в виде гиперпродукции органонеспецифических антител к ядерному аппарату клеток и иммунных комплексов, что вызывает иммуновоспалительное повреждение тканей с последующим нарушением их функции. Трудность диагностики СКВ связана с высокой гетерогенностью клинических и лабораторных проявлений заболевания, степень выраженности и сочетания которых вариабельны для каждого пациента. Верифицированный диагноз СКВ может быть установлен при наличии 1 клинического и 1 иммунологического маркера заболевания. В связи с чем, ключевое место в постановке диагноза СКВ занимает лабораторная диагностика с выявлением антинуклеарных антител (АНА), обнаружение которых в 78% случаев предшествует клинической манифестации заболевания. «Золотым стандартом» диагностики СКВ на сегодняшний день является идентификация анти-ДНК-антител – высокоспецифичных маркеров СКВ. Выявление антител к нативной ДНК имеет и прогностическое значение, в связи с тем, что степень увеличения титра данных АНА находится в прямой корреляционной зависимости с активностью СКВ и степенью выраженности необратимых органических повреждений. Кроме этого, имеются данные об ассоциации других АНА с симптомами и синдромами СКВ. В частности, антитела анти-SSA и анти-SSB чаще обнаруживаются при субтипе СКВ с преимущественным поражением кожи и суставного аппарата и низким риском развития повреждений почек и центральной нервной системы (ЦНС). В свою очередь было продемонстрировано протективное значение анти-RNP-антител в отношении развития волчаночного нефрита, при этом одновременно

повышался риск неврологических проявлений с судорожными приступами и когнитивной дисфункцией. При вовлечении в патологический процесс почек и определении при иммунологическом исследовании анти-Sm-антител увеличивается риск летального исхода у данной категории пациентов.

Цель и задачи исследований. Проведение сравнительной оценки частоты манифестации симптомов у больных СКВ при выявлении АНА с целью определения ассоциации идентификации АНА с манифестацией тяжелых клинических симптомов СКВ.

Методика исследований. За период 2011-2014 гг. в ревматологическом отделении ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» было госпитализировано 99 больных СКВ, из них в настоящее исследование включены 70 пациентов, соответствующие критериям Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) 2012 г., которым было проведено исследование иммунного профиля. Средний возраст больных составил $37,15 \pm 1,69$ лет со средней длительностью заболевания – $11,25 \pm 1,76$ лет, среди них 95,16% – пациенты женского пола и 4,84% – мужского. Исследуемым больным было проведено клинико-лабораторное исследование в соответствии со стандартами. В целях выявления ассоциации клинических и иммунологических проявлений СКВ были выделены группы пациентов с повреждениями почек с исходом в хроническую болезнь почек (ХБП) и персистирующей протеинурией (34), с эндокардитом Либманна-Сакса с развитием пороков митрального и аортального клапанов (9), с пневмонитом (13), с дерматитом (45), с тромбоцитопенией (29), с лейкопенией (17). Статистическая обработка проводилась с применением пакета MedStat.

Результаты исследований. Сравнительный анализ частоты манифестации различных симптомов СКВ у пациентов в зависимости от идентификации АНА продемонстрировал следующие статистически достоверные различия. При выявлении антител к нативной ДНК чаще наблюдались: волчаночный нефрит с персистирующей протеинурией более 500 мг в сутки и/или снижением скорости клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин (73,5% против 38,9%, $p < 0,05$), пульмонит (23,5% против 13,9%, $p < 0,05$), дерматит (70,6% против 58,3%, $p < 0,05$), тромбоцитопения (58,8% против 25,0%, $p < 0,05$), лейкопения (35,3% против 13,9%, $p < 0,05$). При отсутствии антител к SSA-антигену по сравнению с SSA-положительными пациентами чаще встречались люпус-нефрит (61,9% против 48,1%, $p < 0,05$) и тромбоцитопения (61,9% против 33,3%, $p < 0,05$). Кроме этого, идентификация Ro- и La-антител была ассоциирована с более частым возникновением пульмонита (29,6% против 9,5%, $p < 0,05$). У группы пациентов с наличием антител к антигенам RNP и Sm волчаночный нефрит встречался реже по сравнению с RNP/Sm-отрицательной категорией больных (36,4% против 61,1%, $p < 0,05$). Одновременно при идентификации анти-RNP/Sm-антител определялось более частое выявление эндокардита Либманна-Сакса (36,4% против 11,1%, $p < 0,05$) и дерматита (81,8% против 55,6%, $p < 0,05$).

Выводы. Следовательно, особенности манифестации клинических проявлений СКВ находятся в определенной ассоциации с показателями иммунного профиля: при идентификации антител к нативной ДНК повышается риск развития волчаночного нефрита, пульмонита, дерматита и гематологических проявлений, что связано с более тяжелым течением заболевания и менее благоприятным прогнозом. Одновременное выявление анти-Ro- и анти-La-антител свидетельствует об увеличении риска пульмонита, а антител к RNP и Sm – эндокардита Либманна-Сакса.

СЕКЦИЯ СТУДЕНЧЕСКИХ ДОКЛАДОВ

(наименование секции)

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ МИНЕРАЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБОВ

Каладзе Н.Н.¹, Бобкова С.А.², Горобец И.В.³

¹*доцент кафедры детской стоматологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»*

²*главный врач ООО «Мой стоматолог», доцент кафедры стоматологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»*

³*студентка кафедры детской стоматологии стоматологического факультета*

Медицинской академии имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»

natusss-ik@mail.ru

Введение. Анализ литературных источников по эпидемиологии гиперестезии зубов (ГЗ) показал, что она встречается у 60% взрослого населения. Часто ГЗ сопровождается начальными формами кариеса и некариозные поражения зубов (клиновидные дефекты, эрозии, трещины, сколы, повышенную стираемость зубов), рецессию десны при заболеваниях тканей пародонта. Развивается ГЗ вследствие снижения защитных свойств поверхности зуба или потери ее части, что повышает доступность нервных окончаний дентина для внешних раздражителей. Выделяют следующие факторы, вызывающие ГЗ: механические (действие абразивных материалов – например зубных паст с высокими значениями индексов абразивности RDA и REA, удаление зубных отложений при заболеваниях тканей пародонта), химические (отбеливание зубов, микроабразии зубов с применением хемомеханической обработки зуба, действие кислот, содержащихся в пищевых продуктах, напитках), эндогенные изменения в зубе могут быть обусловлены нарушениями в иммунной, эндокринной, пищеварительной, кроветворной системах. Так, в исследовании Федорова Ю.А. с соавторами, было установлено, что пациенты с генерализованной гиперестезией в 95% случаев также страдали нарушениями в пищеварительной, эндокринной, нервной системах.

Цель. Изучить клиническую эффективность применения средств на основе минеральных компонентов и фторидов при повышенной чувствительности твердых тканей зубов, возникшей после процедуры профессиональной гигиены полости рта.

Материалы и методы. Для изучения эффективности пациенты разделены на 2 группы, в зависимости от применяемых препаратов. У пациентов 1 группы (10 чел.) использовали препарат ROCS Medical Mineral, основными компонентами которого являются глицерофосфат кальция, хлорид магния, ксилит. Аппликация геля проводилась курсом 30 дней с применением стандартных капп. У пациентов 2 группы (10 чел.) сначала использовали аппликацию препарата ROCS Medical Sensitive, в состав которого входит еще и нитрат калия, курсом 3-5 дней, затем в течение 14 дней аппликации гелем ROCS Medical Mineral.

Результаты исследования. Анализ клинической эффективности на основании пробы Шиффа (оценка реакции пришеечной части вестибулярной поверхности на струю сжатого воздуха) показал большую эффективность терапии в группе 2, использовавшей сочетание препаратов, что подтверждалось достоверным снижением показателей данной пробы через неделю, и через месяц исследования.

Выводы. Оценивая ближайшие показатели эффективности, проведенной реминерализующей терапии, у обследованных пациентов было отмечено, что после окончания срока наблюдения наиболее положительные результаты терапии отмечали во 2 группе, в которой был использован ROCS Medical Sensitive, с последующей аппликацией ROCS Medical Mineral, что доказывало их эффективность. Для профилактики и лечения гиперестезии зубов у пациентов после профессиональной гигиены полости рта оптимальным является использование средств, содержащих нитрат калия, для быстрого антисенситивного эффекта, и глицерофосфат кальция, магний и ксилит - для реминерализующей терапии.

ЭНДОМЕТРИОЗ ШЕЙКИ МАТКИ, КАК МАРКЕР ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Анфиногенова Е.А.¹, Демчик О.А.², Самудинова С.Т.³

¹кандидат медицинских наук, доцент кафедры патологической анатомии

²студент лечебного факультета

³студент лечебного факультета

Белорусского государственного медицинского университета

diemchik99@mail.ru

Введение. Эндометриоз – одно из лидирующих гинекологических заболеваний нашего времени. Это патологический процесс, в основе которого лежит нарушение гормонального фона женщины. В 85% случаев генитальный эндометриоз является причиной синдрома хронической тазовой боли у представительниц женского пола, тем самым снижая качество как семейной, так и социальной жизни женщины. Чаще всего данное заболевание встречается в сочетании с другой патологией женской репродуктивной системы. При эндометриозе наблюдаются эктопические очаги ткани, морфологически и функционально схожей с эндометрием.

Цель работы: оценить частоту встречаемости эндометриоза шейки матки (ЭШМ) в сочетании с другими гинекологическими заболеваниями.

Задачи:

1. Провести статистическую обработку данных биопсийных заключений с морфологическим диагнозом «эндометриоз шейки матки».

2. Проанализировать патологию, которая встречается вместе с ЭШМ.

Методика исследования. Изучены 28 биопсийных карт пациенток в возрасте от 36 до 75 лет (n=28; 51±13,78) с морфологическим диагнозом «эндометриоз шейки матки» в отделении общей патологии УЗ «Городское патологоанатомическое бюро» г.Минска за 2014-2017 гг. Проводился анализ двух видов биопсийного материала: биопсийный материал шейки матки и биопсийный материал тела матки с придатками в результате экстирпации матки. Сформировано две подгруппы: группа пациенток с биопсийным материалом шейки матки, средний возраст пациенток данной группы составил 49 лет (n=6; 49±11,02) и группа пациенток с биопсийным материалом тела матки с придатками в результате экстирпации матки, средний возраст пациенток – 51 год (n=22; 51±3,14).

Результаты исследований. 1 подгруппа: В изолированном виде ЭШМ выставлен у 3 пациенток – 11% (n=3; 40±4,58); сочетание ЭШМ с эндометриоидной метаплазией в двух морфологических диагнозах – 7% (n=2; 62±18,38); в 1 заключении помимо эндометриоза имеется диагноз хронический цервицит – 4%.

2 подгруппа: ЭШМ в сочетании с аденомиозом матки выставлен в операционных биоптатах 5 пациенток в возрасте от 42 до 68 лет (n=5; 53±10,03). В 5 биоптатах ЭШМ сочетается с лейомиомой тела матки, средний возраст пациенток 53 года (n=5; 53±4,04). Еще

одной гинекологической патологией, сочетающейся с ЭШМ, является патология яичников – 12 морфологических заключений пациенток в возрасте от 39 до 58 лет (n=12;48±5,94).

Выводы.

1. Эндометриодная метаплазия эпителия в шейке матки может косвенно указывать на наличие, либо развитие в будущем генитального эндометриоза.
2. ЭШМ может сочетаться с генитальным эндометриозом других локализаций, а также с дисгормональными заболеваниями логанов репродуктивной женской системы. Что необходимо учитывать при наличии ЭШМ, для последующего диагностического поиска и наблюдения данной группы пациенток.

ПРОБЛЕМА АНТИМИКРОБНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ИНФЕКЦИЙ СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Мурейко Е.А.¹, Хайтович А.Б.²

¹ студентка 2-го медицинского факультета, кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии

² профессор кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии 2-го медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ
emureyko@mail.ru

Введение. Одной из главных проблем современной медицины является борьба с лекарственной устойчивостью (ЛУ) микроорганизмов к антибактериальным препаратам, появление полирезистентных, и панрезистентных штаммов бактерий. Особенно это проявляется в борьбе с инфекциями связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

Цель и задачи исследований - изучение уровня ЛУ у различных таксономических групп микроорганизмов к антибиотическим препаратам; определение основных причин, влияющих на развитие резистентности микробов при возникновении ИСМП.

Методика исследований. Осуществлялся информационный поиск в интернет-ресурсах отечественных и международных баз научных публикаций за последние пять лет.

Результаты исследований. В развитии ИСМП выявлены основные причины: появления ЛУ у разных видов микроорганизмов к антибактериальным препаратам, устойчивость многих видов бактерий к современным дезинфицирующим средствам и антисептикам, уровень микробного носительства медицинского персонала.

Установлено, что наибольшей ЛУ к антибактериальным препаратам среди грамотрицательных бактерий обладают представители семейства *Enterobacteriaceae*, род - *Klebsiella*, виды - *E. coli*, *P. aeruginosa*. Среди грамположительных бактерий высокая ЛУ характерна для *S. aureus*. Основными причинами резистентности к антибиотикам этих микроорганизмов являются: генетические факторы (клональная изменчивость, горизонтальный перенос генов, наличие подвижного генетического пула), появление у бактерий модифицирующих ферментов, продукция бета-лактамаз расширенного спектра действия, модификация липополисахарида и образование биопленок, которое связано с «чувством кворума» у бактерий. Разные виды микробов имеют неодинаковые механизмы устойчивости к препаратам. У *P. aeruginosa* выявлены и описаны высокоустойчивые клоны (ST235, ST111, ST175), в которых под действием мутации произошла гиперпродукция бета-лактамазы и инактивация белков наружной мембраны бактериальной клетки, что является причиной резистентности к карбапенемам; мутация в генах *GyrA*, *ParC*, *S87W* - к фторхинолонам; в результате горизонтального переноса гена появилась способность продуцировать карбапенем-гидролизующую металло-бета-лактамазу. Транспозон Tn21 у бактерий - одна из причин развития мультирезистентности представителей семейства *Enterobacteriaceae*, а транспозон Tn1545 - у представителей семейства *Streptococcaceae*,

кодирует устойчивость к тетрациклину, эритромицину, канамицину. Другие подвижные генетические элементы (плазмиды IncFII, IncA/C, IncL/M, IncN, IncII) ответственны за устойчивость большинства патогенных бактерий к бета-лактамам антибиотикам. Широкое распространение получили штаммы *S. aureus* со сниженной чувствительностью к ванкомицину (VISA), но в настоящее время описаны штаммы с высокой резистентностью к этому антибиотику (VRSA). Выявляется устойчивость среди штаммов *S. aureus* - к метициллину, линезолиду, даптомицину и тигециклину. Следует отметить, что в проведенном исследовании в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) одной из больниц г. Минска в 2014 году, выделенные штаммы *K. pneumoniae* были устойчивы к меропенему (40,8%), имипенему (31,3%), а к 2016 году устойчивость выросла до 82,1%, 59,3% соответственно и появилась резистентность у бактерий к колистину (22,9%).

В связи с ростом ИСМП в последние годы активно изучается вопрос о приспособлении патогенных бактерий к действию антисептических средств и дезинфектантов. В основе развития резистентности бактерий - являются процессы, происходящие на генетическом уровне (горизонтальный перенос генов и наличие мобильных генетических элементов). Особое значение имеет способность разных видов патогенных бактерий образовывать биопленки, а также недостаточная концентрация используемых препаратов, так как при суббактерицидных концентрациях со временем происходит приспособление и адаптация микроба. Описаны случаи устойчивости бактерий к органическим антисептикам, в группу которых входят наиболее распространенные четвертичные аммониевые соединения, красители, спиртовые соединения.

Особое значение в развитии ИСМП отводится выявлению бактерионосительства у медицинского персонала. Во время исследования проведенного на базе одного из ОРИТ медицинского учреждения г. Москвы у 28 медицинских работников было выделено 44 штамма условно-патогенных и патогенных микробов. По частоте выделения ведущими бактериями оказались бактерии рода *Staphylococcus* (7 видов – 90,9 %), среди них *S. aureus*, *S. intermedius*, *S. epidermidis*, *S. xylosum*, *S. warneri*, *S. lugdunensis* и *S. capitis*. Среди бактерий рода *Micrococcus* выделили 2 вида: по одному штамму *M. nishinomiyaensis* и *M. sedentarius*. Реже выделялись *Candida albicans* и *Neisseria mucosa*. При исследовании в Волгоградском государственном медицинском университете открытых поверхностей 37 медицинских работников выявлено, что самыми распространенными местами локализации *S. aureus* являются слизистые носовых ходов (54,0%) и кожные покровы тела (24,3%).

27 февраля 2017 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) впервые представила список устойчивых к действию антибиотиков “приоритетных патогенов” - 12 видов бактерий, представляющих наибольшую угрозу для здоровья человека. Подчеркивается, что угрозу представляют грамтрицательные бактерии, обладающие множественной ЛУ, которая находит не только новые способы противодействию антимикробным препаратам (АМП), но и показывает способность на генетическом уровне передавать ЛУ другим бактериям. Представленные в списке ВОЗ бактерии разделены на три группы по уровню потребности в создании новых антибиотиков: крайне приоритетные, высокоприоритетные и среднеприоритетные. У представленных разных видов бактерий сформировалась ЛУ к действию широкого ряда антибиотиков, включая карбапенемы и цефалоспорины третьего поколения - наиболее эффективные из имеющихся антибиотиков для лечения бактериальных инфекций с множественной лекарственной устойчивостью. К крайне приоритетной группе относятся бактерии с множественной ЛУ, которые представляют опасность для пациентов больниц и лечебно-реабилитационных центров, а также пациентов, для лечения которых требуются медицинские устройства, такие как аппараты для искусственной вентиляции легких и сосудистые катетеры. В группу входят *Acinetobacter*, *Pseudomonas* и различные роды и виды семейства *Enterobacteriaceae* (*Klebsiella*, *Serratia*, *Proteus*, *E.coli*), которые могут вызывать тяжелые и часто смертельные инфекции кровотока и пневмонию. Вторая и третья группы в списке – бактерии с высоким и

средним уровнем приоритетности обладают растущей ЛУ. Разработанный в рамках деятельности ВОЗ список бактерий - ориентир для научных исследований в области создания новых антибиотиков для борьбы с проблемой ЛУ к АМП.

Выводы. В результате проведенного анализа отечественных и зарубежных научных источников определены основные возбудители ИСМП, выявлены главные причины развития их антимикробной устойчивости, показаны показатели устойчивости бактерий к современным группам антибактериальных средств и установлена устойчивость различных групп антисептиков и дезинфицирующих средств к внутрибольничным штаммам бактерий. Мировые тенденции развития ЛУ к антибиотикам аналогичны отечественным проблемам, в том числе ИСМП.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ СТУДЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ КУРСА ПРОСЛУШИВАНИЯ КЛАССИЧЕСКОЙ МУЗЫКИ

Вербенко П.С., Бровченко-Яропуд М.Б., Измаилов Э.Ф.
*Студенты Медицинской академии имени С.И. Георгиевского,
«КФУ имени В.И. Вернадского»
кафедра физиологии нормальной
научный руководитель: к.м.н., доцент Залата О.А.
lotospoliv@mail.ru*

Введение. Музыка – это источник душевного удовлетворения и самовыражения для каждого человека, именно поэтому она является неотделимой частью жизни. Но кроме влияния на эмоциональное состояние, она оказывает воздействие на психологические и физиологические функции человека. Изучение влияния классической музыки на человека начались ещё в XIX веке (Богатырева Ж.В., Шутилова М.Ф., 2013). Воздействие классической музыки на организм человека описано во многих работах, так, например, установлено, что музыка через гипоталамус способна влиять на некоторые параметры важных физиологических функций: кровяное давление, глубину дыхания, частоту сердечных сокращений (Прокофьев П.П., 2017). Современные технологии позволяют выделить гены, которые экспрессируются в благоприятном для человека ключе под влиянием классической музыки (Chakravarthi Kanduri et al., 2004). Актуальность настоящего исследования заключается в продолжении исследования эффектов влияния классической музыки на психофизиологические и когнитивные функции человека.

Целью исследования было выполнить сравнительный анализ характеристик психофизиологических функций студентов-медиков до и после курса прослушивания классической музыки.

Задачи: 1. Проанализировать результаты ежедневной самооценки психоэмоционального состояния студентов после прослушивания классической музыки.

2. Оценить и проанализировать показатели физиологического статуса выборочной группы студентов (индексы Кердо, Старра, Апанасьевой).

3. Исследовать показатели произвольного внимания, кратковременной памяти и психоэмоционального состояния студентов до и после курса прослушивания классической музыки (опросники Айзенка (EPI), Спилбергера-Ханина, 8-ми цветный тест Люшера).

4. С помощью корреляционного анализа выявить наиболее реактивные показатели когнитивных функций студентов к физиологическим и психологическим параметрам до и после недельного курса прослушивания классической музыки.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе лаборатории кафедры физиологии нормальной Медицинской академии им. С.И. Георгиевского. После предварительного анкетирования

180-ти студентов по стандартным вопросам и на предмет выявления приоритетных музыкальных направлений, частоты прослушивания, отношения к музыке в группу респондентов отобрали 17 девушек и 10 юношей (средний возраст $19,4 \pm 0,2$ лет), которые чаще отдают предпочтение прослушиванию классической музыки. В этой группе студентов перед началом недельного, ежедневного, прослушивания в вечернее время, в течении 30 минут курса классической музыки, учитывая биоэтические нормы, провели комплексное обследование физиологического состояния и психоэмоционального статуса. В течение недели прослушивания классической музыки студенты вели дневник самооценки своего эмоционального состояния, отвечая на 5 вопросов анкеты.

Оценка и анализ физиологических показателей были выполнены с помощью индексов Кердо, Старра, Апанасевой. Регистрировали основные параметры гемодинамики в покое: систолическое артериальное давление (САД, мм.рт.ст.), диастолическое артериальное давление (ДАД, мм.рт.ст.), пульс (удары в минуту). С помощью спирометрии определяли жизненную емкость легких (ЖЭЛ, литры). Регистрировали ряд антропометрических показателей: рост (см) и вес (кг), силу жима кисти (динамометрия, кг). Для определения психоэмоционального состояния были использованы опросники: Айзенка (EPI), Спилбергера-Ханина (личностная и ситуационная тревожность), 8-ми цветный тест Люшера. Когнитивные функции оценили с помощью таблиц Шульте (произвольное внимание и работоспособность) и Метода удержания членов ряда (кратковременная память). Для показателей произвольного внимания рассчитывали: эффективность работы (ЭР), вработываемость (ВР), психическую устойчивость (ПУ), для психоэмоционального состояния - коэффициент оценки физического напряжения по Люшеру. После курса прослушивания музыки студенты были повторно обследованы, по ряду показателей: индекс Кердо, СТ, тест Люшера, показатели когнитивных функций. Статистический анализ данных осуществляли с помощью методов непараметрической статистики: медианы (Me), перцентили (p25/p75); критерий Вилкоксона (W), коэффициент Спирмена (r), программа Statistica 8,0.

Результаты исследований. Реакция и предпочтения человека к различным музыкальным произведениям строго индивидуальны. Анализ дневников самооценки показал, что каждый день в течение недели после прослушивания классической музыки от 52% до 87% респондентов чувствовали себя хорошо. Прежним свое настроение к 7-му дню прослушивания музыки считали 43%, более грустным – 40%, а скорее веселым 17% студентов. По выбору рода деятельности к завершению курса стремления в группе распределились следующим образом: желание заниматься интеллектуальным трудом было у 60%, физическим у 26% респондентов. Продолжить музыкальную терапию захотели около 70% студентов. Состояние гемодинамики тестируемых отвечало возрастной норме, как до, так и после курса музыкотерапии (САД Me=110; 110/120; ДАД Me=70; 60/73 мм.рт.ст; пульс Me=84; 76/90 ударов в минуту). Индекс Кердо, указывал на преобладание симпатикотонии у представленных в группе респондентов (Me=20; 10/30). Уровень здоровья в группе по индексу Апанасевой свидетельствовал о низких значениях (2,5; 2/3), а индекс Старра (37; 24/44), говорил в пользу низких характеристик уровня кровообращения.

Психологический портрет группы был представлен экстравертами (13; 12/15) со средним уровнем нейротизма (13; 9/16) и личностной тревожности (43; 34/49). Ситуационная тревожность (СТ) как до курса прослушивания классической музыки (37; 30/44), так и после также была умеренной (36; 31/40). Оценка тревожности по тесту Люшера выявила низкие ее значения у 88% группы и высокие у 4% до курса прослушивания классической музыки. По завершению курса низкие значения уровня тревожности достигали у 92%, а высокие отсутствовали. Коэффициент оценки физического напряжения по Люшеру указывал на оптимальный уровень работоспособности у 55% студентов, а у 15% на низкий. Динамика значений показателей кратковременной памяти и произвольного внимания после курса классической музыки заключалась в незначительном улучшении эффективности работы.

С помощью корреляционного анализа между характеристиками высших психических функций, показателями физиологических функций и психоэмоциональными характеристиками было обнаружено 12 корреляций до и 10 после курса музыкотерапии. Связи были слабыми и средними ($0,34 < r < 0,63$), но при этом достоверными ($p < 0,05$). Большинство корреляционных связей приходилось на взаимосвязь характеристик произвольного внимания с показателями физиологических функций и психоэмоциональных критериев, но не на характеристики кратковременной памяти.

Выводы. Ежедневное прослушивание классической музыки респондентами не вызвало неблагоприятного воздействия на психоэмоциональное состояние, состояние гемодинамики и показатели когнитивных функций. Опосредованность характеристик произвольного внимания физиологическими функциями и психоэмоциональным состоянием у студентов выражена больше, чем для показателей кратковременной памяти.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

Порошина В.М., Биляк А.В., Зайтова Р.Ю.

Кафедра хирургической стоматологии,

студентка кафедры хирургической стоматологии Медицинской академии КФУ

студентка кафедры хирургической стоматологии Медицинской академии КФУ

научный руководитель, ассистент, кандидат медицинских наук

vporoshina5@gmail.com

Введение:

По статистике число больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО (злокачественные новообразования) органов полости рта в России с 2014 по 2017 год увеличилась на 14,5 %, при этом около 40% этих больных, на момент постановки диагноза, уже находятся в III и IV стадиях заболевания. Борьба с раком – это не только лечение, но и ранняя диагностика. Именно ей должны заниматься врачи первичного звена. Эта момент стала основополагающим для нашей работы. Очень часто врачи – стоматологи сталкиваемся с проблемами ранней диагностики онкологических заболеваний на стоматологическом приеме, так как различные новообразования органов полости рта имеют довольно смазанную клиническую картину. Увеличение числа инкурабельных форм злокачественных новообразований головы и шеи из-за диагностических ошибок составляет по разным данным от 49 до 71%. После постановки диагноза при локализации процесса в области головы и шеи каждый третий онкологический больной умирает в течение года, а порог выживаемости лиц с данной патологией не превышает 5 лет. Исходя из этих данных мы можем утверждать, что именно расширение возможности ранней диагностики является не только важной, но и жизненно необходимой.

Цель:

Расширить спектр возможностей ранней диагностики новообразований челюстно-лицевой области с помощью биохимического анализа слюны. Возможность применения данной методики в практике врача-стоматолога с целью скрининговой программы.

Задачи:

1. Возможности ранней диагностики новообразований органов полости рта с помощью биохимического анализа слюны.

2. Возможности внедрения данной методики в ежедневную практику врача – стоматолога.

Материалы и методы:

В исследовании приняли участие добровольцы, которые были распределены на 3 группы: основную, группу сравнения и контрольную. Основная группа включала пациентов с гистологически подтвержденным диагнозом рак полости рта (n=53) и слюнных желез (n=15). Группа сравнения включала пациентов с доброкачественными новообразованиями в полости рта (n=26) и слюнных желез (n=24). Контрольная группа включала условно здоровых пациентов (n=114). Включение в группы происходило параллельно. В качестве критериев включения рассматривались: возраст пациентов (30–75 лет), отсутствие какого-либо лечения на момент проведения исследования, в том числе хирургического, химиотерапевтического или лучевого, отсутствие признаков активной инфекции (включая гнойные процессы), проведение санации полости рта. Критерии исключения: отсутствие гистологической верификации диагноза.

У всех участников до начала лечения проводили забор слюны в количестве 5 мл. Образцы слюны собирали утром натощак путем сплевывания в стерильные пробирки, центрифугировали при 7 000 об/мин.

Исследование проведено в соответствии с Хельсинкской декларацией (принятой в июне 1964 г. (Хельсинки, Финляндия) и пересмотренной в октябре 2000 г. (Эдинбург, Шотландия) .

Статистический анализ выполнен при помощи программ Statistica 10.0 (StatSoft, США) и пакета R (версия 3.2.3) непараметрическим методом с использованием в зависимых группах критерия Вилкоксона, в независимых группах – U-критерия Манна-Уитни. Описание выборки производили с помощью подсчета медианы (Me) и интерквартильного размаха в виде 25-го и 75-го перцентилей [LQ; UQ]. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследований:

На первом этапе все полученные данные были обработаны методом дискриминантного анализа. Показано, что наблюдается достаточно четкое разделение между собой контрольной группы, основной группы и группы сравнения. В результатах биохимического анализа слюны по 23 показателям, выявлены статистически достоверные отличия по сравнению с контрольной группой. Между основной группой и группой сравнения статистически достоверных отличий по определяемым параметрам не выявлено.

Показано, что на фоне патологических процессов в ротовой полости наблюдается увеличение концентрации электролитных компонентов слюны, при этом уменьшается содержание белка. Установлено статистически достоверное увеличение активности метаболических ферментов как для основной группы, так и для группы сравнения, однако активность каталазы в обоих случаях уменьшается по сравнению с контрольной группой. Отмечено также увеличение содержания продуктов перекисного окисления липидов (диеновые, триеновые конъюгаты и основания Шиффа), тогда как концентрация малонового диальдегида практически не меняется. Коэффициент MCM 280/254 нм также растет, что указывает на увеличение уровня эндогенных токсинов.

На следующем этапе проведено сравнение биохимического состава слюны у пациентов с раком полости рта и слюнных желез, поскольку для этих групп характерны

разные гистологические типы опухолей. Несмотря на отсутствие статистически достоверных отличий, что по-видимому обусловлено небольшим объемом выборки, группы отличаются по ряду параметров. Так, для пациентов с заболеваниями слюнных желез выше концентрации кальция, фосфора и белка, однако ниже уровень электролитов. При этом в данной группе в меньшей степени выражена липопероксидация и эндогенная интоксикация.

Выводы:

Основываясь на данных нашего исследования мы можем утверждать, что слюна – динамическая биологическая среда и изменения ее биохимических показателей могут свидетельствовать о многом. Разумеется, что поставить точный диагноз пациенту, на основе полученных данных, мы не можем, но это может послужить поводом для дальнейшего диагностики и, как следствие, раннему выявлению ЗНО и последующим эффективным лечением. Конечно, наши результаты требуют дальнейших клинических испытаний и последующей разработки алгоритмов работы с данным методом исследования.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ РЕПЕРФУЗИОННОМ СИНДРОМЕ

Мневец Р.А.

студент кафедры общей и клинической патофизиологии Медицинской академии КФУ

Научный руководитель: д.м.н., профессор Харченко В. З.

mnevets.r@gmail.com

Введение. Изучение реперфузионного синдрома является актуальной проблемой современной медицины, поскольку данное состояние имеет место в клинической практике кардиологии, неврологии, трансплантологии, медицине чрезвычайных ситуаций, травматологии. Как известно, высокая летальность реперфузионного синдрома обусловлена генерализованной интоксикацией организма при попадании в системный кровоток токсичных метаболитов, накопившихся в ранее ишемизированных тканях. Впоследствии это приводит к дисбалансу в протеолитической системе и способствует активации перекисного окисления липидов, генерации активных форм кислорода и развитию патологии ряда других жизненно важных органов (сердца, почек, печени и других). Однако до настоящего времени не изучено влияние ишемии и реперфузии тканей на состояние нервной системы.

Цель работы: изучить механизмы нарушения функции нервной системы при моделировании экспериментального реперфузионного синдрома.

Материал и методы. Исследования проведены на 50 крысах-самцах линии «Wistar» массой 180-200 грамм, которые были разделены на 5 серий: контрольную (n=10, интактные животные) и четыре экспериментальные, в которых моделировался реперфузионный синдром путем наложения жгутов на обе задние конечности крыс на уровне паховой складки с последующим их снятием. Реперфузионный синдром крысам экспериментальных серий моделировался с различной продолжительностью (ишемический период – от 2 до 6 часов, реперфузионный – от 6 до 12 часов). Для оценки состояния протеиназ-ингибиторной системы определяли эластазо- (ЭПА) и трипсиноподобную активность (ТПА), антитриптическую активность (АТА) и активность кислотостабильных ингибиторов протеаз (КСИ) в супернатантах гомогенатов головного мозга, а также в сыворотках крови, полученных из сонных артерий и яремных вен. Также проводили прижизненные измерения неврологических тестов: тест установки позы (изучение координации движений), адгезивный тест (изучение чувствительности), исследование реакции на боль, корнеального и Pinna-рефлексов, тест установки конечности (оценивали сенсомоторную интеграцию

конечностей в ответ на тактильную, проприоцептивную и зрительную стимуляцию), а также интегративную шкалу Гарсия.

Результаты исследований. Установлено, что у контрольных крыс активность ферментов протеолиза была выше в сонных артериях, чем в яремных венах (ЭПА – на 66,6%, ТПА – на 33,3%). Однако при реперфузионном синдроме в сонных артериях активность ферментов протеолиза достоверно увеличивалась пропорционально времени ишемического и реперфузионного периода (прирост ЭПА – до 20%, ТПА – до 102,7%). При этом в яремных венах тенденция роста активности протеиназ была более выражена – прирост ЭПА составлял до 57,9%, ТПА – до 222,2%. Было обнаружено, что в яремных венах активность ингибиторов протеиназ выше, чем в сонных артериях (АТА – на 43,7%, КСИ – на 55,7%). Данное соотношение изменялось у крыс экспериментальных серий – в венозной крови происходило резкое падение этого показателя – до 28,1%. Это говорит об участии нервной системы в патогенезе постишемических расстройств, что было нами подтверждено значительным приростом активности ферментов протеолиза в супернатантах гомогенатов головного мозга, связанным с длительностью ишемического периода (ЭПА – до 248,2%, ТПА – до 84%).

Кроме того, вызванная реперфузионным синдромом генерализованная постишемическая интоксикация вызывала значительные расстройства нервной системы, которые затрагивали двигательную, чувствительную, рефлекторную, сомоторную сферы, что подтверждено изучаемыми неврологическими тестами. При этом тяжелый неврологический дефицит отмечался и у крыс 1 серии, которым моделировалась ишемия тканей на допустимое, согласно литературным данным, время – 2 часа. Протеолитическое повреждение головного мозга приводило к его морфологическим изменениям, которые при моделировании двухчасовой ишемии проявлялись в перичеллюлярном отеке и скоплениях микроглиальных клеток вокруг нейронов с пикнотичными ядрами, что соответствует начальным явлениям некроза.

Выводы. Процессы полиорганной недостаточности при реперфузионном синдроме существенно затрагивают ткани головного мозга, приводя к активации в них гиперпротеолиза, что способствует повреждению нервной ткани и усиливает генерализованную интоксикацию за счет поступления неспецифических протеиназ в системный кровоток через систему яремных вен, что позволяет рассматривать головной мозг как «шоковый» орган при реперфузионной синдроме.

ОЦЕНКА УРОВНЯ СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Шавров Ю.В.¹, Дубинина А.В.²

^{1,2}студенты кафедры физиологии нормальной

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»

кафедра физиологии нормальной

научный руководитель: к.м.н., доцент Залата О.А.

shavrov8yura@mail.ru

Введение. На сегодняшний день специальные психологические знания играют важную роль в работе медика. Всякое телесное заболевание способно изменить психическое состояние больного. В организме человека тесно взаимодействуют между собой психическая и соматическая подсистемы, оказывая воздействие друг на друга, что может привести к возникновению или осложнению того или иного расстройства. При этом важную роль в данной системе играют стрессовые реакции. Поэтому возникает необходимость определения уровня стресса для эффективного лечения и более быстрого выздоровления.

Цель. Изучить уровень психологического стресса у больных хирургического профиля. Установить связь между уровнем психологического стресса с одной стороны и тревогой, депрессией, нейротизмом с другой. Предложить методы по улучшению психоэмоционального состояния больных.

Материалы и методы. Для достижения цели работы было сформировано 2 группы респондентов: первую группу составили пациенты хирургического отделения ГБУЗ РК «Советской районной больницы» ($n=31$; средний возраст $49 \pm 3,57$); вторую группу – практически здоровые взрослые ($n=30$; средний возраст $29 \pm 2,11$). Тестирование всех субъектов выполняли индивидуально с учетом биоэтических положений и после получения персонального согласия.

Для определения уровня психологического стресса использовалась шкала психологического стресса (PSM 25, Шкала лемура-Тесье-Филлиона), которая предназначена для изучения феноменологической структуры переживаний стресса с целью изучения стрессовых ощущений в соматических, поведенческих и эмоциональных показателях. Также дополнительно больные тестировались по следующим методикам и шкалам: методика Спилберга-Ханина, госпитальная шкала «Тревога-депрессия», методика Айзенка-EPQ.

Поскольку исследуемые показатели не соответствовали нормальному закону распределения, для анализа использовали медианы (Me) и величины интерквартильного размаха ($p_{25\%}$; $p_{75\%}$). Отличия между групповыми показателями определяли с помощью критерия Манна-Уитни при этом статистически достоверным принимали уровень различий при $p < 0,05$ (программа «Statistica» 10.0).

Результаты исследований. Пациенты хирургического отделения по уровню психологического стресса распределились следующим образом: 26 (84%) респондентов имели низкий уровень стресса, 4 (13%) – средний уровень и у 1 (3%) респондента был выявлен высокий уровень стресса. По результатам исследования медиана уровня стресса составила 74,0 балла ($p_{25} - 48,0$; $p_{75} - 93,0$). Сравнение группы здоровых и группы больных по уровню психологического стресса с помощью критерия Манна-Уитни не показало статистически значимых отличий ($p=0,05$). Была установлена корреляционная связь между уровнем психологического стресса и уровнем личностной ($r=0,61$; $p=0,05$), а также ситуативной ($r=0,40$; $p=0,05$) по методике Спилбергера-Ханина; тревоги по госпитальной шкале «Тревога-депрессия» ($r=0,60$; $p=0,05$), депрессии по той же шкале ($r=0,39$; $p=0,05$); нейротизмом по методике Айзенка-EPQ ($r=0,71$; $p=0,05$).

Выводы. У большинства больных выявлен низкий и средний уровень стресса, не требующие коррекции и лишь у одного больного выявлен высокий уровень стресса, однако его значение было у нижней границы интервала, что также может рассматриваться как не критическое состояние. Вероятнее всего столь низкие значения обеспечиваются особой атмосферой отделения, создаваемой старшим и младшим медицинским персоналом – в отделении активно применяется патерналистская модель отношений. Исходя из того, что больные не показали высокие значения уровня стресса нет необходимости введения каких-либо методов по улучшению психоэмоционального состояния больных, однако можно рекомендовать применение патерналистской модели в других отделениях больницы с целью предупреждения возникновения стрессовых реакций. Уровень психологического стресса необходимо рассматривать в контексте полной картины психического статуса, так как установлена достоверная связь данного показателя с уровнем, тревоги, депрессии, и нейротизма.

АКТУАЛЬНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ШКАЛЫ КОМЫ FOUR В УСЛОВИЯХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ РЕАНИМАЦИЙ

Федосов Е.И

студент кафедры нервных болезней и нейрохирургии, Медицинской академии КФУ
научный руководитель: доцент, к.мед.н. Ткач В.В.
zhenya.fedosov.95@mail.ru

Введение. Оценка нарушений сознания в условиях отделений реанимаций и интенсивной терапии, особенно у интубированных больных представляет из себя нелегкую задачу. Шкала комы Глазго много лет является золотым стандартом определения степени нарушения сознания, однако из-за условий терапии и ухода за больными в реанимации оценить речевые реакции не удастся. Поэтому в 2005 году в США, Э.Ф.Виджиксом была разработана новая шкала для оценки степени сознания – FOUR (Full Outline of UnResponsiveness), которая доказала свою эффективность во многих отделениях нейрореанимации.

Цели и задачи. Оценка клинической значимости шкалы комы FOUR в условиях отделений реанимаций с палатами интенсивной терапии.

Методика исследования. На основании изучения литературных источников, обзора международных и отечественных журналов была произведена обработка информации и теоретический анализ.

Результаты исследования. Одним из ключевых преимуществ шкалы комы FOUR от шкалы комы Глазго является то, что провести оценку может как врач, так и медсестра. Также она позволяет одинаково её использовать у детей и взрослых, дает оценку рефлексам ствола мозга и дыхательному паттерну.

Шкала комы FOUR предлагает 4 параметра для оценки степени сознания.

1. Реакции глаз. E4 - глаза открыты, слежение и мигание по команде. E3 – глаза открыты, но они не следят за окружающей обстановкой. E2 – глаза закрыты, но открываются на громкий звук. E1 – глаза закрыты, но открываются в ответ на болевой раздражитель. E0 – глаза закрыты даже при болевой стимуляции.

2. Двигательный ответ. M4 – пациент выполняет команды (движение пальцами «отлично», мир, сжимание кулака). M3 – больной локализует боль рукой в ответ на болевую стимуляцию, надавливание на височно-нижнечелюстной сустав или место выхода надбровного нерва. M2 – сгибательный ответ на боль. M1- разгибательный ответ на боль. M0 – отсутствие реакции на боль или генерализованный миоклонический статус.

3. Рефлексы ствола мозга. V4 – зрачковый и роговичный рефлекс сохранены. V3 – один зрачок расширен и не реагирует на свет. V2 – зрачковый или роговичный рефлекс отсутствует. V1 – и зрачковый и роговичный рефлекс отсутствуют. V0 – отсутствуют зрачковый, роговичный и кашлевой (проверяется при санации содержимого трахеи через интубационную трубку).

4. Дыхательный паттерн. R4 – пациент не интубирован, дыхание регулярное. R3 – не интубирован, дыхание Чейна – Стокса. R2 – не интубирован, нерегулярное дыхание. R1 – дыхание не сохраняется в режиме искусственной вентиляции легких(ИВЛ). R0 – пациент синхронизирован с аппаратом ИВЛ или апноэ.

Каждый параметр можно интерпретировать отдельно. Например, параметр E3 позволяет дифференцировать вегетативный статус и синдром «запертого человека», т.к. при данном синдроме возможно движение глаз и моргание. Параметр M2 может указывать на признаки декортикации. Параметры R3 и R2 могут указать на процессы нарушающие контроль дыхательных движений со стороны ствола головного мозга.

Выводы. Внедрение шкалы комы FOUR в практику анестезиологов-реаниматологов позволяет успешнее и быстрее формировать возможный диагноз, а также вовремя реагировать на изменение состояния пациента, чтобы в дальнейшем перевести пациента в соответствующее отделение без негативных последствий для больного.

ОСОБЕННОСТИ НОЗОКОМИАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ В ОРИТ

Мурейко Е.А.¹

¹студентка 2-го медицинского факультета
Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ
научный руководитель: к.м.н., ассистент Шатов Д.В.
emureyko@mail.ru

Введение. Наиболее остро вопрос инфекционной безопасности, связанной с оказанием медицинской помощи (ИСМП), стоит в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Показатель заболеваемости в постановлении от 29 ноября 2011 г. N 146 г. Москва "О профилактике внутрибольничных инфекций" составил 0,8 на 1000 госпитализированных. Наибольшее число случаев внутрибольничных инфекций зарегистрировано в учреждениях родовспоможения (35,8%) и хирургических стационарах (33,1%). По официальным данным самый высокий процент внутрибольничного инфицирования, которое произошло у пациентов, подвергшихся любому медицинскому вмешательству, отмечается в ОРИТ. По данным Митрофановой Н.Н. (2014 г.), у 85 % госпитализированных выделяются патогенные микроорганизмы, а у 45% возникают осложнения гнойно-воспалительного характера. Эти явления пересекаются с другой не менее актуальной проблемой современной медицины – стремительное уменьшение средств борьбы с внутрибольничными инфекциями из-за растущей устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам и снижения активности бактерицидного действия многих дезинфицирующих средств. Закономерными последствиями этих явлений становятся вспышки нозокомиальных инфекций в отделениях, развитие осложнений заболеваний, увеличение продолжительности лечения и смертности, сочетающееся с увеличением расходов.

Цель и задачи исследований. Целью исследования был поиск новой информации о деталях развития ИСМП в ОРИТ в отечественных и зарубежных научных публикациях.

Методика исследований. Для осуществления задач использовались такие научные ресурсы как «eLibrary» и «PubMed». Ключевыми словами были: «ОРИТ», «нозокомиальные инфекции», «ИСМП», «health care-associated infections», «intensive care unit». К изучению принимались статьи опубликованные за последние пять лет.

Результаты исследований. В результате поиска в научной электронной библиотеке «eLibrary» было просмотрено 116 научных публикаций, из них в соответствии с поставленными критериями были подробно изучены 36. Из текстовой базы данных медицинских и биологических публикаций «PubMed» на изучение было отобрано 35 публикаций из 180 просмотренных, всего найдено 13186 публикаций. По данным как отечественных, так и зарубежных исследований наиболее распространенными возбудителями внутрибольничных инфекций из грамотрицательных бактерий являются *P. aeruginosa*, *Kl. pneumonia*, *E. coli*, *Acinetobacter baumannii*, из грамположительных такие микроорганизмы, как *St. haemolyticus*, *S. aureus*, *St. epidermidis*, а так же грибы рода *Candida*. Каждые ОРИТ имеет свои особенности, так, по данным Петрухиной М.И. (2016 г.), в ОРИТ перинатального профиля лидировал гемолитический стафилококк (61.5%), а в детских ОРИТ наиболее часто выделялась *Kl. pneumonia*. По показателям авторов Liselotte Diaz Högberg и др. (2014 г.), в 2012 году частота возникновения респираторной пневмонии при интубации составила 10,1 случаев на 1 000 дней интубации. Возникновение ИСМП кровяного русла вследствие установки центрального венозного катетера у больных находящихся в ОРИТ более двух суток, наблюдалось у 3% пациентов или 3,3 случая на 1 000 пациенто-дней. Инфекции мочепускающей системы были зарегистрированы у 3,1% больных или 3,9 случаев на 1 000 дней. В другом исследовании, проведенное Shelley S. Magill и др. (2014 г.) в 183 больницах, установлено, что 452 пациента из 11 282 включённых в исследование имели 1 или более инфекций (4,0%; 95% ДИ 3,7-4,4). Нозологическая структура инфекций была

представлена следующим образом: пневмония (21,8%), хирургические инфекции (21,8%) и желудочно-кишечные инфекции (17,1%). Связанные с устройством инфекции (катетер-ассоциированные инфекции кровотока и мочевых путей, вентилятор-ассоциированная пневмония), составили 25,6% таких ИСМП.

Большая частота развития нозокомиальных инфекций среди пациентов, находящихся в ОРИТ, обусловлена несколькими факторами. Во-первых, развитию ИСМП способствует снижение иммунной системы больного из-за тяжелого фонового состояния, постоянный контакт между пациентом и медработником, ограниченное помещение. Во-вторых, увеличение количества инвазивных методов диагностики и лечения, применяемых во время пребывания больного в отделении. Немаловажным является тот факт, что заселяющие внешнюю среду палаты, микроорганизмы могут длительное время персистировать в ней, демонстрируя сильную устойчивость к дезинфектантам. Например, коагулазонегативные стафилококки способны выживать до 8-21 дней на хлопке, который используется для изготовления одежды и полотенец. Известно, что зачастую именно медицинский персонал является источником или переносчиком патогенных микроорганизмов. В публикации 2015 года D. J. Morgan и др., приводятся такие показатели: факторами риска заражения медицинских работников являются наличие микробных культур в окружающей среде (ОШ 4.2, 95%, ДИ 2.7-6.5), пребывание в комнате более 5 минут (ОШ 2.0, 95% ДИ 1.2-3.4), проведение физикального обследования (ОШ 1.7, 95% ДИ 1.1-2.8).

В литературе особое внимание уделяется контаминируемым поверхностям, которые являются местом колонизации микроорганизмов и способствуют перекрестному заражению пациентов. В нескольких работах, описана частота обнаружения микроорганизмов связанных с ИСМП, на контаминируемых поверхностях. Например, в публикации Sui и др. (2012 г.), указывается, что на аппарате искусственной вентиляции лёгких выявлено наличие микроорганизмов в 70-100% случаях, у Lestari и др. (2013 г.) на аппарате ЭКГ определялось до 95 % бактерий. В работе V. Russotto и др. (2015 г.), указывается, что источниками и переносчиками патогенных микроорганизмов чаще всего бывают медицинские перчатки персонала (20-40%). Согласно статье Vincenzo Russotto, написанной в 2017 году, вероятность инфицирования патогенными бактериями поступившего пациента от предыдущего больного находившимся в данной палате составляет ОШ 2,13 (95% ДИ 1,62-2,81).

Выводы. Проведённый анализ публикаций, позволил выявить наиболее распространенных возбудителей нозокомиальных инфекций, определить вид возбудителя в ОРИТ разного профиля; установить частоту возникновения инфицирования при интубации, постановке мочевого и центрального венозного катетера; определить главные факторы, способствующие развитию ИСМП в ОРИТ; установить роль медицинского персонала и контаминируемых поверхностей в инфицировании пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

Доля Е.М.¹, Репинская И.Н.², Гаффарова А.С.³

¹доцент кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии КФУ

²ассистент кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии КФУ

³студент кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии КФУ

dolyalena@yandex.ru

Введение. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (ОКС СП ST) – ургентное жизнеугрожающее состояние, возникающее вследствие острой тромботической окклюзии коронарных артерий эпикарда. С целью предотвращения развития необратимых изменений и осложнений при ОКС СП ST, необходимо своевременное проведение

терапевтических и кардиохирургических манипуляций, направленных на восстановление проходимости коронарных артерий, вовлеченных в патологический процесс. При отсутствии противопоказаний наиболее эффективная реваскуляризация достигается при выполнении стентирования в рамках чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в течение 120 мин от начала манифестации клинических проявлений. В связи с имеющимися трудностями доставки пациентов в кардиохирургические центры тромболитическая терапия (ТЛТ) на сегодняшний день остается широко применяемым методом восстановления коронарного кровотока на фоне существующего риска геморрагических осложнений. Несмотря на широкий спектр и постоянное совершенствование методов лечения ИБС летальность, ассоциированная к ОКС СП ST, продолжает сохранять лидирующую позицию в структуре смертности развитых стран Европы и Северной Америки. Известно, что среди пациентов мужского пола ОКС встречается в три раза чаще. Статистические данные свидетельствуют о снижении смертности от ОКС СП ST в общей популяции, однако в женской популяции частота летальных исходов в последние годы увеличилась, что может быть связано с более поздней манифестацией ОКС и наличием сопутствующей патологии, сахарного диабета 2 типа (СД-2) и гипертонической болезни (ГБ) в частности.

Цель и задачи исследований. Определить гендерные особенности ОКС с подъемом сегмента ST.

Методы исследования. Был проведен анализ историй болезни 122 пациентов ОКС СП ST, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении №5 ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» за 2017 г. Критерии включения: появление клинической симптоматики не более чем за 24 ч до госпитализации, подъем $ST \geq 1$, ангинозная боль длительностью более 20 мин. Распределение пациентов на группы производилось по гендерному признаку: 1 группа – 30 (24,6%) женщин; 2 группа – 92 (75,4%) мужчин, средний возраст которых составил $69 \pm 2,3$ года и $58 \pm 0,9$ лет ($p < 0,05$), соответственно. Клинико-лабораторное и инструментальное обследование в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи при ОКС СП ST было осуществлено всем исследуемым пациентам. Сравнительный анализ гендерных особенностей ОКС проводился по следующим признакам: место локализации повреждения миокарда, локализация и степень окклюзии коронарных артерий, наличие сопутствующей патологии и выбор метода лечения. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета MedStat.

Результаты исследований. Согласно проведенному анализу анамнестических данных групп исследуемых пациентов было выявлено, что коморбидные состояния достоверно чаще отмечались среди представителей женской популяции. Так, частота встречаемости СД-2 среди женщин в 3 раза превышает таковой показатель у мужчин (36,7% против 10,9%, $p < 0,05$); ГБ сопутствовала ОКС в 2 раза чаще в 1 группе (97,7% против 52,2%, $p < 0,05$). В локализации инфаркта миокарда статистически значимых различий не выявлено (передняя стенка – 50,6% и 64%, $p > 0,05$; задняя стенка – 19% и 27%, $p > 0,05$; нижняя стенка – 21,4% и 9%, $p > 0,05$). Атеросклеротическое поражение в обеих исследуемых группах чаще локализовалось в передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии – ПМЖВ ЛКА (31,4% против 33,1%, $p > 0,05$). Значительно реже регистрировалось сужение огибающей ветви ЛКА – ОВ ЛКА (17,7% против 21,5%, $p > 0,05$) и правой коронарной артерии – ПКА (23,5% против 20,3%, $p > 0,05$). При коронароангиографическом исследовании наиболее часто окклюзия локализовалась в ПМЖВ (44,1% против 53,3%, $p > 0,05$), незначительно реже в ПКА (47,1% против 40%, $p > 0,05$) и в ОВ ЛКА (8,8% против 6,7%, $p > 0,05$). Таким образом, в локализации окклюзии в гендерных группах статистически значимые различия отсутствуют. Однососудистое поражение КА в гендерных группах встречалось с примерно одинаковой частотой (15,8% и 14,5% соответственно, $p < 0,05$), сужение двух КА достоверно чаще определялось у лиц женского пола (35,5% против 47,4%, $p < 0,05$), в то время, как многососудистое поражение КА чаще встречалось у мужчин (36,8% против 50%, $p < 0,05$), как правило, в ассоциации с СД-2. Несмотря на то, что СД-2 при ОКС встречался

достоверно чаще у пациентов женского пола в связи с поздней манифестацией, у лиц мужского пола многососудистое атеросклеротическое поражение 3 и более КА было обнаружено в 75% случаев при наличии СД-2 в анамнезе, у женского пола – в 27,27% ($p<0,05$). Частота проведения ЧКВ оказалась выше у пациентов женского пола (76,67% против 61,96%, $p<0,05$), а ТЛТ было проведено, соответственно, достоверно чаще лицам мужского пола (23,33% против 38,04%, $p<0,05$).

Выводы. Частота встречаемости ОКС СП ST среди пациентов женского пола в 3 раза ниже и средний возраст больных достоверно выше. Статистически значимых различий в локализации инфаркта, окклюзии и атеросклеротического поражения в гендерных группах не выявлено. Коморбидные состояния (СД-2 и ГБ) достоверно чаще определялись у лиц женского пола, что ассоциировано с более поздней манифестацией ОКС СП ST. Частота многососудистого поражения с вовлечением в патологический процесс 3 и более КА достоверно выше у мужчин, что является причиной более низкого процента применения инвазивной тактики среди данной категории больных, что, соответственно, определяет менее благоприятный прогноз в связи с повышением риска летального исхода вследствие кровотечений.

МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ И МЕТОДЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Биляк А.В.¹, Порошина В.М.²

¹Студентка Медицинской академии КФУ кафедры хирургической стоматологии,

²студентка Медицинской академии КФУ кафедры хирургической стоматологии.

Научный руководитель: Заитова Р.Ю. ассистент, кандидат медицинских наук,

Салиева З.С. ассистент, кандидат медицинских наук.

any_bilyk@mail.ru

Введение. Миофасциальный болевой дисфункциональный синдром (МБДС)- мультифакториальное заболевание невоспалительной этиологии, характеризующееся такими проявлениями, как: боль и дисфункция в ВНЧС, боль в мимических и жевательных мышцах, головные боли, боли в шейной области, функциональные ограничения в жевательных движениях. Приблизительно 10 % основного населения испытывают боль в челюстно-лицевой области. Распространенность достигает в пределах от 1 до 10% для мужчин и от 2 до 18% для женщин, среди детей и подростков оценивается в пределах от 2 до 6% . Подобно другим проблемам, сопровождающимся болью в опорно-двигательном аппарате, от 5 до 15% всех больны, с нарушениями в челюстно-лицевом скелете становятся пациентами с хронической болью. МБДС характеризуется наличием миофасциальной болевой точки («триггерная зона»), которая клинически определяется как гиперчувствительное место в скелетной мышце, при пальпации которого возникает характерная боль, в зависимости от локализации патологического процесса. Растяжение или сдавливание участка жевательной мышцы, с расположенным в ней триггерным пунктом, приводит к боли, распространяющейся на соседние зоны лица и шеи - «болевого паттерн».

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости МБДС, подходы и методы лечения данной патологии.

Задачи. 1. Выявить основную причину и частоту встречаемости данной нозологии.

2. Проанализировать эффективность различных методов лечения МБДС.

Методика исследования. Были использованы данные статистического анализа, взятые из архива РКБ им. Н.И Семашко, Симферопольской клинической больницы скорой

медицинской помощи №6, работы, выполненные Международной ассоциацией по изучению боли, Американской академией по изучению краниомандибулярной дисфункции.

Результаты исследований. В ходе выполнения работы выяснилось, что одними из главных причин заболевания являются аномалии зубных рядов(8%),такие как двухсторонняя стертость жевательных зубов(1%),их кариозные поражения(4%),их утрата(3%).Было установлено, что лечение пресинаптическим нейротоксином (ботулотоксином типа А) более эффективно. Ранжирование баллов боли VAS с использованием теста Wilcoxon до и после инъекции показало значительное снижение боли (медианное изменение -29,5, межквартильный диапазон от -53 до -16, $p < 0,0001$), в сравнении с терапией антидепрессантами, блокадой триггерных точек растворами анестетиков, терапией НПВС.

Выводы. Основываясь на результатах исследования, было установлено ряд факторов, которые могут являться этиологической причиной возникновения МБДС. Механизм развития рассматривают как осложнение длительного напряжения жевательных мышц, без их последующей релаксации, что приводит к формированию триггерного уплотнения в межклеточном матриксе мышцы, которое трансформируется в миогеллоидное уплотнение. При этом контрактованные саркомы уменьшают местную циркуляцию, путем сдавления капиллярного кровоснабжения и, следовательно, вызывают значительную гипоксию в мышце. Дефицит кислорода в миофасциальных триггерных точках составляет менее 5% от нормы. Местная гипоксия связана с высвобождением эндогенных воспалительных веществ, таких как простагландины, брадикинины, серотонин, капсаицин, гистамин и интерлейкины. Активация и сенсibilизация мышечных ноцицепторов приводя к воспалительной гипералгезии, активации высокопороговых ноцицепторов, связанных с С-волоконками, и увеличению производства брадикинина. Кроме того, брадикинин стимулирует высвобождение фактора некроза опухоли (TNF-), который, в свою очередь, активирует продукцию интерлейкинов IL-1, IL-6 и IL-8. При этом IL-8 способен вызывать гипералгезию, которая не зависит от механизмов действия простагландина, что доказывает неэффективность терапии НПВС.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ МИКРОБИОЛОГИИ, ВИРУСОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ

Трофимова Е.П.¹, Хайтович А.Б.²

¹студентка кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии 2-го медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ

²профессор кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии 2-го медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ

sweet-caat@mail.ru

Введение. 10 мая 1918 года начинается история нынешней Медицинской академии им. С. И. Георгиевского ФГОУ «КФУ им. В.И. Вернадского», когда был создан медицинский факультет Таврического Университета. Первым ректором университета (одновременно деканом медицинского факультета) был Гальвиг Р.И. В 1925 г. университет был реорганизован, а 1 апреля 1931 г. состоялось торжественно открытие Крымского медицинститута, состоящего из одного лечебно-профилактического факультета. В этом же году была основана кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии (нынешнее название кафедры).

Целью и задачи исследования является изучение архивных материалов по истории кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии, динамики развития научных достижений, а также анализ вклада профессорско–преподавательского состава в различные

периоды становления и развития кафедры, восстановление поименной хронологии сотрудников и научных работников кафедры.

Материалы и методы. Использован исторический метод исследования. Используются данные архива Крымского медицинского института, Крымского медицинского университета имени С.И. Георгиевского, Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ и литературные источники.

Результаты исследования. На конкурсной основе первым заведующим кафедрой микробиологии становится Щастный Сергей Михайлович - доктор медицинских наук, профессор, который проработал на этой должности с 1931 по 1938 гг. Его основные научные работы были направлены на проблему вакцинации против туберкулеза с помощью вакцины БЦЖ; эпидемиологии, эпизоотологии (течение хронической чумы у крыс) и диагностике чумы; изучению этиологии и патогенеза пищевых отравлений.

С 1938 по 1942 гг. место заведующего кафедрой микробиологии занимает Штибен Владимир Давыдович - доктор медицинских наук, профессор. Научные интересы ученого - изучение изменчивости у бактерий, таксономия и систематика микроорганизмов по итогам этих исследований была издана книга «Определитель бактерий, патогенных для человека».

Одно из самых сложных времен для истории кафедры микробиологии, как и других кафедр медицинского института, явилось время Великой Отечественной Войны. Вуз и кафедра микробиологии в том числе, была эвакуирована в Кызыл-орду (Казахстан). Заведующим кафедрой микробиологии в это время был Сутин Илья Аронович - доктор медицинских наук, профессор, который занимался разработкой вопросов бактериологической и серологической диагностики бруцеллеза и тифов; подготовил и издал «Практическое руководство по микробиологии для студентов-медиков».

После окончания войны и эвакуации Крымский медицинский институт и кафедра микробиологии возвращается в Крым. Должность заведующего занимает Пяткин Кирилл Дмитриевич - доктор медицинских наук, профессор, лауреат Государственной премии. Пяткин К.Д. заведовал кафедрой микробиологии в течение 35 лет с 1945 г. по 1980 г. Под руководством Пяткина К.Д. на кафедре работали: доцент Ботинкова Р. Е., ассистент Шполянская М.И.; ассистент Казакова Л.П.; ассистент Маркова Н.С.; ассистент Мурсалова Н.Н.; ассистент Трофимова Н.Д.; ассистент Добровольская И.М.; ассистент Харченко Г.И., в последующем доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой микробиологии в Ивановском медицинском институте, затем профессор кафедры микробиологии Крымского медицинского института; ассистент Цеюков С.П., в последующем доктор медицинских наук, профессор кафедры микробиологии Крымского медицинского института; аспирант Сапронов Ю.Г., в последующем кандидат наук, доцент, заведующий кафедрой микробиологии Иркутского государственного медицинского института; аспирант Бакулина Э.В., в последующем доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой микробиологии №2 Крымского медицинского института; кандидат медицинских наук, доцент Кривошеин Ю. С., в последующем профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой микробиологии Крымского медицинского института; доцент, кандидат медицинских наук Тышкевич Л. В.; старший преподаватель, кандидат медицинских наук Ачкасова Ю.Н.; старший преподаватель, кандидат медицинских наук Сарачан Т.А.; старший преподаватель Мышак В.И.; ассистент, кандидат медицинских наук Брызгунова Н.И. Основными научными направлениями кафедры были: фундаментальные исследования по генетике бактерий, инфекционной патологии, иммунологии, изучалось влияние физических и химических факторов на микроорганизм. Активно сотрудники кафедры в этот период занимаются подготовкой учебных пособий по микробиологии для студентов медицинских вузов страны, были изданы «Курс лекций», «Учебник по микробиологии» и «Руководство для практических занятий», всего - 27 учебных пособий на русском и иностранных языках.

Заведующим кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии с 1980 г. по 1999 г. становится Кривошеин Юрий Семенович, который закончил Крымский медицинский

институт, аспирантуру в г. Москва, и в 1971 г. вернулся в г. Симферополь, где работал на кафедре микробиологии ассистентом, доцентом, профессором, заведующим кафедрой. Это первый заведующий кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии в Крымском медицинском институте, который был выпускником этого института.

Под руководством Кривошеина Ю.С. работали: профессор, доктор медицинских наук Харченко Г.И.; профессор, доктор медицинских наук Цеюков С.П.; доцент, кандидат медицинских наук Тышкевич Л.В., старший преподаватель, кандидат медицинских наук Ачкасова Ю.Н.; старший преподаватель, кандидат медицинских наук Сарачан Т.А.; ассистент, кандидат медицинских наук Брызгунова Н.И.; ассистент, кандидат медицинских наук Павлова Н.В.; ассистент, кандидат медицинских наук, докторант Логадырь Т.А.; ассистент, доцент, кандидат медицинских наук Шаров Г.И. (бывший заведующий кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии Красноярского медицинского института); старший преподаватель Мышак В.И.

В Центральной научно-исследовательской лаборатории при кафедре работали научные сотрудники: Шатров В.А. (кандидат медицинских наук, в последующем доктор медицинских наук); Попов И.А. (кандидат медицинских наук, в последующем доктор медицинских наук, профессор, ныне проживает за рубежом); Малый К.Д. (кандидат медицинских наук, ныне доцент кафедры биохимии Медицинской академии); Мельниченко Е.Г. (кандидат биологических наук, доцент кафедры биохимии Медицинской академии, ныне проживает за рубежом), Андроновская И.Б. (кандидат биологических наук, в настоящее время доцент кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии Медицинской академии), Федорченко О.А. (кандидат биологических наук); Бержанская Л.Ю. (кандидат биологических наук); Постникова О.Н. (ныне старший преподаватель кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии Медицинской академии); Бояркин В.А. (ныне заведующий информационным отделом Медицинской академии); Бакова А.А.; Кацев А.М. (кандидат химических наук, в настоящее время доктор химических наук, заведующий кафедрой медицинской химии Медицинской Академии); Криворутченко Ю.Л. (кандидат медицинских наук, закончил докторантуру, ныне доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии Медицинской академии).

Основными направлениями научной работы являлись: космическая биотехнология, моноклиальные антитела к вирусным антигенам и аллергенам и создание на их основе диагностических тест-систем и биосенсоров, скрининг новых средств воздействия на микроорганизмы. Получены препараты миромистин, дезинтегрон, моноклональные антитела, которые защищены авторским свидетельством и применяются в практике здравоохранения. Продолжена работа по подготовке и изданию учебных пособий для студентов разных факультетов, изданы «Учебник микробиологии», «Руководство для практических занятий и практикум «Медицинская микробиология».

Заведующим кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии с 1999 г. становится Криворутченко Юрий Леонидович - доктор медицинских наук, профессор, который в 1977 г. окончил Крымский медицинский институт и заведует кафедрой по настоящее время. Под его руководством преподают : Хайтович А.Б. - доктор медицинских наук, профессор; Тышкевич Л.В., кандидат медицинских наук, доцент; Андроновская И.Б., кандидат биологических наук, доцент; Павлова Н.В., кандидат медицинских наук, доцент; Логадырь Т.А., кандидат медицинских наук, доцент; Кирсанова М.А., кандидат биологических наук, доцент; Шейко Е.А., кандидат биологических наук, доцент; Сарачан Т.А., кандидат медицинских наук, старший преподаватель; Мясникова О.Н. старший преподаватель; Постникова О.Н. старший преподаватель; Хайтович А.Г., кандидат медицинских наук, ассистент; Малыгина В. Ю., ассистент; Шевкопляс Л.А., ассистент; Сорока Е.С., ассистент.

На кафедре продолжают научные исследования по изучению антимикробных и иммуномодулирующих свойств новых производных мурамоилдипептида и сапонинов из Крымского плюща, проводится работа по изучению взаимосвязи между колебаниями уровней бактерицидной активности сыворотки крови и возникновением инфекционных осложнений у больных циррозом печени, диабетом и пациентов с хирургической абдоминальной патологией. Продолжаются традиции кафедры по изданию учебников – издан «Учебник микробиологии» на украинском языке.

Выводы. По результатам архивных материалов были выявлены основные направления работы кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии в различные периоды становления и развития кафедры, а также восстановлен поименный список научных работников. Обращает на себя внимание то, что кафедру микробиологии, вирусологии и иммунологии всегда возглавляли доктора наук, профессора, известные специалисты не только на территории СССР, Украины и Российской Федерации, но и в международном сообществе. Научные исследования, проводимые на кафедре, всегда были передовыми и пионерскими в своей области и отражали высокий уровень научных достижений своего времени. Сотрудники кафедры на протяжении истории большое внимание уделяли методической работе и качеству подготовки студентов медицинских вузов страны, издавая учебники и руководства для практических занятий.

История - неотъемлемая часть жизни каждого из людей, и Человек, который не знает своего прошлого, не может с уверенностью двигаться вперед и достигать новых высот в науке и практике медицины, в том числе в изучении вопросов медицинской микробиологии, вирусологии и иммунологии.

ИЗУЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В Г. СИМФЕРОПОЛЕ

Тарасова Е.С.¹, Рябошенко Д.В.¹, Гостищева Е.В.²

¹студентка Медицинской академии КФУ

²к. м. н., доцент кафедры пропедевтики педиатрии Медицинской академии КФУ

ekaterina.tarasova.00@bk.ru

Введение. Физическое развитие ребенка – это динамический процесс изменения морфологических и функциональных показателей: роста, массы тела, окружности головы и грудной клетки. На основании данных, полученных при антропометрии, педиатр может выбрать правильную тактику обследования и клинического поиска причины заболевания у конкретного ребенка.

Цель работы. Оценить параметры физического развития детей первого года жизни, проживающих в г. Симферополе при рождении, в 6 и 12 месяцев.

Материалы и методы. В ходе проводимого исследования были проанализированы амбулаторные карты развития детей, которые проходили диспансеризацию в 2017 году в г. Симферополь. Дети, которые приняли участие в исследовании, соответствовали следующим требованиям:

1. родились доношенными (срок гестации 37 недель гестации, массой не менее 2500 гр).
2. возраст: полные 12 месяцев на момент проведения исследования.
3. группа здоровья: I, II.

Результаты исследований. В исследовании были проанализированы 80 амбулаторных карт детей: 32 девочек (40%) и 48 мальчиков (60%). Средний срок гестации составил 38,9 нед. ± 1,3 недели.

Антропометрические показатели детей при рождении: масса тела $3454,7 \pm 440,5233$ гр., длина тела – $51,15 \pm 2$ см, окружность головы – $34,9 \pm 1,4$ см, окружность грудной клетки – $34,1 \pm 2$ см.

Показатели физического развития новорожденных детей:

- мальчики: масса тела (гр.) – $3498,4 \pm 435,0$, длина тела (см.) – $51,2 \pm 2,1$, окружность головы (см.) – $35,0 \pm 1,5$, окружность грудной клетки (см.) – $34,6 \pm 2$.

- девочки: масса тела (гр.) – $3389,1 \pm 440,5$, длина тела (см.) – $51,1 \pm 1,9$, окружность головы (см.) – $34,6 \pm 1,2$, окружность грудной клетки (см.) – $33,3 \pm 1,7$.

Физическое состояние детей на момент рождения соответствовало среднему гармоничному (показатели детей находятся в пределах 4 – 5 коридоров центильных таблиц).

Нами была отмечена следующая закономерность: разница между окружностью грудной клетки и окружностью головы составляла менее 2 см.

Практически все дети (97,5%) находились на грудном вскармливании в течение $14,1 \pm 3,3$ недели.

Введение первого прикорма происходило в возрасте до 6 месяцев – 72 детей (90%), по инициативе родителей (67,5%). Первой в качестве прикорма вводилась каша (рисовая, овсяная) – 28 детей (35%), овощное пюре (кабачок, цветная капуста) – 26 детей (32,5%), сок (яблочный) – 18 детей (22,5%), фруктовое пюре (яблочное) – 8 детей (10%). В последствии у 6 детей наблюдались аллергические реакции (7,5%).

Во время второго прикорма дети получали: сок (яблочный) – 24 ребенка (30%), фруктовое пюре (яблочное) – 22 (27,5%), каши (гречневая, овсяная) – 18 (22,5%), овощное пюре – 16 (20%).

Параметры детей в 6 мес.:

- мальчики: масса тела (гр.) – $8111,3 \pm 1008,6$, длина тела (см.) – $68,6 \pm 2,8$, окружность головы (см.) – $43,6 \pm 1,6$, окружность грудной клетки (см.) – $43,0 \pm 2,5$.
- девочки: масса тела (гр.) – $7654,4 \pm 697$, длина тела (см.) – $67,9 \pm 2,8$, окружность головы (см.) – $42,3 \pm 1,2$, окружность грудной клетки (см.) – $41,7 \pm 1,8$.

Показатели веса и роста детей находились в пределах 5 и 6 коридоров (значения выше среднего), окружность головы и грудной клетки – 5 – 4 коридоров.

Параметры детей в 1 год:

- мальчики: масса тела (гр.) – $10615 \pm 1331,9$, длина тела (см.) – $76,7 \pm 2,7$, окружность головы (см.) – $45,8 \pm 1,7$, окружность грудной клетки (см.) – $45,2 \pm 2,8$.
- девочки: масса тела (гр.) – $10050 \pm 1093,7$, длина тела (см.) – $76,1 \pm 2,5$, окружность головы (см.) – $44,7 \pm 1,5$, окружность грудной клетки (см.) – $44,9 \pm 3$.

Физическое развитие детей в 12 мес. имело признаки дисгармонического развития: показатели веса и роста находились в 5–6 коридорах (выше среднего), показатели окружности головы – в 4 (средние значения), окружности груди во 2 (низкие значения).

Выводы. В ходе проведенного исследования нами было установлено, что показатели массы и длины тела детей находились в пределах средних значений, однако, в целом физическое развитие детей первого года жизни, проживающих в г. Симферополе, может быть охарактеризовано как дисгармоничное.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ

Шомин А.В.,

Студент лечебного факультета, 438 «Б» группа,

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Северо-Западный государственный медицинский университет имени

И.И.Мечникова" Министерства здравоохранения

Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

Руководитель темы: к.м.н., ассистент Семенова Е. А.

survivorstar9@mail.ru

Введение. Синдром раздраженного кишечника (СРК) – это рецидивирующее функциональное расстройство, для которого характерен неспецифический симптомокомплекс и отсутствие каких-либо органических изменений. В настоящее время ведущим фактором патогенеза заболевания является психоэмоциональное перенапряжение. Для пациентов с СРК, согласно Римским критериям IV, характерно хроническое рецидивирующее течение, наличие абдоминальной боли, связанной с дефекацией, не менее 1 раза в неделю, нарушение стула по типу диареи или запора. Больных с СРК насчитывается от 13% до 44% среди населения, причем достичь стойкого положительного результата от лечения получается не более чем в 30% случаев. Данное заболевание имеет большую социальную значимость, обусловленную влиянием на душевное состояние больного, его работоспособность и взаимодействие с обществом, коллективом, семьей.

Цель. Оценить выраженность клинической симптоматики пациентов с СРК разных форм (с преобладанием обстипации, с преобладанием диареи или смешанная форма) и их субъективное восприятие качества жизни по разным аспектам.

Материалы и методы. В исследовании принимало участие 15 пациентов с установленным диагнозом СРК, установленным в соответствии с Римскими критериями IV. Из них 2 мужчин (13,3%) и 13 женщин (86,7%) в возрасте от 28 до 72 лет. Средний возраст больных составил $50,8 \pm 16,2$ лет. Для оценки выраженности клинической симптоматики заболевания был использован опросник «7 x 7» (7 симптомов за 7 дней). Для оценки восприятия качества жизни пациентов был использован адаптированный опросник IBS-QOL, состоящий из 33 утверждений, отражающих качество жизни на данный момент времени. Оценка проводилась как по общему количеству набранных баллов, так и по каждой из 8 подшкал – дисфория, помеха для активности, отношение к своему телу, обеспокоенность за здоровье, ограничения в еде, социальные реакции, сексуальность, взаимоотношения с другими людьми. Полученные данные были обработаны в программе Excel-2010.

Результаты. По данным опросника «7 x 7» средний балл составил 15,07, что соответствует умеренно выраженному расстройству кишечника, выявленному у 8 пациентов (53,4%). Также у 5 пациентов (33,3%) имело место легкое, а у 2 пациентов (13,3%) – выраженное расстройство. Для всех анкетизируемых были характерны симптомы: вздутие живота, боль в животе, связанная с актом дефекации, и нарушение консистенции и/или частоты стула. По результатам опросника IBS-QOL более половины баллов (82,5) набрало 8 пациентов (53,4%), что говорит о высоком уровне обеспокоенности за свое здоровье и о низком качестве жизни. При детальном анализе выявлено, что у 5 пациентов (33,3%) определялся низкий уровень дискомфорта, обусловленного заболеванием (40-60 баллов); у 2 пациентов (13,3%) – средний уровень (61-80 баллов); у 4 пациентов (26,7%) – выраженный уровень дискомфорта (81-100 баллов); у 3 пациентов (20%) – высокий уровень (101-120 баллов); у 1 пациента (6,7%) – крайне высокий уровень дискомфорта (121-140 баллов).

Причем максимально возможный балл согласно опроснику - 165, максимальный набранный балл – 128, а минимальный набранный балл – 46 (средний балл – 79,26).

Выводы. По результатам проведенного исследования в 93,3% случаев выявлена прямая связь между степенью клинических проявлений СРК у пациентов и их восприятием качества жизни. Таким образом, обследованные с выраженной симптоматикой были больше обеспокоены состоянием своего здоровья и характеризовались низким качеством жизни.

МИКРОБИОМ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Воеводкина А.Ю.¹, Хайтович А.Б.²

¹студентка кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии 2-го медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ

²профессор кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии 2-го медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ

alina.voevodkina@mail.ru

Введение. Микробиом представляет собой совокупность множества разнообразных генов микробиоты, населяющей различные экологические ниши организма. Совместная жизнь человеческого организма с бактериями оказывает существенное влияние на состояние здоровья. Выделено пять основных мест человеческого организма: кожные покровы, ротовая полость, дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) и мочеполовая система, обильно заселяемые различными микроорганизмами, в основном бактериями.

Цель и задачи исследования. Целью исследования было изучение влияния микробиома на морфофункциональное состояние организма человека. В задачу входило выявление общих закономерностей взаимодействия микробиома и организма хозяина; определение степени воздействия разных микробов на морфофункциональное состояние макроорганизма; оценка влияния микробиома на патогенез различных заболеваний.

Материалы и методы. Анализ научной литературы проводился по отечественным и зарубежным интернет-ресурсам научных публикаций за последние 10 лет. Использован теоретический метод - синтез, анализ и обобщение научных публикаций, посвященных роли микроорганизмов и их влиянию на организм человека.

Результаты исследования. Клинические исследования помогают устанавливать связи между состоянием макроорганизма и наличием или обилием определенных таксонов, занимающих конкретную экологическую нишу организма. Установлено, что некоторые ферменты и витамины, являющиеся важными для нормальной жизнедеятельности, синтезируются микроорганизмами. Недавно проведенные исследования указывают на влияние кишечного микробиома на функционирование иммунной системы хозяина.

Нарушение сбалансированного состава кишечного микробиома может вызвать хроническое воспаление кишечника – синдром раздраженной кишки (СРК) и воспалительное заболевание кишечника (ВЗК). У пациентов с СРК наблюдается сокращение бактерий рода *Clostridium* и *Lactobacteria*. При ВЗК дисбактериоз может привести к изменению иммунитета слизистой оболочки, что может улучшить или ухудшить состояние пациента. Продукты и метаболиты микробиоты кишечника – короткоцепочечные жирные кислоты (КЖК), оказывают сильное противовоспалительное действие на ВЗК в эксперименте. Установлено, что бифидобактерии, лактобактерии и бактероиды являются основными компонентами пробиотиков, которые нормализуют микробиомы.

Кишечник получает регуляторные сигналы от центральной нервной системы (ЦНС) и наоборот, поэтому возник термин «кишечно-мозговая ось (КМО)», который включает в себя афферентные и эфферентные нервные, эндокринные, иммунологические и пищевые связи между ЖКТ и ЦНС. КМО работает через центральную регуляцию сытости. Изменение

структуры рациона питания и контроль потребления пищи со стороны ЦНС влияют на доступность питательных веществ кишечной микробиоты и её состав. Сигнальные пептиды насыщения – это ключевые молекулярные посредники управления оси. Высвобождение сигнальных молекул, цитокинов и противовоспалительных пептидов в просвет кишечника происходит с помощью нейронов, энтероэндокринных и иммунных клеток, клеток Панета, которые находятся в прямой или косвенной связи с ЦНС и влияют на кишечную флору. Стресс вызывает изменение микробиоты, что влечет за собой появление дефектов эпителиального барьера и последующую активацию тучных клеток слизистых оболочек.

В физиологическом плане существует связь между микробиомом кишечника и функционированием нервной системы. Прямое взаимодействие между кишечными нейронами и микробиомом происходит через toll-подобные рецепторы (tlr). Так рецепторы tlr2 могут связываться с липопroteинами грамположительных и грамотрицательных бактерий; пептидогликаном и липотейхоевыми кислотами грамположительных бактерий; зимозаном грибов. Взаимодействие tlr с патогенными микробами индуцирует выработку противовоспалительных цитокинов.

Многие исследования подчеркивают важность микробиома при развитии различных заболеваний ЦНС, которые можно классифицировать по основным причинам: на иммунно-опосредованные (аутоиммунные заболевания, в частности рассеянный склероз (РС) и синдром Гийена-Барре (СГБ)) и неиммунно-опосредованные (нейропсихиатрические заболевания, такие как аутизм, депрессия и стресс). Проведенные исследования разных научных групп показали, что при РС особое значение имеют специфические бактерии кишечного микробиома, изменения которого способствует развитию и патогенезу РС. У больных РС увеличено количество *Akkermansia muciniphila* (с 3-5% в норме до 6-14% при заболевании) и *Acinetobacter calcoaceticus* (с 9-17% в норме до 28-49%), а количество бактерии *Parabacteroides distasonis* было снижено (с 30% в норме до 2-2,9% при развитии заболевания). В качестве триггеров для СГБ были предложены бактериальные и вирусные инфекции: гемофильная и микоплазменная пневмония, вирус Эпштейна-Барр и кампилобактериальный энтерит (КЭ). В исследованиях выявлено, что у пациентов с КЭ диагностировали СГБ. Показана связь между микробиомом кишечника и расстройствами аутистического спектра (РАС) в прямой причинно-следственной связи или косвенной, как следствие атипичного питания. Нарушение микробиоты кишечника способствует чрезмерной колонизации нейротоксина, который продуцируется бактериями, что приводит к формированию и проявлению симптомов аутизма. Клинические исследования показали, что дисбаланс рода *Bacteroides* и типа *Firmicutes* проявляются у детей с РАС. Бактерии родов *Lactobacillus* и *Bifidobacterium* являются сильными антидепрессантами, которые регулируют продукцию противовоспалительных цитокинов, нейромедиаторов и метаболизм триптофана.

Исследования показали, что кишечный микробиом может контролировать гены клеток человеческого организма. Бактерии могут изменять местоположение основных маркеров во всем геноме макроорганизма, что помогает бороться с инфекционными заболеваниями и предупреждать онкологические процессы. КЖК повышают уровень кротонилирования – изменение экспрессии генов, дезактивируя белок HDAC2. Высокое содержание этого белка связывают с риском развития колоректального рака. Микробиом оказывает влияние не только на физиологическое здоровье пищеварительной системы, но и на иммунный ответ организма при острых инфекционных заболеваниях дыхательной системы. Определены типы бактерий, отвечающие за продукцию метаболита – desaminotyrosine (DAT), который способствует активной выработке интерферона, что препятствует размножению вируса.

Особую роль в поддержании нормального состояния людей играет *Staphylococcus epidermidis*, обладающие селективной способностью к подавлению роста некоторых видов раковых клеток, которое продуцирует химическое вещество 6-N-hydroxyaminopurine (6-НАР), способное остановить деление раковых клеток и развитие опухолей кожи, вызванные ультрафиолетовым излучением.

Выводы. Исследователи в последние десятилетие обратили внимание, что бактерии не только оказывают влияние на пищеварение и ЖКТ, но и на состояние и уровень здоровья у людей. Наука о микробиоме позволяет на современном уровне знаний изучать биологические процессы, состав метаболитов и функционирование организма, как в норме, так и при патологии. С помощью микробиома можно управлять генами человека, защищать организм хозяина от острых респираторных заболеваний и некоторых онкологических процессов. Кроме того, изменения в микробиоме организма человека могут способствовать появлению аутоиммунных и других заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ВНУТРИУТРОБНОГО СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Ляшенко Е.Н.¹, Салимова З.Ш.², Аблятипова Э.А.³

¹Кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 Медицинской академии КФУ

^{2,3} Студенты кафедры акушерства и гинекологии № 2 Медицинской академии КФУ
helen.lyashen@mail.ru

Введение. Дефицит железа – самая распространённая причина анемий у беременных. По данным ВОЗ на 2017 г. доказано, что более 60% всех случаев анемий во время беременности связаны именно с недостатком железа. В этот период требуется дополнительное железо для развития плода, плаценты и увеличенного объёма крови матери. Потребность в железе возрастает к третьему триместру беременности. Это и объясняет наиболее частое возникновение анемии именно в этом периоде. Вопросы влияния железодефицитной анемии на плод и на исходы беременности в целом весьма актуальны.

Цель. Изучить особенности течения беременности, внутриутробного состояния плода, а также состояния новорожденных у женщин с железодефицитной анемией.

Задачи:

1. Проанализировать научную литературу по вопросам железодефицитных состояний у беременных женщин;
2. Определить последствия железодефицитных состояний.

Материалы и методы. Клиническому анализу подвергнуты 30 обменных карт и историй родов у женщин с железодефицитной анемией в клиническом родильном доме № 2 г. Симферополя. Из них лёгкая степень анемии наблюдается у 27% (8 женщин) (1 группа), средняя – у 57% (17 женщин) (2 группа), тяжёлая – у 16% (5 женщин) (3 группа). Группу сравнения составили 10 соматически здоровых женщин с физиологическим течением беременности. Диагноз железодефицитной анемии установлен по показателям содержания гемоглобина, количества эритроцитов, цветового показателя, гематокрита, сывороточного железа, содержания ферритина и трансферрина.

Результаты исследований. У женщин с анемией беременность сопровождалась разными осложнениями, причём у большинства беременных наблюдалось несколько осложнений одновременно.

В 24% случаев (7 женщин) отмечалась рвота различной степени. У 47% (14 женщин) из всех исследуемых имела место угроза прерывания беременности, что на фоне анемии можно связать с повышением сократительной способности миометрия под воздействием гипоксии. Причём в 32% случаев (9 женщин) гипоксия привела к нарушению фетоплацентарного комплекса, что проявилось хронической плацентарной недостаточностью и задержкой внутриутробного развития плода. Многоводие составило 19% случаев (6 женщин).

Маловодие встречалось достаточно редко – 10% (3 женщины). У 20% (6 женщин) беременных из второй группы был диагностирован синдром задержки развития плода легкой степени и у 37% (11 женщин) – синдром задержки развития плода средней степени тяжести, при котором задержка диаметра грудной клетки и живота проявлялась с 34 недель гестации. У третьей группы беременных синдром задержки развития плода лёгкой степени отмечено у 3% (1 женщина), синдром задержки развития плода средней степени – у 13% (4 женщины).

Средняя оценка биофизического профиля плода у контрольной группы беременных составила 10-7 баллов, у второй группы – 6-5 баллов и в третьей группе биофизический профиль плода составил 4 балла и меньше, что свидетельствовало о риске рождения детей в состоянии тяжёлой асфиксии.

В удовлетворительном состоянии по шкале Апгар (10-7 баллов) родилось 20 новорожденных (65%), в состоянии асфиксии средней степени тяжести (6-5 баллов) – 7(24%), в состоянии тяжёлой асфиксии (4 балла и меньше) – 3 (11%).

В 72% случаев (21 беременная) у новорожденных отмечались проявления вегетативной дисфункции, которые были представлены нарушениями микроциркуляции и периферической гемодинамики, а именно изменение цвета кожи, характера дермографизма, «мраморность» рисунка кожи, акроцианоз, охлаждение дистальных отделов конечностей.

Выводы.

1. Анемия неблагоприятно влияет на внутриутробное состояние плода, что проявляется изменениями показателей биофизического профиля плода и гемодинамическими нарушениями у новорожденных.
2. Результаты нашего исследования подтверждают данные о том, что организм ребёнка реагирует на воздействующие факторы в соответствии со своими возможностями, определяемыми особенностями внутриутробного развития. В большей степени изменения связаны с внутриутробной гипоксией, обусловленной анемией. Это закладывает основу для соматических нарушений при отсутствии соответствующих корригирующих мероприятий.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОВ С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Сухарева Г.Э.¹, Гаффарова А.С.²

¹профессор кафедры педиатрии с курсом детских инфекционных болезней

²студент кафедры педиатрии с курсом детских инфекционных болезней

Медицинской академии КФУ

suchareva@mail.ru

Введение. Электрокардиостимуляция играет важную роль в коррекции тяжелых нарушений ритма и проводимости сердца. В последние годы отмечается более частое проведение операций по поводу установки электрокардиостимуляторов (ЭКС), что связано с расширением их диагностических и лечебных функций. Имеются данные, что за 2014 г. в Российской Федерации было установлено около 215 стимуляторов на 1 млн человек. Существуют некоторые особенности имплантации ЭКС у детей в связи с тем, что необходимы еще более компактные устройства с функцией частотной адаптации и высокой частотой базового пульса. В большинстве случаев имплантация ЭКС производится с целью предотвращения внезапной сердечной смерти (ВСС) и/или улучшения качества жизни. Для каждого пациента требуется индивидуальный подход с учетом возможных осложнений, соотношения риска и пользы. Важным моментом при положительном решении об установке ЭКС также является время выполнения операции и выбор режима стимуляции. В связи с

большим многообразием нарушений ритма у детей, коррегируемых ЭКС, на данный момент ни одна система не является универсальной. В 2013 году Европейским кардиологическим обществом сформулированы и утверждены абсолютные и относительные показания к имплантации ЭКС. К абсолютным показаниям к имплантации ЭКС относят синкопальные и пресинкопальные состояния, развивающиеся на фоне брадикардии, поскольку они расцениваются как предвестники ВСС. Среди показаний к установке ЭКС выделяют плохую переносимость физических нагрузок и застойную сердечную недостаточность, поскольку данные факторы значительно снижают качество жизни ребенка. Ряд показаний к имплантации ЭКС основываются не на клинических проявлениях, а на показателях частоты и ритма сердца. В частности, ЭКС проводят пациентам с врожденной поперечной блокадой. При снижении частоты желудочковых сокращений ниже 55 ударов в мин (уд./мин) в неонатальном периоде рекомендована постоянная электрокардиостимуляция. Приобретенные атриовентрикулярные блокады (АВ-блокады) могут развиваться вследствие миокардитов, опухолей (мезотелиома атриовентрикулярного узла), травм. Иногда АВ-блокада является осложнением кардиохирургической коррекции врожденных пороков сердца (ВПС). Для детей старшего возраста показанием к имплантации ЭКС является брадикардия ниже 40 уд./мин в покое или при физической нагрузке, ниже 30 уд./мин во время сна, наличие пауз более 3 с при холтеровском мониторировании, паузы на фоне редкого желудочкового ритма и альтернация морфологии QRS.

Цель исследования: ознакомить педиатров и детских кардиологов с нашим опытом наблюдения за детьми с имплантированными ЭКС, проживающими в Республике Крым.

Методика исследования. Под нашим наблюдением в кардиологическом отделении ГБУЗ РК «РДКБ» находились 10 детей (2 мальчика и 8 девочек) в возрасте от 1 года до 16 лет с имплантированными ЭКС. Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование в соответствии со стандартами: рентгенографическое исследование грудной клетки, электрокардиография (ЭКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ и доплеровская эхокардиография. Дети были прооперированы в ФГБНУ «НЦССХ им Н.А. Бакулева» в 2008-2017 гг. Катамнез составил от 6 месяцев до 10 лет.

Результаты исследования. Показанием к имплантации ЭКС была полная АВ-блокада, из них 4 детей в сочетании с ВПС. У этих детей АВ-блокада развилась в раннем послеоперационном периоде и/или интраоперационно. У 7 детей АВ блокада была врожденной, из них – у 2 детей диагностирована пренатально. Клинически АВ-блокада проявлялась выраженной брадикардией (менее 40 уд./мин), в трех случаях отмечались синкопальные состояния. При отдаленном катамнезе состояние всех детей удовлетворительное, контроль за функцией ЭКС осуществляется регулярно. У одного ребенка после физической нагрузки произошла дислокация электрода, которая была устранена хирургическим путем.

Выводы. В детском возрасте имплантация ЭКС не является редким явлением, о чем свидетельствуют представленные нами данные. Наиболее часто ЭКС в наших наблюдениях имплантировали по поводу врожденной АВ-блокады.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

Третьякова О.С.¹, Гаффарова А.С.²

¹заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения

²студент кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Медицинской академии КФУ

olga-tretiakova@yandex.ua

Введение. Материнская смертность (МС) является статистическим индикатором состояния репродуктивного и соматического здоровья женского населения. Несмотря на то, что на долю материнской смертности в общей популяции приходится тысячные процентов, в общественном здравоохранении проблеме МС уделяется особое место. Это связано с тем, что данный показатель отражает не только адекватность и качество предоставления акушерско-гинекологической помощи в urgentных ситуациях, но и позволяет оценить эффективность функционирования системы здравоохранения на региональном, государственном и мировом уровнях. ЮНИСЕФ за период с 1990 по 2015 гг. была сформулирована стратегия по снижению МС, в результате реализации которой МС во всем мире сократилась почти вдвое (-44%; с 385 до 216 случаев МС на 100 тыс. родившихся живыми), а в Европе, наиболее социально и экономически развитом континенте, уменьшилась на 58% (до 13 на 100 тыс. живорожденных). За аналогичный период в Российской Федерации (РФ) коэффициент МС снизился приблизительно в 5 раз с 47,7 до 10,1 на 100 тыс. род. жив.

Цель и задачи исследования. Провести сравнительный анализ динамики МС в РФ и Республике Крым (РК) за 2000-2017 гг. и ее структуры.

Методика исследования. Ретроспективный анализ МС в РФ и РК проводился с использованием данных Федеральной службы государственной статистики за 2000-2017 гг. и материалов итоговых коллегий Министерства здравоохранения (МЗ) Автономной Республики Крым (до марта 2014 г.) и МЗ РК (после марта 2014 г.). Статистическая обработка производилась с помощью пакета MedStat.

Результаты исследования. С 2000 по 2004 гг. в РФ отмечалось снижение МС более чем на треть (с 37,7 до 23,4 на 100 тыс. живорожд.), но уже в 2005 г. коэффициент МС был выше по сравнению с показателем предыдущего года, при этом в структуре МС возросла роль экстрагенитальной патологии (ЭГП), которая с 2005 г. стала занимать доминирующую позицию. В РК, как и в РФ, отмечалось стойкое снижение коэффициента МС (-58%, с 52,8 до 22,2 на 100 тыс. род. жив.). В структуре МС лидировали кровотечения (25%), а ЭГП занимала лишь 3-ю позицию (15,6%). В РФ в 2006-2008 гг. сохранялась тенденция к снижению коэффициента с достижением показателя 20,7 на 100 тыс. род. жив. В 2006 г. в РК коэффициент МС резко повысился (до 29,9 на 100 тыс. живорожд.), что связано с увеличением случаев послеродовых геморрагических осложнений. Уже в 2007 г. показатель снизился на 38% (18,5 на 100 тыс. род. жив.) и ведущую роль в структуре причин МС стала занимать ЭГП (50%). В 2008 г. отмечалось повторное увеличение показателя на 19,5%. В 2009 г. ситуация в РК улучшилась, и МС снизилась почти вдвое (12,8 на 100 тыс. живорожд.), в то время как в РФ показатель несколько превысил значения предыдущего года (22 на 100 тыс. род. жив.). Структура МС в РК и в РФ была схожей: преобладали ЭГП, гестозы и кровотечения, при этом, стоит отметить, что в РФ зарегистрирован более значительный вклад ЭГП (42,8%) в сравнении с РК (33,3%). В 2010 г. показатель МС в РФ сократился на четверть (16,5 на 100 тыс. живорожд.), но в следующем 2011 г. темпы снижения коэффициента МС замедлились (16,2 на 100 тыс. род. жив.). В РК за аналогичный период регистрировался негативный тренд – в 2010 г. показатель МС повысился на четверть (до 17,2 на 100 тыс. живорожд.), а в 2011 г. – почти вдвое (34,2 на 100 тыс. род. жив.). В

причинной структуре МС 1-е место заняли тромбозомболические осложнения. Таким образом, уровень МС в РФ в этот период был ниже, чем в РК на 52,6%. В 2012 г. МС в РФ уменьшилась на треть с сохранением тенденции к снижению коэффициента в последующие годы и достижением в 2017 г. минимальных показателей МС за весь исследуемый период (7,3 на 100 тыс. живорожд.). С 2012 г. в РК зафиксировано значительное улучшение ситуации: МС уменьшилась до 16,2 на 100 тыс. живорожд., в структуре МС лидировали септические осложнения. В 2014 г. коэффициент МС в РК был самым низким за последние 17 лет (4,1 на тыс. род. жив.). Однако уже спустя 2 года показатель МС увеличился в 3 раза, а в 2017 г. он оказался максимальным за предшествующие 5 лет (19,1 на 100 тыс. живорожд.): показатель МС в РК был выше такового в РФ практически на 60%. В структуре МС в РК на 1-е место вышли ЭГП и септические осложнения.

Выводы. Таким образом, в РФ, как и во всем мире, за исследуемый период (2000-2017 гг.) прослеживался тренд к снижению МС, что связано с улучшением качества и доступности оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам. МС в РФ в целом за 2000-2017 гг. сократилась в 5,4 раз (-81,6%), в то время как в РК она снизилась в 2,8 раз (-63,8%), при этом динамика коэффициента МС в Крыму носила разнонаправленный характер. Несмотря на наблюдаемые с 2006 г. различия в динамике коэффициента МС в РФ и РК, структура МС сходная: ведущими причинами МС за исследуемый период являлись ЭГП, гестозы и геморрагические осложнения. Сепсис в структуре МС в РФ практически не фигурировал, в то время как в РК септические осложнения периодически выходили на лидирующую позицию, что требует принятия управленческих решений, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи соответствующему контингенту женщин РК с целью снижения МС.

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ И ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЧНОСТИ У ДОНОРОВ И ЛИЦ, НЕ ИМЕЮЩИХ ОПЫТ В ДОНАЦИИ В СВЯЗИ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ

Слюсаренко А.А.¹, Ульянова Е.А.²

^{1,2}студенты кафедры физиологии нормальной

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»

кафедра физиологии нормальной

научный руководитель: к.м.н., доцент Залата О.А.

anna.slyusarenko.98@mail.ru

Введение. В современных условиях одной из важных задач, стоящих перед трансфузиологической службой, является поиск направлений реформирования существующей системы донорства и путей привлечения новых донорских кадров (Совершенствование агитации донорства крови и ее компонентов с учетом психологических особенностей доноров крови. Лаврова В.А., 2009). В связи с этим значительный интерес представляет изучение психоэмоционального состояния современного донора и лиц, не имеющих опыта донации, определение их мотивационных и индивидуально-типологических характеристик, которые могли бы быть использованы для привлечения к донорству более широкого круга взрослого населения.

Целью исследования была оценка и анализ социально значимых характеристик (критерии смысложизненной ориентации, эмпатия) и индивидуально-типологических характеристик личности (экстраверсия-интраверсия, психотизм, нейротизм) у доноров и лиц, не имеющих опыта донации в связи с разным уровнем тревожности.

Задачи:

1. Путем психологического тестирования определить уровни личностной и ситуационной тревожности в группах доноров и лиц, не имеющих опыта донации.
2. Оценить социально значимые характеристики и индивидуально-типологические характеристики личности в группах доноров и лиц, не имеющих опыта донации с разным уровнем тревожности.
3. Посредством корреляционного анализа установить степень обусловленности социально значимых и индивидуально-типологических характеристик личности доноров и лиц без опыта донации с разным уровнем тревожности.

Материалы и методы. С соблюдением биоэтических принципов протестированы 50 доноров обоего пола ($27,63 \pm 1,26$ лет) и 30 человек, не имеющих опыта донации ($32,40 \pm 2,45$ лет), жителей Республики Крым. Для оценки личностной (ЛТ) и ситуационной тревожности (СТ) до сдачи крови у доноров и у лиц, не имеющих опыта донации применяли тест-опросник Ч. Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI, 1964), который был адаптирован Ю. Ханиным в 1976 году, считая до 30 баллов уровень тревожности низким, 31-45 – умеренным уровнем, а 46 и более – высоким уровнем тревожности. Индивидуально-типологические характеристики личности (уровень экстраверсии-интроверсии, нейротизма, психотизма, искренности) получили с помощью методики Айзенка (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ). Данный опросник (1968 г.) является результатом дальнейшей исследовательской работы Ганса и Сибиллы Айзенк. К двумерной структуре предыдущих опросников был добавлен третий фактор «психотизм», высокие значения которого могут свидетельствовать о затруднении в социальной адаптации индивида. Уровень эмпатии тестируемых устанавливали посредством шкалы эмоционального отклика по А. Меграмяну и Н. Эпштейну (Balanced Emotional Empathy Scale, BEES). Оценку критериев смыслов жизненной ориентации (СЖО) выполнили с помощью теста СЖО Д.А. Леонтьева, анализируя как интегральное значение СЖО, так и величины 6-ти шкал теста. Обработку данных осуществляли с помощью методов непараметрической статистики, анализируя значения медиан (Me), перцентилей (p25/p75), критерия Манна-Уитни (U), коэффициентов корреляции Спирмена (r), программа Statistica 8,0.

Результаты исследований. Для достижения цели исследования всех респондентов в группе доноры (1) и в группе лиц без опыта донации (2) разделили на подгруппы в зависимости от уровня тревожности ЛТ и СТ: умеренный уровень 1-А; высокий уровень 1-В; 2-А, 2-В, соответственно. Сравнительный анализ данных по индивидуально-типологическим и социально значимым характеристикам групп с разным уровнем тревожности представлен в таблице 1.

Таблица 1

Индивидуально-типологические и социально значимые характеристики доноров и лиц, не имеющих опыт донации с разным уровнем тревожности

Респонденты	СТ	ЛТ	СЖО	Эмпатия	Психотизм	Экстраверсия/ интроверсия	Нейротизм
1-А n=21	36 33/40	35 33/43	100 89/108	75 64/77	5 4/7	15 13/17	9 4/12
1-В n=8	40 32/47	49 47/50	93 87/103	67 61/81	6 3/9	15 9/17	14 8/15
U-критерий	↑	p=0,0001	↓	↓	↑	=	p=0,001
2-А n=12	35 33/38	35 32/41	110 104/ 120	70 68/74	5 4/6	18 14/19	10,5 6/13
2-В n=15	46 41/53	51 48/56	88 83/ 105	65 48/79	6 4/7	13 11/16	18,5 ** 13/20
U-критерий	p=0,0001	p=0,0001	p=0,005	↓	↑	p=0,02	p=0,0003

Примечание: ↑ - характеристика выражена более между респондентами подгруппы с умеренным/высоким уровнем тревожности; ↓ - характеристика выражена менее между респондентами подгруппы с умеренным/высоким уровнем тревожности; ** - $p=0,002$ в группах с разным опытом донации.

У респондентов с высоким уровнем тревожности, не зависимо от опыта донации (1-В и 2-В подгруппы), уровень нейротизма был достоверно выше, как внутри одной группы, так и между ними. Однако достоверных отличий по социально значимым и индивидуально-типологическим характеристикам личности было больше в группе лиц без опыта донации (2-А/2-В): у более тревожных субъектов критерий СЖО и уровень экстраверсии/интраверсии были выражены меньше ($0,02 < p < 0,005$). Известно, что тревога дезорганизует, может неблагоприятным образом повлиять даже на мотивацию гуманного регистра, на желание принимать участие в повторных донациях. В исследовании В. Ditto с соавторами показана достоверная взаимосвязь между повышенной тревожностью перед процедурой донации, вазовагальными расстройствами и низкой частотой повторных кровосдач (Ditto В. et al., 2006). В нашей работе с помощью корреляционного анализа выявили особенности в обусловленности социально значимых и типологических характеристик личности доноров и лиц без опыта донации с разным уровнем тревожности. Так, у лиц с высоким уровнем тревожности, независимо от опыта донации, ЛТ была тесно взаимосвязана с критерием СЖО (1-В: $r=-0,77$; $p=0,02$; 2-В: $r=-0,53$; $p=0,03$). У доноров с умеренным уровнем тревожности уровень СТ коррелировал со значением экстраверсии ($r=0,46$; $p=0,03$). Взаимосвязь ЛТ со значением экстраверсии в группе лиц без опыта донации была на уровне тенденции ($r=-0,52$; $p=0,07$).

Выводы. Установили, что у субъектов с более высоким уровнем тревожности, не зависимо от опыта донации, уровень нейротизма был достоверно выше, а уровень их личностной тревожности был обратно взаимосвязан с критерием смысло-жизненной ориентации. Так как в процедуре добровольной сдачи крови психотравмирующим может стать этап, предшествующий донации, поиск резерва для доноров следует выполнять с учетом психоэмоционального состояния кандидатов и особенно уровня их личностной тревожности и нейротизма.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ РАЗНОГО ПОЛА С ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ИХ АГРЕССИВНОСТИ И ВРАЖДЕБНОСТИ

Каната С.Р.¹, Абединова А.Л.²

^{1,2}студенты кафедры физиологии нормальной

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»

кафедра физиологии нормальной

научный руководитель: к.м.н., доцент Залата О.А.

selime3110@gmail.com

Введение. Изучение психофизиологических особенностей и психологических характеристик личности студентов-медиков очень важны во время учебы в вузе, так как этот период является этапом активного становления личности и поиска индивидуального стиля поведения. Стратегия поведения в будущей профессиональной деятельности во многом определяется такими личностными характеристиками как агрессивность и враждебность.

Цель. Оценить функциональные показатели автономной нервной и сердечно-сосудистой систем студентов-медиков разного пола и установить взаимосвязь этих показателей с уровнем их агрессивности и враждебности.

Задачи:

1. С помощью индексов Кердо и Старра оценить функциональное состояние автономной нервной и сердечно-сосудистой систем студентов-медиков разного пола.
2. Путем психологического тестирования определить уровни агрессивности и враждебности студентов-медиков разного пола. Оценить временные затраты на различные виды вне учебной деятельности студентов.
3. Посредством корреляционного анализа установить зависимость функциональных показателей автономной нервной и сердечно-сосудистой систем студентов-медиков с характеристиками их агрессивности и враждебности студентов-медиков разного пола.

Материалы и методы. Были протестированы 60 студентов обоего пола (35 девушек, 25 юношей), второго курса ($19,48 \pm 0,28$ лет). Все участники были предупреждены о цели и задачах эксперимента, подписали лист информационного согласия об обработке и возможности публикации полученных результатов. Анализ функционального состояния автономной нервной системы (АНС) выполнили с помощью вегетативного индекса Кердо (ВИК), а сердечно-сосудистой (ССС) - индекса Старра. Для расчёта индексов регистрировали основные параметры гемодинамики в покое: систолическое артериальное давление (САД, мм.рт.ст.), диастолическое артериальное давление (ДАД, мм.рт.ст.), пульс (удары в минуту). Для определения уровней агрессивности и враждебности использовали методику Басса-Дарки (ВДН). Поскольку исследуемые показатели не соответствовали нормальному закону распределения, для анализа использовали медианы (Me) и величины интерквартильного размаха (p25%; p75%). Отличия между групповыми показателями определяли с помощью критерия Манна-Уитни при этом статистически достоверным принимали уровень различий при $p < 0,05$ (программа «Statistica» 8.0).

Результаты исследований. Функциональное состояние ССС как девушек, так и юношей соответствовало возрастной норме. Юноши: САД (120; 110/120 мм.рт.ст.); ДАД (70; 70/80 мм.рт.ст.); пульс (76; 73/80 ударов в мин.). Девушки: САД (110; 110/120 мм.рт.ст.); ДАД (70; 65/75 мм.рт.ст.); пульс (73; 70/76 ударов в мин.). Достоверно лучшим у лиц женского пола был индекс Старра ($p=0,0006$), но ниже значения САД ($p=0,03$). Отличий по ВИК не выявили, а его медианы свидетельствовали о преобладании у студентов на момент тестирования парасимпатических влияний (юноши – 4,1; девушки – 4,4). Отличительной особенностью у девушек были значения p25 ВИК (-4,4), которые означали преобладание повышенного тонуса симпатической системы у части когорты. Оценка результатов тестирования по методике Басса-Дарки показала, что значения медиан основных индексов были в рекомендуемых границах: индекс агрессивности Me – 16,5 (p25=14,0; p75=18,0) балла; Me индекса враждебности – 9,0 (p25=8,0; p75=11,0) балла. При этом отметим, что 75-е перцентили индексов выходили за границы условной нормы. Достоверных отличий характеристик агрессивности и враждебности в группах по полу обнаружено не было.

Результаты корреляционного анализа показали бóльшую зависимость функциональных показателей АНС и ССС (8 корреляций), затрат времени на подготовку к учебе и работе за компьютером (4 корреляции) от характеристик агрессивности и враждебности в группе девушек (рис. 1). Связи были слабыми и средними по силе, но достоверными ($p < 0,05$). У юношей взаимосвязей было существенно меньше (рис. 2).

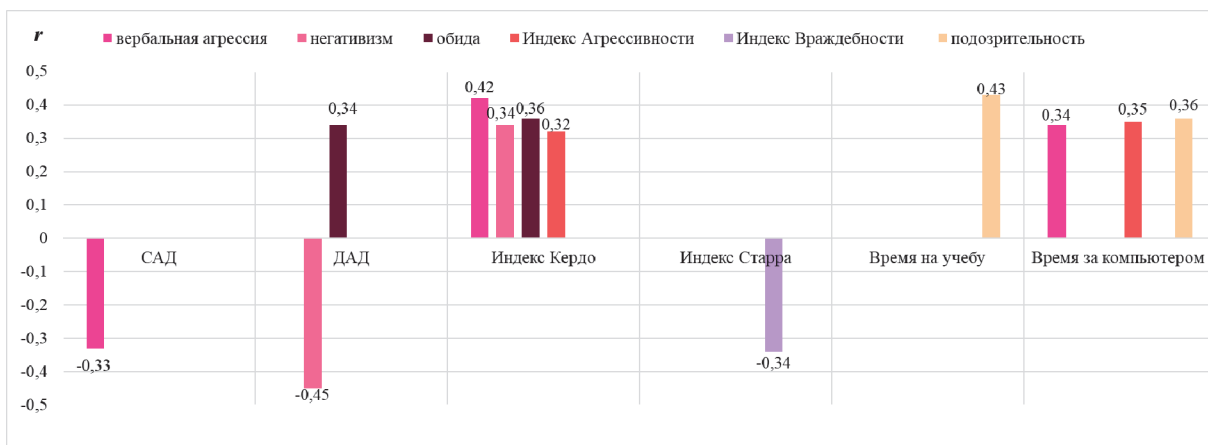


Рис. 1. Взаимосвязь функциональных показателей АНС и ССС, затрат времени на подготовку к учебе и работе за компьютером с характеристиками агрессивности и враждебности у девушек.

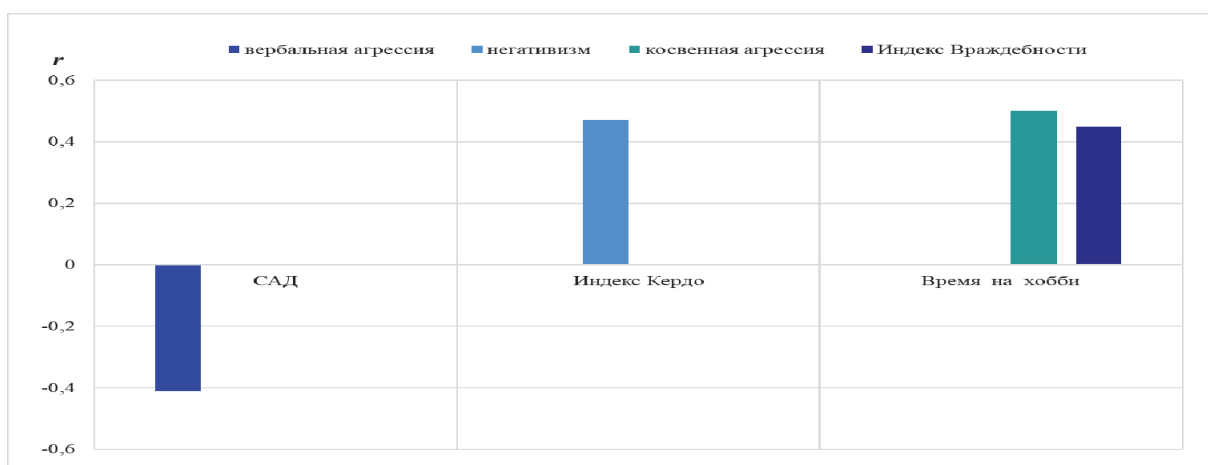


Рис. 2. Взаимосвязь функциональных показателей АНС и ССС, затрат времени на хобби с характеристиками агрессивности и враждебности у юношей.

Выводы. При соответствии норме показателей гемодинамики студентов-медиков обоего пола, установленных особенностях функционального состояния автономной нервной системы, значениях показателей агрессивности и враждебности в рекомендуемых границах нормы, выявили бóльшую зависимость функциональных показателей АНС и ССС от характеристик агрессивности и враждебности в группе девушек, чем юношей. Установлены межполовые особенности влияния временных затрат на состояние агрессивности и враждебности. У лиц женского пола время на подготовку к учебе и время, проведенное за компьютером, а у лиц мужского пола время, затраченное на хобби, опосредуют рост показателей агрессивности и враждебности даже в границах их нормальных значений.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СИТУАТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ С ФИЗИЧЕСКИМИ МЕТЕОФАКТОРАМИ (ПО ДАННЫМ КЛИМАТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА)

Залата О.А.¹, Тымченко С.Л.², Евстафьева Е.В.³

¹к.м.н., доцент кафедры физиологии нормальной

²к.м.н., доцент кафедры физиологии нормальной

³д.м.н., профессор, зав. кафедрой физиологии нормальной

Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»

olga_zalata@mail.ru

Введение. Проблема изменения климата требует повышения экологической грамотности, расширения исследований по адаптации организма человека, в том числе и ее психофизиологических механизмов. Ряд исследований подтверждает, что глобальное изменение климата будет иметь значительные негативные последствия для психического здоровья и благополучия, последствия, которые будут ощущаться наиболее уязвимыми группами населения и теми, у кого есть ранее серьезные психические заболевания (Costello et al., 2009; Fritze, Blashki, Burke, & Wiseman, 2008; Page & Howard, 2010). В естественных условиях человек находится под одновременным воздействием многих метеофакторов, но наиболее существенно на состояние нервной системы, в том числе и на высшую нервную деятельность действуют периоды смены типов погоды, которые имеют место при переходе одного календарного сезона в другой или во время таких климатических аномалий как «волны жары».

Целью исследования была оценка состояния ситуативной тревожности у студентов медицинского вуза в динамике и анализ влияния на нее физических метеофакторов в разные серии климатического мониторинга.

Материалы и методы. С соблюдением биоэтических принципов в процессе обучения в межсессионный период тестировали 41 студента второго курса Медицинской академии им. С.И. Георгиевского, юношей и девушек 18-19 лет. Выбор времени обследования не позднее чем за 1 месяц до экзаменационной сессии был обусловлен необходимостью исключить влияние предэкзаменационного и острого экзаменационного стресса. Для оценки личностной (ЛТ) и ситуационной тревожности (СТ) применили тест-опросник «Спилбергера-Ханина» (STAI). Физические факторы погоды в дни и часы тестирования фиксировались по метеосводкам интернет ресурса (<https://gr5.ru>). Изучали динамику атмосферного давления на уровне метеостанции (P), атмосферного давления на уровне моря (P₀), температуру воздуха в течение дня (T, T min, T max), влажность воздуха (U, U min, U max), скорость ветра (Ff). Ориентировались на величины оптимумов метеофакторов при выполнении легкой работы, не оказывающие негативного влияния на состояние здоровья человека, в том числе и психофизиологический статус: T= 20-23⁰C, U=40-60%, Ff= 0,3-0,5 м/с. Диагностику респондентов и фиксацию показателей погоды выполняли трижды в осенний период (начало учебного года): 11.09. -15.09. 2017 г.; 18.09. -22.09 2017 г.; 09.10. -13.10.2017 г. Затем дважды в начале второго семестра учебного года, что совпало со сменой календарного сезона – переход зимы в весну: 09.02. -16.02. 2018 г.; 26.02.-06.03. 2018 г. Обработку данных осуществляли с помощью методов непараметрической статистики, программа Statistica 8,0.

Результаты исследований. В современной психологии тревожность понимается как «индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения» (Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П., 2003). В зарубежной литературе, вслед за Ч. Спилбергером, принято различать ситуативную и личностную тревожность (тревожность-состояние и тревожность-свойство) (Мэй Р., 2001), что нашло отражение и в отечественной литературе (Батаршев А.В., 2001). Мы оценили и проанализировали тревожность-состояние у группы студентов-медиков в динамике, сопоставляя с показаниями погоды (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика ситуативной тревожности у студентов-медиков (n=41) в динамике
(медианы, p25/p75)

Серии тестирования	1	2	3	4	5
Даты тестирования	11.09.-15.09. 2017 г.	18.09.-22.09 2017 г.	09.10.-03.10. 2017 г.	09.02.-6.02. 2018 г.	26.02.-6.03. 2018 г.
Ситуативная тревожность (баллы)	29,0 (40,0/45,0)	38,5*** (36,5/44,0)	38,0*** (37,0/40,0)	39,5*** (34,5/48,5)	39,0*** (32,0/47,0)
Погодные данные в серии тестирования	T=29,0 ⁰ C; P=760,0 мм.рт.ст.; Po=744,7 мм.рт.ст.; U=32% Ff=4,0 м/с; N=40%	T=16,9 ⁰ C; P=767,0 мм.рт.ст.; Po=751,3 мм.рт.ст.; U=43% Ff=13,5 м/с; N=60%	T=16,5 ⁰ C; P=764,0 мм.рт.ст.; Po=748,2 мм.рт.ст.; U=62% Ff=4,0 м/с; N=100%	T=0,5 ⁰ C; P=761,5 мм.рт.ст.; Po=744,0 мм.рт.ст.; U=95% Ff=3,0 м/с; N=100%	T=-2,8 ⁰ C P=761,0 мм.рт.ст. Po=745,0 мм.рт.ст. U=82% Ff=10,0 м/с N=100%

Примечания: *** – достоверные различия в уровне ситуативной тревожности ($p \leq 0,001$) между 1-м и последующими наблюдениями (критерий Манна-Уитни).

Климат, как совокупное понятие включает перечень природных факторов физической природы, таких как температура и влажность воздуха, сила ветра, облачность, характерных для определенной местности. Под погодой понимают состояние нижнего атмосферного слоя в определенной местности в конкретный период времени. Погода устанавливается под влиянием климатических факторов, которые, в свою очередь, по-разному влияют на самочувствие человека и его здоровье. Мы оценивали колебания физических метеофакторов в дни и часы тестирования (табл. 1) и на основании их сопоставления с уровнем СТ выполнили корреляционный анализ, который показал особенности метеотропности тревожности как состояния в разные периоды наблюдения (рис. 1).

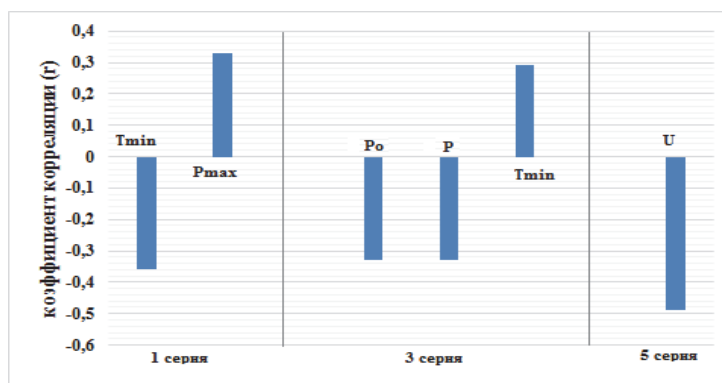


Рис. 1. Величины коэффициентов корреляции ситуационной тревожности студентов с метеофакторами погоды в разные серии климатического мониторинга.

Наиболее существенное влияние среди исследуемых физических метеофакторов на состояние тревожности субъектов тестирования оказывали температура воздуха и атмосферное давление. По числу достоверных корреляций зависимость от погодных факторов СТ студентов была более существенной в серию наблюдений, совпавшую с «волнами жары» и, затем в 3-ю серию климатического мониторинга.

Выводы. С помощью климатического мониторинга зарегистрировали наибольшую метеотропность состояния тревожности студентов-медиков в осенний период наблюдения, совпавший с «волнами жары».

ФИЛОСОФИЯ ПОЗНАНИЯ ЭТЬЕННА ДЕ КОНДИЛЬЯКА

Остапова В.С.¹, Урсина В.А.²

¹студентка кафедры медицинской этики и профессиональных коммуникаций

²доцент кафедры медицинской этики и профессиональных коммуникаций

Медицинская академия КФУ

viktoriya.ursina@gmail.com

Введение. Проблема познания волновала философов всего мира с древних времен. Начиная с XVII века данная проблема стала занимать одно из центральных мест в философии, став объектом исследования гносеологии (от греч. *gnosis* – знание, и *logos* – учение), которая является отдельным ее разделом. Метод познания трактовали с двух точек зрения: рационализм (Рене Декарт, Барух Спиноза, Готфрид Вильгельм Лейбниц) и сенсуализм, который благодаря учениям Джона Локка трансформировался в эмпиризм. Этьенн Бонно де Кондильяк (1715–1780 гг.), один из самых выдающихся французских философов-просветителей, интегрировал в своих учениях оба метода, тем самым значительно повлияв на дальнейшее развитие философской проблемы познания.

Цель работы. Изучить проблему познания в философии Этьенна Бонно Де Кондильяка.

Задачи:

1. Проследить изменения в философском учении Этьенна Бонно Де Кондильяка в различные периоды жизни.

2. Сравнить подходы к проблеме познания Этьенна Бонно Де Кондильяка и Джона Локка.

3. Изучить роль Этьенна Бонно Де Кондильяка в развитии французского Просвещения.

Материалы и методы. Был использован герменевтический метод. Анализу подвергнуты такие произведения Этьенна Бонно Де Кондильяка, как «Трактат об ощущениях» (1754 г.), «Язык исчислений», «Логика». Также использованы методы анализа, сравнения и обобщения.

Результаты исследования.

В философии Этьенна Бонно де Кондильяка можно выделить три основных периода развития теории познания.

Начало философского искания Кондильяка основано на непосредственном влиянии учения Локка, которое он лишь слегка доработал. Например, выступил против теории врожденных идей, априорности наших знаний и согласился с тем, что человеческая душа сначала представляет собой *tabula rasa* – «белая бумага без всяких знаков и идей», которая заполняется источником познания – внешним (ощущения) и внутренним (рефлексия) опытом. Так же, как и его предшественник, Кондильяк различал первичные и вторичные качества тела, которые способен ощущать человек. Вторичные представляют собой цвет, запах, вкус, звук, а первичные способны постигаться лишь несколькими органами чувств. Самое простое ощущение по Кондильяку – это обоняние, а наиболее продвинутое – осязание. Уже в данном периоде он начинает исследование влияния случайно связанных с предметом знаков, знаков естественных и знаков искусственных (язык и письмо) на формирование памяти и мышления, приходя к выводу, что с помощью определенных правильных знаков мы и основываем познание. Утверждение Локка о том, что ощущения и рефлексия порождают поток простых идей, которые далее способны превращаться в сложные, дополняется выводом Кондильяка: чтобы избежать заблуждения, необходимо разлагать сложные понятия (сложные идеи) на их простейшие элементы (простые идеи).

Продолжая развивать свое учение о познании, Этьенн Бонно де Кондильяк приходит к выводу, что сенсуалистический принцип происхождения всего человеческого знания из чувства развит Локком не до конца, так как неправильно рассматривать рефлексию в

качестве отдельного источника знания, ведь она приобретается и в опыте, и в ощущении. В качестве доказательства философ проводит мысленный эксперимент: воображаемая мраморная статуя в форме человека поочередно наделялась запахом, вкусом, слухом, зрением и осязанием. Вместе с этим она одновременно будет наделяться и всеми интеллектуальными функциями. Он утверждал, что каждый из компонентов человеческого сознания может рассматриваться как преимущественно сенсуалистский по своей природе.

«Трактат об ощущениях» (1754 г.) – это центральный труд второго периода, в котором он вносит изменения в теорию Локка, указывая, что единственным источником всех данных сознания оказываются ощущения. Кондильяк еще раз подчеркивает, что рефлексия есть вторичный вид знания, приобретаемый лишь в опыте, и вовсе не является равноправным с ощущением. Сводя все функции души, в том числе чувства, желания, акты воли, к ощущениям, лежащим в их основе, Кондильяк в то же время, интеллектуализировал само ощущение и весь психический опыт, тем самым присоединив к сенсуализму элемент рационализма.

Этьенн Бонно де Кондильяк также приблизился к анатомии, утверждая, что существует некий носитель самосознания, называемый им *sensorium commune* (общее чувствилище), но и что душа (самосознание) способно ощущать и вне тела.

В третьем периоде философ рассматривал преимущественно проблемы логики, языка и исчисления, соответственно работы этого периода назывались – «Логика» и «Язык исчислений». Он утверждает, что имена являются, по сути, знаками и служат для четкого выделения из сложного состава восприятия его отдельных элементов, тем самым способствуя процессу познания. Таким образом, язык у Кондильяка выступает и средством сообщения, и средством понимания информации. Ощущение оформляется в знаке или символе, который может быть заменен другим знаком или символом, а совокупность этих знаков-ощущений составляет единую картину мира, данную нам в познании.

Выводы.

Разработанная Кондильяком сенсуалистическая теория познания сыграла важную роль в развитии французского Просвещения. Он считал, что все знания и способности происходят только из ощущений (знаков), вследствие чего его гносеологию стали называть "теорией ощущений". Кроме того, философ смог привнести в сенсуализм элементы рационализма.

ФИЛОСОФИЯ А. ШОПЕНГАУЭРА КАК «ЛЕКАРСТВО»

Васильченко П.А.¹, Урсина В.А.²

¹ студент кафедры медицинской этики и профессиональных коммуникаций

² доцент кафедры медицинской этики и профессиональных коммуникаций

Медицинская академия КФУ

viktoriya.ursina@gmail.com

Введение.

А.Шопенгауэр во многих отношениях занимает особое место среди философов. Он пессимист, тогда как почти все другие в каком-то отношении оптимисты. Он не так академичен, как Кант или Гегель, но и не полностью отрешен от академической традиции. Религии Индии: индуизм и буддизм ему предпочтительнее отрицаемого христианства. Он признает три источника своей философии: Канта, Платона и тексты Упанишад. Как человек он был очень самонадеян. Это может подтвердить одно из его высказываний: «Я шире распахнул завесу истины, чем кто-либо из смертных до меня. Но я хотел бы видеть того, кто мог бы похвалиться более ничтожными современниками, чем те, среди которых я жил».

Цель работы.

Попытаться с помощью мрачного шопенгауэровского пессимизма, как с помощью проводника Вергилия, проникнуть в глубины воронки экзистенциальной философии.

Материалы и методы.

Работы А. Шопенгауэра «О четвероюм корне закона достаточного основания» (1813), «О зрении и цветах» (1816), «Мир как воля и представление» (1819), «О воле в природе» (1826), «О свободе воли» (1839), «Об основе морали» (1840), «Две основные проблемы этики» (1841).

Методы: сравнение, анализ.

Результаты исследования.

- полуакадемичность философской деятельности для большей свободы;
- выход за рамки христианской морали и мировоззрения, но не отрицание их;
- понимание мира как состоявшегося проекта мироздания по воплощению

Высшей Воли – воли к жизни;

- постановка Воли к жизни на первое место первопричин мироестества;
- отрицание человеческого и природного равенства;
- разделение всего сущего по критериям силы воли;
- общество совокупность воли отдельных лиц;
- государство – специальная организация – соизмеритель воли для гармонии;
- Мир – объективизация Воли;
- Мир обусловлен всецело пониманием интеллекта, вне познания немислим;
- каждая отдельная воля тождественна воли Вселенной;
- воля зла;
- воля – источник бесконечных страданий и бед;
- страдание, боль – существенная часть жизни;
- счастья не существует;
- единственное непостижимое – характер ("душа") отдельной личности;
- спасение от страдания – сострадание и искусство;
- искусство – высшее познание идеи;
- смерть – это цель жизни;
- понять, что мир лучше без нас – высшее блаженство.

Выводы.

Экзистенциальная философия предполагает анализ человеческого бытия. От рождения до смерти человек находится в состоянии выбора. С точки зрения философии пессимизма Шопенгауэра вопрос выбора рассматривается как своеобразный уход от страданий, а поскольку страдания в этой философской модели являются неотъемлемыми производными жизни, то решение одно - смерть.

Сама возможность существования "популярной философии\психологии" предполагает некую антропологию «финальности»: надо «перестать беспокоиться и начать жить», «перестать задавать ненужные вопросы и заняться делом» – под чем подразумевается некое «практическое дело». « Не бойтесь жить – не бойтесь умирать».

СНОВИДЕНИЯ КАК ЗАБЫТЫЙ ЯЗЫК (ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ И СЕМИОТИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ В ТОЛКОВАНИИ СНОВИДЕНИЙ)

Алексеева Е.С.¹, Воробьева А.В.², Иванченко А.А.³

¹студентка кафедры медицинской этики и профессиональных коммуникаций

²студентка кафедры медицинской этики и профессиональных коммуникаций

³старший преподаватель кафедры медицинской этики и профессиональных коммуникаций Медицинской академии КФУ
alekseyevajane@gmail.com

Введение. Феномен сновидения является для нас чем-то достаточно привычным, обыденным. Иногда сны нас пугают, иногда радуют, иногда оставляют в недоумении. Сновидения как бы переносят нас в чудесный, отличный от дневного мир. Но при этом они же часто содержат в себе указания на некую условность этого мира, намек на то, что он есть некое сообщение, посланное нам. Мы, пробудившись и осознавая факт сообщения, чаще всего задаемся вопросом «кто сообщает», а не «что сообщается и зачем». Мы толкуем сон исходя из представления об его «авторе», которое в свою очередь формируется нами под влиянием культуры. Другими словами, мы применяем к этому сообщению чуждую ему логику – логику культуры, логику (язык) повседневности. В действительности же мы имеем дело с фрагментами внутреннего диалога, ведущегося на некоем фундаментальном, первичном по отношению к системе внешней коммуникации и очень плохо переводимом на неё языке. Когда-то этот язык был хорошо известен каждому индивиду, теперь он забыт. В разработке концепции этого забытого языка важнейшую роль сыграли труды Э.Фромма и Ю.М.Лотмана.

Цель работы. Показать плодотворность символического (Э.Фромм) и семиотического (Ю.М. Лотман) подходов к толкованию сновидений как внутренних сообщений, обладающих огромной информативной и творческой силой.

Материалы и методы исследования. Анализ текстов Э. Фромма (книга «Забытый язык») и Ю.М. Лотмана (статья «Сон – семиотическое окно»).

Результаты исследования. Э. Фромм выделяет в истории толкования сновидений две линии: не-психологическую и психологическую. Коротко говоря, речь идет о разных представлениях об источнике и характере сообщения. Для первого характерна вера во внешний источник. Ф.Ницше полагает, что опыт сновидений как раз и приводит архаического человека к вере в иной мир: «В эпохи грубой, первоначальной культуры человек полагал, что во сне он узнаёт другой, реальный мир; здесь лежит начало всей

метафизики. Без сна человек не имел бы никакого повода для деления мира на две половины».

Но довольно рано в культуре появилась и вторая тенденция, акцентирующая внимание на адресате сна-сообщения. Э. Фромм в книге «Забытый язык» детально анализирует её, начиная с Гомера и заканчивая З.Фрейдом и К.Г.Юнгом. Обозначая принципиальное отличие своей позиции, в частности, от позиции З.Фрейда, Э. Фромм указывает на наличие рациональной подоплеки значительной части сновидений. Кроме того, в отличие от З. Фрейда, Э.Фромм говорит не об интерпретации, а именно о понимании сновидения. Это не намеренно «зашифрованное», как полагал З. Фрейд, текстовое сообщение, которое нужно расшифровывать, подобно криптограмме. Напротив, это сообщение, сделанное на самом первичном и всеобщем языке – языке символов. Символы, согласно Фромму, могут быть условными, случайными и универсальными. Строго говоря, первые два – просто знаки, а не символы, поскольку не обладают устойчивой и необратимой связью означаемого и означающего. Синтаксис этого символического языка – свободные ассоциации.

Согласно Ю.М. Лотману, сновидение – это послание, не имеющее автора, своеобразный «текст ради текста». Для него «совершенно очевидно, что архаический человек обладал гораздо большей культурой сна, то есть, вероятно, видел сны и запоминал их гораздо более связанными». Сон давал человеку первичный опыт нераздельности мыслей и поступков («синкретическое мышление»).

Лотман метафорически называет сон «семиотическим зеркалом», в котором может быть отражено все, что угодно. В языке сна синтаксис как бы превалирует над семантикой, что обеспечивает его эвристичность, возможность к изобретению новой информации, но в ущерб строгой определенности сообщения. Язык сновидений непригоден для коммуникации. Сновидение крайне сложно пересказать. Пересказывая сон, как показал П. Флоренский, мы «доорганизовываем систему сновидений, в частности придаем им временную линейную композицию». Сновидение рассматривается безусловно как система знаков, но значение их четко не фиксировано. Сон логичен, т.е. знаки в нем сочетаются в соответствии с определенными правилами, но это совершенно иная логика, соответствующая логике мифа, которую Я.Э. Голосовкер назвал «логикой метаморфозы». Эта логика нечувствительна к противоречиям, допускает возможность превращения всего во все. Если рассмотреть сон как проявление языка, то для него характерен особый синтаксис. Мы имеем дело с особым забытым языком, который когда-то был хорошо известен людям. Более того, видимо, он был неким первичным языком, языком внутреннего диалога, который затем был вытеснен языком межиндивидуального общения, не выдержав с ним конкуренции.

Выводы. Итак, говоря словами Ф.Ницше, «во сне и его грезах мы снова проходим урок прежнего человечества». Но здесь очень важно оказаться хорошими учениками и усвоить этот урок. Урок состоит в том, что нужно «реконструировать» тот забытый язык символов, которым обладали наши предки. И в этой реконструкции выявление синтаксиса едва ли не важнее семантики. Как показал Э.Фромм, знаки могут быть как универсальными, так и частными, сугубо индивидуальными. Синтаксис же обеспечивает универсальность и функциональную специфичность языка сновидений. Такой язык непригоден для коммуникации, но важен для высвобождения творческих потенций мышления, на что обращает внимание Ю.М. Лотман. Наше мышление продолжается во время сна, но при этом оно оказывается очищенным от диктата сознания и внешнего мира. Именно поэтому сновидение может предоставить нам нестандартное и творческое решение проблем, по поводу которых бодрствующее сознание часто заходит в тупик.

К ВОПРОСУ О ПРЕДПОСЫЛКАХ ФИЛОСОФСТВОВАНИЯ

Белозерова Л.А.¹, Иванченко А.А.²

¹студентка кафедры медицинской этики и профессиональных коммуникаций

²старший преподаватель кафедры медицинской этики и профессиональных коммуникаций Медицинской академии КФУ

197bell@mail.ru

Введение. Связь философии и здоровья представляется вполне очевидной. Действительно, стремление к мудрости предполагает в практическом смысле достижение гармонии, душевного и физического здоровья. Мы же постараемся рассмотреть обратную связь, то, как состояние «нездоровья», болезнь влияет на философию, является ее отправной точкой. Подобное рассмотрение позволит прояснить сотериологическую (спасительную) функцию философии как «терапии мышления».

Цель работы. Показать взаимосвязь ситуации физического нездоровья и философии как преодоления нездоровья ментального.

Материалы и методы. В данной работе были проанализированы творческие биографии и некоторые тексты трех знаковых фигур в истории западной философии: И. Канта («Спор факультетов»), Ф. Ницше («Веселая наука») и К. Ясперса («Философская автобиография»).

Результаты исследования. Понятие «спасение» может быть истолковано двояко: как сохранение наличной ситуации и как необходимость изменения изначально ущербного состояния. В религиозном смысле спасение трактуется главным образом как приобщение личности к вечному бытию (Богу), предполагающее сущностное преобразование этой личности. Так, по крайней мере, обстоит дело в теистических религиях. Философия также несет в себе сотериологическую функцию. Она появилась именно как путь к мудрости противопоставленный самой мудрости. Этот путь начинается с момента осознания человеком своего незнания, отказа от претензий на обладание полнотой знания о мире. Другими словами, философ исходит из осознания неполноты, ущербности, недостаточности своей ситуации в мире и, что особенно важно, своего мышления. Приближение к Истине, к вечному и совершенному Разуму через совершенствование собственного мышления – таково философское спасение. Между ситуациями осознания «ментальной недостаточности» и физического нездоровья можно усмотреть определенную аналогию.

Ф.Ницше в книге «Веселая наука» очень точно выражает эту мысль: «Я все еще жду, что когда-нибудь появится философский *врач* в исключительном смысле слова,... обладающий мужеством рискнуть на следующее положение: во всяком философствовании дело шло доньше вовсе не об “истине”, а о чем-то другом, скажем о здоровье, будущности, росте, силе, жизни». Ф. Ницше полагал, что именно тот, кто отягощен физическим страданием, имеет больше шансов для начала философии, острее чувствует ее необходимость.

И. Канта, Ф. Ницше и К. Ясперса объединяет факт наличия хронических неизлечимых заболеваний. Анализ их творческих биографий показывает: для них болезнь оказалась не неким сугубо враждебным фактором, наличие которого перечеркивало все их будущее, а стала своеобразным источником философствования. Их объединяет стоическое отношение к своей ситуации, вопрос не «за что?», а «как с этим жить, не превращая жизнь в умирание?». Двоим из них, И.Канту и К.Ясперсу, удалось при этом прожить достаточно долгую и плодотворную жизнь, чему в значительной степени способствовал философский образ жизни, в первую очередь предельное внимание к себе, постоянный анализу своих собственных физических и ментальных состояний. Кант подчинил свою жизнь строгим

правилам разработанной им диететики (учения о разумном образе жизни), Ясперс, сам будучи медиком, также сумел взять свою болезнь (бронхоэктазы и вторичную сердечную недостаточность) под контроль, в чем ему немало помог феноменологический метод. С Ницше дело обстояло несколько сложнее. Он в каком-то смысле избегал терапии, рассматривая физическое страдание как необходимое условие, плату за творческие прорывы в области духа. Но здесь важно скорее другое: постоянное пребывание в состоянии угрозы жизни вело всех троих к острому осознанию ценности этой жизни с одной стороны, и к поиску ее трансцендентного смысла – с другой. Мышление, точнее, его «терапия», стремление к его прояснению, изначально направленное на обуздание болезни тела, в конечном итоге вышло на уровень высочайших философских прозрений.

Выводы. Философия может быть рассмотрена как «терапия мышления», вызванная осознанием «болезненности», непроясненности ситуации человека в мире. Необходимость в спасения наиболее остро осознается в состоянии физической болезни. Болезнь может послужить экзистенциальной предпосылкой к началу философствования.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Суфиянова К.Р.¹, Бакурадзе В.И.², Климчук А.В.³

¹студент кафедры Внутренней медицины №2

²студент кафедры Внутренней медицины №2

³ассистент кафедры Внутренней медицины №2

Медицинской академии КФУ

katiches@bk.ru

Введение. Хроническая болезнь почек (ХБП) в терминальной стадии ассоциируется с увеличением смертности, низким качеством жизни больных и требует заместительной почечной терапии (ЗПТ). В последние годы во всем мире отмечаются высокие темпы роста заболеваемости ХБП. Большое значение для замедления прогрессирования болезни и развития терминальной стадии почечной недостаточности, увеличения выживаемость пациентов, а также улучшения их качества жизни является устранение модифицируемых факторов риска, одним из которых является анемия. Распространенность анемии возрастает по мере прогрессирования ХБП и затрагивает около половины этой категории больных. Известно, что анемия является фактором риска ишемической болезни сердца и инсульта. Кроме этого, ряд исследований связывают анемию при ХБП с развитием гипертрофии и систолической дисфункции левого желудочка, а также с более высокими показателями госпитализации и смертности. Поэтому раннее выявление и своевременное эффективное лечение анемии является важным компонентом оказания помощи больным ХБП. Однако, у части пациентов в терминальной стадии ХБП отмечается снижение ответа на антианемическую терапию. Общеизвестно, что у этой категории больных отмечается высокий уровень системного воспаления.

Цель Изучение уровня С-реактивного белка (СРБ) как прогностического фактора ответа на антианемическую терапию больных ХБП в терминальной стадии.

Материалы и методы. В исследование были включены 16 больных ХБП 5 стадии, находящихся на гемодиализе (ГД) в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» с анемией. Средний возраст больных составил 45,61±7,13 лет, средняя длительность пребывания на гемодиализе 77,1±16,2 месяцев. Все пациенты получали препараты эритропоэтина в дозе 6000 ЕД в неделю и препараты железа в дозе 100 мг в неделю. У всех больных изучали уровень СРБ и гемоглобина (Hb) в 2 этапа: до и через 3 месяца после начала антианемической терапии.

Контрольную группу составили 14 относительно здоровых людей сопоставимых по полу и возрасту с нормальными значениями СРБ (1,3 мг/л) и нормальными показателями гемоглобина (Hb). По результатам исследования пациенты были разделены на две группы. В 1 группу вошли 8 человек с более высоким уровнем СРБ, во 2 группу – 8 человек с менее высоким уровнем СРБ. Статистический анализ осуществлен в пакете программ MicrosoftOffice 2013 и Statistica 6.0.

Результаты. Анализ полученных данных показал увеличение уровня СРБ у всех больных, принимавших участие в исследовании, что свидетельствует о наличии хронического системного воспаления. В 1 группе среднее значение СРБ составило 58,7 мг/л, во 2 группе - 8,2мг/л. Эти изменения сочетались с различной выраженностью анемии. В 1 группе уровень Hb до антианемической терапии составил 76,8 г/л, а через 3 месяца после начала лечения возрос лишь 7,9 % и составил 82,2 г/л ($p<0,001$). Уровень Hb во 2 группе до начала лечения составил 91,6 г/л, а после 3 месяцев терапии вырос на 20,3% и составил 110г/л ($p<0,001$). Общий корреляционный анализ выявил наличие отрицательной линейной связи между показателями СРБ и Hb($R= -0,482$), на уровне значимости $p=0,027$.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о значительной роли хронического системного воспаления в тяжести течения анемии и эффективности ее терапии у больных в терминальной стадии ХБП. Выявлена отрицательная линейная корреляционная связь между уровнями СРБ и Hb. Установлено, что у больных с более низкими показателями СРБ эффективность лечения анемии препаратами железа и эритропоетина выше, чем среди пациентов с его более высокими значениями ($p<0,001$), что свидетельствует о необходимости поисков причин и методов коррекции системного хронического воспаления у больных в терминальной стадии ХБП.

VISION OF HUMAN IN HUMAN BEING AT PROSAIC TEXT / ВИДЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО В ЧЕЛОВЕКЕ В ПРОЗАИЧЕСКОМ ТЕКСТЕ

Куаикое Натаниэль / Quaicoe Nathaniel¹, Катеруша С.А.²

¹ студент кафедры медицинской этики и профессиональных коммуникаций

²старший преподаватель кафедры медицинской этики и профессиональных коммуникаций

Медицинской академии КФУ

nathanielquaicoe16@gmail.com

Introduction. In time of processing modern human being formation society and intellectuals are going back to make bridges over centuries in vision of human being at philosophical and literature texts. One of the main stream in philosophical research is anthropological perspective which is combine philosophy, psychology, social sciences and art studies.

Goal. To present vision of human in human being at prosaic text of one of the prominent Russian writer Dostoevsky in his novel “Crime and Punishment.”

Materials and methods of study. Analytical expertise of prosaic text by method analyzing and comparison.

Research results. Wide description of human being image at “Crime and Punishment” can be divided into three main analytical parts: *a)* the human being itself with its description of anthropological perspective; *b)* relation between the human and outside world, which includes social conditions and perspective from one hand, and small social groups’ conditions, from another hand; *c)* communication inside the psychological portrait created by the author.

Published in 1866 as a monthly serial the influence of “Crime and Punishment” can be identified either at philosophical and psychological and literal circles of thought. Psychological portrait of ‘Raskolnikov’ were done by Dostoevsky with transformation of inside attitudes towards

predominant social and religious conditions of mid-XIX century Russian Empire especially at capital city of Saint-Petersburg.

In blaming of one-self and un-acceptance of social conditions the human was shown in transforming procedure from intellectual to actual crime. The crime itself was shown as response to social conditions and attitude towards pressure from religious norms to so-called 'person in development.' Overcoming the vision of 'creature' to 'right owner' is actual result of changes which were started with development of industrial epoch. These same tendencies are applicable to contemporary XXI century conditions.

The structure of text itself was noticed as transformation of attitudes toward others and toward the human being one-self. Raskolnikov's destiny is the example of other life-stories happened to the same level peoples.

Dostoevsky brings to a high pitch the intellectual and emotional conflicts of human beings. Raskolnikov's way of thinking, his sense of superiority over other human beings, is brilliantly dramatized at the same time that Dostoevsky reveals his isolation, his moral vacuity, and his inability, despite possessing great intellect, to attain a sense of humanity. Was these sense of humanity incorporated by conditions or it was made by inside inspiration and practice this question is under father consideration of our research activity.

Thus, he had pure intellect dominates without the softer human emotion. The troubling tendency that Raskolnikov shows in his guilty conscience. He thinks he is ruthless but actually he is tender heart. He thinks he will feel guilty but actually overwhelmed by remorse. These controversialist combined with social conditions leads to the specific structure of prosaic text made by Dostoevsky.

We get to understand and know that, the life of our own is a tricky puzzled one. There is burdened task we face each day in disentangling ourselves from what we think we are like in order to discover our true nature. So according to Dostoyevsky, Raskolnikov's striking realization is that; He is a much nicer person than he thought. And at this same time tricky puzzle we are making for our own do not suppose to lead for the crime, crime not just in social sense but personal interpretation.

Conclusion. Dostoevsky brings to a high pitch the intellectual and emotional conflicts of human beings. Raskolnikov's way of thinking, his sense of superiority over other human beings, is brilliantly dramatized at the same time that Dostoevsky reveals his isolation, his moral vacuity, and his inability, despite possessing great intellect, to attain a sense of human in human being. These same tendencies are applicable to contemporary XXI century conditions and place of human being.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Памфамиров Ю.К.¹, Сапунцова А.Ю.², Евтеева Е.А.³

¹ кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1

² студент кафедры акушерства и гинекологии № 1 Медицинской академии КФУ

³ студент кафедры акушерства и гинекологии № 1 Медицинской академии КФУ

medas2406@gmail.com

Введение. Эндометриоз является одной из важнейших проблем в гинекологии и относится к тяжелым состояниям, влияющим на качество жизни. По мнению различных авторов, данная патология занимает третье место и поражает около 176 миллионов среди женщин репродуктивного возраста [1]. При этом поражение яичников занимает первое место среди различных локализаций эндометриодных гетеротопий [2].

По определению ВОЗ, эндометриозом принято называть патологический процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани по своим морфологическим и функциональным особенностям схожей с эндометрием. К основным факторам риска традиционно относят наследственные, иммунозависимые и дисгормональные. Исходя из наблюдения современных авторов принято считать, что у пациенток с отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом частота встречаемости данной патологии выше, это связано с общностью патогенетических факторов (резистентность к прогестерону, гиперэстрогенией, нарушением процессов апоптоза) [3]. Общепринятым является подразделение эндометриоза на генитальный и экстрагенитальный. К генитальным поражениям относят внутренний (аденомиоз – эндометриоз матки) и наружный (эндометриоз шейки матки, влагалища, промежности, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечно-маточного углубления) [4]. Под эндометриодной кистой (ЭК) подразумевается патологическое полостное образование, на поверхности яичника, которое состоит из гетеротопически расположенных очагов эндометрия [5].

Эндометриодные кисты яичников классифицируют по стадиям:

- Стадия 1 – мелкие гетеротопии на поверхности яичников без образования кистозных полостей.
- Стадия 2 – киста одного яичника размером не более 5–6 см в диаметре, мелкие гетеротопии на брюшине малого таза, незначительный спаечный процесс без вовлечения кишечника.
- Стадия 3 – эндометриодные кисты обоих яичников диаметром не более 6 см, эндометриодные гетеротопии на брюшине малого таза, спаечный процесс с вовлечением кишечника и придатков.
- Стадия 4 – двухсторонние кисты яичников диаметром более 6 см, распространенный спаечный процесс с вовлечением в патологический процесс соседних органов [6].

«Золотым» стандартом в диагностики данной патологии принято считать УЗ-исследование органов малого таза [7]. Основные признаки ЭК: относительно небольшие размеры не более 7 см, наличие в полости кисты мелкодисперсной взвеси повышенной эхогенности, утолщенные стенки (0,2-0,5 см), плотные пристеночные гиперэхогенные включения однородной структуры диаметром 5-10 мм в полости ЭК [8].

Основными методам лечения является комбинация хирургической и гормональной терапии [9]. В настоящее время хирургический этап заключается в максимальном удалении ЭК с последующим подавление функции системы гипоталамус-гипофиз-яичник [10].

Целью работы является изучить эффективность комбинации хирургического и гормонального метода на восстановление менструальной и репродуктивной функции у женщин с ЭК различной стадии.

Методика исследования. Клиническому анализу подвергнуты 25 женщин фертильного возраста (средний возраст больных составит $26 \pm 3,2$). Базой для клинического исследования является ГБУЗ РК «СКРД № 2». У всех женщин был выраженный болевой синдром, при этом дисменорея отмечалась у 12 пациенток, хроническая тазовая боль у 6 боли в пояснице или внизу живота у 4, диспареуния -3. Нарушение менструального цикла в форме гиперполименорреи выявлено у 20 женщин. Бесплодие было диагностировано у 24 пациенток, из них первичное -18, вторичное – 4, первичное бесплодие + мужской фактор - 2 женщин. У 18 женщин присутствовала сочетанная гинекологическая патология: гиперпластические процессы эндометрия, эрозия шейки матки - 5, миома матки – 4. Комбинированные оральные контрацептивы принимали 15 пациенток.

Все больные поступили в стационар в плановом порядке, обследованы амбулаторно. У 4 женщин выявлена анемия легкой степени тяжести. Анализ на онкомаркеры (СА-125, СА 19-9, НЕ4, РЭА) в пределах нормы. При проведении УЗ-исследования органов малого таза выявлено: эндометриодная киста одного яичника (диаметром до 5 см) – у 14 женщин, эндометриодные кисты обоих яичников(диаметром 6-8см) – 11, гиперплазия эндометрия (М-эхо более 10 мм) – 8, миома матки – 4, полип тела матки – 1.

Результаты исследований. Всем женщинам на 5-10-й день цикла проведена лапароскопия, цистэктомия, адгезиолизис. Во время оперативного лечения выявлены эндометриодные кисты 2 стадии у 11 больных, 3 стадии у 14 женщин. У всех гистологически верифицирован диагноз эндометриоза.

В послеоперационном периоде назначен курс гормональной терапии с учетом характера сопутствующей патологии и степени распространения эндометриодных гетеротопий. 3 женщины категорически отказались от применения гормональной терапии.

Отдаленные результаты прослежены в течении 3х лет. У всех больных купировалась симптоматика. У 20 – восстановилась детородная функция. У 1-й пациентки с использованием программы ВРТ. У 3х женщин, отказавшихся от гормональной терапии, наблюдался рецидив эндометриодных кист яичников.

Выводы. Использование хирургического лечения в комбинации с последующей гормональной терапией является эффективным методом лечения. Данный метод позволяет не только купировать симптоматику, но и восстановить репродуктивную функцию женщины.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РАССТРОЙСТВ БЕРЕМЕННОСТИ

Памфамиров Ю.К.¹, Коробова П.Г.²

¹ – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1

² – студент кафедры акушерства и гинекологии №1

Медицинской академии КФУ

polina20may@ya.ru

Введение. Согласно данным ВОЗ за 2014 год, гипертензивные расстройства при беременности вносят крайне весомый вклад в структуру материнской смертности, являясь причиной летальных исходов в 14% случаев. В Российской Федерации данное расстройство имеет место у 5-30% беременных женщин. Данное состояние несет риск в том числе и для плода, поскольку ассоциировано с нарушением микроциркуляции, эндотелиальной дисфункцией, разной степени выраженности волемическими и метаболическими нарушениями, патологией гемокоагуляции. Существует ряд факторов риска, позволяющих предположить вероятность гипертензивных расстройств. Их своевременное выявление и, по возможности, коррекция, имеет чрезвычайную важность для улучшения материнских и перинатальных исходов.

Цель и задачи исследований – выявить и проанализировать факторы риска возникновения гипертензивных расстройств при беременности.

Методика исследований. На базе Симферопольского клинического родильного дома №2 был проведен опрос пациенток отделения патологии беременности, у которых отмечались повышенные цифры артериального давления (АД), а также анализ их историй болезней. Обследованы 25 пациенток за 2017 год – первый квартал 2018 года (средний возраст $31,8 \pm 4,0$ лет) на предмет наличия факторов риска гипертензивных расстройств.

Результаты исследований. Средний гестационный срок обследованных составил $28,8 \pm 5,0$ недель. Среди обследованных пациенток 7 женщин (28%) были первородящими, 15 женщин (60%) имели 1 роды в анамнезе, 3 пациентки (12%) имели 2 родов в анамнезе. В результате опроса было выявлено, что среди повторнородящих 11 женщин (44% от общего количества и 61% повторнородящих) имели гипертензивные расстройства при предыдущих беременностях. У 5 пациенток (20%) имели случаи артериальной гипертензии у близких родственников. У 3 женщин (12%) беременность наступила в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). В результате анализа массы тела обследуемых было выявлено ожирение I-II степеней у 14 пациенток (56%). Опрос пациенток о набранной массе тела за беременность и сопоставление полученных данных с гестационными нормами выявил превышение норм прибавки веса у 13 женщин (52%).

Всем пациенткам проводился ежедневный двукратный мониторинг АД, проводилась антигипертензивная терапия препаратом метилдопа (стимулятор центральных альфа2-адренорецепторов) в суточной дозе 500 мг.

Выводы. Нами были выявлены следующие факторы риска возникновения гипертензивных расстройств при беременности: преэклампсия в анамнезе, наследственная предрасположенность, ожирение, высокий набор массы за беременность, беременность после ВРТ. Полученные данные свидетельствуют о необходимости следующих мероприятий:

- 1) профилактика ожирения;
- 2) рекомендации относительно нормализации массы тела перед планируемой беременностью;
- 3) информирование пациенток о нормах еженедельного набора массы тела при беременности врачами женских консультаций;
- 4) повышенное внимание к контролю, в том числе самоконтролю за АД у пациенток после ВРТ, с повышенным давлением при предыдущих беременностях, с семейной предрасположенностью к гипертонии.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗЗРЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ АРИТМИЙ МЕТОДОМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ

Зеленая К.В.¹, Можаяев П.Н.²

¹*студент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»*

²*старший преподаватель кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»*

Научный руководитель: ст. преп. кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Можаяев П.Н.
ksu_zelen@icloud.com

Введение. Радиочастотная абляция (РЧА) – один из наиболее современных методов лечения разнообразных нарушений сердечного ритма. Этот вид лечения является малоинвазивным вмешательством, поскольку для его проведения чаще всего не требуется выполнение торакотомии. Исследования показывают, что успех при выполнении первичного вмешательства составляет 70-95%. Несмотря на инновационность и преимущество перед другими, относительно устарелыми методами лечения тахикардий, в настоящее время метод продолжает совершенствоваться для более благоприятного исхода болезни после вмешательства.

Цели и задачи. На основании изученной литературы изучить технику проведения процедуры, описать её технические аспекты и обсудить возможность внедрения новых технологий при проведении РЧА.

Результаты исследования. Радиочастотная абляция представляет собой операцию, выполняемую при помощи катетеров, вводимых в полость сердца посредством пункций крупных сосудов, и радиочастотной энергии, направленной на устранение тахикардий. Для пункции обычно используются бедренные или подключичные вены, а также вены предплечья. Для артериального доступа обычно используются бедренные или лучевые артерии. Эффективность РЧА сильно зависит от точной идентификации аритмогенного очага. Как только место локализации аритмогенной зоны идентифицируют, в абляционный катетер подается радиочастотная энергия, и через 30-60 с образуется поражение глубиной 5 мм, что является достаточным для ликвидации аритмогенного очага. Дальнейшие разрабатываемые способы совершенствования процедуры направлены на получение способности регулировать степень воздействия радиочастотного излучения на ткани миокарда, что в последствии уменьшит срок реабилитации пациента и исключит риск травматизации здоровых тканей. К таким способам относится оснащение катетера навигационным датчиком, собственной системой охлаждения, применение биполярного радиочастотного излучения. Довольно перспективными являются использование высокочастотного ультразвука, СВЧ-излучения, криоабляции с использованием жидкой закиси азота вместо радиочастотного излучения.

Выводы. Радиочастотная абляция сердечных аритмий в настоящее время является довольно распространенным методом лечения для многих пациентов за пределами стран СНГ. Во многих случаях она все чаще рассматривается как способ выбора, так как даёт хорошие результаты и устраняет необходимость применения медикаментозной терапии. Технология продолжает развиваться в соответствии с потребностями пациентов и врачей, выполняющих эти процедуры, повышая эффективность и безопасность. Важно, чтобы врачи знали о том, что доступно с точки зрения лечения, поскольку аритмия является широко распространённой патологией и часто первично диагностируется врачами, которые не являются специалистами в области электрофизиологии сердца.

ИЗМЕНЕНИЯ В МОРФОЛОГИИ ТРОФИЧЕСКИХ РАН ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСЕПТИЧЕСКОЙ ПОВЯЗКОЙ И С ПОМОЩЬЮ VAC-ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Скребцов А.В.¹

¹ студент кафедры травматологии и ортопедии Медицинской академии КФУ

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор Ткач Андрей Викторович

Skrebtsovalex@mail.ru

Введение. Сахарный диабет является наиболее распространенным заболеванием эндокринной системы. Среди осложнений данного заболевания, одним из основных является синдром диабетической стопы, который может приводить к образованию влажной гангрены, флегмоны и хронических язв, нарушению процессов регенерации. Необходимость в хирургическом лечении возникает в 80% случаев. Такой высокий процент гнойно-некротических изменений и их последствий обусловлен нарушением макро- и микроциркуляции, полинейропатией, нарушением иммунной системы, что создаёт благоприятные условия для развития гнойной инфекции. На сегодняшний день, помимо классического лечения раны с применением асептической повязки, широко используется метод вакуумирования ран.

Цель исследования. Провести сравнительный морфологический анализ ран при их ведении с помощью асептической повязки и с помощью вакуумной повязки у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы. В исследование были включены 10 пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Средний возраст пациентов составил 61 год. Пациенты были разделены на две группы: пациентам 1 группы, которая включала 5 больных, проводилось лечение с применением асептических повязок, пациентам 2 группы, также включающая 5 больных, применялись вакуумные аспираторы «ВаСта» (Медика, Россия). Общее лечение пациентов было аналогичным и соответствовало стандартам лечения: антибиотикотерапия, инсулинотерапия, перевязки ран.

Гистологические исследования проводились с помощью микроскопа “Olympus CX41” (Япония) с ок. 10, об. 10,40. Окрашивание микропрепаратов осуществлялось гематоксилином и эозином.

На первом этапе лечения пациентам было проведено удаление нежизнеспособных участков раны, иссечение затеков. У пациентов с синдромом Шарко, после некрэктомии, костные фрагменты с целью лечебной иммобилизации стабилизировались аппаратом внешней фиксации. В дальнейшем, пациентам 1 группы проводились ежедневными перевязки с антисептиком. Пациентам 2 группы была наложена вакуумная повязка с созданием отрицательного давления в ране. Уровень постоянного отрицательного давления в первые сутки составил 125мм рт.ст. В последующем применялся переменный режим работы аппарата от 50 до 125мм рт.ст. с интервалом 3 минуты. Замена губки аспиратора осуществлялась каждые 72 часа. Для сравнения результатов лечения сразу после вторичной хирургической обработки раны, на 3 и 7 сутки проводился осмотр раны, выполнялась биопсия тканей с периферии и центра раны для дальнейшего гистологического исследования. Динамику течения раневого процесса оценивали по следующим критериям: наличие отёка, гиперемии и кровоточивости, количество и характер отделяемого, зрелость грануляционной ткани, образование вторичных некрозов.

Результаты исследования. При изучении макро- и микроскопического строения раны в процессе лечения посредством асептической повязки и с помощью вакуумной терапии, нами было отмечено, что скорость появления и созревания грануляций в ране при

лечении методом отрицательного давления выше, строение грануляционной ткани более физиологично чем при лечении традиционным способом.

Выводы. 1. Сравнительная морфологическая характеристика ран свидетельствует о том, что репаративные процессы в тканях раны при применении метода вакуумирования протекают более активно.

2. Использование вакуумных аспираторов позволяет создать оптимальные условия для созревания грануляционной ткани, васкулогенеза и, соответственно, более эффективному процессу репарации.

3. Применение технологии вакуумной терапии может быть эффективным методом лечения ран у больных с сахарным диабетом, позволяет снизить риск развития осложнений в процессе лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Волошин Д.В.

студент кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Медицинской академии им. С. И. Георгиевского КФУ им. В. И. Вернадского

научный руководитель: к.мед.н., доцент Махкамова Зебиниссо Рахматуллаевна

ассистент Санина Галина Николаевна

dimavvoloshin@gmail.com

Введение. Согласно Федеральному закону №242 от 29 июля 2017 года «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» все медицинские учреждения Российской Федерации обязаны начать внедрение медицинских информационных систем (далее - МИС) и перейти на электронный документооборот с 1 января 2019 года. Такие системы значительно упрощают работу врача, позволяя сократить время, затраченное на написание историй болезни и ожидания результатов исследований, дают возможность ознакомиться с предыдущими историями болезни и амбулаторной картой без запроса в архив, разрешает удаленный контроль администрацией медицинской организации и территориальным фондом обязательного медицинского страхования за действиями врача или медицинской сестры. В Республике Крым такая система была введена в 2015 году в Евпаторийской городской больнице №1.

Цель. Оценить эффективность введения электронного документооборота на примере медицинских организаций города Евпатории Республики Крым.

Материалы и методы. Для оценки эффективности работы врача с электронным документооборотом был применён социальный метод - анкетирование, состоящее из 10 вопросов. В опросе приняли участие 100 врачей. Опрошенные были разделены на две группы - работающие с МИС и работающие с традиционным методом документооборота (N1=50 и N2=50 соответственно). Статистическая обработка данных произведена с помощью программного обеспечения Excel MS Office 2016.

Результаты исследования. Анализ результатов исследования показал, что врачи, работающие в медицинском учреждении с МИС, в среднем заполняют документацию в 1,8 раз быстрее, чем с бумажным документооборотом. В частности, скорость написания осмотра увеличилась в 2,1 раз - на $16,35 \pm 3,81$ минут ($p < 0,01$), дневника в 2,5 раза - на $12,4 \pm 2,91$ минут ($p < 0,01$), выписного эпикриза в 1,7 раз - на $15,75 \pm 4,19$ минут ($p < 0,01$), получения результатов лабораторной диагностики в 1,1 раз или на 1 ± 1 час ($p < 0,01$) и инструментальной диагностики в 2 раза на $3,8 \pm 0,5$ часов ($p < 0,01$). При этом время написания назначений

уменьшилось в 1,2 раза или на $2 \pm 2,6$ минуты ($p < 0,05$), по сравнению с группой не использующей МИС. Врачи старше 50 лет, работающие с МИС, в среднем на 5,5 минут дольше заполняют дневник осмотра и на 3 минуты выписной эпикриза ($p < 0,05$), чем врачи младше 50 лет.

Большинство врачей (70%), работающих с МИС, отметили преимущество электронного документооборота над бумажными носителями. Однако, из врачей старше 50 лет, улучшение отметили только 7 из 17, причём именно те, которые прошли дополнительные курсы обучения по работе с компьютером (34% врачей: 17 из 50 в группе N1).

Были выявлены некоторые проблемы, такие как увеличение времени на заполнение листов назначений и сложность работы с электронной системой. Причём сложность МИС в основном отмечали врачи старше 50 лет. Это, возможно, связано с тем, что дополнительные курсы работы с компьютером прошли только 7 из 17 врачей данной категории. Также, при сравнении двух групп N1 и N2, установлено, что врачи старше 50 лет работают эффективнее на бумажных носителях, а младше 50 лет - с компьютерными технологиями.

Выводы. Выявлена высокая эффективность внедрения МИС в работу многопрофильного учреждения города Евпатории. В частности скорость работы врача в среднем увеличилась в 1,8 раз, что позволило оптимизировать работу отделения и минимизировать время оформления медицинской документации. В тоже время существуют проблемы внедрения данной системы, обусловленные прежде всего навыками работы с компьютером возрастной группы врачей, что требует упрощения процесса заполнения листов назначений, а также организации обязательного прохождения дополнительных курсов обучения работы с МИС.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ

Глушак Д.Н.¹

¹студентка кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Научный руководитель: ст. преп. кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Кульбаба П.В.
Dasha44543@mail.ru

Введение. Несмотря на высокий прогресс лечения и раннюю диагностику онкологических заболеваний проблема рака молочной железы по-прежнему занимает лидирующее место, среди причин смерти женского населения. Основой современного лечения является сохранение баланса между радикальностью хирургического вмешательства и соблюдением косметического эффекта.

Цель и задачи. Цель данной работы заключается в анализе и выявлении лучших современных подходов хирургического вмешательства при раке молочной железы обеспечивающих онкологическую безопасность, а также обладающим эстетическим эффектом.

Материалы и методы. Исследование осуществлено на основании изучения отечественных и зарубежных научных источников, посвященных данной теме, с выполнением теоретического анализа и синтеза полученной информации.

Результат исследования. Мастэктомия приносит женщинам тяжелые психологические травмы, с которыми они сталкиваются после хирургического вмешательства, поэтому, в тех случаях когда невозможно избежать удаление молочной железы целесообразно выполнять кожесохраняющую мастэктомию с реконструктивно-пластической операцией, которая

обеспечит не только онкологическую безопасность, но и будет обладать эстетическим эффектом. Данный метод является одним из современных вариантов хирургического лечения раннего рака молочной железы. При радикальной мастэктомии молочная железа удаляется полностью, но для того чтобы сохранить «кожный чехол» и субмаммарную складку проводят кожесохраняющую мастэктомию. Это, несомненно, обеспечивает сохранение естественных контуров. Восполнение объема молочной железы может происходить за счет собственных тканей, эндопротезов, которых на сегодняшний день огромное количество, это силиконовые, солевые имплантанты, либо производят комбинацию двух метод. На сегодняшний день лидирующее место по эффективности и косметическим эффектам занимает «органосохраняющая мастэктомия» с дистанционной лучевой терапией. Данная операция включает в себя полное удаление опухоли с запасом окружающей здоровой ткани, цель которой было сохранение не только объема здоровой ткани, внешнего вида, а также сохранение функциональной активности.

Выводы. В данный период существует множество хирургических операций при раке молочной железы, но кроме радикального хирургического вмешательства важно соблюдать и косметический эффект, «золотым стандартом» в лечении ранней стадии рака молочной железы является органосохраняющая операция с последующей лучевой терапией. При выборе данной операции не только устраняется онкологическое образование, а также минимизируется психологическая травма, связанная с косметическим результатом, нежели при радикальной мастэктомии.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ПОРОКАХ

Потыльчак Е.В.¹, Руденко Д.А.¹

¹студентка кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Научный руководитель: ст. преп. кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Кульбаба П.В.
potylchake@bk.ru

Введение. По данным литературы поражение трикуспидального клапана при ревматических заболеваниях составляет около 18-40 %. От 1,4 до 6,4% приходится на поражение вследствие инфекционного эндокардита.

Цель. Изучить эффективность биопротезирования трехстворчатого клапана при пороках.

Задачи:

1. Проанализировать статистические данные о результатах биопротезирования трехстворчатого клапана.
2. Изучить эффективность биопротезирования при инфекционном эндокардите.
3. Изучить преимущества и недостатки биологического протеза и механического.

Материалы и методы. Клиническому анализу подвергнуты статистические и эпидемиологические данные за 2008 год.

Результаты исследований.

1) На сегодняшний день биопротезы пользуются успехом в трехстворчатом протезировании. Число операций на трехстворчатом клапане составляет 5,7 % от всех оперативных вмешательств. Биопротезирование трехстворчатого клапана является эффективным и надежным методом хирургического лечения. Количество повторных операций при биопротезировании составляет 0,75 %. Важной причиной для проведения

повторной операции является формирование паннуса на желудочковой стороне протеза, что приводит к ограничению подвижности створок. В числе случаев у пациентов с трикуспидальным протезом встречается правожелудочковая недостаточность. Именно поэтому необходимо учитывать высокий риск развития недостаточности правого желудочка до проведения операции, тяжелое состояние пациента, продолжительность искусственного кровообращения. Госпитальная летальность после биопротезирования составляет 9,2 %.

2) Поражение трехстворчатого клапана вследствие инфекционного эндокардита встречается реже, чем двухстворчатого или полулунного клапанов. Заболевание чаще поражает мужчин в возрасте от 20-30 лет, отмечается также частое повторное заражение после уже перенесенного инфекционного эндокардита. Протезирование клапана - это основной способ хирургического лечения пораженного клапана вследствие инфекционного эндокардита. Протезирование трехстворчатого клапана на сегодняшний день включает два приема. Первый связан с протезированием клапана и последующим фиксированием протеза к полоске основания септальной створки, но так как структура самой створки тонкая это не позволяет осуществить достаточно прочную фиксацию протеза в данной области. Поэтому данный способ сопровождается развитием околопротезной фистулы в послеоперационный период. Второй прием заключается в фиксировании протеза с помощью разметочно-армирующего шва. Шов идет по линии фиброзного кольца. Данный способ заключается в формировании армирующего кольца по окружности клапана. Недостатком этого способа является чрезмерное иссечение клапанного аппарата, что приводит к высокому риску развития недостаточности правого желудочка.

3) Выбор вида протеза на сегодняшний день остается достаточно спорным. Недостатками механического протеза являются необходимость в длительной антикоагулянтной терапии, высокий риск развития тромбоза протеза, воздействие на структуру правого предсердия, но при этом они имеют оптимальную долговечность и низкую турбулентность. Это длительно защищает протез от тромбоза. Механический протез предпочтителен для молодых пациентов и пациентов с уже имеющимся механическим протезом в левых отделах сердца. Биопротезы в свою очередь имеют наиболее низкий коэффициент дегенерации, но при этом долговечность ткани ограничивается из-за прогрессирующего кальциноза, который наблюдается в среднем через 7-10 лет после операции. Предпочтение биопротезам отдают из-за того, что они не требуют антикоагулянтной терапии и значительно медленнее дегенерируют, имеют низкую степень развития клапанзависимых осложнений. Пациентам с нарушением функций механического протеза будет актуально протезирование биопротезом.

Выводы. На госпитальную летальность не влияет вид выбранного протеза. Необходимо учитывать возраст пациента, наличие инфекционного эндокардита, наличие протеза митрального или аортального клапанов. Биопротезирование является надежным способом благодаря наиболее низкому коэффициенту дегенерации и низкому риску развития клапанзависимых осложнений. Благодаря гемодинамическим и клиническим показателям биопротезы оправдывают себя в трехстворчатой позиции.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Кульбаба П.В.¹, Морозов А.И.².

¹*старший преподаватель кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии
Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ*

²*студент первого медицинского факультета
Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ
preparator@yandex.ru*

Введение. Одной из наиболее трудных и сложных является проблема лечения рака прямой кишки. Рак толстой кишки занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости во всем мире. Основной причиной летальности при данной патологии является отсутствие раннего выявления злокачественных заболеваний толстой кишки. Среди поражения органов пищеварительной системы рак колоректальной зоны занимает первое место, делая эту проблему связанную с лечением данного заболевания наиболее актуальной. Хирургическое вмешательство является ведущим в лечении колоректального рака, оперативное лечение стало возможным для больных пожилого и старческого возраста. Неправильное питание, вредные привычки, снижение качества жизни больных, широкая распространенность, высокая смертность при колоректальном раке обуславливает совершенствование существующих методов лечения хирургических операций. В последнее время получили распространение малоинвазивные хирургические операции, позволяющие удалять новообразования бескровно. Операции при раке прямой кишки постоянно совершенствуются. В настоящее время более целесообразны радикальные комбинированные, брюшно-промежностные операции, так как позволяют произвести полноценную ревизию брюшной полости, анатомически совершенную мобилизации дистальных отделов толстой кишки и обеспечивают максимальное соблюдение правил абластики. На сегодняшний день ведется активная работа по распространенности лапароскопических методик в лечении рака прямой и ободочной кишки. Однако по эффективности они не уступают традиционным. Результаты операции зависят от многих причин: соблюдении асептических мер, длительности и стадии опухолевого процесса, опыта хирурга, сопутствующих заболеваний, от характера послеоперационных внутрибрюшных осложнений.

Целью работы является сравнительный анализ непосредственных результатов хирургического лечения больных раком прямой и ободочной кишки. Описание традиционных и современных малоинвазивных операций по поводу лечения рака прямой и ободочной кишки, профилактики и терапии послеоперационных осложнений. Показана необходимость дифференцированного подхода к хирургическому лечению данной патологии.

Результаты исследований. В результате проведенного исследования прослеживается тенденция к снижению числа осложнений в раннем послеоперационном периоде, в том числе гнойно-септических осложнений. Отмечалась несостоятельность межкишечных анастомозов с разлитым перитонитом, нагноение послеоперационных ран. Выявлено, что при наличии разгрузочной стомы несостоятельность межкишечных анастомозов протекала субклинически и не приводила к развитию перитонита и сепсиса. При нагноении послеоперационных ран выполнялась их санация и наружное дренирование. Проводился посев выпота из брюшной полости и отделяемого из раны на флору и чувствительность к антибиотикам. Все пациенты с гнойно-септическими осложнениями получали антибиотикотерапию.

Выводы. Анализ результатов оперативного лечения колоректального рака за последние пять лет показал, что осложнения и летальность после операций по-прежнему существуют, однако с использованием новой аппаратуры смертных случаев сводится на

«нет». Результаты хирургического лечения больных находятся в прямой зависимости от своевременной диагностики основного заболевания, выбора способа и техники выполнения оперативного вмешательства, профилактики послеоперационных осложнений. Клинические, лабораторные, иммунологические показатели у больных колоректальным раком позволяют сделать прогноз в отношении возможности возникновения в раннем послеоперационном периоде осложнений. Прогнозирование осложнений позволяет предпринимать целенаправленные профилактические мероприятия. Тем самым удается добиваться улучшения ближайших результатов хирургического лечения у больных колоректальным раком.

ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Кульбаба П.В.¹, Морозов А.И.²

*¹старший преподаватель кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии
Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ*

*²студент первого медицинского факультета Медицинской академии
им. С.И. Георгиевского КФУ
preparator@yandex.ru*

Введение. Каждый студент-медик изучал латинскую анатомическую терминологию или анатомию человека обращал внимание на большое количество терминов, используемых для описания структур человеческого тела. Анатомическая терминология (Nomina anatomica) – это совокупность анатомических терминов. Интересна история терминологии. Древние римляне заимствовали анатомическую терминологию у персов и египтян, заложив в основу греческую номенклатуру. В средние века, из-за господства теологии, получила широкое распространение латинская терминология. Многие термины получали название по фамилии их первооткрывателей, описавших данную структуру тела человека. В XVIII веке Ф. Генле и Р. Оуэн ввели термины, определяющие положения данного органа относительно проходящих через тело плоскостей, осей, как внешних ориентиров. В 1880 году был создан австрийским врачом и анатомом Йозефом Гиртлем «Opomatologia anatomica». Первая анатомическая терминология на латинском языке была принята в 1895 году на конгрессе немецкого анатомического общества в швейцарском городе Базеле, поэтому получила название Базельской анатомической номенклатурой (BNA). В 1955 году в Париже была принята Парижская анатомическая номенклатура (PNA). В 1997 году в Сан-Пауло (Бразилия) была принята международная анатомическая номенклатура (S-PNA). Последний раз международная анатомическая номенклатура была принята в городе Киев в 2001 году.

Целью работы является систематизация анатомических терминов в зависимости от их происхождения. Интерпретация вопросов анатомических терминов, имеющих как теоретическое, так и практическое значение, что позволяет расширить представление о скрытом историческом содержании анатомических терминов.

Результаты исследований. В результате проведенной работы были установлены термины, которые используются в Nomino Anatomico, которые можно разделить по происхождению на 3 группы: анатомические названия, отражающие античные представления об окружающем мире и его устройства; мифологизмы античного происхождения, отражающие времена Средневековья; эпонимические названия (эпонимы) включают в себя понятия, анатомические названия в честь их открывателей, впервые обнаружившие и описавшие их.

Выводы. Систематизация основных направлений происхождения анатомических терминов позволяет более детально понять происхождения терминов, их семантику, историческое и культурное развитие. Анатомическая терминология находит свое применение как в теоретической так и в практической медицине.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СОСУДИСТО-МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Вдовина О.О.¹

¹студентка кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Научный руководитель: ст. преп. кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Кульбаба П.В.
olya.vdovina.99@bk.ru

Введение. Поражение головного мозга сосудистой этиологии – это одно из наиболее часто встречаемых патологических состояний в неврологической практике. К ним относятся хроническая мозговая недостаточность и инсульт. Частота инсультов в мире в среднем 1 – 5 случаев на тысячу населения ежегодно. В России, в частности, около 350-400 тысяч новых инсультов в год. 80% составляет доля ишемических нарушений среди всех инсультов. Наиболее частой причиной расстройств мозгового кровотока является атеросклеротическое стенозирование и окклюзия внутримозговых сосудов.

Цель. Проанализировать методы хирургического лечения при хронической сосудисто-мозговой недостаточности.

Задачи:

- Изучить методы хирургических вмешательств на сонных артериях и технику их выполнения.
- Проанализировать преимущества и недостатки каждой операции.
- Сделать выводы о наиболее оптимальных методах хирургического лечения при стенотических поражениях сонных артерий.

Материалы и методы. Анализ научной литературы, статистических и эпидемиологических данных РИНЦ.

Результаты исследований. Методика операции должна зависеть от степени и распространенности окклюзионно-стенотического процесса в сонных артериях и местных анатомических условий.

Эндартерэктомия осуществляется 4 способами:

Прямая эндартерэктомия: сосуд вскрывают в зоне сужения, очищают внутреннюю поверхность от холестериновых отложений, тромбических масс, после чего восстанавливают целостность стенки сосуда. На разрез накладывают заплатку, чтобы сосуд не был слишком узким. Преимущества данной операции: полное удаление атеросклеротических бляшек, уменьшает риск инсульта, улучшает отток крови, не требует обязательной установки протезов, стоимость данной операции ниже, чем стоимость ангиопластики.

К осложнениям относятся повреждение нервных окончаний органов головы и шеи, повторное атеросклеротическое поражение, повреждение стенок сосудов после отслоения бляшек. А.Ф. Абураhма в своей научной работе говорит, что количество инсультов и транзиторных ишемических атак зависит от природы материала заплатки. При использовании дакрона 12% осложнений, в сравнении с политетрафторэтиленом, где всего 3% данных осложнений.

Каротидная эндартерэктомия: выполняется в том случае, если атеросклеротическая бляшка занимает более половины диаметра сонной артерии. Либо если холестерин одновременно с нескольких сторон закрывает просвет сосуда. Кроме этого, риск развития инсульта значительно повышается при наличии неконтролируемой артериальной гипертензии. Операция используется только с целью удаления атеросклеротических бляшек сонных артерий. Осложнения и преимущества аналогичны открытой эндартерэктомии.

Эверсионная эндартерэктомия: проводится, если внутренняя артерия поражена в месте ответвления ее от общей. Главным отличием эверсионной эндартерэктомии является то, что после отсечения сосуд выворачивают наизнанку и извлекают бляшку вместе с внутренним слоем, подшивая его на прежнее место. Опасность состоит в отслоении интимы или ее обрывков в дистальном сегменте внутренней сонной артерии. Достоинство операции в надежном визуальном контроле процесса дезоблитерации. По данным исследования, выполненном в Институте хирургии им. А.В. Вишневского, острые нарушения мозгового кровообращения были отмечены у 12% больных, рестенозы в 5% случаях.

Ангиопластика сонных артерий: вмешательство проводится путем прокола кожи в рентгеноперационной под местной анестезией. Стент, проведенный через катетер, прижимает бляшку к стенкам сосуда. Для улучшения результата используется баллон, который вдавливают бляшку в стенку артерии и препятствует ее разрыву. Преимущества данного оперативного вмешательства: отсутствие опасности повреждения черепно-мозговых нервов, сосудов, риска инфицирования и косметически заметного рубца. Однако, контраст, который используют для проведения ангиопластики, способен вызвать почечную недостаточность, аллергическую реакцию. Присутствует также риск образования тромбов, тромбоэмболии и закупорки сосудов мозга фрагментами атероматозных наложений. По данным исследования АСТ I (Asymptomatic Carotid Trial) 2016г. частота инсультов или летальных исходов в первые 30 дней после стентирования составила 2,9%, а после эндартерэктомии 1,7%.

Выводы.

1. Оптимальным методом хирургического лечения стенотических поражений сонных артерий протяженностью до 1.5 - 3 см. – это каротидная и эверсионная эндартерэктомия.
2. Каротидная и эверсионная эндартерэктомия обеспечивает стойкий клинический эффект и хорошую проходимость в реконструируемых артериях сроком до 2-х лет.
3. Методика проведения каротидной эндартерэктомии непосредственно влияет на рестенозы и степень резидуальных изменений в сосудах.
4. Деформация и турбулентность кровотока в сонных артериях влияют на частоту возникновения резидуальных изменений в зоне реконструкции. Их выраженность зависит от методики восстановительной операции. При эверсионной эндартерэктомии отмечаются наименьшие резидуальные изменения интимы в отдаленном периоде.

ПРОБЛЕМА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК С ФОКАЛЬНОЙ КОРТИКАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ

Лукьянова М.Е.¹, Жорник В.В.²

^{1, 2}студенты 2 медицинского факультета группы Л2-с-о-143-А

Медицинской академии КФУ

Научный руководитель: Ткач В. В., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии

Медицинской академии КФУ

lukyanova_maryna@mail.ru

Введение. Фокальная кортикальная дисплазия (ФКД) представляет собой порок развития (мальформацию) головного мозга, развивающиеся в пределах ограниченного участка коры полушарий, вследствие нарушения эмбриональной цитоархитектоники. Дебютирует ФКД в детском возрасте и является ведущим этиологическим фактором фармакорезистентной симптоматической эпилепсии. Развитие клинических проявлений ФКД в раннем возрасте объясняется выраженным морфологическим субстратом - нарушением ламинарной цитологической организации коры, формированием патологических клеточных форм и эктопированием нейронов. Подобные грубые кортикальные мальформации сопровождаются формированием тяжелых фармакорезистентных форм эпилепсии. Ведение ФКД во взрослом возрасте требует постоянного часто многокомпонентного фармакологического контроля. Применяемые антиэпилептические препараты (АЭП) имеет выраженный тератогенный эффект, что имеет особенное значения в акушерско-гинекологической практике, в частности в вопросах вынашивания плода и родоразрешения беременности. Таким образом, ведение беременности, родов и послеродового периода у пациенток с ФКД заслуживает отдельного и особо пристального внимания.

Цели и задачи исследования. Изучить вопрос сложного фармакологического лечения больных с ФКД. Определить возможность планирования беременности, адекватного ведения беременности и родов, купирования эпилептических приступов, особенности послеродового периода. Описать клинический случай эпилептических приступов у роженицы с ФКД во время родов.

Методика исследования. В данной работе представлено описание клинического случая, включая диагностику, течение заболевания, лечение и его эффективности, прогноз.

Результаты исследований. По данным международного исследования ILAE (2017 г.) в 31% причиной дебюта эпилепсии в детском возрасте являются пороки развития головного мозга (ФКД). Эпилептические пароксизмы при ФКД характеризуются полиморфностью и кратковременностью: не более 1 минуты. Наиболее частой формой являются моторные сложные приступы, сопровождающиеся расстройством сознания и автоматизмами в начальном периоде пароксизма. Спутанность сознания в постиктальный период выражена незначительно. Возможны внезапные падения и двигательные феномены. Эпилепсия на фоне ФКД характеризуется выраженной фармакорезистентностью, что подразумевает сохранение приступа после применения двух базовых АЭП, рекомендованных для терапии данной формы эпилепсии, в виде монотерапии или в комбинации. Среди антиконвульсантов при ФКД применяются карбамазепин, препараты вальпроевой кислоты, леветирацетам, топирамат, вигабатрин, фенитоин, кортикостероиды и др. Все перечисленные препараты имеют выраженное тератогенное действие - нарушение эмбрионального развития с возникновением морфологических аномалий и пороков развития, таких как дефекты сердца, нервной трубки, конечностей, гениталий, характерные черепно-лицевые аномалии, микроцефалии, задержка внутриутробного развития. Наиболее интенсивно данное влияние в первом триместре, когда возможно развитие грубых пороков, несовместимых с жизнью или же с полноценной жизнью будущего ребенка. Монотерапия АЭП удваивает риск развития врожденных пороков, комбинированная терапия утраивает. При этом необходимо отметить,

что при фармрезистентных формах эпилепсии первый базовый препарат неэффективен, в том числе в комбинации, пациенты с ФКД требуют назначения многокомпонентной терапии из 2-3и более АЭП. По данным международных мета-анализов максимальный риск ассоциируется с применением высоких доз вальпроевой кислоты - 10,73%, что 2-4 раза выше, чем при применении карбамазепина и ламотриджина. При этом вальпроат входит в большинство комбинаций терапии при различных формах приступов. Послеродовой период осложняется, во-первых, повышением риска возникновения судорожного припадка, особенно в случаях обезболивания родов, применения общего наркоза, родоразрешения операцией кесарево сечения. Во-вторых, значительные трудности вызывать вопрос грудного вскармливания новорожденного. Кроме тератогенного, антиконвульсанты имеют ряд побочных эффектов, особенно опасных для грудного ребенка. АЭП связываются с белками материнской крови и могут секретироваться в молоко. Безопасная степень всасывания препарата в молоко – 10%. Сложная лекарственная терапия, включающая несколько препаратов с применением высоких доз с тератогенным эффектом, очевидно, требует коррекции на период беременности. Принятой схемой является переход до планируемой беременности на один АЭП в наиболее низкой дозе с последующим повышением дозы на каждые 10 кг прибавки веса. Снижение доза АЭП приводит к рецидиву приступов. Судорожный приступ у беременной женщины или в процессе родов прямая угроза жизнью и здоровью пациентки и ребенка. Эпилептический припадок может являться причиной выкидыша и преждевременных родов, отслойки плаценты, гипоксии, внутриутробной смерти плода. Судороги на фоне родовой деятельности приводят к ее дискоординации, делают роды через естественные родовые пути невозможными и требуют экстренного кесарево сечения под общим наркозом. Таким образом, формируется порочный круг: снижение дозы тератогенных препаратов, способных вызвать врожденную патологию или гибель ребенка, повышает риск возникновения припадков, повышающих риск жизни и здоровью матери и ребенка.

Подтверждение и наглядным описание вышеприведенных фактов является клинический случай. Беременная, 19 лет, наблюдалась у невролога с 6 лет с диагнозом ФКД, Ia тип. Была доставлена скорой помощью в ГБУЗ РК ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР РКБ ИМ. СЕМАШКО в первом периоде родов с повторными генерализованными эпилептическими приступами. Состояние пациентки оценивалась как крайне тяжелое, по данным КТГ регистрировался дистресс плода. Судорожные припадки и жизнеугрожающие состояние ребенка явились причиной экстренного кесарево сечения, проводимого под общим наркозом. В послеоперационном периоде пароксизмы повторились.

Выводы. ФКД ведущая этиологическая причина фармрезистентной эпилепсии, требующей многокомпонентной терапии. Применяемые АЭП отрицательно влияют на внутриутробное развитие плода. Отмена лекарственной терапии сопровождается рецидивом и генерализацией приступов, ставящих под угрозу жизнь и здоровье матери и ребенка. Сочетание тератогенного действия АЭП и жизнеугрожающий риск пароксизмов формируют трудную клиническую проблему: ведение беременности, родов и послеродового периода у пациенток с ФКД.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЛИХОРАДКИ ЗИКА И ОЦЕНКА БУДУЩИХ РИСКОВ

Лукьянова М.Е.¹, Хайтович А.Б.²

¹студентка 2 медицинского факультета

Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ

¹профессор кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии 2-го медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ

lukyanova_maryna@mail.ru

Введение. Эпидемия лихорадки Зика, происходившей в 2015-2017 годах в Южной и Центральной Америке, характеризовалась самой высокой интенсивностью заболеваемости и произошла в новом географическом регионе. Менее чем за два года лихорадка Зика привела к нескольким сотням тысяч случаев заболеваний и сформировала инфекционный очаг на территории, где ранее вирус Зика не выявлялся. Это объясняет особый интерес к проблеме и указывает на необходимость анализа эпидемического процесса, связанного с лихорадкой Зика, происходящей в последние несколько лет. Учитывая, что любой эпидемический процесс, в том числе лихорадка Зика, развивается в условиях одновременного совпадения определенных факторов, анализ факторов позволяет прогнозировать будущие тенденции в развитии заболеваемости. Поэтому актуальной проблемой является оценка рисков распространения вируса Зика на территории черноморского побережья Российской Федерации.

Цели и задачи исследования. Целью работы является описание и анализ динамики эпидемии лихорадки Зика в 2015-2017 гг., определение факторов и условий, определяющих закономерность развития вспышки. Полученные результаты использованы для прогнозирования возможности возникновения новых очагов лихорадки Зика на территории черноморского побережья Российской Федерации.

Методика исследования. В исследовании были применены программы географической информационной системы (ГИС) и статистической обработки. Для получения информационных данных использовались интернет-ресурсы Всемирной организации здравоохранения и Роспотребнадзора.

Результаты исследований. Эпидемический процесс, анализируемой вспышки лихорадки Зика, продлился с октября 2015 года по июль 2017 года. Первые случаи заболевания были зафиксированы в Бразилии, в дальнейшем эпидемия распространилась по всей территории Южной и Центральной Америке. За период эпидемии официально зарегистрировано более полумиллиона случаев заболевания. Динамика заболеваемости имеет неравномерный характер. Основным подъем эпидемического процесса произошел в феврале-мае 2016 года и феврале-мае 2017 года. Между этими периодами интенсивность заболеваемости снижалась. Следует констатировать, что в данном регионе сформировался новый природный и эпидемический очаг лихорадки Зика. В более ранние годы случаи заражения вирусом Зика регистрировались в других регионах мира: Юго-Восточной Азии, Индонезии, островах Океании, Африке. В настоящее время, некоторые из этих регионов, оцениваются как неактивные по циркуляции вируса Зика. В то же время в Южной и Центральной Америке сохраняется высокий риск заражения, а произошедшая эпидемия лихорадки Зика характеризовалась самой высокой интенсивностью заболеваемости.

Анализ географического перемещения лихорадки Зика, выполненного с помощью ГИС, и оценка динамики развития эпидемии позволило выделить факторы и условия развития эпидемического процесса. Вектор территориального смещения инфекции определялся перемещением и возможностью сохранения на новой территории возбудителя - вируса Зика. Возбудитель лихорадки Зика, вызвавший события 2015-2017 гг. – азиатский тип вируса Зика, характеризуется как эволюционно более молодой и более адаптивный к новым условиям

существования. Распространение вируса Зика в человеческой популяции как трансмиссивного заболевания обусловлено комарами-переносчиками, в частности *Aedes aegypti* и *Aedes albopictus*. Для этого в регионе должны сформироваться условия, которые благоприятны для размножения и существования комаров-переносчиков в непосредственной близости от человека, что является одним из основных факторов для развития эпидемии. Проведенные исследования показали, что рост заболеваемости лихорадки Зика совпадает с периодами повышения активности комаров. В свою очередь периоды активности комаров зависят от ряда климатических и антропогенных факторов. Сравнительный анализ некоторых факторов (заболеваемость лихорадкой Зика; средняя температура регионов, где происходила эпидемия; количество осадков в этих же регионах; абсолютный минимум температур на той же территории) в помесечной динамике (в течение почти двух лет) показал определенные закономерности и зависимости происходящих процессов.

Полученные данные по влиянию некоторых факторов на формирование природного очага на определенной территории и в конкретные временные промежутки, а так же анализ эпидемического процесса лихорадки Зика позволяют прогнозировать дальнейшее вероятное развитие распространения лихорадки и оценивать риски формирования новых очагов. Подобный анализ проведен относительно черноморского побережья Российской Федерации.

Актуальность исследования обусловлена близкими климатическими условиями, случаями обнаружения личинок и взрослых особей *Aedes aegypti* и *Aedes albopictus* на черноморском побережье, а так же активной экспансией этих видов комаров, носителей вируса Зика и вирусов других геморрагических лихорадок, в Европейском регионе. Установлено, что в настоящее время факторами, ограничивающими формирование оседлой популяции комаров-переносчиков *Aedes aegypti* и *Aedes albopictus*, в черноморских регионах Российской Федерации, является температура (резко низкие зимние температуры), низкая влажность и особенности рельефа: наличие обширных зон степей и лесостепей, неблагоприятных для оседлой жизни комаров. Тем не менее, следует обратить внимание на динамику изменения климатических условий, в частности потепление, которое происходит в мире. Комары-переносчики за последние пятьдесят лет продемонстрировали высокие адаптивные способности: с середины двадцатого века *Aedes albopictus* акклиматизировался в Европейском регионе и приспособился к зимним минусовым температурам, что позволило образовать устойчивую популяцию в южных регионах. На территории черноморского побережья Российской Федерации при изменении климатических условий возможно появление комаров-переносчиков вируса Зика (на некоторых территориях небольшие по количеству популяции выявлялись ранее). Это позволит создать благоприятные условия для формирования одной из биологических составляющих природных очагов, а при появлении у комаров вируса Зика или других вирусов, способных вызывать геморрагические лихорадки, значительно увеличатся риски появления новых заболеваний на этих территориях.

Выводы. Лихорадка Зика – инфекционное заболевание, которое эпидемией 2015-2017 годов продемонстрировало высокий потенциал к развитию и формированию новых инфекционных очагов. Неоднородная динамика развития эпидемического процесса и ранее не характерная для вируса Зика интенсивность заболеваемости обусловлена рядом факторов. Именно эти факторы определяют дальнейшее распространение лихорадки Зика в мире. В настоящее время риск возникновения аухотомной передачи вируса Зика на территории Российской Федерации следует рассматривать как низкий. Однако происходящие в мире климатические изменения позволяют предположить определенную вероятность циркуляции некоторых вирусов, вызывающих геморрагические лихорадки, поскольку в некоторых регионах (черноморское побережье Российской Федерации) могут появиться эктопаразиты и комары-переносчики носители и (или) хранители этих вирусов и это в значительной степени увеличивает риск появления новых природно-очаговых инфекций и геморрагических лихорадок в частности.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Пинчук Е.И.¹, Эмирасанов А.Р.²

¹студентка 6 курса II медицинского факультета Медицинской академии КФУ

²студент 6 курса I медицинского факультета Медицинской академии КФУ

Научный руководитель: Доктор медицинских наук, профессор Могилы Василий Васильевич, Дедков Дмитрий Сергеевич заведующий отделением нейрохирургии ГБУЗ РК РКБ им.Н.А. Семашко, врач-нейрохирург высшей категории.

elizaveta.p.1996@mail.ru

Введение. Артериальные аневризмы являются частыми нарушениями в структуре сосудистой патологии головного мозга. До 1% населения Земли страдает этим заболеванием.

Цели. Изучить характер, строение и локализацию артериальных аневризм в нейрохирургическом отделении ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница имени Н.А. Семашко» за 2016-2017 года.

Задачи:

Систематизировать и изучить больных артериальными аневризмами головного мозга прооперированные в нейрохирургическом отделении ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» за 2016-2017 года

Уточнить локализацию и размеры артериальных аневризм, выявить характерные неврологические расстройства, сопровождающие это заболевание.

Уточнить показание для оперативного вмешательства по поводу артериальных аневризм головного мозга, проанализировать методы хирургического вмешательства при этом заболевании.

Рассмотреть исходы хирургического лечения аневризм сосудов головного мозга.

Материалы и методы. Проведен клинический анализ данных 20 пациентов, проходивших стационарное хирургическое лечение в нейрохирургическом отделении в период с 2016 по 2017 годы. Среди 20 прооперированных больных: мужского пола – 6 человек, женского пола – 14 человек, в возрасте от 30 до 80 лет. Большая часть аневризм расположены в области передней соединительной артерии(40%), левой средней мозговой артерии(27%), задней соединительной артерии(13,3%), правой средней мозговой артерии(13,3%). Острое начало заболевания наблюдалось у 14 человек. Для оценки тяжести состояния пациентов использовалась шкала Ханта-Гесса. По этой шкале I степень – 2 человека, II степень – 14 человек, III степень – 4 человека. Диагностика проводилась по клиническим, рентгенологическим (ангиография) и доплерографическим критериям. Оперативное вмешательство заключалось в трепанации черепа в зоне расположения аневризмы, выделение и клипирование шейки аневризмы. На данном этапе использовались от 1 до 3 специальных клипс. Послеоперационный период осложнился эпидуральной гематомой у 1 пациентки, у остальных 19 пациентов послеоперационных осложнений не было. Послеоперационный период протекал гладко, в течении 10 дней регрессировали общемозговые, вегетативные и частично очаговые неврологические расстройства.

Результаты исследований: на основании представленного материала следует, что у большинства больных хирургическое лечение артериальной аневризмы головного мозга начиналось после разрыва аневризмы. Использование специальной предоперационной подготовки, современных анестезиологических методов проведения наркоза, а также хирургической оптики и микрохирургического инструментария, позволило устранить наиболее сложный вид сосудистой церебральной патологии – аневризмы сосудов головного мозга.

Выводы: аневризмы головного мозга наиболее часто встречаются у женщин в возрасте от 45 до 65 лет. В наших исследованиях встречались преимущественно одиночные аневризмы. В большинстве случаев первичная диагностика начиналась с момента проявления геморрагического синдрома (вскрытие аневризмы). В настоящее время наиболее распространённым видом лечения артериальных аневризм является открытое хирургическое вмешательство с выключением аневризмы.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОСТЕОСИНТЕЗА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Сердцов Д.А.,¹ Петросян Т.Р.¹

¹студент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Научный руководитель: ст. преп. кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Можаяв П.Н.
dmitriyserdce@mail.ru

Введение. Переломы нижней челюсти являются наиболее распространёнными среди травматических повреждений лицевого черепа. Это связано с рядом её анатомо-физиологических особенностей: её выпуклость, дугообразная форма, незащищенность и подвижность. В настоящее время существуют различные мнения относительно методов лечения переломов нижней челюсти; наряду с традиционными методиками активно развиваются и малоинвазивные вмешательства.

Цель и задачи. Провести сравнительный анализ закрытых и открытых современных методов остеосинтеза нижней челюсти, выявить положительные и отрицательные стороны данных методик.

Материалы и методы. Исследование осуществлено на основании изучения отечественных и зарубежных научных источников, посвященных данной теме.

Результаты исследования. В некоторых странах распространённым методом открытого остеосинтеза является использование костного шва, основные преимущества которого заключаются в его дешевизне, доступности, простоте и универсальности. Однако недостатком, вынуждающим отказаться от данного метода, является невозможность жесткой и стабильной фиксации отломков в правильном анатомическом положении на время консолидации. Более прогрессивным методом лечения переломов нижней челюсти принято считать накостный остеосинтез металлическими пластинками. Основным принципом метода заключается в открытой репозиции и жёсткой фиксации отломков при помощи пластинки с винтами, когда механическая нагрузка на челюсть частично или полностью воспринимается пластинкой. Другими приспособлениями для скрепления отломков служат внутрикостные винты: было установлено, что применение винтов позволяет не только фиксировать отломки нижней челюсти, но также создавать постоянную компрессию в области перелома для первичного заживления кости. Использование винтов часто сопровождается деструкцией костной ткани вокруг головки винта, которую возможно уменьшить путем прокладывания двояковогнутой гайки между головкой винта и костной тканью. Основными недостатками всех вышеперечисленных методов открытого остеосинтеза являются: травматичность оперативного вмешательства, что усугубляет нарушение локальной микроциркуляции; образование рубцов на коже лица; высокий риск травмы магистральных сосудов и нервов. Независимо от метода открытого внутриочагового остеосинтеза, в послеоперационном периоде возникает необходимость в использовании межчелюстной тяги с целью иммобилизации нижней челюсти в течение, как минимум, 7-14 дней, что в значительной степени пагубно сказывается на состоянии жевательной мускулатуры. Примером закрытого остеосинтеза является применение металлических спиц, данный метод является достаточно популярным, так как на современном этапе стало возможно применение различных остеофиксаторов с нанесением на их поверхность различных биологически активных веществ, которые положительно влияют на процессы остеогенеза в области линии перелома. Преимуществами закрытого остеосинтеза является: простота и малая травматичность, возможность сохранения функции жевательной мускулатуры, что способствует более быстрой консолидации отломков. Как и другие

методы, закрытый остеосинтез имеет преимущественный недостаток – невозможность визуального контроля четкости репозиции и фиксации отломков нижней челюсти.

Вывод. Существует огромное количество методик открытого и закрытого остеосинтеза нижней челюсти, которые имеют как свои положительные стороны, так и отрицательные, поэтому выделить наиболее эффективный метод невозможно, так как все они индивидуальны, и зависит от характера повреждения и реактивных способностей организма.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ПЛАСТИКИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Голубева Ю.Д.¹, Борисенко А.В.¹, Можяев П.Н.²

¹*студент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»*

²*старший преподаватель кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»*

Научный руководитель: ст. преп. кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Можяев П.Н.
jgolubeva.99@gmail.com

Введение. Стеноз аортального клапана (САК) является распространенной патологией, которая составляет, по разным данным, около 30% в общей структуре пороков сердца. Данная патология в 2-3 раза чаще встречается у мужчин, чем у женщин, и редко является изолированной. Самая распространенная причина САК – кальцификация створок клапана. По данным ВОЗ за 2017 год, 68% пациентов с САК составили люди старше 65 лет. Средняя продолжительность жизни с данным диагнозом при отсутствии лечения составляет не более 5 лет. Традиционная операция по замене аортального клапана проводится на открытом сердце, что не всегда возможно. Пациенты пожилого возраста, имеющие тяжелые сопутствующие заболевания, имеющие в анамнезе операции на сердце, кальциноз восходящей аорты, находятся в группе высокого риска и не могут быть прооперированы традиционным методом. TAVI (транскатетерная замена аортального клапана) – малоинвазивная процедура с коротким периодом реабилитации – является альтернативным и эффективным методом лечения данной патологии.

Цель и задачи. На основании современной медицинской литературы ознакомиться с методикой малоинвазивной транскатетерной пластики аортального клапана. Сравнить результаты лечения САК с использованием TAVI и традиционными хирургическими методами.

Результаты исследований. Процедура TAVI осуществляется мультидисциплинарной командой (кардиохирург, кардиолог, анестезиолог, узист-рентгенолог и др.). Возможен трансфеморальный (через бедренную артерию), подключичный, прямой доступ к аорте с использованием местной анестезии и трансапикальный доступ (через верхушку сердца) под наркозом. Проводя катетер через аорту, хирург вставляет уплотненный сменный клапан (из бычьего или свиного перикарда, закрепленного в металлическом каркасе) в поврежденный аортальный клапан; протез раскрывается самостоятельно (Core Valve) или раздувается баллоном (Edwards). Технология визуализации (рентген или УЗИ) гарантирует точную постановку клапана и его начало его работы до завершения процедуры. Институт клинических исследований Германии, принимая участие в международном проекте PARTNER, проанализировал данные о более 3000 прооперированных пациентов и установил тенденцию к снижению осложнений после TAVI по сравнению с операциями на открытом сердце. Риск развития инфекционного эндокардита снизился на 3,5%, инсульта – на 2,2%, осложнений после анестезии – на 24%, тромбоэмболии – на 4,2%.

Выводы. В настоящее время TAVI является новым методом лечения САК, но уже имеет высокие показатели эффективности. Основными преимуществами являются малоинвазивность,

малая продолжительность операции (в среднем – 90 минут), низкая вероятность болевых ощущений в области сердца, возможность проведения пожилым пациентам, отсутствие необходимости в подключении к аппарату искусственного кровообращения. TAVI проводится под местной анестезией, пребывание пациента в стационаре после операции сокращается до двух суток. Появление специализированных на TAVI кардиохирургических центров способствует повышению усовершенствованию техники операции и дальнейшему повышению её эффективности.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА ПРЕПАРАТОВ ФИТОБИОЛЬ И ФЕНИБУТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЯГКОЙ ЛЕЙКОПЛАКИИ РТА

Андрианова И.И.¹, Замура О.А.², Яковлева А.А.³

¹ ассистент кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии КФУ

² студентка кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии КФУ

³ студентка кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии КФУ

научный руководитель: асс. Андрианова И.И.

Andririn@yandex.ru

Введение. В юношеском возрасте часто встречается мягкая лейкоплакия. Заболевание возникает как результат хронической травмы слизистой рта, связанной с привычкой скусывать поверхностные слои эпителия губ и щек в состоянии тревоги. У студентов невротического типа очаги поражения появляются в период сессии, и даже на протяжении всего обучения. Мягкую лейкоплакию отличает длительное торпидное течение и устойчивость к терапии, что доказывает необходимость поиска новых способов лечения. Для местного воздействия мы выбрали Фитобиоль, представляющий собой отжим иловой сульфидной грязи, насыщенный эфирными маслами пихты, шалфея, лаванды и календулы. Фитобиоль активизирует регенеративные процессы за счет нормализации крово- и лимфообращения, способствует профилактике нарушения ороговения. Коррекцию тревожного состояния проводили препаратом Фенибут, который снижает тревожность, нормализует сон, и при этом улучшает память, внимание, работоспособность. Такие ценные качества необходимы обучающимся.

Цель исследования – оценка лечения больных мягкой лейкоплакией с использованием комплекса препаратов Фитобиоль и Фенибут.

Материалы и методы. При обследовании 165 студентов 4 и 5 курса Медицинской академии имени С.И. Георгиевского перед летней сессией мы диагностировали мягкую лейкоплакию у 21 обучающегося. Заболевание выявили с помощью характерных клинических проявлений. Оценку уровня тревожности проводили на основании теста Спилбергера-Ханина. Пациентов разделили на основную (11 человек) и контрольную (10 человек) группы. Больным основной группы был назначен Фенибут для коррекции напряженности; на очаги поражения в полости рта проводили аппликации Фитобиоля. Пациенты контрольной группы терапии не получали и находились под наблюдением как группа сравнения. Курс лечения был проведен в течении 3 недель в мае 2018 года. Оценивали данные перед лечением, сразу и через 3 месяца после проведенного лечения.

Результаты исследований. Проведенное обследование выявило мягкую лейкоплакию у 12,7% обучающихся, у которых параллельно отмечался высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, составляющий 49 балла по шкале Спилбергера-Ханина. У пациентов основной группы сразу после курса лечения отмечено значительное снижение уровня тревожности (20 баллов), исчезновение очага мягкой лейкоплакии у 3 студентов, уменьшение площади поражения у 6 человек. Через 3 месяца в основной группе в целом сохранился низкий уровень тревожности (22 балла), только у 2 студентов отмечен рост до 32

баллов (средний уровень). У 7 пациентов мы констатировали выздоровление, у 4 – уменьшение очагов поражения. В контрольной группе отмечен высокий уровень тревожности (48 баллов), сохранение и увеличение очагов мягкой лейкоплакии у всех больных.

Выводы. Положительный клинический эффект с использованием комплекса препаратов Фитобиоль и Фенибут позволяет рекомендовать предложенные средства при лечении мягкой лейкоплакии.

ВАРИАНТЫ ПАТОЛОГИИ КАРИОТИПА АБОРТУСОВ В СЛУЧАЯХ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Зинченко А.А.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»

Кафедра акушерства и гинекологии №1

научные руководители: к.м.н., доцент Миклин О.П., к.м.н., доцент Камилова И.К.
anastasiya_26_5991@mail.ru

Введение. Примерно 15-20% беременностей заканчиваются выкидышем на ранних сроках. Удельный вес несостоявшихся выкидышей (НВ) в структуре репродуктивных потерь составляет по данным разных авторов от 10 до 88,6%. Причем с возрастом риск возникновения данной патологии возрастает. Одним из основных факторов, приводящих к НВ на ранних сроках, является хромосомная патология – известно, что более 50% всех случаев НВ происходят из-за аномального кариотипа эмбриона/плода.

Цель исследования. Исследовать частоту встречаемости и структуру патологии кариотипа среди абортусов при НВ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 134 случаев НВ сроком гестации от 5 до 22 недель. Возраст пациенток варьировал от 18 до 45 лет. Абортный материал получен после выскабливания полости матки. Данные обработаны с помощью статистического пакета Microsoft Excel.

Результаты исследования. НВ в 95,5% случаях диагностирован на 5–12 неделе и всего в 4,5% неразвивающаяся беременность наблюдалась на 13–22 неделе. Большинство случаев приходилось на 7–8 неделю. Эмбрионы / плоды с патологическим кариотипом в I триместре встречались в 41,1%, прерывание беременности во II триместре в данном исследовании не было связано с хромосомной патологией плода. Триплоидия встречалась наиболее часто – в 22,6% случаев, тетраплоидия составила 9,4%. Среди анеуплоидии чаще встречались трисомии с маркерной хромосомой – 13,6%; трисомии 16 хромосомы – у 9,4% абортусов, 21 хромосомы – 7,5%, 18 хромосомы – 5,6%, 1 хромосомы – 1,9%, 2 хромосомы – 1,9%, 19 хромосомы – 1,9%. Моносомия X выявлена в 1 случае – 1,9%. В исследовании встречались случаи редких аномалий: двойная трисомия 16 и 18 хромосомы – 48,XX,+16,+18; смешанная хромосомная патология – сочетание полиплоидии с трисомией 1 хромосомы – 70,XXX,+1.

Выводы. Полученные результаты исследования подтверждают, что главной причиной возникновения НВ на ранних сроках служит хромосомная патология плодного яйца, в то время как в этиологии самопроизвольных абортусов на поздних сроках имели место другие факторы. Лидирующее место в структуре хромосомных аномалий заняли триплоидии. Примечательно, что среди анеуплоидии чаще встречались трисомии с маркерной хромосомой, в два раза реже выявлялись случаи трисомии 21 хромосомы.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗНАНИЙ ШКОЛЬНИКОВ О ПРАВИЛАХ ГИГИЕНИЧЕСКОГО УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА

Рустамов Т.Б.¹, Михайлова Т.В.²

¹студент стоматологического факультета

Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ

²доцент кафедры пропедевтики стоматологии Медицинской академии им. С.И.

Георгиевского КФУ

teyranrus92@gmail.com

Введение. Гигиена полости рта является важным компонентом профилактики стоматологических заболеваний. Ненадлежащий уход за полостью рта может привести к потере зубов уже в молодом возрасте. Обучение гигиеническому уходу за полостью рта необходимо начинать с раннего возраста. Только при условии совместных усилий всех участников воспитательного процесса – родителей, врачей-стоматологов и педагогов обучение гигиене полости рта будет эффективным. Положительные результаты могут быть получены при правильном, систематическом и регулярном выполнении приемов гигиены и контроля за их выполнением. От уровня знаний детей о гигиене полости рта зависит будущее состояние их зубов.

Цель и задачи исследований. Целью нашей работы было определить уровень знаний школьников младших классов о правилах гигиенического ухода за полостью рта. В задачи исследования входило: определить регулярность использования основных и дополнительных средств гигиены полости рта и правильность их применения.

Методика исследований. Уровень знаний школьников определяли методом анкетирования. Анкеты были специально разработаны нами для данного исследования и включали вопросы о правилах чистки зубов, о видах и методике применения дополнительных средств гигиены полости рта, о частоте и причинах посещения стоматолога. Анкетирование проводилось индивидуально, анкеты заполнялись детьми самостоятельно. Данные обрабатывались статистическим методом.

Результаты исследований. В общеобразовательной школе города Симферополя нами были опрошены дети, обучающиеся в младших классах. Возраст анкетированных составил 7-9 лет. В группу вошли 74 школьника: 41 мальчик (55%) и 33 девочки (45%). Установлено, что 99% детей ежедневно чистят зубы. Частота чистки 1 раз в день выявлена у 26% учащихся (19 опрошенных), 2 раза в день зубы чистят 55% (41 ребенок), 3 раза в день - 18% (13 опрошенных). Чистят зубы в течение 1 минуты - 23% (17 человек), в течение 2-х минут - 23% (17 человек), 3 минуты - 42% (31 ребенок), а более 3-х минут - 7% (5 человек). Дополнительные средства гигиены не используют половина опрошенных - 49% (36 детей), из них используют, но не знают, как правильно пользоваться - 5% (4 человека), пользуются дополнительными гигиеническими средствами очень редко 16% (12 человек), регулярно используют - всего 18% (13 человек). Выявлено, что употребляют в конце еды овощи и фрукты 76% (56 опрошенных), а не употребляют - 24 % (18 человек). К стоматологу никогда не обращались - 5% (4 человека), обращаются, когда болит зуб - 46% (34 человека), 1 раз в год посещают стоматолога - 19% (14 человек), 2 раза в год - 23% (17 детей), обращаются к врачу, когда чувствуют, что есть полость, но зуб еще не болит - 7 % (5 человек).

Выводы. Более половины опрошенных детей младшего школьного возраста (60%) верно соблюдают основные правила гигиены полости рта, менее половины (40%) - не верно. Таким образом, в результате проведенного исследования выявлен средний уровень знаний учащихся по гигиене полости рта и профилактике стоматологических заболеваний, что обуславливает необходимость в дифференцированном подходе при проведении уроков здоровья и разработке обучающих программ среди данного контингента школьников.

ТЕМА ВОЙНЫ В СТИХОТВОРЕНИИ О. МАНДЕЛЬШТАМА
«БЕССОННИЦА. ГОМЕР. ТУГИЕ ПАРУСА...»

Демина Е.Г.¹, Кариофиллидис Е. А.²

¹доцент кафедры русского языка Медицинской академии КФУ

²студент 3 курса кафедры русского языка Медицинской академии КФУ

stathiscarew@gmail.com

Введение. Одно из самых красивых стихотворений Мандельштама было написано летом 1915 года в Крыму. Формальная тема стихотворения – размышления лирического героя при чтении так называемого Списка или Каталога, кораблей (νεῶν κατάλογος). Речь идёт об «Илиаде» Гомера (Песнь вторая). В этой песне дан подробный отчёт о греках-ахейцах, которые на кораблях направлялись на Троянскую войну.

Цель – исследовать взгляды лирического героя на проблемы войны.

Методы исследования – интерпретация, сопоставление, сравнение.

Результаты исследования. Слово «бессонница» стоит вначале первой строки стихотворения. Автоматическое перечисление кораблей становится фоном для размышлений о настоящем. Бессонница – это реальный мир настоящего, «тугие паруса» – реальный мир прошлого и соединивший эти два мира гениальный поэт Гомер. Но соединяет эти миры не только великий поэт античности, но и война, описываемая им в «Илиаде».

К моменту написания стихотворения Первая мировая война шла уже второй год. Часть российского общества с большим патриотическим воодушевлением встретила вступление России в войну в августе 1914. Осип Мандельштам, как и многие в России, вначале приветствовал это решение: помощь братьям-сербам казалась делом благим, и никто не думал, что военные действия – это всерьёз и надолго. Однако постепенно произошло переосмысление происходящего, восторг сменился разочарованием. Поражения и потери на фронтах только усиливали ощущение бесконечности и безнадежности этой войны. Романтический морок рассеялся, война предстала во всем своём ужасе и безобразии.

Вторая песнь «Илиады» называется «Сон. Испытание. Беотия, или перечень кораблей» и начинается с рассказа об обманном, амвросическом сновидении, которое Кронион посылает Агамемнону: в этом сне царю обещана быстрая победа над Троей. Таким образом, одобрение вступления России в войну и ожидание скорых и блистательных побед – это не что иное, как чарующий дурман, посланный богами. Обман, потому что война несёт смерть. И лучшие сыны отечества остаются лежать на поле брани.

Словосочетания «*длинный выводок*» и «*поезд журавлиный*» в третьей и четвертой строке стихотворения – это метафоры с противоположным значением. В первом случае «*длинный выводок*» – это живые воины, сыны своей матери-родины, которых ведут на войну их отцы-командиры, во втором же случае «*поезд журавлиный*» – это те же воины, но уже погибшие на чужбине. По славянским поверьям, журавли уносят в нездешний мир души усопших. С печальным курлыканием уносит журавлиный клин души погибших воинов в мир иной. «*Чужие рубежи*» – это иномирие, противопоставление миру живых. Чтение списка ахейских воинов, из которых многие не вернулись домой, наталкивает на мысль о длинных списках солдат и офицеров, погибших на фронтах Первой мировой войны. Такие списки печатались в крупных газетах России тех лет.

Шестая строка стихотворения – размышление об инициаторах военных конфликтов. В стихотворении никто не обвиняется. «*На головах царей божественная пена*». Цари – помазанники божьи, но венцы на их головах – всего лишь пена, хоть и божественная. Пена – нечто неустойчивое, прозрачное, условное. Исчезла пена – и они обычные люди. И, как и обычные люди, они могут ошибаться, ввергая своих подданных во все ужасы и тяготы войны.

Причиной похода на Троицу было похищение Елены Парисом. Вернуть Елену Менелая – такова была цель затянувшейся Троянской войны.

*«Куда плывёте вы? Когда бы не Елена,
Что Троя вам одна, ахейские мужи?»*

Казалось бы, уж здесь нет никакой переключки с XX веком, но в народе бытовал миф о том, что участие России в Первой мировой войне было связано с женщиной. На первый взгляд это кажется полным абсурдом, но такой миф имел под собой реальную историческую основу: в начале 1914 года в Петербург к великой княгине Ольге Николаевне приезжал свататься румынский наследный принц Карол, помолвка из-за позиции российской стороны не состоялась.

От мифов лирический герой переходит к осмыслению бытия, которое обусловлено любовью: *«И море, и Гомер — все движимо любовью»*. Здесь мы видим аллюзию на Первое послание к коринфянам (гл. 13, стихи 1–13) Апостола Павла. Войне противопоставляется любовь и, следовательно, мир.

Лирический герой задается вопросом о том, кого же ему слушать: апостола Павла, воспевшего любовь, или Гомера, увековечившего войну (*«И вот, Гомер молчит»*).

Далее следует строчка: *«И море чёрное, витийствуя, шумит»*. Слово «витийствовать» является устаревшим, относится к высокому стилю речи и имеет значение «ораторствовать, говорить красноречиво». Возможно, поэт просто передал атмосферу общественного шума, вызванного накопившемся в обществе недовольством, которое выражалось в высказываниях различных ораторов – витий.

И вся эта стихия подходит к изголовью. Изголовью кровати, на которой мучится вопросами бытия молодой поэт. Но под изголовьем можно понимать и царский трон, к которому катятся волны общественного недовольства.

Выводы. Мандельштам образно и ярко рассказал историю современной ему России через обращение к «Илиаде» Гомера. Поэт описал исторические события в предреволюционной России: от восторженного принятия войны до осознания чудовищности этого явления, предрёк отречение императора от трона. Всему этому противопоставляется любовь в самом высоком её понимании.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ГРУППАХ ЗДОРОВЬЯ

Карманова Д.А.¹

*¹студент кафедры пропедевтики педиатрии
Медицинской академии им. С.И.Георгиевского КФУ*

*Черняева Е.С., доцент кафедры пропедевтики педиатрии, кандидат медицинских наук
Медицинской академии им. С.И.Георгиевского КФУ*

*Хорошева Е.К., ассистент кафедры пропедевтики педиатрии, кандидат медицинских наук
Медицинской академии им. С.И.Георгиевского КФУ
dzhulieta97@mail.ru*

Введение. Сохранение здоровья - залог активной, творческой и полноценной жизни. Уровень заболеваемости является одним из важнейших критериев оценки здоровья. Ежегодно возрастает уровень общей и первичной заболеваемости среди детей. Шкалой учета здоровья и развития с факторами риска и прогнозирования служит группа здоровья.

Цель: Изучить физическое развитие детей. Проанализировать частоту встречаемости заболеваний в группах здоровья.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили 197 амбулаторных карт

пациентов в возрасте от 7 до 11 лет. Учитывались основной диагноз и показатели здоровья.

Результаты исследования. На сегодняшний день используют основные критерии утвержденные Минздравом РФ. В ходе исследования выявлено, что дети с I группой здоровья составляют 32 % (63 человека), со II группой – 58 % (114 человек), с III – 10 % (20 человек). Дети IV и V групп здоровья имеют инвалидность. Лица, относящиеся к I группе, не имеют проблем со здоровьем. В числе детей II группы, болезни органов дыхания занимают первое место и составляют 63%. В структуре болезней органов дыхания наибольшую долю составляют острые респираторные инфекции верхних (28 %) и нижних дыхательных путей (21%), к другим заболеваниям суммарно составляющим 51%, относят заболевания миндалин, фарингит и синусит. По частоте встречаемости, патологии органов пищеварения занимают второе место. Среди них больные гастритом и дуоденитом - 75 %, язва желудка и 12 -перстной кишки - 20%, гастроэзофагальные и другие болезни органов пищеварения - 5%. Как правило, пик заболеваемости приходится на зиму, так по данным исследования, частота заболевания увеличивается в феврале и составляет 68% от всех исследуемых..

Вывод. Одним из основных методов оценки здоровья ребенка является анализ физического развития. В результате оценки состояния здоровья школьников выявлена тенденция роста числа детей со II группой здоровья. Установлено преобладание патологий органов дыхания в системе общих заболеваний. В ходе исследования подтверждается зависимость частоты обращения в медицинские учреждения от здоровья ребенка.

ДИПЛОМ ВРАЧА – ЗАЛОГ УСПЕХА!

Равшанбеков Т.Р.

студент 3 курса кафедры русского языка Медицинской академии

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

научный руководитель: доцент кафедры русского языка

Медицинской академии КФУ Демина Е. Г.

general.aco@mail.ru

Введение. Разносторонность личности врача зачастую диктуется самой профессией. Врачу приходится поддерживать психологический контакт со многими пациентами, оказывать медицинскую помощь в различных ситуациях. Невозможно остаться в стороне и от общественной жизни, с которой медицина связана очень тесно. История знает немало примеров медицинских деятелей, которые добились значительных успехов не только в своей профессии, но и в других сферах человеческой деятельности. Их можно назвать врачами-труэнтами.

Термин «врачи-труэнты» появился в 1936 г. (от английского truant – отлынивающий от своих занятий, прогульщик). Название стало известно благодаря знаменитому британскому хирургу лорду Бёркли Мойнигану. Во время доклада своей лекции в Кембриджском университете, он рассказал о врачах, прославившихся вне медицины, и назвал их труэнтами.

Цель исследования: выявить врачей, добившихся значительного успеха в русском языке и литературе.

Методы исследования: исторический, биографический, анализ, сопоставление.

Результаты исследования. Российский профессор медицины А.П. Зильбер написал книгу: «Врачи – труэнты. Очерки о врачах, прославившихся вне медицины». Пожалуй, наиболее известная категория врачей-труэнтов – это писатели-врачи. Осмысление врачебного опыта побуждает доктора от историй болезни перейти к художественному творчеству.

Владимир Даль – потомственный врач и лингвист, один из немногих, для кого медицина была второй профессией. Даль проявил себя как талантливый военный инженер и отличный военный врач. Был медицинской знаменитостью Петербурга, дружил с Пушкиным, участвовал в лечении поэта от смертельной раны, полученной на последней дуэли. Но настоящую известность Владимиру Ивановичу принесли два капитальных труда: «Толковый словарь живого великорусского языка» и «Пословицы русского народа».

Антон Чехов долгое время сочетал медицинскую практику и писательский труд. Литературная деятельность затмила достижения Чехова-врача. Произведения писателя вошли в сокровищницу русской классической литературы и принесли автору мировую известность. Творчество А. Чехова изучается в школе, его пьесы востребованы зрителями и сегодня.

Викентий Вересаев, будучи кандидатом исторических наук, сознательно готовил себя к писательской деятельности. Он полагал, что специальность врача позволит близко узнать людей, что в свою очередь приведет к пониманию психологии и физиологии человека.

Получив профессию военного врача, Вересаев оставался верен ей всю жизнь, поэтому во время военных конфликтов ему приходилось откладывать перо и выполнять священный долг. Известность военному медику принесла биографическая художественно-документальная повесть «Записки врача» (1901). Одна из глав книги посвящена медицинским экспериментам на людях, которые были в те годы далеки от современных этических стандартов. Не случайно Сталинскую премию писатель получил в 1943 году, в разгар борьбы с чудовищными экспериментами нацистов.

Михаил Булгаков занялся литературой, окончив медицинский факультет Киевского университета. В «Записках юного врача» Булгаков талантливо описал процесс становления молодого выпускника медицинского вуза. Роман «Мастер и Маргарита» остается одним из самых загадочных произведений русской литературы XX века.

Василий Аксёнов также совмещал врачебную и литературную деятельность. Со временем писательский труд стал основным, но так или иначе, медицина оставалась в жизни писателя. В романе-эпопее «Московская сага» (1992) – главный герой является врачом по профессии. Аксёнов известен как диссидент, он выступал против советской власти, за что был лишён гражданства СССР. Романы «Ожог» и «Остров Крым» были запрещены советской цензурой.

Григорий Горин (Офштётин) – потомственный медик, работал врачом скорой помощи. Горин добился успеха в драматургии. Им было поставлено около десятка пьес, из которых самые известные: «Феномены», «Самый правдивый», «Поминальная молитва», «Прощай, конферансье!», «Королевские игры», «Чума на оба ваши дома», «КИН IV», «Шут Балакирев». В золотой фонд российского кино вошли фильмы по сценариям врача-трусента Горина: «Формула любви», «Тот самый Мюнхгаузен», «Убить дракона».

Николай Амосов – один из тех, для кого медицина всегда оставалась главным делом жизни. Вместе с тем хорошо известна его книга «Мысли и сердце». Это воспоминания именитого хирурга о работе в отделении кардиологии. По книге снят фильм «Степень риска».

Сергей Лукьяненко – еще один потомственный врач и успешный современный писатель-фантаст. Популярность писателю принесли повести «Рыцари сорока островов» и «Атомный сон». Наиболее значимый роман – «Ночной Дозор» – был удачно экранизирован в 2004 году. Творчество писателя отмечено наградами и премиями.

Выводы. Медицинское образование и врачебная практика дают богатейший материал для познания жизни, характеров и человеческих отношений. Получить диплом врача не просто, это тяжкий, но необыкновенно интересный труд. Медицина учит проникать в суть вещей, доходить до первопричин, мыслить широко, знать человека от клетки до глубин подсознания. Все это в совокупности даёт простор для творчества.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЮВЕНИЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Гришко Т.В.

студентка кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»
научный руководитель: зав. каф., д.м.н., профессор Третьякова О.С.
grishkotanchik@mail.ru

Введение. В настоящее время большой интерес исследователей привлекает проблема подростковой беременности и материнства в юном возрасте. Согласно информации, опубликованной Международной Федерацией планирования семьи, в мире ежегодно регистрируется около 15 млн родов у девушек моложе 18 лет. Кроме медицинских аспектов, включающих достоверно более частое развитие патологии у молодых женщин в период становления репродуктивной функции, данная тема охватывает ряд социальных факторов. Так, раннее начало половой жизни, в большинстве случаев обусловленное сексуальной неграмотностью подросткового населения и неудовлетворительным материально-бытовым положением, ведет к незапланированной беременности и, как результат, социальной дезадаптации.

Цель и задачи исследования. Изучить особенности протекания беременности, родов и состояния новорожденных у юных первородящих и их социальный статус.

Методика исследования. В исследование включено 140 женщин: из них основную группу составили 70 родильниц в возрасте менее 18 лет, контрольную группу – 70 родильниц от 18 до 30 лет. Материалами исследования служили архивные данные работы ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А.Семашко» СП Перинатального центра г. Симферополя и ГБУЗ РК Симферопольского клинического родильного дома №1 за период с 2014 по 2018 г. Для статистической обработки полученных данных использовалась программа «Microsoft Excel 2010». Достоверность различий оценивали по t — критерию Стьюдента с уровнем значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средний возраст юных матерей составил $16,14 \pm 0,12$ лет. Анализ места проживания показал, что в основной группе преобладали жительницы сельской местности (67,1%). Установлено, что в зарегистрированном браке состояли всего лишь 31,4% родильниц основной группы, при значениях 88,6% в контрольной ($p < 0,05$). Среди девушек младше 18 лет 48,6% являются учащимися школ, остальные (51,4%) находятся на иждивении у родителей, данный факт разительно отличается от показателей женщин в возрасте 18-30 лет, из которых 75,7% работают или учатся в вузах ($p < 0,05$).

У юных первородящих половое созревание наступило в $12,1 \pm 0,14$ лет, раньше, чем в контрольной группе ($13,0 \pm 0,19$ лет; $p = 0,0003$). Достоверно отличаются данные о среднем возрасте начала половой жизни: $14,96 \pm 0,13$ лет у несовершеннолетних беременных и $20,51 \pm 0,33$ лет в контрольной выборке ($p = 0,00002$). Причем беременность у подростков наступала в течении максимум 2 лет после начала половой жизни, что говорит о недостаточной осведомленности данной возрастной категории о методах контрацепции.

Среди гинекологической патологии достоверны различия по частоте встречаемости миомы матки (заболевание регистрировалось только в контрольной группе у 9,1% женщин) и эрозивных поражений шейки матки с преобладанием в группе контроля (32,8% против 15,7% у юных; $p < 0,05$). В структуре экстрагенитальной патологии обеих групп статистически значимых различий обнаружено не было ($p > 0,05$).

В основной группе преобладали (90%) женщины с первой по счету беременностью, в группе контроля их было достоверно меньше (72,8%; $p < 0,05$). В обеих группах подавляющее большинство женщин состояли на учете (95,7% - юные первородящие и 98,5% - группа контроля). Женщины до 18 лет достоверно чаще (50%) нуждались в стационарном лечении

во время беременности, чем представительницы группы контроля (28,5%; $p < 0,05$). У женщин основной группы отмечалась высокая частота развития плацентарной дисфункции (14,2%), анемии беременных (67,1%) и угрозы преждевременных родов (42,8%) по сравнению с контрольной, где эти показатели составляли 4,2%, 25,7%, 18,5% соответственно ($p < 0,05$).

В группе юных первородящих достоверно чаще обнаруживались врожденные пороки развития (ВПР) плода (12,8% против 2,8% в контрольной группе; $p < 0,05$). Средний срок беременности составил $38,8 \pm 0,13$ недель у женщин в возрасте 18-30 лет и $38,06 \pm 0,34$ недель у девушек-подростков ($p = 0,03$). Преждевременные роды в сроке от 22 до 37 недель чаще наблюдались в основной (14,2%), чем в контрольной группе (4,3%; $p < 0,05$). При ведении родов через естественные родовые пути у юных первородящих практически вдвое чаще, чем в старшей возрастной группе ($p < 0,05$) регистрировались разрывы промежности и влагалища различной степени (46,6% и 23% соответственно), что, вероятно, связано с функциональной незрелостью. Родильницы подросткового возраста опережали группу контроля по количеству детей, рожденных с массой тела менее 2500 грамм, что составляло 12,8% против 2,8% ($p < 0,05$).

Выводы. Большинство девушек подростков на момент наступления беременности не состояли в зарегистрированном браке (68,6%), не имели стабильного заработка (100%) и в полной мере не были готовы к появлению ребенка как в материальном, так и в психологическом плане. Процесс гестации, протекающий в условиях функциональной незрелости организма матери возрастной группы до 18 лет, был ассоциирован с высоким риском развития таких осложнений течения беременности, как плацентарная дисфункция (14,2%), анемия беременных (67,1%) и угроза преждевременных родов (42,8%); осложненным течением родов (разрывы промежности и влагалища различной степени 46,6%); возникновением врожденных пороков развития плода (12,8%), рождением маловесных детей (12,8%).

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ АНГИОГЕНЕЗА ВТОРИЧНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ.

Крамарь Т.В.¹, Голубинская Е.П.²

¹студент кафедры патологической анатомии с секционным курсом Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»

²доцент кафедры патологической анатомии с секционным курсом Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»

Kramarva@gmail.com; Missive@mail.ru.

Введение. Туберкулезная гранулема представляет собой ключевую структуру в развитии инфекционного процесса и заболевания в частности. В настоящее время гранулема рассматривается не как сформированная структура, а динамический процесс, который характеризуется постоянным изменением клеточного соотношения макрофагального звена, Т-клеток, дендритных клеток, а также лимфоцитов. Одновременно с этим, патогенетически важным аспектом туберкулезного процесса является неоангиогенез туберкулезной гранулемы. Существует несколько теорий васкуляризации: гипоксическое состояние тканей, которое индуцирует формирование новых сосудов, а также самостоятельный синтез сосудистых факторов роста *Mycobacteria tuberculosis* для увеличения доставки трофических субстратов и для диссеминации микроорганизмов. В соответствии с последней теорией формирования сосудов, некоторые ученые сравнивают туберкулезный процесс с онкологическим, однако окончательные механизмы неоангиогенеза остаются не до конца изученной проблемой.

Цель: изучить морфологические особенности процессов неоваскуляризации в туберкулезной каверне в зависимости от иммуноактивных клеточных элементов.

Задачи.

1. Оценить качественные и количественные характеристики маркеров ангиогенеза и клеточных элементов иммунного ответа при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких.

2. Провести корреляционный анализ для выявления взаимосвязи между активностью макрофагального и лимфоцитарного звеньев иммунитета и выраженностью капиллярообразования в зависимости от локализации зоны некробиотических изменений.

Материалы и методы. Материалом исследования являются фрагменты легочной ткани 27 больных с верифицированным диагнозом фиброзно-кавернозный туберкулез после кавернэктомии. В качестве контроля использовались участки ткани легкого 10 больных, умерших от внелегочной патологии. Ангиогенез изучали по иммуногистохимической (ИГХ) экспрессии маркера эндотелия сосудов CD34, сосудистого фактора роста – VEGF-A, состояние базальной мембраны оценивали по экспрессии Collagen IV типа (DakoCytomation). Для анализа клеточного иммунного ответа использовали маркер CD8 цитотоксических Т-лимфоцитов, а также CD68 макрофагов. Иммуногистохимическое исследование проводили согласно стандартизированной методике. Проводили морфометрическую обработку полученных данных лицензионным программным обеспечением (ПО) ImageJ, статистический анализ осуществляли с помощью ПО Statistica 10.0. Для изучения достоверности данных использовали t-критерий Стьюдента, а также U-критерий Манна-Уитни. Для изучения взаимосвязи был использован непараметрический критерий Пирсона.

Результаты исследования. В связи с неравномерностью экспрессии используемых ИГХ маркеров, в исследуемом материале условно было выделены четыре морфологические зоны в зависимости от удаленности от некробиотического очага: зона казеозного некроза, специфической грануляционной ткани, фиброзный слой каверны, окружающая легочная ткань.

При анализе экспрессии маркера CD68 выявлено статистически значимое относительно контрольной группы ($p < 0,05$) динамическое уменьшение количества позитивно окрашенных макрофагов по мере удаления от очага некроза с максимальным показателем в грануляционной ткани ($200,9 \pm 5,27$) и минимальным – в прилегающей легочной паренхиме ($9,16 \pm 0,45$). Кроме того, регистрировалась позитивная ИГХ реакция в зоне лимфоидных фолликулов, прилегающих к фиброзному слою каверны ($8,45 \pm 2,83$).

На основании идентификации VEGF+ клеток и сопоставлении со стандартным гистологическим исследованием, установлена популяционная неоднородность CD68+ макрофагов: иммунофенотип 1 (CD68+/VEGF-) и тип 2 (CD68+/VEGF+), различающиеся как в качественных и количественных характеристиках, так и по локализации.

CD68+/VEGF- локализовались преимущественно в зоне специфического воспаления, характеризовались высокой или умеренно высокой фагоцитарной активностью, т.е. проявляли провоспалительную активность. В то же время CD68+/VEGF+ визуализировались в зоне позитивно CD8 экспрессирующих лимфоидных фолликулов, что свидетельствует о потенцирующем эффекте Т-лимфоцитов на дифференцировку макрофагов 2 типа. Установлена прямая корреляционная связь средней силы ($R_1 = 0,68$) и при количественном соотношении VEGF+ макрофагов в зоне лимфоидных скоплений ($13,22 \pm 1,20$) и в легочной ткани ($42,51 \pm 1,40$).

Особо интересным представляется корреляционный анализ экспрессии маркеров CD34, collagen IV в зависимости от макрофагальной VEGF активности.

Максимальное количество CD34 позитивных сосудов капиллярного типа визуализируется в зоне специфической грануляционной ткани – $19,47 \pm 0,88$ на границе с позитивно экспрессирующей все исследуемые ИГХ маркеры зоной казеозного некроза

(остаточная антигенная активность). При этом определяется обратная корреляционная взаимосвязь с неравномерной экспрессией collagen IV в этой же зоне ($R_2=-0,40$).

В окружающей легочной ткани на фоне максимального количества CD68+/VEGF+ клеток определяется резкое увеличение количества CD34+ элементов до $28,00 \pm 1,49$. При одновременном повышении процентного содержания collagen IV ($30,34 \pm 1,37\%$, $p < 0,05$, $R_3=0,40$).

Выводы:

1. CD8+ лимфоциты способствуют дифференцировке макрофагов на 2 субпопуляции: VEGF+ и VEGF-.

2. Зона некротических изменений вследствие остаточной антигенной активности способствует процессу неоангиогенеза и формированию специфической грануляционной ткани, содержащей VEGF- макрофаги, которые блокируя процессы коллагенообразования 4 типа, приводят к формированию неполноценной и несостоятельной капиллярной сети.

3. Активации VEGF+ макрофагов приводит к активации процессов ангиогенеза с одновременной стимуляцией образования коллагена 4 типа, приводя к формированию альвеоло-капиллярного блока, уменьшению площади поверхности диффузии кислорода и, как следствие, уменьшению образования сурфактанта, замыкая «порочный круг» нарастающей дыхательной недостаточности.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ДНЕВНОЙ СОНЛИВОСТИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ РАЗНОГО ПОЛА ПО ДАННЫМ МОНИТОРИНГОВОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Абхаирова Э.Э.¹, Жукова А.В.², Кашка Л.Р.³, Эбубекирова Л.Ш.⁴

^{1,2,3,4} *студенты кафедры физиологии нормальной*

*Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»
кафедра физиологии нормальной
annataisia@yandex.ru*

Введение. Известно, что режим труда и отдыха у студентов напрямую влияют на академическую успеваемость, а к наиболее распространенным причинам изменения качества сна у молодежи относят не только нарушение его режима, но и психоэмоциональный стресс, связанный с учебой.

Целью настоящего исследования был анализ данных по данным мониторингового наблюдения за уровнем дневной сонливости и ее взаимосвязи с психологическими характеристиками личности у студентов-медиков разного пола.

Материалы и методы. С соблюдением биоэтических требований протестировали 285 студентов Медицинской академии имени С.И. Георгиевского. Исследование было выполнено в разные периоды учебной деятельности на протяжении учебного года, в ходе которого было сформировано 5 групп: 1-ю (35 девушек и 17 юношей), средний возраст ($20,3 \pm 0,4$) лет тестировали осенью 2016 года; 2-ю (23 девушек, 7 юношей) средний возраст ($20,6 \pm 0,2$) лет тестировали накануне сессии в январе 2017 года; 3-ю (58 девушек, 42 юноши) средний возраст ($18,6 \pm 0,1$) лет тестировали после зимней сессии в феврале-марте 2017 года; 4-ю (44 девушки, 30 юношей) средний возраст ($19,0 \pm 0,1$) лет тестировали в период учебы во втором семестре в апреле 2017 года; 5-ю (18 девушек, 11 юношей) средний возраст ($19,8 \pm 0,1$ лет) тестировали в ходе летней сессии в июне 2017 года. Уровень дневной сонливости оценивали по Шкале сонливости Эпворта (ESS). Для оценки ряда психологических характеристик личности использовали батарею тестовых методик: для уровня тревожности опросник Спилбергера-Ханина; для уровня агрессивности и враждебности тест Басса-Дарки, для диагностики

психоэмоционального состояния тест САН. Анализ данных выполняли в программе Statistica 8.0 с помощью методов непараметрической статистики.

Результаты исследований. Результаты мониторинга обнаружили стабильность уровня сонливости у девушек на протяжении всех этапов наблюдения: медианы ее значений составляли 9 баллов, что соответствует высокому порогу нормальной дневной сонливости. У лиц мужского пола был выявлен высокий уровень сонливости только в 3 этапе мониторинга: медиана составляла 12 баллов, что соответствовало слабой степени чрезмерной дневной сонливости (рис. 1).

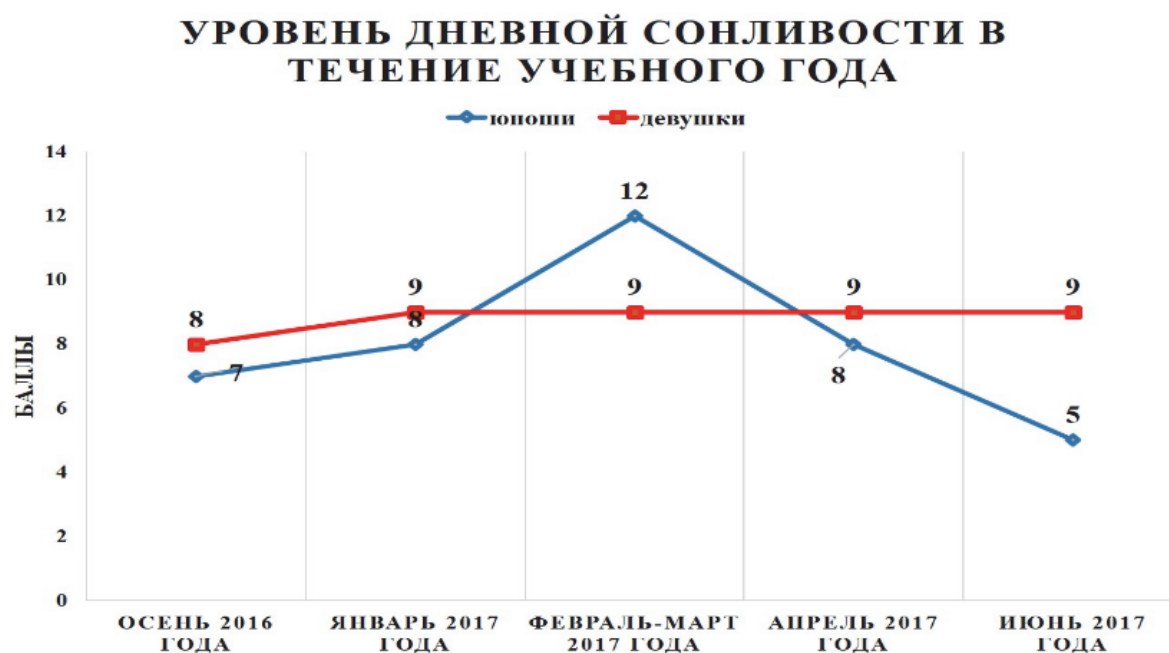


Рис. 1. Динамика значений дневной сонливости (медианы) в течение учебного года у девушек и юношей.

При сравнительном анализе показателей психоэмоционального состояния и личностных характеристик девушек и юношей на различных этапах мониторинга были выявлены некоторые отличия в уровне личностной тревожности (ЛТ), агрессивности, активности, настроении (табл. 1). В 3-м этапе мониторинга юноши характеризовались достоверно более низким уровнем ЛТ, более высокой активностью, настроением и агрессивностью.

Сравнительная характеристика характеристик личности студентов-медиков разного пола в разные периоды мониторинга

		Характеристики сна и свойств личности (медианы; p25/p75)	Период тестирования				
			Сентябрь 2016 г	Январь 2017 г	Февраль 2017 г	Апрель 2017 г	Июнь 2017 г
Группа обследованных студентов-медиков разного пола	Девушки (n=178)	Личностная тревожность	50 (41/55)	41 (34/51)	42 (34/49)	43 (37/50)	48 (40/56)
		Активность	4,5 (3,6/5,3)	4,4 (3,7/4,9)	4,2 (3,5/5,3)	-	5,2 (3,5/5,7)
		Настроение	4,7 (3,7/5,4)	5,1 (4,1/5,7)	4,7 (3,9/5,6)	-	6,2 (4,8/5,7)
		Агрессивность	15 (10/18)	19 (12/22)	18 (15/20)	-	16,5 (11/20)
	Юноши (n=107)	Личностная тревожность	48 (41/52)	46 (39/53)	39 (32/50) p=0,01	36 (31/41) p=0,002	35 (31/43) p=0,01
		Активность	5,0 (4,2/6)	4,6 (4,2/5,1)	5,6 (4,2/6,1) p=0,000	-	5,2 (4,4/5,7)
		Настроение	5,5 (4,7/5,8) p=0,03	5,3 (4,4/5,5)	5,4 (4,8/6,0) p=0,02	-	5,5 (5,2/5,8)
		Агрессивность	19,5 (14/22)	21 (18/27)	20 (16/21) p=0,04	-	17 (10/23)

Результаты корреляционного анализа обнаружили ряд взаимосвязей психологических характеристик личности и критериев психоэмоционального состояния с уровнем дневной сонливости. У девушек 1-й группы дневная сонливость была связана с показателем ЛТ ($r=0,38$; $p=0,02$), с уровнем активности ($r=-0,44$; $p=0,000$). У девушек 2-й группы сонливость коррелировала с ЛТ и показателем враждебности ($r=0,54$; $p=0,000$). В 3-й группе выявили взаимосвязь сонливости с уровнями самочувствия ($r=-0,32$; $p=0,01$), активности ($r=0,45$; $p=0,000$), с враждебностью ($r=0,37$; $p=0,000$) и агрессивностью ($r=0,43$; $p=0,00$). В 4-й группе взаимосвязь дневной сонливости имела место с ЛТ ($r=0,49$; $p=0,00$) и СТ ($r=0,33$; $p=0,03$). Для исследуемых показателей, зарегистрированных у девушек в 5-й группе, взаимосвязей не обнаружили. В группе юношей корреляционные связи дневной сонливости с враждебностью ($r=0,57$; $p=0,000$) и агрессивностью ($r=0,42$; $p=0,04$) были выявлены на 3 этапе мониторинга (февраль 2017), на 5-м этапе тестирования выявили связь с враждебностью ($r=0,57$; $p=0,04$).

Выводы. Мониторинг состояния дневной сонливости обнаружил ее наиболее существенный уровень в постсессиионном зимнем периоде у юношей. Установленные корреляционные связи позволяют говорить о том, что у девушек повышение уровня дневной сонливости может усиливать тревожность, враждебность, агрессивность, снижать активность больше, чем у юношей.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Петренко В.И.¹, Верзилина Г.А.², Эннанова А.Ш.³, Корниенко Н.В.⁴

^{1,2,3}студенты кафедры внутренней медицины №1 с курсом клинической фармакологии

⁴ассистент кафедры внутренней медицины №1 с курсом клинической фармакологии

Медицинской академии им.С.И.Георгиевского

petrenko-vitalina@mail.ru

Введение. Психоэмоциональные расстройства – актуальная проблема XXI века, которые часто сопровождают сердечно-сосудистую патологию, в частности, артериальную гипертензию (АГ), утяжеляя ее течение и ухудшая прогноз заболевания. Своевременная диагностика и адекватная терапия психологического статуса позволит не только повысить качество жизни пациентов, но и значительно улучшить исход заболевания.

Цель исследования – оценить степень выраженности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у пациентов с АГ.

Материалы и методы. В клиническом исследовании принимали участие 106 больных (69 мужчин и 37 женщин), из них 98 человек страдали АГ 2 и 3 стадии – 65 и 33 пациента соответственно. Возраст обследованных был от 44 до 80 лет, в среднем - $62,0 \pm 4,2$ года у мужчин и $58,5 \pm 1,3$ лет у женщин. Средняя продолжительность АГ составила 17,5 лет. Среди сопутствующей патологии выявлена ишемическая болезнь сердца у 93 пациентов (87,7%), 73,4% больных имели хроническую сердечную недостаточность (ХСН) различных функциональных классов по NYHA, ожирение различных степеней – 65 (66,3%), сахарный диабет диагностирован у 15 обследованных (15,3%). Диагноз АГ верифицирован согласно общепринятым критериям. Все пациенты получали полный комплекс обследования и лечения согласно соответствующих протоколов и стандартов ведения больных. Заболевания почек и эндокринной системы в обследование не включались. Психологическое тестирование проводили при помощи госпитальных шкал. Для определения уровня тревожности была использована шкала Спилбергера. Уровень депрессивности оценивали по шкале Бека. Опросник Шихана применяли для самооценки тревоги. Опрос проводили методом самозаполнения, после получения соответствующих инструкций по их оформлению. При невозможности самостоятельного заполнения анкет пациентам зачитывали текст вопросов с регистрацией устных ответов. В ходе обследования классифицировали тревожно-депрессивные изменения как низкий, средний и высокий уровень расстройств. Статистическая обработка выполнялась с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel.

Результаты. У всех пациентов АГ были выявлены ТДР по трем шкалам. У 65 больных с 2 стадией АГ признаки тревоги и депрессии встречались в 48,1% и 34,7% соответственно, определялся уровень тревоги у 54,3% случаев, депрессии – у 47,3% пациентов, причем у женщин (55,3%) преобладали тревожные расстройства. По шкале Бека большинство больных были с умеренной и выраженной депрессией (34,7% и 25,7% соответственно). Результаты по шкале Спилбергера: низкая – 26,4%, умеренная – 58,1% и высокая -10,9% степень тревоги. По данным шкалы Шихана у пациентов была субклинически выраженная (53,2%) и клинически выраженная (37,4%) тревога. У обследуемых с сочетанной патологией преобладала депрессия с ожирением I и II степени (соответственно 24,7% и 30,2%).

Выводы. У пациентов с АГ выявлены выраженные ТДР, которые значительно отягощают течение основного заболевания, ухудшая качество жизни и отрицательно влияют на прогноз, что дает повод для обращения к профильному специалисту - психотерапевту, психиатру, для коррекции комплексного индивидуального лечения больных с АГ.

СТРУКТУРА КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Петренко В.И.¹, Блинова Е.В.², Эргашева Ф.Б.³, Османова Э.Э.⁴, Корниенко Н.В.⁵

^{1,2,3,4} студенты кафедры внутренней медицины №1

с курсом клинической фармакологии

⁵ ассистент кафедры внутренней медицины №1 с курсом клинической фармакологии

Медицинской академии им.С.И.Георгиевского

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) является одной из распространенных болезней системы кровообращения. Отличительной особенностью АГ является высокая частота коморбидности, которая приводит к взаимному влиянию на клиническое течение, отрицательно воздействуя друг на друга и нередко затрудняя диагностику, тем самым, диктуя определенные особенности выбора антигипертензивной терапии (АГТ).

Целью настоящего исследования явилось проведение анализа особенностей коморбидной патологии у пациентов с АГ.

Материал и методы. В исследование было включено 108 человек, 8 из которых досрочно выбыли из-за отказа по некоторым вопросам анкетирования. Нами обследовано 100 пациентов с АГ, у 66 была 2 стадия и у 34 человек – 3 стадия. Средняя давность выявления АГ была 14,5 лет. Мужчины составили 75%. Средний возраст пациентов – 63,7±3,6 лет. Распределение по возрасту было следующим: до 45 лет – 4 человека; 45-55 лет-23 больных; 55-65 – 20 человек; 65-75 – 42 пациентов и старше 75 лет - 11 больных. АГ диагностировали в соответствии с Национальными рекомендациями. У всех больных анализировались данные общеклинического, биохимического, инструментального обследования. Медикаментозная терапия АГ осуществлялась согласно Федеральным рекомендациям по кардиологии. Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности Charlson (ИКЧ) дополненной опросником Deуо R.A., представляющую собой бальную систему оценки возраста и сопутствующей патологии. Данные анкетного опроса заносили в специальные опросники. Пациенты были разделены на 3 группы по ИКЧ: 1-я – низкая коморбидность, 2-умеренно выраженная и 3-я – высокая коморбидность. Статистическая обработка выполнялась с помощью с использованием пакета программ Microsoft Excel.

Результаты. Установлено, что все пациенты с АГ имели различные варианты кардиальной коморбидности. Причем, наиболее часто встречалось сочетание с ишемической болезнью сердца (ИБС) у 68 человек, при этом в 35% случаев имел место постинфарктный кардиосклероз, в 23% - стенокардия напряжения, в 78% - хроническая сердечная недостаточность. Из числа коморбидной патологии преобладали следующие заболевания: бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких выявлены у 14% и 27% обследованных соответственно, язвенная болезнь и хронический гастрит в 29% и 22% случаев соответственно. Сахарный диабет был у 22 человек. Избыточная масса тела отмечалась у 12 больных, ожирение – у 79 пациентов (1 степень – 25 человек, 2 степень – 44 больных, 3 степень – 10 обследуемых). Заболеваниями опорно-двигательного аппарата страдали 49% больных. Одно сопутствующее заболевание (СЗ) имели 16% пациентов АГ, два СЗ –65% и три СЗ -19% обследуемых. Коморбидность по ИКЧ и связанный с ним риск осложнений был выявлен у 88% пациентов 2-3 группы, что соответствует умеренному и высокому риску (47% и 41/% соответственно).

Выводы. Проведенное исследование показало высокую частоту коморбидности у пациентов с АГ, что требует рационального, индивидуализированного, комплексного подхода к лечению, которое может вызывать нежелательные побочные эффекты при взаимодействии друг с другом, утяжеляя течение как АГ, так и коморбидных заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ АНДЕРСОНА-ФАБРИ

Кривоносова М.Ю.¹

¹студент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Медицинская академия КФУ

научный руководитель: к.м.н., доцент Мещерякова А.В.

krivonosova.margo@mail.ru

Введение. Болезнь Фабри (болезнь Андерсона-Фабри) – наследственное заболевание, относящееся к группе лизосомных болезней накопления, обусловленное значительным снижением активности или отсутствием фермента α -галактозидазы А. Дефицит фермента приводит к накоплению глоботриаозилцерамида и родственных гликофосфолипидов в лизосомах клеток различных органов, включая сердце, почки, эндотелий сосудов, а также нервную систему. Заболевание проявляется в детском возрасте болями в кистях и стопах, ангиокератомами, гипогидрозом, астенией. В старшем возрасте присоединяются боль в животе, поражение почек, сердца, возможны транзиторные ишемические атаки, инсульт. Заболевание носит прогрессирующий характер, сопровождается снижением качества и продолжительности жизни, смерть, как правило, наступает на 4-м десятилетии жизни от сердечно-сосудистых, цереброваскулярных осложнений или почечной недостаточности.

Цели и задачи исследования. Изучение и актуализация проблемы, связанной с диагностикой редкого наследственного заболевания – болезни Фабри, повышение осведомленности о заболевании, определение эпидемиологических и патогенетических аспектов ее формирования, а также клинических проявлений неврологических нарушений.

Методика исследования. Обзор и анализ литературных источников по данной проблеме за период с 2012 по 2018 годы.

Результаты исследования. Болезнь Фабри относится к редким заболеваниям, распространенность которого в различных странах мира варьирует в широких пределах - от 1 на 117000 до 1 на 476000 населения. У мужчин и женщин с ранним инсультом частота болезни Фабри составила 4,2% и 2,15. Причиной возникновения являются мутации гена GLA, контролирующего структуру α -галактозидазы А, которая в норме отщепляет терминальный остаток α -галактозы олигосахаридной цепи нейтральных гликофинголипидов. Недостаточность фермента приводит к накоплению в лизосомах церамидтригексозида и дигалактозилцерамида. Во многих органах, в том числе и в нервной системе, депонирование гликофинголипидов вызывается повышенным уровнем циркулирующих липидов, которые накапливаются путем активного всасывания и диффузии в аксонах нервов, ганглиях задних корешков и в vasa nervorum приводит к структурным повреждениям тонких нервных волокон, результатом которых является выраженный болевой синдром.

Заболевание манифестирует с поражения почек, сердца, кожи, нервной системы, желудочно-кишечного тракта, органа зрения и начинающегося в детском возрасте. Одним из клинических проявлений болезни Фабри является развитие полинейропатий с преимущественным поражением сенсорных волокон - в 70–80% случаев наблюдается хроническая выраженная, изнуряющая невропатическая боль в конечностях, которая сопровождается акропарестезиями. Также характерны типичные болевые кризы, которые возникают при перемене погоды, лихорадке, физической нагрузке, стрессе и после приема алкоголя. При болевом кризе Фабри боль приобретает мучительный характер, иррадиирует из дистальных отделов конечностей в проксимальные, длится от нескольких секунд до нескольких недель и не снимается наркотическими анальгетиками. Полинейропатии являются основным неврологическим осложнением данного заболевания, в то время как развитие транзиторных ишемических атак и инсультов в молодом возрасте занимает второе место по частоте встречаемости. У 2/3 больных инсульт является следствием атипичного

течения болезни с изолированным поражением головного мозга. В 50% перенесенный инсульт является дебютом. Вследствие этого болезнь Фабри следует подозревать у всех больных с ранним развитием инсульта даже при отсутствии очевидных причин и факторов риска. Именно из-за большого количества возможных симптомов бывает очень трудно отличить болезнь Фабри от более распространенных заболеваний, и пациенты могут в течении многих лет оставаться без правильного диагноза и получать только симптоматическое лечение.

Выводы. Болезнь Фабри – это редкое наследственное заболевание, которое проявляется в раннем возрасте, тяжело диагностируется и без соответствующей терапии оказывает негативное влияние на качество и продолжительность жизни пациентов. Сложность диагностики данного заболевания связана с полиорганным поражением, выраженными нарушениями нервной системы в виде сенсорных полинейропатий, а так же появлением криптогенных инсультов у лиц молодого возраста, что является характерным маркером болезни Фабри. Поэтому для диагностики данного заболевания необходима слаженная работа смежных специалистов. Зная основные патогенетические и клинические признаки данного заболевания, можно выявить таких пациентов до прогрессирования болезни и назначить соответствующую заместительную терапию, которая в значительной мере улучшает состояние больных и продлевает им жизнь.

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОКАРЦИНОМЫ

Кривошапко О.Р.

*студентка кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии
Медицинской академии КФУ*

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии КФУ Аджисалиев Г.Р.
olga-krivoshapko@mail.ru

Введение. Лечение злокачественных опухолей проводят в зависимости от стадии, степени распространения, общего развития болезни. Основным и наиболее эффективным методом лечения аденокарциномы является проведение хирургических операций до и после курса химиотерапии. Данный метод показывает большой процент пациентов с благоприятными итогами, проводится в сочетании с радио- и химиотерапией. С целью повышения эффективности лечения и улучшения состояния больного также применяют противоопухолевые препараты.

Целью работы является изучение аспектов проведения хирургических операций на печени, тонкой и толстой кишке, пищеводе, эти операции включают в себя резекции органов или при дальнейшем прогрессировании болезни - полное удаление органа с последующей трансплантацией (печень) или без (почка). В работе будут рассмотрены основные этапы проведения операций при аденокарциноме различных паренхиматозных, полых органов, а также дооперационные мероприятия, включающие диагностику аденокарциномы, послеоперационные мероприятия и направления послеоперационной реабилитации на основе анализа актуальной литературы, опубликованной в последние 10 лет и доступной в наукометрической базе РИНЦ.

Результаты и их обсуждения. При ранней диагностике и раннем начале комплексного лечения выживаемость пациентов составляет около 90%. В начале болезни опухоль имеет небольшие размеры и ограниченную локализацию, отсутствие метастаз. На этом этапе даже частичная резекция органа с минимальным нарушением здоровья пациента будет эффективна. Целесообразно проведение малоинвазивной лапароскопии, позволяющей сохранить

целостность внешних покровов; точечной инъекции лекарственных препаратов и прицельной лучевой терапии с целью сохранения здоровых тканей; На следующей стадии вероятность излечения также достаточно высока, однако снижается до 75%. Больной с опухолью третьей стадией только в половине случаев проживет 5 лет после комплексных мероприятий, а в последней стадии с десиминой метастазов по всему организму пятилетняя выживаемость не превышает 15%. В этом случае оперативное вмешательство не производится ввиду бессмысленности. Лечение - только химио, радиотерапия.

Выводы. Из всего вышеуказанного следует, что использование современных методов диагностики и лечения аденокарцином приводит к повышению шансов на нормальную жизнедеятельность и даже полное излечение при чутком отношении к собственному здоровью, своевременному прохождению плановых медицинских обследований и грамотных действиях врача.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Каната С.Р.¹, Абединова А.Л.¹

¹*студентка кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»*

Научный руководитель: ст. преп. кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Можаяв П.Н.
selime3110@gmail.com

Введение. Абсцесс печени – это ограниченное воспалительное нагноение паренхимы печени с образованием в печеночной ткани полостей, заполненных гноем, являющееся результатом литического расплавления печеночной паренхимы. Ежегодная заболеваемость абсцессом печени – от 8 до 20 случаев на 100000 госпитализаций, а смертность, несмотря на современные технологии, остается достаточно высокой – от 10 до 40%. В связи с этим своевременная диагностика и правильное лечение абсцессов печени является одной из актуальных проблем современной хирургии.

Цели и задачи. Описать современные подходы к хирургическому лечению абсцессов печени и дать им сравнительную оценку.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 410 пациентов, находившихся в клинике Университета Сиань-Цзяотун с 2000 по 2014 гг. (данные доступны на сайте клиники в открытом доступе), а также на анализе данных современной медицинской научной литературы, доступной в наукометрической базе РИНЦ.

Результаты исследований. В настоящее время стандартные терапевтические протоколы гнойного абсцесса печени еще не установлены. В нашем анализе все больные были разделены в 3 группы: малый абсцесс (≤ 5 см), большой абсцесс (от 5 см до 10 см) и гигантский абсцесс (> 10 см). Большинство пациентов имели одиночный абсцесс (274 из 410, 66,8%), тогда как 122 (29,7%) имели два или более абсцесса в печени. *Klebsiella pneumoniae* (22%) и *Escherichia coli* (11%) были наиболее распространенными возбудителями. 115 пациентов (28,0%) получали только антибиотики, 161 (39,3%) подвергались чрескожному дренированию (ЧД), тогда как 134 (32,7%) подвергались хирургическому доступу и дренированию (ХД). Большинство пациентов (408 из 410, 99,5%) были излечены, тогда как только два (0,5%) пациента умерли в стационаре.

Клинические проявления, лабораторные анализы, лечение и результаты сравнивались между тремя группами. Существенных различий в отношении пола, возраста, сопутствующей патологии, хирургического анамнеза между тремя группами не было обнаружено. Консервативные методы лечения только с использованием антибиотиков в основном использовались у пациентов с малым абсцессом, ЧД проводилось в основном у пациентов с большим абсцессом, а ХД в основном выполнялось у пациентов с гигантским абсцессом. Хотя

результаты исходов лечения были сопоставимы среди трех групп, пациенты с гигантским абсцессом имели значительно больший срок пребывания в больнице, чем другие две группы (среднее время 23 дня против 18 дней).

В случае с малыми абсцессами исключительно антибактериальная терапия позволила достичь выздоровления в 42,4 процентах случаев, тогда как метод ЧД давал заметно большую эффективность. При больших размерах абсцессов как ЧД, так и ХД показали сопоставимую эффективность, но при этом ХД показал заметно большее число осложнений (76,4% против 35,7%). При применении ЧД среднее время пребывания в больнице составило 12 дней, тогда как при применении ХД оно составило 29 дней.

Выводы. Мининвазивные методы являются эффективным методом лечения абсцессов печени, позволяя уменьшить риск возникновения осложнений после полостных операций и время пребывания в стационаре. ЧД абсцессов печени можно рассматривать как вмешательство выбора, оставляя ХД лишь средством дополнительного вмешательства при сложных случаях, множественности абсцессов или при неэффективности ЧД.

РОБОТИЧЕСКАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ, ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

Михальчук М.С.¹, Береговенко Д.А.¹, Аджисалиев Г.Р.²

¹*студенты кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии
Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ*

²*старший преподаватель кафедры топографической анатомии и оперативной
хирургии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ
maryme143143@gmail.com*

Введение. Научно-технический прогресс, стремительно надвигающаяся четвертая промышленная революция, повсеместное внедрение инновационных технологий задают невиданную ранее скорость развития социально-экономических отношений, заставляют все отрасли общественной и хозяйственной жизни соответствовать этим темпам нововведений. Медицина в этом отношении ничем не отличается от других сфер жизнедеятельности индивида, а порой и опережает некоторые из них полетом фантазии человеческой мысли.

Целью работы является рассмотрение применения роботической системы в лечении простатэктомии, выявление её преимуществ и недостатков на основе анализа специализированной литературы, опубликованной в последние 5 лет и доступной в наукометрической базе РИНЦ.

Результаты исследований. Операционный робот является своеобразным хирургическим устройством, снабжённым роботизированным приложением, которое, находится под контролем хирурга. Обозначенная система предоставляет врачу возможность получить изнутри трехмерное изображение тела. Хирургические инструменты робота имеют небольшой размер. Они способны вращаться и изгибаться подобно человеческим рукам, только в большем объеме.

Как показано в работе Колонтарева К.Б. «Радикальная простатэктомия с роботической ассистенцией: анализ первых 80 случаев», роботическая система, как правило, состоит из двух взаимосвязанных блоков. Первый представляет собой консоль для оператора-хирурга. Второй – это непосредственно многорукий робот-манипулятор, имеющий в наличии четыре руки, то есть четыре рабочих инструмента, из которых один – камера, три других являются хирургическими инструментами, необходимые хирургу при проведении операции. Действия хирурга заключается в запланированном передвижении специальных джойстиков, действия которых, в свою очередь, с заданной скоростью передаются посредством системы рычагов на инструменты робота. Следовательно, мы видим преимущества роботических операций непосредственно для хирурга. К ним относятся: увеличенный диапазон движения «искусственной руки», хирургическая точность, улучшение визуализации областей, которые не видны невооруженным глазом,

контроль тремора рук из-за усталости.

Преимущества роботической операции для пациента заключаются в следующем: уменьшенное количество возможных осложнений после операции, снижение потери пациентом крови, практически незаметные послеоперационные рубцы, быстрая реабилитация организма после операции.

Согласно обозначенной теме, несколько подробнее остановимся на роботической простатэктомии. Операция, как мы понимаем, проходит подобно описанному выше способом, однако всё же имеет ряд отличительных особенностей.

Важнейшим показанием для проведения радикальной простатэктомии считается наличие у пациента злокачественной опухоли в простате, и предполагаемая продолжительность жизни пациента составляет не менее 10-15 лет. Как показано в работе Колонтарева К.Б. «Сравнение результатов выполнения открытой и робот-ассистированной радикальной простатэктомии», следует отметить, что у больных с I и II стадией рака предстательной железы радикальная простатэктомия приводит к полному излечению болезни.

Роботическая радикальная простатэктомия заключается в удалении предстательной железы вместе с капсулой, семенными пузырьками. Предварительно перед операцией вечером больному выполняется очистительная клизма. Также больному сбривают волосы на передней брюшной стенке и на лобке. Пациенту запрещают принимать пищу и питьё с 0 часов того дня, на который назначена операция. Утром в день оперативного лечения начинается внутривенное или внутримышечное введение антибиотиков.

Операция производится по лапароскопической методике. Хирургом устанавливаются четыре роботических порта и два порта ассистента. Первый порт, расположенный над пупком пациента, продлевается до 1,5-2 см в конце операции, чтобы удалить лапароскопический мешок с простатой. Далее врачом проводится удаление всей предстательной железы. После этого хирург осуществляет «сшивание» между уретрой и шейкой мочевого пузыря. В завершении операции к месту анастомоза врач посредством робота устанавливается дренажную трубку. На кожу пациента накладывается повязка, через мочеиспускательный канал, в мочевой пузырь обязательно устанавливается уретральный катетер, представляющий собой силиконовую трубку, по которой сможет вытекать моча в мешок-мочеприёмник. После операции практически всегда пациент одни сутки проводит в отделении реанимации. После чего на следующий день возвращается в урологическое отделение. Уже в день операции, к вечеру пациент может встать на непродолжительное время на ноги.

Недостатков у подобного хирургического вмешательства не более, нежели при классической, привычной для пациента операции. Как было показано в работе А.В. Говорова «Улучшение восстановления удержания мочи после робот-ассистированной нервосберегающей радикальной простатэктомии при приеме тадалафила: рандомизированное исследование со сроком наблюдения 1 год», к наиболее частому послеоперационному осложнению относят недержание мочи или её хроническую задержку. Это происходит по причине сужения уретры в месте соединения её с мочевым пузырем.

Как показано в работе П.И. Раснер «Функциональные результаты радикальной позадилоной и робот-ассистированной простатэктомии у больных локализованным раком предстательной железы», результаты проведенных исследований подтверждают высокую эффективность радикальной простатэктомии. 10-летняя выживаемость пациентов без рецидива опухоли достигает 80 и более процентов.

Выводы. Учитывая вышесказанное можно с уверенностью заявить, что в будущем все больше людей с раком предстательной железы будут осмысленно выбирать роботическую простатэктомию для лечения этого заболевания.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

¹ Кошукова Г.Н., ²Тейфукова Э.Н.

¹д.м.н., профессор кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии КФУ

² студентка кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии КФУ
elmazteifukova@mail.ru

Введение. Анкилозирующий спондилит (АС) – хроническое системное воспалительное заболевание, которое развивается преимущественно у лиц молодого возраста и поражает в основном аксиальный скелет. Диагностика АС от появления первых клинических проявлений до развития рентгенологических признаков сакроилиита, отражающих наличие структурных изменений в крестцово-подвздошных сочленениях, длится годами. В позвоночнике и суставах костно-деструктивные изменения развиваются относительно медленно, в то время как активное воспаление данной локализации развивается задолго до появления первых рентгенологических признаков заболевания в позвоночнике и крестцово-подвздошных суставах. Доказано, что длительность заболевания коррелирует с эффективностью лечения, что делает актуальным своевременную раннюю постановку диагноза с использованием современных методов исследования. Длительное время в качестве «золотого стандарта» диагностики применяется рентгенография различных отделов позвоночника и сакроилиальных сочленений, однако по литературным данным известно, что вероятные признаки сакроилиита на рентгенограмме визуализируются только при длительном течении АС, в среднем после 5 лет наличия воспалительной боли в спине. В последнее время широкую популярность приобретает использование метода магнитно-резонансной томографии (МРТ), который позволяет оценить не только наличие структурных нарушений, но и выявить ранние очаги активного воспаления.

Цель работы. Изучить сравнительную эффективность МРТ и рентгенографии пояснично-крестцовых сочленений и позвоночника как методов ранней диагностики АС.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 17 историй болезни пациентов, проходивших стационарное лечение в ревматологическом отделении ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» с впервые установленным диагнозом АС. Диагноз верифицировался на основании классификационных критериев ASAS. Средний возраст пациентов составил $33,47 \pm 8,12$ года (от 18 до 47 лет), гендерное распределение – 13 (76,5%) мужчин и 4 (23,5%) женщины, средняя длительность заболевания – 4 года. Всем больным проводилось стандартное клиничко-лабораторное обследование, диагностические тесты, позволяющие оценить активность заболевания и степень функциональной недостаточности позвоночника и генетическое исследование на наличие HLA B27 антигена.

Результаты исследования. 100% больных имели признаки воспалительной боли в спине, соответствующие клиническим критериям ASAS. Позитивность по HLA B27 антигену выявлялась в 88,4% случаев. Острофазовые показатели воспаления были повышены у 82,4% больных: средний уровень С-реактивного белка (СРБ) составил $7,12 \pm 3,04$ мг/л, СОЭ – $16 \pm 5,12$ мм/ч. Часть пациентов (17,6%) не имели повышения острофазовых маркеров воспаления, что затрудняло правильную интерпретацию жалоб пациентов на боль в спине. Проведение рентгенологического исследования выявило признаки сакроилиита лишь в 35,3% случаев, в то время как параллельное проведение МРТ подтвердило признаки активного воспаления в 94,12 % случаев. Основным МРТ–признаком сакроилиита, выявленным при обследовании было наличие субхондрального отёка костного мозга, который визуализировался на изображениях как гиперинтенсивный сигнал в режиме STIR, либо как гипоинтенсивный сигнал в режиме T1. Признаки сакроилиита констатировались в том случае, если воспалительные изменения в крестцово-подвздошных суставах

определялись как минимум на двух срезах, или выявлялось более чем два сигнала на одном срезе.

Выводы. Таким образом, при проведении сравнительного анализа двух методов исследования подтверждена высокая диагностическая ценность использования МРТ на ранних стадиях АС при отсутствии патогномичных рентгенологических признаков сакроилиита. Выявление и постановка диагноза АС на дорентгенологической стадии помогает своевременному назначению соответствующей терапии, что в итоге улучшает прогноз течения заболевания, уменьшает развитие функциональной недостаточности позвоночника и отдалает время наступления инвалидизации у данной категории пациентов. Генетическое исследование HLA B27 антигена позволяют подтвердить диагноз, провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, но при отсутствии сакроилиита не является маркером АС.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Исмиев Д.А.¹, Экиева М.М.¹

¹ студент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Кульбаба П.В.
ismiev90@mail.ru

Введение. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) одно из самых часто встречающихся и в то же время очень опасных поражений миокарда. Несмотря на значительные успехи в области кардиохирургии, ИБС остаётся главной причиной инвалидизации и смертности в развитых странах. На данный момент эффективнейшим методом лечения ишемической болезни сердца является аортокоронарное шунтирование.

Цель. Провести анализ литературных данных по поводу современных методов оперативных вмешательств при ИБС, определить их эффективность в лечении ишемической болезни сердца с использованием современных методов роботизированной хирургии.

Материалы и методы. Были собраны материалы о применении современных методов лечения ишемической болезни сердца. Произведена обработка специализированной зарубежной медицинской литературы, входящей в наукометрическую базу SCOPUS.

Результаты исследования. Подбор хирургического вмешательства при ИБС формируется после проведения коронарографии и экспертного анализа степени поражения коронарных артерий сердца. При аортокоронарном шунтировании на открытом сердце используют специализированное оборудование, которое позволяет снизить амплитуду колебания сердца при оперативном вмешательстве. Используются специальные стабилизаторы миокарда – фиксатор верхушки сердца и стабилизатор операционного поля. Для проведения данного оперативного вмешательства используют современное техническое оснащение. Хирургическая система «Da Vinci» - это сложная роботизированная платформа, предназначенная для выполнения оперативных вмешательств через малоинвазивный доступ.

При выполнении эндоскопического шунтирования с помощью роботизированной конструкции «Da Vinci», врач производит несколько точечных проколов в межрёберных промежутках, через которые выполняется введение инструментов и эндоскопов. Для выполнения вмешательства на сердце без его остановки используется новейшая методика стабилизации сердца. Участок, на котором производится шунтирование, иммобилизуется с помощью данного аппарата, в то время как сердце продолжает функционировать. В этот момент, хирург контролирует весь этот процесс за консолью. Посредством эндоскопа врач

получает трёхмерный снимок. Затем, при помощи роботизированных рук с инструментами выполняются оперативные манипуляции. Данные технологии позволяют производить точные движения, поскольку обладают небольшими размерами. При выполнении эндоскопического шунтирования хирурги используют участок внутренней грудной артерии, который впоследствии вшивают в зону, ниже места поражения сосуда. Происходит восстановление кровотока.

Выводы. В настоящее время аортокоронарное шунтирование является достаточно распространённой операцией, которая позволяет больным почувствовать улучшение самочувствия за короткое время и восстановить привычный образ жизни.

Введение в кардиохирургию роботизированных систем позволяет сократить время госпитализации пациентов и уменьшить оперативные доступы до микроинвазивных вмешательств.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Ульянова Е.А., Юлдашева З.М.

Студентки кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Аджисалиев Г.Р.
eulianova007@gmail.ru

Введение. Согласно статистике Всемирной Организации Здравоохранения, более 200 миллионов человек в мире страдают сахарным диабетом. Одним из самых серьезных осложнений данного заболевания является синдром диабетической стопы, приводящий к ранней инвалидизации пациентов. Под синдромом диабетической стопы понимают инфекционный процесс, язву или разрушение глубоких слоев тканей стопы, которое связано с неврологическими нарушениями и снижением кровотока в артериях нижней конечности. Инфузионная терапия синдрома диабетической стопы является одним из ключевых современных методов лечения и профилактики инфекционных и язвенных процессов у больных сахарным диабетом. Учитывая патогенез и особенности строения нижней конечности, были определены наиболее действенные методы лекарственной терапии.

Цель работы. Оценить результаты инфузионной терапии при синдроме диабетической стопы, проводимой внутриаартериальным и внутривенным способами.

Анализ и обсуждение. В течение четырех месяцев были обработаны истории болезней 116 больных с инфицированной язвой стопы при невропатически-инфицированной форме диабетической стопы, находившихся на госпитальном лечении в хирургическом отделении 6 ГБ г. Симферополя. По тяжести пациенты разделились следующим образом: 1-2 стадия по Megit-Wagnet была у 83 (71,55%), 3 стадия – у 22 (18,96%), 4 стадия у 11 (9,48%) пациентов. Выбор срока и метода оперативного вмешательства базировался на многих факторах. Наряду со степенью тяжести гнойно-некротического процесса на стопе на него влияло общее состояние больного, наличие метаболического синдрома и кетоацидоза, качественные и количественные характеристики кровообращения и иннервации стопы. Объем оперативного вмешательства у 58 пациентов заключался в проведении хирургической санации инфицированной раны стопы с одновременной катетеризацией нижней эпигастральной артерии со стороны поражения (основная группа). Через катетеризованную артерию пульсовым дозатором «Инфусомат» на протяжении 5-7 суток проводили непрерывную интраартериальную инфузию антибиотиков, антиагрегантов и антиоксидантов со скоростью 50-60 мл в час. Суточный объем интраартериальной инфузии составил 1200-1500 мл. В

других 58 больных вместе с оперативным вмешательством на стопе не проводили катетеризацию и применяли внутривенное введение лекарств (группа сравнения). Больные обеих групп были рандомизированы. Нами было установлено, что в группе сравнения у 26 больных возникла потребность в проведении повторных операциях и у 18 (31,03%) из них была выполнена ампутация на уровне бедра. У пациентов основной группы частота таких ампутаций была значительно ниже и составляла 17,24%.

Вывод. При выборе лечения синдрома диабетической стопы с инфицированными ранами необходим комплексный подход, включающий в себя определение степени инфицирования ран, наличия осложнений и сопутствующих синдромов и оценивать общее состояние больного. Немаловажным пунктом является патогенетическая оценка состояния сосудов стопы у каждого больного. При инфицированных язвах стопы на фоне сахарного диабета региональная интраартериальная инфузия медицинских препаратов через катетеризованную нижнюю эпигастральную артерию со стороны поражения является более эффективной, чем интравенозные инфузии.

ЭХО-КОНТРОЛИРУЕМЫЕ ПУНКЦИИ ИНКАПСУЛИРОВАННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Толь К.В., Бровченко-Яропуд М.Б.

Студенты кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Научные руководители: Аджисалиев Гуливер Ризаевич, Кульбаба Павел Васильевич старшие преподаватели кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
enduro6996@mail.ru

Введение. На сегодняшний день во всех отраслях медицины всё большее распространение находят малоинвазивные методы лечения. Медицина, как и любая другая отрасль современного общества, стремится быть эффективной и экономной. Малоинвазивные методы лечения позволяют значительно сократить сроки пребывания пациентов в стационаре, уменьшить медикаментозную нагрузку как на больного, так и на медучреждение, улучшить качество жизни пациента, гораздо быстрее восстановить трудоспособность, минимизировать осложнения и отдалённые неблагоприятные последствия. Одним из методов малоинвазивного лечения является эхо-контролируемые пункции инкапсулированных образований брюшной полости.

Целью работы является обоснование преимуществ проведения пункций инкапсулированных образований под контролем ультразвукового исследования на основе анализа актуальной литературы, опубликованной в последние 10 лет и доступной в наукометрической базе РИНЦ.

Результаты исследований. Диагностика и лечение инкапсулированных образований брюшной полости остаётся важной проблемой абдоминальной хирургии. От качества предоперационного диагноза во многом зависит результат хирургического лечения. Увеличение продолжительности жизни людей, улучшение диагностических возможностей медицины, естественно, приводит к росту количества операций во всем мире. Из выше изложенных фактов становится понятно, что происходит также и увеличение числа патологий брюшной полости, в том числе, различных осумкованных образований. Осумкование (инкапсулирование) это разрастания соединительно-тканной капсулы вокруг патологических образований, паразитов и прочих тел, не подвергающихся по какой-либо причине рассасыванию. Если воспалительный процесс ограничивается с помощью

фиброзных спаек от остальной здоровой или свободной брюшной полости, то развивается ограниченный перитонит. Спайки, ограничивающие выпот, приводят к осумкованию.

При использовании ультразвуковых сканнеров определяет наиболее близкое расположение инкапсулированного образования к поверхности кожи, его соседство с окружающими органами и сосудами. Выбирается оптимальный путь доступа. Под местной анестезией, при помощи ультразвукового исследования, специальными иглами производится пункция образований, эвакуируется содержимое. В зависимости от количества и характера полученного содержимого принимается решение об постановки дренажа необходимого диаметра для санации полости антисептиками или активной вакуум-аспирации. Полученное содержимое отправляется на цитологическое и бактериологическое исследование. В последующем производится мониторинг при помощи ультразвуковых сканеров с целью динамики уменьшения патологического очага в объёме до полного устранения и определение сроков удаления дренажа. После полного устранения патологических образований дренажи удаляются. Преимуществами процедуры являются: малая травматичность, хорошая переносимость, возможность амбулаторного выполнения, высокая информативность, возможность многократного применения с целью мониторинга состояния и процесса течения заболевания за счёт использования специального оборудования, прежде всего, ультразвуковых сканнеров.

Выводы. Пункции осумкованных образований под контролем ультразвукового исследования сделали операции более щадящими без ущерба для их эффективности. Простота, безопасность, клиническая результативность данной малоинвазивной методики позволяет рекомендовать её для максимально широкого клинического применения, также минимально инвазивные технологии успешно применяются в лечении неотложной абдоминальной патологии и существенно сокращают сроки пребывания больных в стационаре.

ОСТЕОСИНТЕЗ УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ КОЛЕБАНИЯМИ

Олейник В.Е., Петросян Т.Р.

Студенты I Медицинского факультета

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинская академия

им. С.И. Георгиевского КФУ им. В.И. Вернадского

Научный руководитель: с.п. Можяев П.Н.

viktoriviko@yandex.ru

Введение. Стремительное развитие медицинских технологий неуклонно влечет за собой рост требований, применяемых к вопросам наименьшей травматичности при оперативных вмешательствах, делая тем самым актуальной задачу внедрения малоинвазивных методов лечения. К сожалению, все традиционные методы, используемые в хирургии уже более 100 лет всегда сопровождаются значительной травмой мягких и твердых тканей. Это влечет за собой увеличение сроков необходимых пациентам для реабилитации, что негативно сказывается на качестве их дальнейшей жизни. Поэтому использование альтернативных методов, таких как ультразвук, довольно таки актуально как в вопросах современной хирургии, так и при остеосинтезе.

Цель и задачи. Раскрыть преимущества применения пьезоэлектрических аппаратов в вопросах остеосинтеза.

Материалы и методы. В работе использованы сравнительно-описательный метод, методы теоретического исследования, обзор литературы.

Результаты исследования. В 1964 году В. А. Поляков и Г. Г. Чемянов, Н. Э. Баумана, Г. А. Николаев и В. И. Лоцилов поставили перед собой задачу создать принципиально

новый метод фиксации костей и их обломков. В последствие их разработка получила название адгезивный ультразвуковой остеосинтез. В 1967г. Комитет по делам изобретений и открытий выдал авторские свидетельства СССР за разработку так называемой "ультразвуковой сварки". Уже в 1970 г. Министерство здравоохранения СССР дало свое разрешение на то, что данный метод внедрились в клиническую практику. Остеосинтез при помощи ультразвука был крупнейшим открытием хирургии 20 века, который позволил соединять фрагменты кости при помощи специального, многокомпонентного, синтетически полученного полимерного вещества, впоследствии застывающего при воздействии на него ультразвуковых колебаний. Последние 10 лет часто находят свое применение химический конгломерат, состоящий из адгезина и вспомогательных веществ, который спустя 2-3 года замещается плотной соединительной тканью, тем самым не оставляя в организме человека никаких чужеродных следов. Начальный этап процедуры заключается в том, что в поврежденный участок кости помещают определенный наполнитель, который под действием ультразвука низких частот заполняет трещины и в течение нескольких минут затвердевает. Пьезоэлектрические аппараты - аппараты последнего поколения, которые доступны не в каждой клинике из-за многочисленных требований к эксплуатации, а так же высокой цены. Принцип работы данных устройств основан на том, что при воздействии колебаний (вибраций) низких частот кристаллы полимерного вещества начинают "растягиваться" в поле переменного электрического тока. Ультразвуковые приборы не способны генерировать большое количество тепловой энергии, оказывая за счет этого наименее выраженное повреждающее действие на все подлежащие ткани. Еще одним из положительных критериев, позволяющих сделать свой выбор в сторону ультразвукового инвазивного доступа является выраженный антимикробный эффект, который возникает за счет разрыва защитных оболочек клеток микроорганизмов при действии на них ультразвуковых вибраций. Внедрение пьезохирургии позволило с наименьшей травматизацией проводить хирургические манипуляции вблизи нервов, а так же раскрыло новые горизонты в челюстно-лицевой хирургии. Так же, исходя из результатов экспериментов на животных было показано, что данные аппараты в наименьшей степени оказывают альтерирующее действие на клетки костной ткани по сравнению с другими традиционными методами хирургического воздействия. Так, у 85% крыс после оперативного вмешательства при помощи ультразвуковых хирургических инструментов (скальпели, лезвия, пилы, пучковые концентраторы) не возникало нагноение, обильное кровотечение или любое другое осложнение, в отличие от крыс, оперативный доступ которых проводили традиционными хирургическими методами. Клинические случаи, описывающие ультразвуковой остеосинтез-единичны.

Вывод. Главным преимуществом использования пьезоэлектрических аппаратов перед традиционными методами оперативного доступа является то, что воздействие низких ультразвуковых частот оказывает выраженное положительное влияние на заживление мягких тканей, в отличие от последнего, способствует уменьшению выраженности отека, а так же увеличению скорости его исчезновения. Так же, условиях контактного ультразвукового воздействия значительно сокращается время, необходимое для восстановления опороспособности конечностей, что крайне важно для пациента. Уникальность ультразвукового остеосинтеза заключается так же в том, что он может использоваться при сложных осколочных переломах, раздроблении кости, а так же когда требуется наращивание кости. "Сварка" крайне успешно используется для фиксации даже крайне мелких фрагментов кости. За счет заполнения адгезином полостей, пор и каналов формируются достаточно прочные химические и механические связи, что так же является одним из плюсов данного метода. Все это множество вариантов может значительно облегчить работу хирурга и улучшить будущее состояние пациента. Поэтому использование данного метода является очень актуальным для нашего времени.

ПЕННАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ, КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Стеблинов Д.А.¹, Стеблинова А.Р.², Аджисалиев Г. Р.³,

¹ студент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»

² студентка кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»

³ старший преподаватель, заведующий учебной частью кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»

alieskaderbyseva@gmail.com

Введение. Всемирная Организация Здравоохранения все болезни вен, в особенности варикозное расширение вен, выделяют как болезни цивилизации. По статистическим данным в Российской Федерации этим недугом страдают 40% женщин, 20% мужчин, также отмечается заболеваемость среди молодежи возрастом 12-16 лет показателем в 21,7%. Факторами для развития данной патологии могут быть: наследственная предрасположенность, характер физической нагрузки, гиподинамия, ожирение, гендерная принадлежность- женщины страдают чаще, в силу частых гормональных перестроек и родов. В современном мире существуют обширный спектр методов лечения, от эластичного бинтования ног до хирургических вмешательств. В данной работе рассмотрим метод пенной склеротерапии.

Цель работы. Осветить современный подход в лечении варикозно расширенных вен нижних конечностей.

Методика исследований. Склеротерапия как метод лечения впервые был применён хирургом Эдуардом Шассеньяком в 1853 году. Процедура начинается с предварительной обработки кожи, маркировка над варикозными венами. Поверхностная варикозность отмечается на коже с использованием дуплекса УЗИ. Затем пациенту придают горизонтальное положение для канюлирования. Периферические внутривенные катетеры будут вставлены под прямым дуплексным наблюдением. Как только все канюли закреплены, ногу приподнимают для последующей инъекции склерозантом. В качестве склерозанта используют перхлор, йод, танин, однако метод был модернизирован в начале XXI века итальянским профессором Lorenzo Tessari, который открыл foam-form терапию иначе известна как пенная склеротерапия. Преимуществом является введение в сосуд мелкодисперсной пены как смеси, разведённых в соотношении 1:3-1:4 склерозирующих препаратов (этоксисклерола или фибровейна) и биосовместимого газа. Раньше использовали воздух, но так как были частые случаи возникновения осложнений, в практике по европейским стандартам стали применять CO₂, который мгновенно всасывается и разносится с током крови. Пена вводится по 5 мл, происходит её распределение по сосуду под наблюдением дуплексного ультразвука, должно пройти не менее 30 секунд между каждой инъекцией. Когда все пораженные сосуды будут заполнены пеной, канюли удаляются, конечность остаётся в возвышенном положении. Подкладывается валик под ногу, накладывается повязка. Повязку оставляют на пораженной конечности 5-10 дней, в зависимости от калибра пораженного сосуда. Реабилитация проходит в течении трёх недель.

Результаты исследований. Пенистое вещество лучше впитывается и не разносится с током крови, поэтому может склерозировать достаточно длинный отрезок сосуда; применение небольшой дозы склерозанта без потери терапевтического эффекта; лечение

сосудов разного калибра; процедура безболезненна и безопасна - эти аспекты являются преобладающими в выборе данной процедуры. Есть пациенты у которых отмечались осложнения по типу аллергических реакций, гиперпигментации, тромбофлебитов, но риск осложнений можно уменьшить, если неукоснительно следовать указаниям лечащего врача.

Заключение: Варикозное расширение вен является одним из самых распространенных поражений периферических сосудов, которое сопровождается стойкими нарушениями функционального и косметического характера. В связи с этим люди всё чаще обращаются к современным методам лечения. Такое направление как сосудистая хирургия разработала большое количество способов борьбы с этим заболеванием. Такой малоинвазивный метод как foam-form терапия поможет избавиться от варикоза без оперативных вмешательств. Пенная склеротерапия является самой доступной методикой удаления вен в современной флебологии. Она имеет более полувековую историю и на сегодня это эффективная, безопасная, а иногда и единственная методика, способная устранить внутрикожный варикоз.

THE EFFECT OF DIETARY CHANGES IN THE MANAGEMENT OF POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME

Trunkwala Fatima, Okoroanyanwu Miriam Nkemjika

Department: Obstetrics and Gynecology No. 1.

Head of department: Dr .Romanenko Nina Mikhailovna, Associate Professor, Ph. D. in medicine, the Head of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 1.

Supervisor: Dr. Puchkina Galina Anatolevna (Head of International Studies)

ABSTRACT

Introduction: Polycystic ovarian syndrome(PCOS) affects 1 in 8 women and is the leading cause of infertility and endocrine pathology in women of reproductive age (Teeds *et al*; 2010). The main complication which accompanies anovulation in these women is hyperinsulinemia and subsequent insulin resistance leading to Type 2 diabetes (Diamanti and Dunaif ;2010). The hyperinsulinemia furthermore worsen the already heightened level of androgens in these women. Various studies have shown that diet can greatly impact both ovulation, fertility and accompanying side effects in women afflicted with PCOS.

Purpose of study: To investigate the current diets of women with PCOS and analyse any dietary patterns present.

Material and Methods: Using electronic questionnaires, data in regards to gynaecological health and diet was collected from 444 women over 6 continents over the course of three weeks. Data from both previously diagnosed women and women diagnosed using the Rotterdam criteria within the questionnaire was attained for analysis.

Research Results: From the data obtained 95% of respondents were of childbearing age, out of which 22% had been previously diagnosed with PCOS and an additional 10% were diagnosed using the Rotterdam criteria. Study of 32% of women found that 77% had previously received or were undergoing treatment currently. The treatment mainly consisting of oral contraceptive pills. 68% of these women had high carbohydrate to medium carbohydrate diet with a further 34% monitoring their caloric intake. The remaining 32% of women with PCOS had adopted a form of either low glycaemic index or low carbohydrate diet, from which 83% were monitoring their caloric intake. The women on low glycaemic index and low carbohydrate diets further commented on having seen a drastic difference in their menstrual cycle, to point of normalisation in certain cases and the

reversal of the insulin resistant state (12%). Moreover 92% of women with PCOS would consider dietary changes as a form therapy to assist with their PCOS complaints.

Conclusion: The need of alternative approaches to the treatment of disorder such as PCOS is imperative, especially since the current first line treatment of oral contraceptives have side effects which are in direct contraindication in many of these patients long term. The use of diet as therapy has the potential to be both affordable and effective. Moreover the use of low glycaemic or low carbohydrate diet can both reduce the risk of type 2 diabetes and subsequent cardiovascular risks associated in these patients. As well decrease hyperandrogenism caused by the hyperinsulinemia. Patient compliance for such a lifestyle change can be an issue but as our results show the willingness of patients to try such an approach is present and further clinical trials with such participants may lead to promising results.

СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА СО СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОГО УТОМЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Гранько Е.А.¹, Певзнер Д.А.¹

¹ студент кафедры физиологии нормальной Медицинской академии КФУ
научный руководитель: доц., к.м.н. Тымченко С.Л., асс. Богданова А.М.

Введение. Одной из актуальных задач медицины является сохранение и укрепление здоровья и работоспособности студентов. Студенты медицинских ВУЗов особенно подвержены стрессу ввиду интенсивности учебного процесса. Поэтому изучение связи физиологических особенностей, в частности особенностей нейрогуморальной регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы с умственным утомлением представляет особый интерес для оценки функционального состояния организма.

Цель. Изучить связь показателей функционального состояния сердечно-сосудистой (ССС) и автономной нервной (АНС) систем со степенью острого и хронического умственного утомления студентов Медицинской академии в предсессионный период.

Задачи:

1. Оценить степень острого и хронического умственного утомления студентов.
2. Зарегистрировать показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР) студентов.
3. Провести анализ взаимосвязи показателей ВСР и степени острого и хронического умственного утомления студентов.

Материалы и методы. В группу испытуемых вошли 52 студента, обучающихся на втором курсе Медицинской академии имени С.И. Георгиевского: 18 юношей и 34 девушки (средний возраст $18,4 \pm 0,5$ лет). Психологическое тестирование проводили в декабре 2017 года перед началом зимней сессии, при этом была использована опросник для оценки острого умственного утомления (А.Б. Леонова, Н.Н. Савичева), хронического умственного утомления (А.Б. Леонова). Регистрацию ВСР осуществляли в состоянии физиологического покоя в течение 5 минут (комплекс «CARDIO UC-01»). Анализировали следующие временные показатели ВСР: вариационный размах (dX), средняя длительность нормальных RR-интервалов RRNN, стандартное отклонение величин NN-интервалов (SDNN), квадратный корень средних квадратов разницы между смежными RR-интервалами RMSSD, процент интервалов смежных NN, отличающихся более, чем на 50 мс (pNN50%), индекс напряжения (ИН). Среди показателей спектрального анализа оценивали общую мощность спектра (TP), мощность высокочастотной (HF), низкочастотной (LF) и очень низкочастотной (VLF) составляющих спектра, а также HF и LF компоненты в нормализованных единицах и соотношение LF/HF.

Анализ полученных результатов проводили с использованием Statistica 6.0 (StatSoft, USA). Учитывая, что характер распределения показателей, характеризующих степень умственного утомления согласно критериям Колмогорова–Смирнова и Лиллифорс, не отличался от нормального, достоверность различий оценивали с помощью парного t-критерия Стьюдента. Для описания полученных данных использовали средние значения (M), среднеквадратическое отклонение (SD). Учитывая, что характер распределения большинства показателей ВСП отличался от нормального, взаимосвязь между показателями ВСП и степенью умственного утомления оценивали с помощью непараметрического корреляционного анализа по Спирмену, сравнение величин в выборках проводили с помощью критерия Манна-Уитни. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследований. Анализ результатов проведённого психологического тестирования позволил выявить следующие особенности психоэмоционального статуса в исследуемой группе. Оценка уровня острого умственного утомления (ИУУ) показала отсутствие признаков утомления у 5 студентов (< 10 баллов), наличие легкой степени утомления у трети группы (10-15 баллов). И у половины испытуемых степень острого умственного утомления соответствовала умеренной (16-27 баллов). Выраженная степень острого умственного утомления выявлена у 6 студентов (> 28 баллов), что также сопровождалось более высокой степенью снижения работоспособности и когнитивного дискомфорта ($9,8 \pm 4,1$ баллов) по сравнению со степенью нарушения регуляторных процессов ($7,8 \pm 3,4$ баллов).

Оценка хронического умственного утомления выявила отсутствие признаков данного вида утомления у 21 студента, начальную степень хронического утомления у 7 студентов, выраженную степень у 11 студентов, сильную степень хронического утомления у 8 студентов. У 5 студентов индекс хронического умственного утомления (ИХРУ) превысил 48 баллов, что может говорить о наличии у них астенического синдрома, то есть переходе состояния в область предпатологического. При этом симптомы физиологического дискомфорта составили $7,8 \pm 5,3$ из 30 баллов, снижение общего самочувствия и когнитивный дискомфорт – $7,5 \pm 5,8$ из 20 баллов, нарушения в эмоционально-аффективной сфере – $4,6 \pm 3,9$ из 12 баллов, снижение мотивации и изменения в сфере социального общения – $4,3 \pm 2,7$ из 10 баллов. Анализ показателей ВСП показал, что в целом их значения соответствуют возрастным нормам.

Корреляционный анализ показателей, характеризующих степень острого и хронического умственного утомления, выявил наличие прямой связи показателей, характеризующих степень острого умственного утомления, а именно снижение работоспособности и когнитивный дискомфорт, а также нарушение регуляторных процессов, с ИХРУ ($0,59 \leq r \leq 0,67$, $p = 0,0000$). Так, признаки снижения работоспособности и когнитивного дискомфорта напрямую коррелировали с симптомами физиологического дискомфорта ($r = 0,54$, $p = 0,0000$), снижением общего самочувствия и когнитивного дискомфорта ($r = 0,59$, $p = 0,0000$), нарушением в эмоционально-аффективной сфере ($r = 0,53$, $p = 0,0000$), снижением мотивации и изменениями в сфере социального общения ($r = 0,43$, $p = 0,0018$). Также симптомы нарушения регуляторных процессов положительно коррелировали с симптомами физиологического дискомфорта ($r = 0,44$, $p = 0,0014$), нарушениями в эмоционально-аффективной сфере ($r = 0,64$, $p = 0,0000$), снижением мотивации и изменения в сфере социального общения ($r = 0,44$, $p = 0,0013$). В свою очередь, показатели, характеризующие степень хронического умственного утомления, положительно коррелировали как с ИУУ, так и с ИХРУ ($r = 0,74$, $p = 0,0000$). Межгрупповые различия показателей психоэмоционального статуса по полу отсутствовали.

Выявили наличие взаимосвязи показателей острого умственного утомления с показателями ВСП. Так, показатель ИУУ и степень нарушения регуляторных процессов положительно коррелировали с показателями АМо ($r = 0,29$, $p = 0,0351$; $r = 0,35$, $p = 0,0119$), ИН ($r = 0,28$, $p = 0,0481$; $r = 0,34$, $p = 0,0241$), которые отражают степень влияния симпатического

отдела АНС на сердечный ритм. Выявлены обратные связи между нарушением регуляторных процессов показателями dx ($r=-0,29$, $p=0,0385$), SDNN ($r=-0,34$, $p=0,0251$), CV ($r=-0,30$, $p=0,0328$), TP ($r=-0,30$, $p=0,0327$), VLF ($r=-0,34$, $p=0,0253$), LF ($r=-0,31$, $p=0,0250$). Также ИУУ был выше у студентов с более низкими значениями SDNN ($r=-0,28$, $p=0,0479$). Это свидетельствует об увеличении активности симпатической нервной системы у студентов с более выраженными признаками острого умственного утомления, особенно имеющих проявления нарушения регуляторных процессов.

Выводы. Таким образом, в целом у большинства исследуемых студентов-медиков была выявлена легкая или умеренная степень острого умственного утомления в предсессионный период. В то же время у части группы выявлены симптомы хронического умственного утомления различной степени. Корреляционный анализ показал, что студенты с выраженными симптомами острого умственного утомления более подвержены риску развития хронического умственного утомления. Также выявлено снижение активности центрального контура регуляции и увеличение симпатических влияний на сердечный ритм у студентов с более высокой степенью острого умственного утомления.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Османова Э.И., Ислямова Э.Ю.

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»

«Медицинская академия имени С.И. Георгиевского»

Кафедра гигиены общей с экологией.

Научный руководитель: кандидат биологических наук, доцент Пилунская О. А.

Elmaz.islyamova@mail.ru

Введение. Здоровье молодежи как особой социально-демографической группы является залогом культурного, экономического и репродуктивного будущего страны. Интенсивные психоэмоциональные и умственные нагрузки во время обучения в вузе, адаптационные изменения, связанные с социальными и физиологическими процессами, проходящими в этот период жизни, оказывают значительное влияние на состояние здоровья студентов. Формирование навыков здорового образа жизни в юности во многом определяет, насколько раскроется потенциал личности в будущем. Выявление реального уровня информированности студентов по вопросам здорового образа жизни (ЗОЖ) важно для понимания молодежью своей низкой осведомленности в этой области, а также является мотивом для получения знаний, способствующих сохранению здоровья.

Цель. Изучить восприятие и понимание понятия о «здоровом образе жизни» студентами трех различных подразделений Крымского Федерального Университета им.В.И.Вернадского. Определить главные составляющие и выявить основные препятствия для ведения ЗОЖ в молодежной студенческой среде. Сравнить показатели соблюдения правил ЗОЖ студентами на практике.

Материалы и методы. В процессе исследования был проведен анализ анкетированного опроса среди студентов третьего курса Медицинской академии им.С.И. Георгиевского (МА), Национальной академии природоохранного и курортного строительства (НАПКС), Таврической академии (ТА), обучающихся на дневном отделении. В эксперименте приняли участие 100 студентов в возрасте от 18 до 30 лет. Гендерный состав: юношей - 44, девушек – 66. Обработка данных проводилась общепринятыми статистическими методами с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты исследования: Проведённые исследования показали высокую степень информированности учащихся КФУ о ведении здорового образа жизни. Степень вовлечённости в ЗОЖ у студентов трех учебных заведений наблюдалась разная: от 48 % (ТА), 52 % в НАПКСе до 59 % (МА). Более половины опрошенных молодых людей не удовлетворены состоянием своего здоровья, но не придерживаются здорового образа жизни по нескольким основным причинам. На нехватку времени сослались от 27 % (ТА) до 53 % (МА) опрошенных. Отсутствие мотивации указали 44 % респондентов из МА, 36 % из НАПКСа и 55 % из ТА. Недостаточным количеством материальных средств аргументировали 12 % учащихся в МА, 9 % в НАПКСе и 3 % в ТА.

Проанализировав вопросы о соблюдении правил рационального питания, можно сказать, что студенты не уделяют должного внимания правильному питанию. Сбалансированности рациона по основным нутриентам (БЖУ) не придерживаются 97 % студентов ТА, 88 % в НАПКСе и 46 % в МА. Рациональный режим приемов пищи не соблюдают 94 % респондентов в ТА, 74 % в МА и 70 % НАПКСе. Нарушают водный баланс организма в МА - 53 %, НАПКСе - 27 %, ТА - 45 %. Регулярно употребляют Fast food в МА - 68 % студентов, в НАПКСе - 39 %, в ТА - 76 %. Энергетические напитки используют в МА - 26 % опрошенных, в НАПКСе - 21 %, в ТА - 1 %. Изучив антропометрические данные студентов, и просчитав индекс массы тела (ИМТ), можно сделать вывод, что в ТА соответствует норме 85 % учащихся, в МА - 62 % и в НАПКСе - 57 %.

Студенты подразделений КФУ имеют различные предпочтения в использовании свободного времени. Большинство опрошенных респондентов - от 55 % в ТА до 88 % в НАПКСе проводят свободное время дома. В среднем 61 - 62 % учащихся (МА и ТА) посвящают 5-6 часов в день информационно-коммуникационным технологиям (ТВ, ПК, мобильные телефоны и т.д.). Активным отдыхом увлекаются от 12 % (МА и ТА) до 33 % (НАПКС) опрошенных. Однако большая часть студентов в МА - 59 %, ТА - 55 %, НАПКСе - 39 % не занимаются спортом вообще.

Ценными представляются высокие показатели осведомлённости респондентов о вреде курения. Но эти знания носят формальный характер. Об этом факте говорит распространённость вредных привычек. Курят в студенческой среде от 9 % учащихся в МА до 35 % в НАПКСе. Употребляют алкоголь от 58 % (ТА и НАПКС) до 65 % (МА) опрошенных.

Наиболее подвержены влиянию стрессовых ситуаций респонденты из ТА - 91 %, в меньшей степени учащиеся в МА - 85 % и НАПКСе - 79 %. По мнению студентов, среди главных причин, вызывающих стрессовые ситуации, наиболее часто встречаются: сложности в образовательном процессе отметили в МА - 82 %, в НАПКСе - 61 %, ТНУ - 67 % опрошенных, взаимоотношения в семье от 21 % (ТА, МА) до 36 % (НАПКС), на проблемы сексуального характера указали от 6 % ТА до 18 % НАПКСе респондентов. Основными методами используемыми для борьбы со стрессами в молодежной среде являются: полноценный отдых предпочитают 85 % в МА, 73 % в НАПКСе и 79 % в ТА, занятия спортом от 24 % (МА) до 32 % (НАПКС, ТА) и употребление медицинских препаратов от 9 % (НАПКС, ТА) до 18 % МА.

Выводы. Анализируя проделанную работу, можно утверждать, что большая часть студентов КФУ имеет высокую теоретическую степень информированности о правилах ведения здорового образа жизни. На практике стараются придерживаться ЗОЖ от 48 до 59 % учащихся. Сравнив показатели соблюдения правил ЗОЖ респондентами трех различных подразделений, можно утверждать, что студенты ТА меньше привержены ЗОЖ (57%), чем студенты МА и АСИА (53%). Несоблюдение правил сбалансированного питания, нерациональный режим труда и отдыха, отсутствие адекватных физических нагрузок и гиподинамия, наличие вредных привычек и отрицательное влияние стрессовых факторов - вместе являются препятствием на пути формирования ЗОЖ среди студенческой молодежи.

МОНОКЛОНАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА – НОВАЯ ЭРА В ФАРМАКОЛОГИИ И ТЕРАПИИ

Мельникова В.М.¹, Морозов А.И.²

¹ассистент кафедры фармакологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ

²студент первого медицинского факультета

Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ

vika412@mail.ru

Введение. Важнейшим достижением исследований ученых стало описание молекул, появление которых либо сопутствует патологическому процессу, либо играет ведущую роль в его возникновении – молекулярных маркеров заболевания и/или «патологических молекул». Одним из первых практических последствий этого явилось создание на основе маркерных молекул высокоинформативных тест-систем для ранней диагностики многих заболеваний, определения стадии развития или течения той или иной патологии, проведения дифференциальной диагностики. В фармакологии молекулярные исследования привели к значительному прогрессу и расширению спектра лекарственных препаратов, направленных на патогенетически значимые молекулы. В результате интенсивных исследований в иммунологии, биотехнологии и молекулярной биологии сформировалась унифицированная идеология прицельной (или мишень-направленной) терапии, основанная на технологии получения пригодных для клинического использования моноклональных антител (МКАТ). История исследований, которые завершились введением в клиническую практику гуманизированных мишень-специфических моноклональных антител начинается с первых опытов иммунизации против оспы, проведенных Э. Дженнером в 1796 г. Развитие идей Беринга привело к появлению первых направленно созданных лекарственных препаратов, в состав которых входили антитела, - поликлональных антисывороток (ПКАС). Со временем для иммунизации стали использовать не только антигены патогенных микроорганизмов, но и определенные углеводно-белковые структуры и клеточные популяции человека. Эффективность ПКАС была хорошо доказана, однако в настоящее время во многих странах они полностью исключены из списка лекарственных средств. Это связано с наличием у них серьезных нежелательных эффектов и целого ряда фармакокинетических недостатков. Различают четыре поколения МКАТ: первое поколение, как и ПКАС, по происхождению и составу являлись иммуноглобулинами (Ig) животных (в основном мыши); второе поколение, в препаратах каждое антитело «собрано из фрагментов молекул Ig человека и мыши; третье поколение, мышинное происхождение имеют только короткие антиген-распознающие последовательности; четвертого поколения представляют собой полностью реконструированные молекулы Ig человека. Все зарегистрированные МКАТ можно отнести к ингибирующим лекарственным препаратам, так как в результате их действия происходит или уменьшение концентрации и активности каких-либо регуляторных молекул, или уничтожение определенной популяции клеток. Также МКАТ высокоэффективны в качестве индукторов и активаторов различных функций клеток (пролиферация, продукция цитокинов, провоспалительных факторов и т.д.

Целью исследования является изучение механизма действия МКАТ, рецепторное и химическое строение препаратов на основе МКАТ. Установить клиническое использование МКАТ. Описать классификацию МКАТ.

Результаты исследований. В результате исследования были установлены преимущества и недостатки МКАТ. Определены основные функции МКАТ, их механизм действия и клиническое использование в практической деятельности.

Выводы. Таким образом накопленный в ходе исследований опыт по разработке и клиническому использованию МКАТ позволяет называть их «препаратами будущего». С

появлением МКАТ в фармакологии исчезает один из наиболее трудоемких этапов создания лекарственных препаратов – начальный поиск эффективных и специфических действующих субстанций. С изобретением МКАТ достаточно определить ключевую молекулу, лимитирующую тот или иной патологический процесс, и при условии ее иммуногенности получение эффективного и высокоселективного лекарственного препарата является задачей чисто технической и быстро разрешимой.

БЫТОВАЯ ХИМИЯ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОЦЕССЫ ДРОБЛЕНИЯ ЗИГОТЫ

Маркелова Е.Ю.¹

¹студентка кафедры гигиены общей с экологией Медицинской академии КФУ

Аблямитов Э.М.²

²студент кафедры гигиены общей с экологией Медицинской академии КФУ

научный руководитель: к.м.н., доцент Яценко С.Г.

markelovakaterina3@gmail.com

Введение. Бытовая химия занимает важное место в нашей жизни – мы используем ее для мытья посуды и полов, стирки и уборки квартиры, в качестве освежителя воздуха и т.д. Но мало где мы услышим о составе бытовой химии, о качестве данных средств, и какое влияние бытовая химия окажет на нас.

Каждая женщина, осознав себя будущей матерью и готовясь к рождению ребенка, начинает вносить изменения в свой образ жизни. При этом кто-то делает существенные изменения, бросает курить, коренным образом изменяет свой образ жизни. Но зачастую мы упускаем важный фактор, который находится с нами ежедневно и может оказывать влияние на здоровье – бытовая химия.

После оплодотворения и образование зиготы начинается серия митотических делений, которая носит название дробления. Дробление зиготы – процесс деликатный и легко может быть нарушен внешними факторами.

Целью нашего исследования явилось выяснения характера воздействия средства для мытья посуды на процесс дробления яйцеклетки лягушки и до стадии гастрюляции.

Материалы и методы. Для исследования яйцеклетки лягушки были разделены на две группы: контрольную и экспериментальную. В экспериментальной группе была использована жидкость для мытья посуды известной марки в разведении 1:50.

Результаты. Согласно полученным результатам в яйцеклетках лягушки из экспериментальной группы наблюдалось нарушения процесса дробления, которые выражались в замедлении процесса образования амфибластулы, а также изменения ее структуры. При образовании зародышевых листков также наблюдались нарушения, которые проявлялись в неравномерности протекания процесса инвагинации, что приводит к неравномерности нарастания губ бластопора, это, в свою очередь, приводит к порокам развития эмбриона.

Выводы. В процессе проведенного эксперимента установлено негативное влияние бытовой химии на процесс дробления яйцеклетки лягушки, что позволяет высказать предположение о возможном влиянии средств бытовой химии на развития зародыша человека.

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕРАПИИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ

Кривоносова М.Ю.¹

¹студент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Медицинская академия КФУ

научные руководители: к.м.н., доцент Мещерякова А.В., к.м.н. Амдиев А.А.

krivonosova.margo@mail.ru

Введение. Множественная миелома (ММ) – злокачественное лимфопролиферативное заболевание, характеризующееся инфильтрацией костного мозга плазматическими клетками, а так же наличием моноклонального иммуноглобулина в сыворотке крови, реже - в моче, и остеолитическими поражениями костей. По данным Росстата в России за период 2016 г. частота встречаемости ММ 1,2 случая на 100 тыс. населения, из которых соотношение мужчин к женщинам составляет 1,0 к 1,4. Основной целью лечения ММ являются подавление роста опухоли, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов. В Республике Крым с 2014 года для лечения ММ начали применять новые стандартизированные схемы терапии, которые включают в себя преимущественно препараты первой линии. Однако, не смотря на эффективность данных схем лечения, они часто является причиной ряда неврологических осложнений, ухудшающих качество жизни больных. При этом переход на препараты второй линии может значительно снизить прогноз выживаемости пациентов.

Цели и задачи исследования. Произвести структурно-эпидемиологический анализ заболеваемости пациентов ММ в Республике Крым за 2017 год. Изучить медицинскую документацию на базе гематологического отделения ГБУЗ «КРОКД им. В.М. Ефетова» и проанализировать клинико-неврологические осложнения, манифестирующие при ММ или на фоне терапии препаратами первой линии.

Методика исследования. Выкопировка данных медицинских карт больных ММ прошедших курс лечения препаратами первой линии на базе гематологического отделения ГБУЗ «КРОКД им. В.М. Ефетова», клинический анализ полученных данных и обследование больных с неврологическими осложнениями, как на фоне стандартизированной медикаментозной терапии, так и в клинике течения ММ.

Результаты исследования. В 2016 году на учёте в Республике Крым больных ММ находилось 93 пациента, умерло 6 пациентов (6,5%). В 2017 г. число больных возросло до 115 человек, из них 8 пациентов умерли (6,9%). За 2017 год зафиксировано 30 человек с впервые выявленной ММ, из которых 14 мужчин (46,7%) и 16 женщин (53,3%). Высоко дозированную трансплантационную химиотерапию принимали 3 пациента.

Было установлено, что у 78,3% пациентов клиника ММ дебютировала с дорсалгий не вертеброгенного генеза. Патогномонично наличие клинических признаков оссалгий вторичного генеза в 92,6% пациентов. Кроме того, важно, что в 3,2% случаев наблюдалась клиника вторичной миелоишемии с нижней спастической параплегией.

На фоне терапии ММ стандартизированными схемами лечения с применением препаратов первой линией, включающих бортезомиб (VD и VMP), которые с 2014 года используются в Республике Крым для терапии пациентов с ММ были выявлены неврологические осложнения, среди которых у 87,4% больных была диагностирована вторичная химиоиндуцированная полинейропатия, преимущественно после второго-четвертого курсов противоопухолевой терапии (ПХТ). Химиоиндуцированная полинейропатия в большинстве случаев была сенсорной формы (65,8%).

Выводы. В ходе исследования была выявлена тенденция, направленная на повышение выживаемости пациентов с ММ, получающих ПХТ препаратами первой линии. Однако почти у каждого третьего больного отмечена клиника химиоиндуцированных полинейропатий, приводящей к необходимости менять схему лечения и, как следствие, ухудшению прогноза выживаемости данных пациентов. Учитывая вышеизложенное, терапия ММ требует междисциплинарного подхода для снижения риска возможных осложнений и улучшения прогноза выживаемости и эффективности оказания медицинской помощи пациентам с ММ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ И КЛИНИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Ткач А.В.¹

¹студент Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

научный руководитель: д.мед.н., профессор кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» Бобрик Ю.В.
v_veber@mail.ua

Введение. Метаболический синдром (МС) представляет собой комплекс патогенетически связанных нарушений углеводного, липидного, пуринового обмена, чувствительности тканей к инсулину, абдоминального ожирения и артериальной гипертензии. МС оказывает негативное влияние на трудоспособность, увеличивает риск инвалидизации, сокращает продолжительность жизни в среднем на 7—12 лет, неблагоприятно сказывается на медицинском прогнозе при сердечно-сосудистой патологии. Актуальность проблемы обусловлена также тем, что МС выявляется у значительной доли (20-40%) трудоспособного населения, при этом в ближайшие десятилетия ожидается увеличение метаболических нарушений в среднем на 70%.

Современные требования оказания медико-социальной помощи диктуют необходимость изучения показателей качества жизни, позволяющих оценить психический и социальный статус больного. Важно отметить, что качество жизни является независимым прогностическим фактором и важным параметром при оценке эффективности профилактических и лечебных мероприятий метаболических нарушений.

Целью исследования была оценка уровня качества жизни у пациентов с МС в зависимости от его клинических проявлений.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели нами было обследовано 52 пациента, наблюдавшихся в Государственном бюджетном учреждении Республики Крым «Симферопольская городская клиническая больница № 7». Для оценки выраженности компонентов МС использовались критерии, предложенные Международной Федерацией Диабета (МФД) 2009 г., которые подразумевают наличие трех и более из пяти компонентов метаболического синдрома: 1) абдоминальное ожирение (окружность талии ≥ 90 см для мужчин и ≥ 85 см для женщин); 2) гипертриглицеридемия (ГТГ) ($\geq 1,70$ ммоль/л); 3) пониженный уровень липопротеинов высокой плотности (ЛВП) ($< 1,0$ ммоль/л для мужчин, $< 1,3$ для женщин); 4) повышенный уровень артериального давления (систолическое ≥ 130 мм рт. ст., диастолическое ≥ 85 мм рт. ст.) или артериальная гипертензия (АГ) в анамнезе; 5) гипергликемия ($\geq 5,6$ ммоль/л) или установленный диагноз сахарного диабета (СД) 2-го типа.

Нами были проанализированы следующие параметры: индекс массы тела и окружность талии (ОТ), уровень АД, показатели липидного и углеводного обмена. Для оценки качества жизни у пациентов с МС использовался рекомендованный универсальный опросник SF-36Health Status Survey. Расчет значений шкал проводился с помощью компьютерной программы по алгоритму.

Результаты. Нами установлено, что 60% мужчин имели избыточную массу тела, а ожирение 1 степени определялось у 6 человек - 30%, 2 степени – лишь у 2 человек - 10%, лица с ожирением 3 степени отсутствовали. У женщин получены следующие данные. Только каждая третья женщина (11 человек -34%) имела избыточную массу тела, тогда как ожирение 1 и 2 степени было выявлено у 47 % (15 человек) и 13% (4 человек) - соответственно. Ожирение 3 степени имели 6% женщин с МС (2 человек). Анализ ОТ показал, что у 50 человек - 96% определялось абдоминальное ожирение по критериям МФД. У 40% пациентов с МС выявлена АГ I ст., у 37% АГ II ст., тогда как АГ III ст.

обнаружена у 17% пациентов. Нарушение липидного обмена выявлены у пациентов с МС в виде ГТГ у 65,4% пациентов (при этом среди мужчин повышение концентрации триглицеридов обнаружено в 75% случаев, а среди женщин – в 62,5%) и низкого уровня ЛВП у 69% пациентов (среди мужчин - в 80% случаев, а среди женщин всего 63%). Среди лиц с МС преддиабет нами выявлен у каждого третьего пациента (28,9%), что в 2 раза больше по сравнению со случаями СД -15,4%. Гликемия натощак определялась у 4 пациентов - 7,7%.

Пациенты с МС, имеющие ожирение (в основном 2-й и 3-й степени) достоверно чаще оценивали свое здоровье как плохое и считали себя склонными к болезням. Они испытывали затруднения в выполнении тяжелых и умеренных нагрузок, при подъеме по лестнице, ходьбе на различные дистанции, наклонах и приседаниях, их беспокоила физическая боль. Суммарный физический компонент качества жизни у группы пациентов с ожирением 2-й и 3-й степени был ниже (PHs 33 и 30 соответственно), чем у пациентов с 1 степенью (PHs 50,0). Показатели психологического здоровья снижались при увеличении индекса массы тела. В большей степени это наблюдалось среди пациентов с ожирением 2-й и 3-й степени (МН 42 и 40 соответственно). Данные пациенты значительно реже чувствовали себя счастливыми, бодрыми и энергичными и более часто – подавленными, измученными и усталыми. У них отмечалось затруднения социальных контактов в связи с эмоциональным состоянием, чаще имело место негативное настроение – нервозность, подавленность. Среди пациентов с АГ самые высокие показатели качества жизни наблюдались у пациентов при I ст. (GH 52,4, МН 60,5). При АГ II и III ст. показатели физического и психологического здоровья значительно снижались (GH 40,2 МН 39,5). Наличие СД 2 типа как одного из компонентов МС, степень его компенсации, осложнений отрицательно влияли на качество жизни. У лиц с СД была значительно ограничена повседневная деятельность и отмечалось снижение их жизненной активности по сравнению с лицами с преддиабетом (показатели GH 51 и 64, МН 58,1 и 67,2 в соответствующих группах).

Выводы.

1. Метаболический синдром имеет выраженный полиморфизм клинических проявлений. В исследуемой нами выборке наибольшее число пациентов с МС имели 3 его компонента – 59,8%, у 28,7% обнаружены 4 компонента МС, тогда как все 5 компонентов МС были установлены лишь у 11,5 % респондентов. Среди женщин МС со всеми 5 компонентами встречался в 3 раза чаще чем у мужчин.

2. При 3 – компонентном МС наиболее частыми признаками являлись абдоминальное ожирение (96% респондентов), АГ (94% человек), низкий уровень ЛВП 69% пациентов). Другие клинические проявления МС, такие как, ГТГ выявлена у 65,4% пациентов, преддиабет встречался у каждого третьего пациента (28,9%), что в 2 раза больше по сравнению со случаями сахарного диабета -15,4%.

3. Каждый установленный компонент МС негативно влиял на качество жизни, снижая показатели физического и психического здоровья. При увеличении количества компонентов МС и их прогрессировании наблюдалось значительное ухудшение имеющихся показателей, таких как физическая активность, эмоциональное состояние, общее и психологическое здоровье.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Ким Е.А.¹, Прийма Н.В.²

¹ студентка 4 курса стоматологического факультета Медицинской академии КФУ

² ассистент кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии КФУ
dent-stom@inbox.ru

Введение. Стоматология - бурно развивающаяся отрасль современной медицины, переходящая от вековых традиций к новейшим аспектам в лечении и профилактике стоматологических заболеваний. На данном этапе создание новых подходов врачевания неотъемлемо переплетается с применением новейших технологий в области развития медицинской техники и аппаратуры. К большому сожалению, бурно развивающийся технологический прогресс не соответствует такому же бурному улучшению качества жизни и здоровья человека. В том числе и в улучшении стоматологического здоровья населения. Ведь частота обращения за стоматологической помощью не убывает и по сей день. Однако сегодняшние достижения в науке позволили нам выйти на новый, высококачественный уровень оказания медицинской помощи.

В данном исследовании мы изучим один из методов современного лечения стоматологических заболеваний, а именно применение лазерной терапии при комплексном лечении заболеваний пародонта.

Целью работы является изучение актуальности применения лазерной терапии в комплексном лечении заболеваний пародонта в клинической стоматологии.

Задачи:

1. Оценить актуальность применения лазера при лечении заболеваний пародонта.
2. Изучить основные лечебные эффекты лазеротерапии в комплексном лечении заболеваний пародонта на примере диодного лазера.
3. Ознакомиться и сравнить виды лазерных аппаратов, наиболее часто применяемых в клинической практике.
4. На основании анализа полученной информации предоставить перечень практических рекомендаций по использованию сравниваемых лазерных аппаратов.

Материалы и методы. Проведен анализ использования лазера при лечении заболеваний пародонта в муниципальных и частных стоматологических клиниках г.Симферополя в 2018 году.

Результаты исследований. Из официальных данных на 2018 год в Симферополе зарегистрировано 87 стоматологических клиник (в том числе и частные стоматологические кабинеты). Установлено, что лазерные технологии при лечении заболеваний пародонта используются лишь в единичных случаях. Вероятно, это обусловлено как высокой стоимостью лазерных аппаратов, так и недостаточным количеством врачей-стоматологов, которые не только имеют представление о методе лазеротерапии в стоматологии, но и владеют мануальными навыками работы со стоматологическими лазерными установками.

При лечении заболеваний пародонта наиболее востребованным является полупроводниковый диодный лазер, так он имеет определенные преимущества перед другими методами лечения и оказывает следующие терапевтические эффекты:

- 1) антибактериальное действие, убивает до 99,9% бактерий;
- 2) обеспечение чистого, бескровного операционного поля, что обусловлено коагуляционным эффектом, и позволяет контролировать проводимые манипуляции;
- 3) обеспечение ускоренного заживления раневой поверхности, так как вследствие фототермического действия образуется фотокоагуляционная пленка, предотвращающая проникновение инфекции вглубь тканей;
- 4) минимальные болевые ощущения, что обусловлено эффектом фотоабляции;

5) нормализация психического состояния и доверия со стороны пациентов.

Спектр показаний к применению полупроводникового диодного лазера при лечении заболеваний пародонта очень широкий: гингивотомия, гингивэктомия и гингивопластика, вскрытие и дренирование пародонтального абсцесса, френектомия и френотомия, вестибулопластика, лазерный кюретаж пародонтальных карманов. Однако лазерный кюретаж пародонтальных карманов заслуживает более пристального внимания и более широкого применения со стороны врачей-стоматологов, так как при лазерном кюретаже пародонтальных карманов в отличие от хирургического кюретажа происходит безболезненное, бескровное удаление инфицированной грануляционной ткани внутри пародонтальных карманов.

Кроме того, полупроводниковый диодный лазер может быть применен в эндодонтии для стерилизации стенок корневого канала, при отбеливании зубов, лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ.

Однако при проведении лазеротерапии следует помнить, что к этому физиотерапевтическому методу имеются определенные противопоказания. Применение диодного лазера противопоказано пациентам, принимающим лекарства, которые повышают чувствительность к солнечному свету, пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (гипертоническая болезнь, ИБС, аритмия) и психическими заболеваниями, больным с инфекционными и иммунодепрессивными заболеваниями, а также беременным женщинам.

Установлено, что наиболее часто в стоматологической практике при лечении заболеваний пародонта применялись следующие лазерные установки: Cheese II ("Gigga lazer"), Picasso Lite (ООО "Лазеры и технологии") и Doctor Smile ("Lambda Scientifica").

Вышеперечисленные лазерные установки относятся к группе полупроводниковых диодных лазеров с длиной волны 800-900 нм, лучом наведения диодного лазера примерно 650 нм, с двумя режимами работы (непрерывный, импульсный), имеют сенсорный дисплей, и, что немаловажно, по стоимости эти лазерные аппараты относятся к лазерам средней ценовой категории.

Однако, несмотря на все положительные лечебные эффекты полупроводникового диодного лазера имеются определенные «минусы» при его использовании в стоматологической практике, в частности высокая стоимость самого стоматологического лазерного аппарата, а также его техническое обслуживание, необходимость профессиональной подготовки врачей-стоматологов для работы с лазером, во время процедуры необходимо защищать дыхательные пути специальными приспособлениями, т.к. при обработке лазером идет испарение мягких тканей и все должны носить защитные очки.

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что лазер при лечении заболеваний пародонта в частных и муниципальных клиниках г.Симферополя используется незаслуженно редко. При лечении заболеваний пародонта наиболее востребованным является полупроводниковый диодный лазер следующих лазерных установок: Cheese II ("Gigga lazer"), Picasso Lite (ООО "Лазеры и технологии") и Doctor Smile ("Lambda Scientifica"). Очень редкое применение лазера при лечении заболеваний пародонта несмотря на его широкий спектр лечебных эффектов, вероятно, обусловлено как высокой стоимостью лазерных аппаратов, так и недостаточным количеством врачей-стоматологов, которые владеют профессиональными навыками работы с лазером.

ПРОБЛЕМА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Петров А.В.¹, Зубаровская М.И.², Лукьянова М.Е.³

¹ профессор кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии КФУ

^{2,3} студенты кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии КФУ
sunmarina4@gmail.com

Введение. Ревматоидный артрит - аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным поражением внутренних органов. Распространённость заболевания среди взрослого населения составляет 2%. Соотношение женщин к мужчинам – 2-3:1, при этом пик начала заболевания приходится на возраст 40-55 лет. В начале болезни типичные клинические, иммунологические и рентгенологические диагностические критерии могут отсутствовать, а симптоматика часто бывает гетерогенной. Доказано, что чем ранее был поставлен диагноз, тем выше вероятность эффективного лечения заболевания. Поэтому проблема ранней диагностики РА очень важна для своевременной терапии и благоприятного течения болезни.

Целью работы является определение частоты и последовательности появления различных клинических симптомов в период манифестации ревматоидного артрита (до установления диагноза), оценка длительности периода от появления первых симптомов до установления диагноза ревматоидного артрита, изучение взаимосвязи между применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) при появлении первых симптомов и длительностью периода установления диагноза ревматоидного артрита.

Методы исследования. методы. Проведено изучение анамнеза ревматоидного артрита у 61 больного ревматоидным артритом с изучением симптоматики заболевания, предшествующей установлению диагноза. Диагноз ревматоидного артрита соответствовал диагностическим критериям ACR/EULAR 2010 года. Среди опрошенных больных было 53 женщин и 8 мужчин. Возраст больных варьировал от 26 до 72 лет, возрастная группа 40-60 лет составила 70%, группы более 60 лет и менее 40 по 13% и 27% соответственно. Статистическая обработка проводилась с помощью программы “StatSoft, Inc. (2003). STATISTICA version 6”. Для оценки достоверности различий в значениях показателей использовался критерий Манна-Уитни.

Результаты исследований. При изучении анамнеза обследованных пациентов было установлено, что в 50% случаев в качестве первого симптома пациенты отмечали боль, в 42% случаев – сочетание боли и припухлости, 8% - припухлость. Также в 25% случаев встречались парестезии и синдром Рейно, в 8% - миалгии. При этом у всех обследованных пациентов парестезии, синдром Рейно и миалгии возникали раньше, чем боль и припухлость суставов. При оценке длительности промежутка времени между появлением первых симптомов РА и установлением диагноза было установлено, что в 50% случаев диагноз был поставлен в течение от 1 года до 4 лет, в 33% - в течение 7 лет и в 17% - спустя 14-16 лет с момента возникновения первого симптома. Средняя длительность этого промежутка составила - 5 лет. При этом 75% исследуемых до установления диагноза принимали нестероидные противовоспалительные препараты. Пациенты, которые до установления диагноза принимали НПВП, имели достоверно большую длительность промежутка времени от появления симптоматики до установления диагноза (40 %) по сравнению с пациентами, которые не принимали НПВП (12%, $p < 0,05$). Частота выявления АЦЦП и/или РФ у обследованных больных в период манифестации ревматоидного артрита составила 66%. Наследственная предрасположенность была выявлена у 42% пациентов.

Выводы. Ревматоидный артрит - заболевание, которое необходимо лечить с момента появления первого симптома. Поэтому одной из ведущих задач как ревматолога, так и врача первичного звена распознать первую симптоматику и верно интерпретировать ее. Таким образом, выделение структурированного алгоритма ранней диагностики и мониторинга ревматоидного артрита остается важнейшей задачей современной медицины.

ИЗУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СПОСОБОВ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА

Остапова В. С.¹, Дзюба В.Г.¹, Малыгина В.Ю.²

¹ студент 3-го курса 2-го медицинского факультета
Медицинской академии имени С.И.Георгиевского КФУ

² ассистент кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии Медицинской академии
имени С.И.Георгиевского КФУ
veronikaostapova99@mail.ru

Введение. Вирусы гриппа типов А, В и С, патогенные для человека, относятся к семейству РНК-содержащих вирусов – Ортомиксовирусов. А вирусы типов А и В представляют значительную угрозу для здоровья населения из-за ежегодных сезонных эпидемий и случайных пандемий. По данным Всемирной организации здравоохранения, во всем мире ежегодные эпидемии приводят к примерно 3-5 миллионам случаям тяжелой болезни и примерно от 290 000 до 650 000 смертей. Наиболее эффективный и экономически выгодный способ профилактики заражения гриппом - это вакцинация. Однако одна из самых больших проблем для эффективной программы вакцинации заключается в том, что вирусы гриппа постоянно меняются, что приводит к антигенному дрейфу и шифту. Ее потенциально можно решить путем создания вакцины широкого спектра действия против гриппа.

Целью работы является систематизация современных способов вакцинации от гриппа.

Задачи:

1. Проанализировать актуальность использования лицензированных вакцин против гриппа.
2. Изучить возможные способы создания «универсальной» вакцины.

Методика исследований. Были использованы такие методы, как классификация, обобщение, сравнительный анализ, синтез, изучение и анализ литературы.

Результаты исследований. Инактивированные вакцины являются наиболее часто используемыми для профилактики гриппа из-за частой применяемости, что связано с относительно низкими издержками производства, безопасностью и высокой эффективностью. Существует четыре типа инактивированных вакцин: цельновирионные, расщепленные (сплит) вакцины, субъединичные вакцины и субъединичные адьювантные вакцины. В качестве примера цельновирионной вакцины можно привести Ультрикс, Микрофлю, Флюоваксин. Одной из таких вакцин является цельновирионный вирус гриппа с адьювантом, модификация которого была изучена Nehme N et al. В ходе исследования изучена возможность увеличения количества доз вакцины с использованием меньшего количества антигена на дозу в составе препарата, содержащего алюминий-адьювантную цельную вирусную вакцину. В результате исследования в группе, иммунизированной самой низкой дозой антигена, уровень серопротекции составлял 82% и является более низким иммунным ответом по сравнению с вакцинами с большим количеством антигена. Однако данный уровень иммунного ответа все равно удовлетворяет критерии иммуногенности, определенные Европейским агентством лекарственных средств.

Вторую группу инактивированных лицензированных вакцин составляют расщепленные (сплит) вакцины. Вакцина Флюоарикс, разработанная одной из крупнейших в мире британской фармацевтической компанией GlaxoSmithKline, ныне является одной из эталонных вакцин. Она содержит и внутренние, и наружные антигены вируса гриппа, однако намного важнее то, что она не включает в свой состав белки, которые обычно содержат цельновирусные вакцины. Субъединичные вакцины (Инфлювак, Агриппал) представляют собой высокоочищенные поверхностные антигены вируса гриппа (гемагглютинин и

нейраминидазу). Субъединичные адъювантные вакцины делятся на 1) высокоочищенные поверхностные антигены вируса гриппа и эффективный безопасный иммуноадъювант Полиоксидоний (Гриппол плюс, Гриппол), 2) высокоочищенные поверхностные антигены вируса гриппа, встроенные в липосом (Инфлексал V) и 3) высокоочищенные поверхностные антигены вируса гриппа и адъювант Совидон (Совигрипп).

Живые аттенуированные вакцины против гриппа (LAIV) доступны в нескольких странах для использования у людей. Они имеют преимущество перед инактивированными продуктами, потому что имитируют естественный путь заражения, но с очень низкой частотой побочных реакций. В отличие от инактивированных вирусов, вакцинация живыми вакцинами обеспечивает как гуморальный, так и клеточно-опосредованный иммунитет. Они могут вызывать реакции с IgA слизистой верхних дыхательных путей, следовательно, обеспечивая более полные перекрестно-реактивные и более длительные иммунные ответы. Эти вакцины не рекомендуются для использования у людей с ослабленным иммунитетом из-за их неотъемлемого риска развития заболевания.

Существуют следующие способы создания «универсальной» вакцины: нацеленные на HA-специфические антитела, NA-специфические антитела, M2e-специфические антитела, нацеленные на ответы Т-клеток. Стратегия, основанная на HA для разработки «универсальных» вакцин, - это технология, основанная на вычисляемом оптимизированном широко реакционноспособном антигене (COBRA). Этот COBRA HA вызвал широкий ответ антител против H5N1. Подход был использован в исследовании Donald M. Carter et al. для получения антигенов COBRA HA. Универсальная вакцина, нацеленная на M2e-специфические антитела стимулирует широкие перекрестно-реактивные иммунные реакции. Протеин M2 является относительно консервативным трансмембранным белком вируса гриппа, а его внеклеточный домен (M2e) широко исследован как «универсальный» кандидат антигена для вакцин.

Выводы. Идеальный «универсальный» подход к вакцинации должен включать не только широкозащитную вакцинацию, но также более стандартизованную платформу для вакцин, которая может применяться в отношении нескольких видов животных или в различных эпидемиологических сценариях. В идеале эти «универсальные» подходы должны дополнять друг друга и могут использоваться как для эндемического, эпидемического, так и для пандемического гриппа.

ВКЛАД КОРОЛЕНКО ЕВГЕНИЯ СЕРГЕЕВИЧА В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРЫМА

Зубаровская М.И.¹, Тейфукова Э.Н.²

^{1,2} студентки кафедры общественного здоровья и здравоохранения КФУ

Научный руководитель: к.м.н., доц. Махкамова З.Р., асс. Санина Г.Н.

sunmarina4@gmail.com

Введение. В настоящий момент мы наблюдаем сложный и противоречивый процесс реформирования всех сторон жизни общества - экономической, политической, социокультурной. И поэтому возрастает интерес к личностям, которые к настоящему времени внесли немаловажный вклад в процесс общественных преобразований. Одним из таких деятелей является врач, учёный, профессор, доктор медицинских наук Короленко Евгений Сергеевич.

Цель работы: оценить вклад Евгения Сергеевича Короленко в развитие современной медицины и здравоохранения Крыма.

Результаты исследований. Короленко Евгений Сергеевич родился 15 октября 1938 года в селе Гвардейское Первомайского района. С детства Евгений Сергеевич любил читать книги, увлекался охотой и авиацией. Еще подростком он начал трудовую деятельность, работая в колхозе родного села. Мать, Анна Андреевна, будучи врачом, сумела привить сыну любовь к медицине, и Евгений Сергеевич решил пойти по её стопам. В 1959 г. он поступил в медицинский ВУЗ города Симферополь. Обучаясь в институте, он сам себя обеспечивал, подрабатывая кочегаром. Учёба молодому студенту давалась легко, уже на начальных курсах Евгений Сергеевич занимался научной работой, писал статьи и углубленно изучал кардиологию. По окончании института прошёл путь от врача-ординатора до главного врача Запорожской областной больницы. За время работы Евгений Сергеевич удостоен звания «Отличника здравоохранения», получил высшую категорию врача-организатора здравоохранения. Двадцать лет непрерывной работы врачом-кардиологом не проходят бесследно. Евгений Сергеевич впервые в Запорожской больнице внедрил методики усовершенствования кардиохирургических операций, которые применяются до настоящего времени. За свои достижения был удостоен Орденом «Знак Почета», а спустя год получил звание Заслуженного врача Украины. В 1991 г. Евгений Сергеевич окончил институт менеджмента при Стэнфордском университете. В период с 1993 г. по 1995 г. занимал должность Министра здравоохранения Автономной Республики Крым, а в 1995-1996 гг. - Министра здравоохранения Украины. Он принимал участие в организации курсов по повышению квалификации организаторов здравоохранения.

В 1997 г. Евгений Сергеевич возвращается в «Alma mater» в качестве заведующего кафедрой социальной медицины и организации здравоохранения Крымского медицинского института. Он был одним из инициаторов присвоения медицинскому ВУЗу Крыма имя Сергея Ивановича Георгиевского.

Помимо усовершенствования системы здравоохранения и поиска решений текущих проблем медицины, Евгений Сергеевич находил время на научную деятельность. Он является соавтором 80 научных и 26 учебно-методических работ, в частности двух монографий, посвященных изучению сердечно-сосудистых заболеваний, учебных пособий.

И до сегодняшнего дня вклад Евгения Сергеевича отмечается наградами. Так, 21 августа 2018 г. Митрополит Симферопольский и Крымский Лазарь наградил Евгения Сергеевича орденом Святителя Луки Крымского за значительные достижения в области медицины и помощи нуждающимся.

Выводы. Благодаря своему трудолюбию, упорству, любви к медицине и людям Евгений Сергеевич прошёл длинный путь от обычного сельского юноши до заслуженного врача, профессора и государственного деятеля. Кроме того, Короленко Евгений Сергеевич сумел создать прочный фундамент для успешного развития системы здравоохранения, сыграл неоценимую роль в развитии кафедры социальной медицины и организации здравоохранения, внёс значительный вклад в науку.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АДЕНОГИПОФИЗА ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ОБЛУЧЕНИЯ

Петрова К.И.¹, Остапова В.С.¹, Бессалова Е.Ю.², Большакова О.В.³

¹*студенты третьего курса второго медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ*

²*д.мед.н., зав. Центральной научно-исследовательской лаборатории Медицинской академии им. С.И. Георгиевского, КФУ*

³*к.м.н., доцент кафедры гистологии и эмбриологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ*
karina_petrova_2018@bk.ru

Введение. С развитием промышленности, медицинской техники для лучевой терапии и диагностики актуальной задачей медицины в настоящее время является изучение эффектов ионизирующего облучения на биосистемы и способов защиты от него. Развитие стресс-реакции, адаптации в ответ на различные по качеству раздражители лежит в основе многих патологических процессов. Динамичность структур и функции аденогипофиза, широкие возможности изменчивости органа свидетельствуют о его непосредственном участии в их регуляции, обеспечивая высокий уровень синтеза адаптивных гормонов.

Цель исследования. Изучить динамику морфологических изменений в аденотропоцитах и микроциркуляторном русле гипофиза при ионизирующем облучении в дозе 5 Грей на 3, 7, и 14 сутки от момента облучения.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 36 лабораторных белых крысах линии Wistar. Все животные были разделены на две группы: 1 группа – контрольная (животных подвергали хэндлингу), 2 группа – экспериментальная (животных подвергали действию ионизирующего фотонного излучения на линейном ускорителе Clinac 2100 (Varian, США) КРУ "Онкологический клинический диспансер" (г. Симферополь)). Разовая доза – 500 рад (5 Грей), глубина – 2,5 см, время экспозиции – 50 секунд. Соблюдая рекомендации "О правовых, этических нормах и требованиях при выполнении научных морфологических исследований", животных выводили из эксперимента под эфирным наркозом на 3, 7, и 14 сутки после облучения. Для световой микроскопии гипофиз заключали в парафин, делали серийные срезы, окрашивали их гематоксилином и эозином. Для исследования ультраструктуры орган заключали в эпоксидные смолы, делали ультратонкие срезы, контрастировали их уранилацетатом и цитратом свинца. Идентификацию аденотропоцитов осуществляли согласно структурным особенностям, размерам, расположению гранул в цитоплазме.

Результаты исследований. На 3 сутки эксперимента в аденогипофизе отмечаются признаки зернистой дистрофии, отек стромы, полнокровие сосудов. В тиротропоцитах обнаружены значительные дистрофические изменения. Клетки приобретают более округлую форму, ядра набухают, резко просветляются, ядрышки уменьшаются в размерах. Уменьшение числа митохондрий сопровождается их набуханием, разрушением крист, а ряд митохондрий разрывается, участвуя в формировании вакуолей цитоплазмы. Расположение гормонсодержащих гранул в тиротропоцитах не изменяется, однако их общая площадь резко снижается по сравнению с данными контроля.

Соматотропоциты подвергаются наименьшим дистрофическим изменениям по сравнению с остальными типами аденотропоцитов, они имеют округлую форму, четкие контуры плазмолеммы. Их ядра крупные и округлые, с незначительными инвагинациями. Ядрышки прилежат к ядерной мембране, перинуклеарное пространство узкое и равномерное. В гиалоплазме выявляется много рибосом и полисом. Митохондрии обнаруживаются в небольшом количестве, часть из них имеет темным матрикс, другая часть – умеренно

набухает, содержит частично сохранные кристы и просветленный матрикс. Гормоносодержащие гранулы многочисленны и равномерно распределены по цитоплазме.

На 7 сутки в гемокапиллярах утолщается и разрыхляется базальная мембрана, эндотелиоциты подвергаются отеку, отмечаются сладжи эритроцитов.

Среди аденотропоцитов выраженные изменения отмечены и в кортикотропоцитах, которые подвергаются не только значительным дистрофическим изменениям, но и некрозу. Клетки и их ядра резко набухают и просветляются. Основная часть митохондрий разрывается, участвуя в образовании вакуолей. Гормоносодержащие гранулы немногочисленны и одиночно распределены по цитоплазме. Цистерны ЭПС неравномерно расширяются, разрываются, образуя вакуоли. Кортикотропоциты являются компонентом главного звена стресс-реализующей системы организма, обеспечивая высокий уровень синтеза адаптивных гормонов, поэтому наиболее значительно повреждаются в результате резкой функциональной активации.

Светлые гонадотропоциты имеют признаки клеток кастрации: диктиосомы комплекса Гольджи превращаются в крупные вакуоли, большая часть митохондрий разрушена, их остатки формируют сливающиеся вакуоли неправильной формы. В темных гонадотропоцитах менее выражена деструкция органелл, хотя значительна вакуолизация цитоплазмы. Митохондрии более сохранны как по количеству, так и по структуре. Число гормоносодержащих гранул больше, чем в светлых клетках.

На 14 сутки эксперимента сосуды микроциркуляторного русла имеют тонкую стенку. Ультраструктура эндотелиоцитов отличается лучшей сохранностью, люминальная поверхность их ровная, с небольшими микроворсинками. Эндокриноциты располагаются группами, плотно прилегают друг к другу, границы клеток четко контурированы. Степень вакуолизации клеток значительно меньше, чем на 7 сутки. Среди гонадотропоцитов выявляются темные и светлые клетки, которые различаются по электронной плотности ядер, цитоплазмы и по степени сохранности органелл. Темные гонадотропоциты отличаются большим содержанием гранулярной ЭПС, полирибосом, рибосом. Митохондрии имеют темный матрикс, много крист. Ядра клеток чаще имеют неправильную округлую форму с небольшими инвагинациями кариолеммы. Цитоплазма светлых гонадотропоцитов содержит значительное число мелких вакуолей.

Среди тиротропоцитов отмечена меньшая степень поражения органелл и вакуолизации цитоплазмы. В них выявляется больше сохранных митохондрий, которые имеют умеренно электронноплотный матрикс. Вакуоли в цитоплазме обычно мелкие, могут соединяться между собой. Гормонсодержащие гранулы варьируют по степени заполнения и электронной плотности.

Выводы.

На 3 сутки после облучения в аденогипофизе преобладают деструктивно-альтеративные процессы: признаки зернистой дистрофии аденотропоцитов, отек стромы, полнокровие сосудов. На 7 сутки повышается количество базофилов, увеличиваются размеры их клеток и ядер. Кортикотропоциты наиболее значительно повреждаются в результате резкой функциональной активации, подвергаясь дистрофическим изменениям и некрозу. Светлые гонадотропоциты имеют признаки баллонной дистрофии, появляются клетки кастрации и тиреоидэктомии. В гемокапиллярах утолщается базальная мембрана, наблюдается сладж эритроцитов. На 14 сутки эндотелиоциты имеют сохранную ультраструктуру, вакуолизация эндокриноцитов значительно меньше, чем на 7 сутки.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ ПО ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ И СЕРОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ

Гончаров Г.С.

Студент кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии КФУ

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шадуро Д.В.

gennady.gonchar@gmail.com

Введение. Раннее выявление ревматических заболеваний является основой для скорейшего начала лечения, так как правильная курация пациентов предупреждает появление новых симптомов и осложнений. Одним из основных симптомов ревматоидного артрита (РА), хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) и реактивного артрита (РеА) может являться артрит, формы которого крайне разнообразны, и во многих клинических случаях не являются достоверным критерием для дифференциальной диагностики, равно как и данные физикального осмотра. Зачастую гораздо информативнее, а также объективнее, являются данные лабораторных исследований, которые на данный момент используются как дополнительные методы, но при более глубоком изучении могут прямым образом указывать на наличие коллагенозов.

Цель. Провести анализ и корреляцию лабораторных данных у пациентов с различными диагнозами: ревматоидным артритом, хронической ревматической болезнью сердца и реактивным артритом.

Задачи. Провести исследование каждого критерия внутри нозологий, затем изучить различие одинаковых критериев в разных нозологиях. Провести корреляцию данных между критериями в каждой нозологической группе.

Материалы и методы. Для исследования использовались эпикризы пациентов, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении ГБУЗ РК «Клиническая больница им Н.А. Семашко» с диагнозами: РА, ХРБС, РеА. Соответственно были сформированы 3 группы по 50 человек каждая. Для изучения были использованы данные общего анализа крови, коагулограммы (протромбинового индекса, времени рекальцификации, фибрина, фибриногена А) и серологического исследования: ревматоидного фактора (РФ), С-реактивного белка (СРБ), Антистрептолизина-О (АСЛО), антител к циклическому цитруллиновому пептиду (А-ССР), серомукоидов. Определялась статистическая значимость критериев внутри нозологических групп, а также между этими группами. Внутри групп проводилось исследование корреляции данных между критериями. После получения данных было изучено их значение и актуальность для дифференциальной диагностики ревматоидного артрита.

Результаты исследований. В ходе исследования было выявлено, что все данные внутри каждой группы были достоверны и статистически значимы при максимальном $p < 0,01$. Затем, в ходе межгруппового сравнения получены следующие результаты:

1. Средний уровень лейкоцитов при ревматоидном артрите ($M=8,242$) и хронической ревматической болезни сердца ($M=6,672$) статистически значимо отличался на 19 % при $p=0,05$.

2. Уровень серомукоидов при РА ($M=6,51$) был выше, чем при ХРБС ($M=3,84$) на 70% при $p < 0,05$

3. Значение ревматоидного фактора при РА ($M=107,7$) было выше чем при РеА ($M=7,21$) в 15 раз при $p < 0,001$

4. Значение серомукоидов при РА ($M=6,51$) было в 2 раза выше, чем при РеА ($M=3,32$) на уровне $p < 0,001$.

При сравнении корреляционных взаимосвязей внутри каждой группы, установлена умеренная отрицательная корреляционная связь в группе РА между женским полом и А-ССР ($R=-0,384$), полом и серомукоидами ($R=-0,33$), положительная связь между стажем заболевания и А-ССР ($R=0,419$).

В группе больных ХРБС определена средняя отрицательная связь между сегментоядерными нейтрофилами и фибриногеном А ($R=-0,585$), положительная связь между РФ и СРБ ($R=0,511$); умеренная отрицательная связь между сегментоядерными нейтрофилами и фибрином ($R=-0,4$), положительная связь между палочкоядерными нейтрофилами и фибрином ($R=0,401$), СРБ и серомукоидами ($R=0,259$), РФ и серомукоидами ($R=0,256$).

Найдена умеренная положительная связь между СОЭ и серомукоидами ($R=0,424$), СРБ и серомукоидами ($R=0,439$) в группе больных РеА.

Выводы.

1. Прирост уровня А-ССР при РА прямо связан со стажем заболевания. Исходя из полученной связи, можно сказать, что при коротком анамнезе заболевания (до 5 лет) чувствительность теста является невысокой, и, соответственно, результат может восприниматься врачом как ложноположительный при манифестации заболевания.

2. При ХРБС уровень серомукоидов повышается, но редко выходит за пределы нормы, в то время как при РА уровень серомукоидов резко повышается. Определение уровня серомукоидов является дополнительным диагностическим критерием дифференциальной диагностики данных заболеваний.

3. При дифференциальной диагностике РА следует обратить внимание на частое синхронное и однонаправленное повышение уровней СОЭ, СРБ и серомукоидов

4. Дополнительно было определено, что у больных ХРБС показатель фибрина и фибриногена А снижается при сдвиге лейкоцитарной формулы вправо, что может свидетельствовать о постепенном ухудшении свёртывающих свойств крови с увеличением стажа заболевания.

5. Высокое значение РФ и серомукоидов при заболеваниях с артритом, в большей степени свидетельствует в пользу диагноза РА, и, соответственно, исключает наличие РеА.

ОДИНОЧЕСТВО В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ – КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Эбубекирова Л.Ш.,¹ Якубов Ю.К.²

^{1,2}студенты кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»

кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель: доц., к.м.н. Сухарева И.А.

lerya_ebubekirova@mail.ru

Введение. Старость - это определенный возрастной рубеж, перешагнув который, люди приобретают новые жизненные установки, как правило, ограничивающие. Осознание приближающегося этапа старения воспринимается отнюдь не однозначно, одни видят в своем новом возрастном периоде возможность достижения высшего уровня интеграции личности, у других она сопровождается разочарованием и ощущением бесполезности прожитой жизни, отчаянием. Причиной двойственного восприятия неизбежно надвигающегося пенсионного возраста есть множество факторов, начиная от физического здоровья и образа жизни, заканчивая чувством исполненного долга, удовлетворенности и полноты жизни. При сравнении различных возрастных групп Рубинштейн К.М. и Шейвер П.

обнаружили отрицательный коэффициент корреляции возраста с одиночеством, в результате чего, с возрастом одиночество усугубляется и является следствием бедности, болезней респондентов, а не характерной особенностью возраста как такового. Людям преклонного возраста приходится сталкиваться с переживаниями о потере близких, знакомых, наряду с этим, появляется чувство утраты возможностей, надежд. Потребность во внимании, общении, поиска точек соприкосновения с современным, инновационным миром выходит на первый план. Представляет интерес изучение социального статуса и образа жизни людей преклонного возраста для поиска пути решения и предотвращения развития негативных ситуации в дальнейшем.

Цель исследования. Оценить проблему одиночества людей пожилого возраста и найти пути предотвращения данной проблемы.

Материалы и методы. С учётом биоэтических требований было проанкетировано 227 человек пенсионного возраста (54% женщин и 46% мужчин). Средний возраст опрошенных составил $67,2 \pm 2,3$ года. Респонденты проживают в «Симферопольском пансионате для инвалидов и престарелых» ($n=121$) и Государственном бюджетном учреждении Республики Крым «Симферопольском пансионате для престарелых крымских татар (Къартларэви)» ($n=37$), остальная часть добровольно анкетироваемых людей пенсионного возраста - члены семей студентов Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ($n=69$). В ходе исследования была применена авторская анкета, состоящая из двух разделов, включающая в себя общие данные и сведения о коммуникационных взаимосвязях в социуме. Анализ и обработку данных выполняли с помощью Microsoft Office Excel 2010.

Результаты исследования. 21% (48) опрошенных – женаты/замужем; 14% (31) - вдовец/вдова, 27% (62) людей проживает совместно с детьми; 37,8% (86) проживают одни. 68% (155) респондентов не считают себя здоровыми, из них 32% (75) – мужчины. Респонденты свое душевное состояние описали следующим образом: 3,5% как хорошее; 30% - удовлетворительное; 60% - плохое; 6% - отвратительное. При этом 15% (33) из общего числа респондентов имеют конфликтные ситуации в семьях. Страшится пенсионного возраста 92% опрошенных. Считают себя одинокими 51% человек, из них 42% жителей домов престарелых. Для 67% (151) человек, дома престарелых оказали положительное влияние в борьбе с одиночеством. 56,8% опрошенных находят для себя занятие в пансионатах, 65% из которых желали бы продолжить профессиональную деятельность. Научиться пользоваться компьютером и ресурсами Интернета хотят 72% респондентов (61% - ж; 39% - м). Желают приносить пользу обществу (волонтеры, советы старейшин) - 93% (211).

Выводы. Люди пенсионного возраста не уверены в своем будущем (92%). Одной из основных причин этого является страх одиночества (51%). Для устранения этой причины, существует необходимость создания проектов по обучению пожилых компьютерной грамотности, пользованию Интернетом, привлечению людей преклонного возраста к общественной деятельности, созданию волонтерских корпусов, советов старейшин, сооружение современных геронтологических центров.

ВЛИЯНИЕ «ДИЗАЙНЕРСКИХ» НАРКОТИКОВ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Федосов Е.И.¹. Ткач В.В.²

¹студент кафедры нервных болезней и нейрохирургии, Медицинской академии КФУ

²доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии, Медицинской академии КФУ

Введение. В последние годы, несмотря на проведение государственной программы Российской Федерации «Противодействие незаконного оборота наркотиков», и проведении лечебно-профилактических мероприятий, темпы детской и подростковой наркомании неуклонно растут благодаря появлению новых видов психотропных веществ – «дизайнерские» наркотики. По данным различных журналов, впервые наркотики пробуют до 35 % детей и подростков. Огромная проблема заключается в том, что отследить распространение «дизайнерских» наркотиков крайне сложно. Во многом этому способствует интернет, так как потребителю не составит труда связаться с поставщиком, получить координаты и фото места, где необходимо забрать наркотик, достать и употребить.

Цели и задачи. Обозначить пагубное влияние «дизайнерских» наркотиков на центральную нервную систему детей и подростков.

Методика исследования. На основании изучения литературных источников, обзора международных и отечественных журналов была произведена обработка информации и теоретический анализ.

Результаты исследования. Выделяют несколько групп «дизайнерских» наркотиков: синтетические каннабиноиды, синтетические катиноны, синтетические опиоиды, синтетические производные кокаина, производные фенилэтиламина, производные лизергиновой кислоты, производные пиперазина, производные фенциклидина. Мы рассматривали первые 2 группы т.к. они являются наиболее распространенными в данный момент.

Спайсы – представляют собой синтетические каннабиноиды, которые являются агонистами каннабиноидных рецепторов в центральной нервной системе. В отличие от классических каннабиноидов, эффект у спайсов в 5-6 раз сильнее, а привыкание, порой, возникает с первого употребления. Усиление дозы – усиливает эффект, часто без каких-либо ограничений, однако именно эта причина и приводит к передозировке данными веществами, что в свою очередь вызывает нарушение когнитивных функций, тяжелые психические расстройства судорожный синдром, церебральную и сердечно-сосудистую недостаточность, которые в свою очередь могут привести к летальному исходу. Употребление спайсов приводит к увеличению концентрации дофамина, активации каннабиноидных CB-1 рецепторов, активация ко-опиоидных рецепторов, также наблюдается антагонизм NMDA-рецепторов. Эти нарушения у молодого организма вызывают реакцию в 5-10 раз сильнее чем у взрослого. Возникают сильные галлюцинации, которые могут привести к суициду. Также у спайсов наблюдается способность провоцировать развитие шизоформных психозов у подростков.

Соли – являются представителями синтетических катинонов, которые в свою очередь мешают обратному захвату норадреналина и дофамина в синаптической щели, что в результате приводит к накоплению данных веществ и вызывает стимулирующий и эйфоризирующий эффекты. После употребления данной группы веществ клиника сходна с той же, что и при употреблении амфетамина и кокаина, однако эффект длится дольше. При введении малых доз препарата возникает чувство, но при высоких дозах или хроническом употреблении возникают галлюцинации, психозы. Часто наблюдается насильственно-преступное поведение. Употребление катинонов может привести к развитию серотонинового синдрома, который может привести к таким смертельным последствиям как: полиорганная недостаточность, гиперкалиемия, инсульт, аспирационная пневмония. По данным разных исследователей – смертность от данного синдрома составляет от 1 до 15%. Учитывая, что в

детском и подростковом возрасте чувство меры сглажено – данное осложнение может стать фатальным для жизни.

Выводы. Как видно, проблема имеет характер жизнеугрожающий особенно из-за того, что выявить детей и подростков употребляющих эти наркотики очень сложно, а иногда и попросту невозможно. Необходимо выявить подростка начавшего употреблять данные вещества как можно раньше и обеспечить ему лечебно-психологическую помощь, дать понять, что обращаться за помощью не стыдно, что является одной из основных причин почему дети не обращаются за помощью.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФОЛАТОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Зинченко А. А.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского», Кафедра акушерства и гинекологии №1

научные руководители: к.м.н., доцент Миклин О.П., к.м.н., доцент Камилова И.К.

anastasiya_26_5991@mail.ru

Введение. Распространенность хромосомных аномалий и врожденных пороков развития (ВПР) плода остается на стабильно высоком уровне. По данным на 2017 год в Республике Крым среди врожденных патологий, зарегистрированных в неонатальном периоде, чаще регистрировались пороки сердечно-сосудистой системы – 30%, половых органов – 25% и костно-мышечной системы – 19%; пороки центральной нервной системы занимали не последнюю строчку среди ВПР и составили 3,3%.

Одним из важнейших факторов риска возникновения хромосомных патологий и ВПР является дефицит витамина В9 во время беременности. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что лишь 13% населения не подвержены фолат-дефициту.

Цель и задачи исследования. Оценить эффективность применения фолиевой кислоты и метафолина во время беременности, исследуя особенности метаболизма данных двух форм фолатов в организме.

Методика исследования. Проведен анализ литературы в 23 русскоязычных и зарубежных источниках на платформах PubMed, КиберЛенинка, eLibrary, Google Scholar, Scopus, Web of Science.

Результаты исследования. Фолаты – группа биологически активных соединений, которые обладают свойствами фолиевой кислоты и являются витамином В9.

Известно, что недостаток фолатов приводит к дефектам нервной трубки – анэнцефалии, энцефалоцеле и spina bifida, однако эта патология является далеко не единственным последствием фолат-дефицита. Так, в результате снижения концентрации активных форм фолатов повышается риск возникновения ВПР мозга, мочевыделительной системы и сердца.

Важно различать 2 формы фолатов: содержащийся в пищевых продуктах – птероилполиглутамат, а также собственно фолиевую кислоту – синтетическое органическое вещество – птероилмоноглутамат. В организме В9 приобретает активную форму тетрагидрофолатов (ТГФ), в основном – 5-метилтетрагидрофолат (5-МТГФ), который образуется при помощи 5-метилтетрагидрофолатредуктазы (5-МТГФР). ТГФ участвуют в синтезе и метилировании нуклеиновых кислот, а также в утилизации гомоцистеина.

Недавние исследования показали, что при употреблении более 200 мкг/сут (согласно Приказу 572 (Приложение 5) во время беременности фолиевая кислота назначается беременным женщинам в дозе 400мкг/сут при условии ее физиологического течения) фолиевая кислота полностью не преобразуется в 5-МТГФ в кишечнике, а попадает в системный кровоток, где связывается с фолат-транспортерами, которые имеют более

высокое сродство к неактивной фолиевой кислоте, чем к 5-МТГФ. Таким образом, на фоне приема высоких доз фолиевой кислоты возникает дефицит активной формы витамина В₉ в организме.

Метафолин – активная форма фолатов, которая не вызывает таких побочных эффектов, как фолиевая кислота, и не накапливается в организме. При комплексном применении аналога прогестерона и витаминно-минерального комплекса, содержащего метафолин со 2-го триместра снижается риск развития гестоза, маловодия и многоводия. Также метафолин снижает концентрацию гомоцистеина до безопасного уровня. Напротив, фолиевая кислота оказалась крайне неэффективной в снижении гомоцистеина, повышая его.

Выводы. Таким образом дефицит фолатов во время беременности сопряжен с риском для здоровья женщины и плода. Суммируя данный обзор литературы, можно говорить о целесообразности применения активной формы фолатов до и во время беременности, а именно метафолина. При поступлении в системный кровоток он сразу используется организмом, не накапливаясь в органах и тканях.

СОВРЕМЕННЫЕ КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБРАБОТКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ БИОЛЮМИНЕСЦЕНТНОГО АНАЛИЗА

Шарох А.А.¹, Усачева И.А.¹, Кольцова И.В.¹, Шемшединова Э.Ш.², Абдураманова Э.Р.²,
Морозкина Е.В.², Кацев А.М.³

¹студент кафедры медицинской и фармацевтической химии

²ассистент кафедры медицинской и фармацевтической химии

³профессор кафедры медицинской и фармацевтической химии Медицинской академии КФУ

Введение. В настоящее время современные цифровые технологии находят все большее применение в различных областях медико-биологических исследованиях. Одним из аналитических методов, который используется в этой области, является биотестирование на люминесцентных морских или рекомбинантных бактериях. Контроль интенсивности их свечения (биолюминесценции) в процессе измерений осуществляется инструментально, с помощью био- и хемилюминометров. В данной работе оценивается возможность использования фотографической регистрации биолюминесценции живых микроорганизмов, как аналитического сигнала, с целью разработки биоаналитических методов, не требующих дорогостоящего оборудования.

Цель и задачи исследований. Исследование возможности оценки интенсивности свечения морских светящихся бактерий с использованием фотографических изображений и компьютерной обработки. В связи с этим были поставлены следующие задачи: получение иммобилизованных на сорбенте фотобактерий различной концентрации и регистрация их свечения биолюминометром; получение фотографических изображений люминесценции образцов, содержащих живые люминесцентные бактерии, с последующей обработкой и анализом снимков с помощью графического редактора программы Image J; проведение корреляционного анализа данных интенсивности свечения исследуемых образцов, полученных с помощью программы Image J с данными биолюминесцентного анализа.

Методика исследований. В работе использованы морские светящиеся бактерии Азовского моря (*Photobacterium leiognathi* Sh1). Содержание суточной бактериальной суспензии в контрольных образцах и в образцах с добавлением сорбента составляла 100, 200, 300, 400 и 500 мкл. В качестве сорбента использован высокодисперсный кремнезем (Полисорб МП, АО «Полисорб» Россия, Челябинская обл., г. Копейск) 10 мг/мл. Биолюминесцентный сигнал регистрировали на биолюминометре БХЛ 06 (Россия). Изображения свечения фотобактерий были получены с помощью цифрового фотоаппарата Nikon D5200 (f/7.1, 30с, 28 мм). Анализ и обработка изображений проводился с помощью

программы Image J (National Institutes of Health, USA), программа находится в свободном доступе.

Результаты исследований.

Ранее проведенные исследования показали, что при контакте фотобактерий с высокодисперсным кремнеземом происходит их концентрирование на поверхности сорбента. Были получены образцы *P. leiognathi* Sh1 с содержанием 10 мг/мл сорбента; количество бактериальной культуры увеличивалось от 100 до 500 мкл. Затем были сделаны снимки свечения бактерий в темноте (рисунок 1). Их визуальная оценка показала, что биолюминесценция более интенсивная в нижней части пробирки, где находится сорбент, чем в надосадочной жидкости; интенсивность свечения закономерно увеличивалась с ростом содержания бактериальной суспензии.

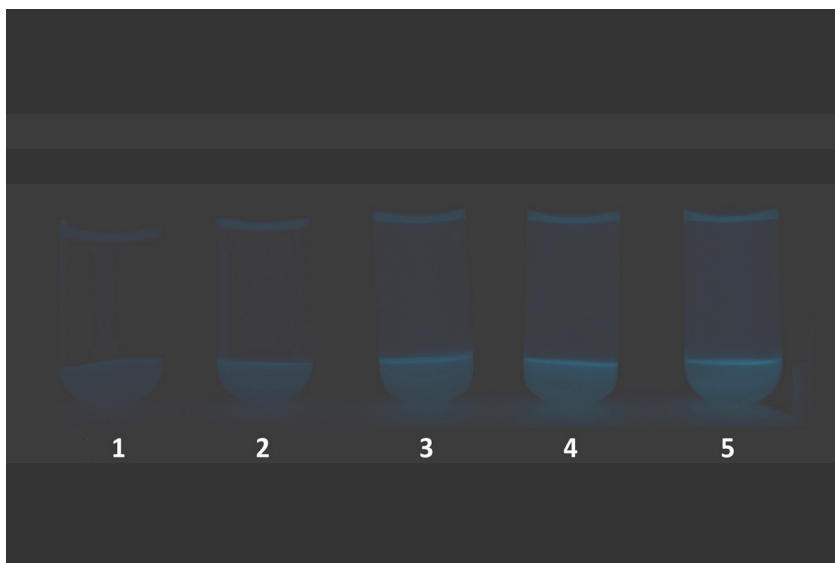


Рис. 1. Фотографическое изображение образцов, полученных в темноте под действием собственного излучения бактерий *P. leiognathi* Sh1, с различным содержанием бактериальной суспензии (мкл): 1 – 100; 2 – 200; 3 – 300; 4 – 400; 5 – 500.

Результаты биолюминесценции, пересчитанные в %, в надосадочной жидкости приведены в таблице 1.

Таблица 1

Приборная оценка (биолюминометр) интенсивности свечения фотобактерий.

Биолюминесценция (%) в	Содержание бактериальной суспензии, мкл				
	100	200	300	400	500
надосадочной жидкости	47,1	94,1	164,7	205,9	276,5
осадке	364,7	964,7	1611,8	2117,6	2764,7

Далее снимки свечения полученных образцов обработали с помощью графического редактора программы Image J. Анализ снимков проводился после переведения их в 8-битный формат, после чего измерялась интенсивность свечения (оттенки серого) надосадочной жидкости и осадка (связанные сорбентом микроорганизмы). Данные обработки приведены в таблице 2.

Таблица 2

Анализ снимков с помощью программы Image J.

Биолюминесценция	Содержание бактериальной суспензии, мкл
------------------	---

(%) в	100	200	300	400	500
надосадочной жидкости	0,11	1,55	3,33	4,11	6,44
осадке	7,52	12,00	15,90	20,15	21,61

Следующим этапом исследования было определение коэффициента корреляции между данными приборной оценки биолюминесценции и компьютерной. Коэффициент корреляции составил 0,99 для надосадочной жидкости и 0,98 для осадка соответственно.

Выводы. Исследования показали, что значения интенсивности бактериальной люминесценции, полученные приборным и программным способами, хорошо коррелируют между собой со значениями коэффициентов корреляции 0,98-0,99. Полученные данные свидетельствуют о перспективности использования и совершенствования бесприборных способов регистрации аналитического сигнала в биолюминесцентных аналитических технологиях.

НЕДОСТАТОК ОСВЕЩЕННОСТИ РАБОЧИХ МЕСТ ЛЕКЦИОННЫХ ЗАЛОВ, КАК ПРИЧИНА СНИЖЕНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ.

Цолин В.А.

студент 309 гр. Л1, кафедра общей гигиены и экологии Медицинской академии КФУ
 Научный руководитель: Носенко Г.Н., ассистент кафедры общей гигиены и экологии
 Медицинской академии КФУ

Введение. Важнейшая задача любого учебного заведения не только обеспечить обучающихся знаниями и умениями надлежащего качества, но и сохранить их здоровье. Процесс обучения в ВУЗе – сложный и ответственный период в жизни студентов, связанный с серьезными физическими, умственными и психоэмоциональными нагрузками. Специфика обучения в высшей школе заключается в использовании различных форм обучения, основой которых являются лекции. Характер труда на лекциях отличается высокой плотностью и интенсивностью умственной деятельности, активной работой органов слуха, зрения и мышц кисти. Лекционные аудитории – это те помещения, где студенты различных курсов проводят около 1/3 рабочего времени в течение всего периода обучения в ВУЗе, где они могут подвергаться действию различных неблагоприятных факторов. В ходе проведенного нами опроса студентов, установлено, что наибольшее беспокойство вызывает освещенность лекционных залов, напрямую связанная с восприятием и переработкой зрительной информации, а также влияет на здоровье и работоспособность обучающихся.

Цель. Оценить реальную ситуацию с освещенностью в лекционных залах КМА и обратить внимание администрации на существующую проблему с целью ее устранения.

Задачи: Главной задачей нашего исследования было провести гигиеническую оценку основных параметров освещенности лекционных аудиторий медицинской академии, как фактора производственной среды, ее соответствие нормативным требованиям и выяснить имеется ли неблагоприятные изменения зрительной функции у студентов.

Материалы и методы. Согласно действующим в РФ СанПиН 2.2.4.3359-16 “Санитарно-эпидемиологические требования к физическим факторам на рабочих местах”, а так же СНиП II-4-79 (Приложение 1, пункт 19) освещение лекционных аудиторий должно быть достаточным и равномерным. Достаточность освещения оценивалась путем измерения освещенности в различных точках лекционного зала с помощью люксметра, а также путем расчета удельной электропотребности ламп (УЭЛ), освещающих помещения.

Результаты. В обследованных помещениях установлены потолочные светильники оборудованные люминесцентными лампами марки ЛБ. В 1-6 аудиториях мощность ламп –

18 Вт, по 4 штуки в каждом светильнике. В 7 и 8 аудиториях – по 2 лампы ЛБ с мощностью 36 Вт. В результате проведенных расчетов в лекционных аудиториях №1 - №6 расчетная удельная электропотребность ламп составила 17,1-17,24 Вт/м². При нормативе не меньше 20 Вт/м². Рассчитали реальную УЭЛ с учетом количества не работающих ламп и светильников. Она составила от 14,8 до 16,9 Вт/м². Что еще больше отличается от нормативной. Иная ситуация складывается в аудиториях №7 и №8. Расчитанная УЭЛ составила 28,3 и 24,1 Вт/м², что соответствует гигиеническим требованиям. Однако реальное значение УЭЛ для этих аудиторий составляет 19,8 Вт/м². Что хоть и незначительно, но меньше нормативной.

Проведенные измерения освещенности на рабочих местах выявило следующее: освещенность рабочего места лектора во всех аудиториях практически соответствует нормативным (не менее 300 лк), исключение составляет освещенность в лекционных № 5 и №7 (уч. к. 1) (290 и 260 лк соответственно), что связано с наличием неработающих светильников в этой зоне. При изучении освещенности рабочих мест студентов установлено, что наилучшая освещенность отмечается в аудиториях №7 и №8 – от 30 до 420 лк, несмотря на большое количество неработающих светильников и ламп. Кроме того освещенность в этих аудиториях равномерно в пространстве. Что соответствует гигиеническим требованиям. Совершенно другая ситуация отмечается во всех лекционных аудиториях лекционного корпуса №7.

Освещенность рабочих мест студентов в центре зала в 2-3 раза меньше нормы (100-200 люкс, при норме не меньше 300 лк). Кроме того освещенность в этих залах снижается от центра к периферии, т.е. неравномерна в пространстве. Наименьшая освещенность отмечается на крайних боковых местах каждого ряда и последних рядов (от 80 до 132 лк). Вышеизложенное позволяет сделать вывод об крайне серьезных нарушениях гигиенических требований к освещению рабочих мест студентов в 1-6 лекционных аудиториях. На наш взгляд это связано:

- 1) Недостаточная электропотребность ламп используемых в этих аудиториях.
- 2) Отсутствие регулярной замены не исправных ламп и ремонта светильников.
- 3) Использование в светильниках рассеивающих элементов с плохой пропускающей способностью и отсутствие их регулярной очистки.

В литературе имеются данные, что в процессе обучения в ВУЗе до 20% студентов приобретают различные нарушения зрения. Поэтому нами было опрошено более 100 студентов третьего курса с целью изучения уровня заболеваемости органов зрения. Выявлено, что около 23% опрошенных имело патологию зрения до начала обучения в Медицинской академии. 16,5% опрошенных отмечают ухудшения зрения уже на первом году обучения в ВУЗе. Через год ухудшение зрения отмечается еще у 8,7% опрошенных. К третьему году обучения еще у 7,8% студентов снизилась острота зрения. Таким образом, 34 студента (33% опрошенных) отмечают снижение остроты зрения только за первые 3 года обучения в ВУЗе.

Выводы. Результаты проведенного исследования выявили наличие серьезной проблемы с искусственным освещением в лекционных аудиториях, особенно 7 лекционного корпуса, а также снижение остроты зрения у студентов-медиков только за первые 3 года обучения более выраженные (33%), чем среднестатистические для ВУЗов (20%). Разумеется не только недостаточность освещения может являться причиной нарушений функции зрительного анализатора, однако именно освещенность рабочих мест является главным фактором, который напрямую воздействует на все параметры зрительного анализатора. Проведенное исследование позволяет рекомендовать администрации МА КФУ:

1. Починить неработающие светильники и заменить перегоревшие лампы в светильниках во всех лекционных аудиториях.
2. Увеличить искусственное освещение во всех лекционных залах лекционного корпуса № 7 за счет замены имеющихся светильников на более современные, способные

генерировать большой световой поток, если это невозможно хотя бы заменить лампы на более мощные.

3. Обязать электриков, обслуживающих лекционные аудитории, регулярно контролировать техническое состояние осветительной аппаратуры, а комендантам корпусов поручить регулярно контролировать работу технического персонала.

МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТУПЫХ ТРАВМАХ ГРУДИ

Аметова С. Н. к.¹, Джаппарова А. Н.¹

¹студентка кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Научный руководитель: ст. преп. кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Кульбаба П.В.
alimeshkadzapparova@mail.ru

Введение. Закрытая тупая травма груди связана с высоким риском заболеваемости и смертности. Осложнение при закрытой травме груди развиваются вторично с переломами ребер вследствие боли и недостаточной вентиляции легких. Лечение тупой травмы груди основывается на сочетании обезболивания, хирургической фиксации, физиотерапии грудной клетки и ранней мобилизации. Не своевременное лечение перелома ребер может привести к повреждению легочной ткани, увеличения спектра хирургических вмешательств и к смерти.

Цель и задачи. Существуют различные обзоры литературы на отдельные вмешательства при тупой травме груди. В нашем исследовании мы хотели бы интегрировать и проанализировать данные по исследованию повреждений грудной клетки и выделить основные.

Материалы и методы. Исследование основано на изучении 20 статей, входящие в наукометрические базы РИНЦ и SCOPUS. Мы выявили несколько методов исследований с последующим их анализом.

Результат исследования. При анализе имеющейся информации, было выявлено 3 пути улучшения лечения при закрытых травмах груди, которые обладают явным преимуществом. *Хирургическая фиксация* предусматривает прикрепление сломанных ребер к шине из термопластика или проволоки. Преимущества этого метода состоят в том, что он прост в выполнении, позволяет устранить риск развития внутриплевральных, гнойно-септических осложнений и патологическую подвижность ребер. Хирургическая фиксация является мини-инвазивным способом лечения флотирующих переломов ребер, который позволяет сократить длительность искусственной вентиляции легких и период реабилитации. Существуют множественные *методы обезболивания* переломов ребер: нестероидные противовоспалительные препараты, эпидуральные катетеры, лидокаиновые пластыри, контролируемая пациентом анальгезия и др. Наиболее распространенным способом обезболивания является эпидуральный катетер, представляющий собой метод регионарной анестезии, при котором лекарственные препараты вводятся в эпидуральное пространство позвоночника через катетер. Данный метод более эффективен по сравнению с другими, так как улучшает дыхательную функцию, уменьшает количество интубаций с механической вентиляцией и частоту пневмоний.

Видеоторакоскопия – новый вид операции, при котором в плевральную полость через 1-3 прокола диаметром 5-20 мм вводится видеокамера и хирургические инструменты. Операция проводится под контролем изображения на экране монитора. Видеоторакоскопия в отличие от других методов диагностики закрытой травмы груди позволяет точно установить

топический диагноз, одновременно устранить эти повреждения с минимальной травматизацией больного. Применение этого метода у пострадавших с закрытой травмой груди способствует снижению количества послеоперационных осложнений с 23% до 12% случаев, позволяет снизить частоту широкой торакотомии с 13,2% до 0,5%, уменьшить сроки пребывания пострадавших в больнице.

Выводы. Рассмотренные методы, а именно: хирургическая фиксация ребер, эпидуральная анальгезия и видеоторакоскопия улучшают результаты лечения тупой травмы груди у пациентов, снижают вероятность развития послеоперационных осложнений и уменьшают реабилитационный период. При применении данных способов в совокупности, достигается наибольшая эффективность лечения.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Петров А.А.

студент кафедры лучевой диагностики и терапии Медицинской академии КФУ
научный руководитель: доцент, к.мед.н. Прокопенко О.П.
ya.alexey2312@yandex.ru

Введение. Поражения кожи и подкожной жировой клетчатки представляют собой сложный объект для дифференциальной диагностики в дерматологии и ревматологии. Фокальные и диффузные фиброзные изменения кожи при очаговой и системной склеродермии, утолщение подкожной клетчатки при панникулитах, тофусы и ревматоидные узлы иногда трудно отличить от доброкачественных и злокачественных новообразований кожи и подкожной клетчатки, первичных дерматозов и проявлений лимфостаза. В последние годы с внедрением в клиническую практику высокочастотных линейных ультразвуковых датчиков с частотой 15 МГц и выше появилась возможность оценки толщины и структуры кожи и подкожной клетчатки при различных заболеваниях. В то же время выявление тех или иных симптомов вовлечения кожи и подкожной клетчатки в патологических процесс с помощью ультрасонографии носит субъективный характер и зависит от исследователя, семиотика ультрасонографических симптомов в дерматологии и ревматологии недостаточно стандартизирована, а данные об их специфичности и чувствительности во многом являются противоречивыми.

Целью работы явилась оценка специфичности и чувствительности различных ультрасонографических симптомов в диагностике дерматологических проявлений склеродермии, ревматоидного артрита, подагры и узловой эритемы (септального панникулита).

Методы исследования. Проведен анализ данных клинического, дерматологического и ультрасонографического исследования 29 больных очаговой склеродермией, 17 больных диффузной формой системной склеродермии, 14 больных узловой эритемой, 24 больных ревматоидным артритом и 34 больных с тофусной подагрой, а также 35 лиц контрольной группы с отсутствием заболеваний кожи и подкожной клетчаткой. Ультразвуковой исследование кожи и подкожной клетчатки проводилось на аппарате ESAOTE My Lab 50 с применением линейного датчика 18 МГц. Статистическая обработка проводилась с помощью программы “StatSoft, Inc. (2003). STATISTICA version 6”. Для оценки достоверности различий в значениях показателей использовался критерий Манна-Уитни.

Результаты исследований. При исследовании больных с очаговой и системной склеродермией определялось утолщение дермы на 0,5 мм и более, повышение ее

эхогенности и потеря четкости заднего контура по сравнению с неповрежденной кожей и больными контрольной группы. У больных с узловой эритемой в подкожно-жировом слое определялись эхопозитивные гомогенные участки с нечеткими контурами. Для подкожных ревматоидных узлов была характерна гомогенность подкожных гипозоногенных образований, а при исследовании подагрических тофусов в гипо и изоэхогенных подкожных образованиях определялись точечные и линейные гиперэхогенные включения.

При сравнительном анализе данных о чувствительности и специфичности отдельных сонографических симптомов была установлена наиболее высокая информативность при очаговой и системной склеродермии утолщения кожи (специфичность – 87,5% и 68,3%, чувствительность – 75,0% и 87,5% соответственно) и потери четкости заднего контура дермы (специфичность – 65,52 и 78,8%, чувствительность – 98,2% и 100% соответственно); аморфных эхопозитивных участков в подкожном жировом слое у больных с узловой эритемой (специфичность – 95,2%, чувствительность – 100%) и разнокалиберные гиперэхогенные включения во внутренней структуре подагрических тофусов (специфичность – 98,5%, чувствительность – 100%).

Выводы. Оценка толщины и заднего контура кожи при склеродермии, контуров эхопозитивных участков в подкожной клетчатке при узловой эритеме и неоднородность гипозоногенных узлов за счет выявления гиперэхогенных внутренних включений при тофусной подагре наряду с клиническими симптомами может иметь значение в дифференциальной диагностике этих заболеваний.

ИММОБИЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ МОРСКИХ СВЕТЯЩИХСЯ БАКТЕРИЙ НА ВЫСОКОДИСПЕРСНОМ КРЕМНЕЗЕМЕ КАК БИОСЕНСОРНЫЕ СИСТЕМЫ АНАЛИЗА ТОКСИКАНТОВ.

Шемшединова Э. Ш.¹, Морозкина Е. В.¹, Абдураманова Э. Р.¹, Кацев А.М.²,
Мукомол Д.С.³, Серечкова О.В.³

¹ ассистент кафедры медицинской и фармацевтической химии

² профессор кафедры медицинской и фармацевтической химии

³ студент кафедры медицинской и фармацевтической химии Медицинская академия
имени С. И. Георгиевского КФУ

E-mail: elvisa.shemshedinova@mail.ru

Введение. В научных и прикладных исследованиях, связанных с биомониторингом, широко используются аналитические биосенсорные системы, в которых чувствительным элементом являются различные ферментные системы, живые клетки и микроорганизмы. Так, например, для анализа экотоксичности водных объектов применяются оптические биосенсоры на основе морских люминесцентных или генно-инженерных бактерий. Принцип их действия основан на том, что интенсивность свечения тест-бактерий служит количественным показателем реакции биологического объекта на внешнее воздействие.

Одной из важных задач при разработке оптических биосенсорных устройств является получение иммобилизованных на твердых носителях живых фотобактерий, которые будут обладать оптимальными для анализа физиологическими и технологическими свойствами. В настоящее время существуют различные способы фиксации бактериальных клеток на поверхности или в объеме носителя, среди которых одним из наиболее простых и доступных является адсорбция и адгезия. В качестве носителя перспективным сорбентом для этих целей является высокодисперсный аморфный кремнезем (ВДК).

Целью данной работы было изучение адсорбционных свойств ВДК по отношению к морским люминесцентным бактериям *Photobacterium leiognathi* Sh1.

Задачи:

1. Изучение адсорбционных свойств ВДК по отношению к морским светящимся бактериям
2. Изучение чувствительности связанных с носителем фотобактерий к действию токсических факторов

Методика исследований. В работе использованы морские светящиеся бактерии, выделенные из Азовского моря и идентифицированные как *Photobacterium leiognathi* Sh1. В качестве носителя использовали Полисорб МП (высокодисперсный кремнезем с $S_{уд}=200-300$ м²/г и средним размером частиц 1 мкм) в количестве 10, 20 и 30 мг/мл. Контрольные образцы готовили без добавления сорбента. Токсическими агентами выступали ZnSO₄, K₂Cr₂O₇ и C₂H₅OH. Биотестирование проводили по методике определения острой токсичности. БиOLUMиНесцентный сигнал регистрировали на биOLUMиНесцентном приборе БЛМ 8801. Измерения оптической плотности вели при 600 нм с помощью спектрофотометра СФ-2000 (ЛОМО, Россия).

Результаты исследований. Установлено, что при взаимодействии ВДК с морскими светящимися бактериями, общая интенсивность биOLUMиНесценции не меняется, что свидетельствует о том, что сорбент и процесс сорбции не угнетают жизнедеятельность фотобактерий. После отделения осадка ВДК от жидкой среды был проведен повторный анализ, результаты которого показали, что интенсивность биOLUMиНесценции надосадочной жидкости со свободными микроорганизмами уменьшается в среднем на 50% по сравнению с контрольной суспензией бактерий без добавления сорбента. В то же время свечение фотобактерий, концентрированных на сорбенте, возросло примерно в 3-3,5 раза, что возможно, связано с явлением *quorum sensing* (QS). QS это процесс коллективной координации экспрессии генов в популяции бактерий, опосредующий специфическое поведение клеток, в частности, их способность к биOLUMиНесценции.

С увеличением содержания ВДК в пробах, количество адсорбированных на кремнеземе клеток увеличивалось и достигало максимального значения $1,03 \cdot 10^8$, при содержании сорбента в количестве 30 мг/мл. Расчёты показали, что в зависимости от содержания ВДК в пробе, максимальное количество иммобилизованных бактериальных клеток составило 89,6%, а сорбционная емкость - $1,14 \cdot 10^6 - 1,67 \cdot 10^6$ кл/мг сорбента (таблица 1).

Таблица 1

Характеристика свободных и связанных с ВДК *P. leiognathi* Sh1

Концентрация ВДК в пробе		Оптическая плотность	Кол-во бактерий, кл	Сорбционная емкость ВДК, кл/мг	Кол-во бактерий, %
Контроль без ВДК		0,1275	$1,15 \cdot 10^8$		
10 мг/мл	надосадочная жидкость	0,0721	$6,50 \cdot 10^7$		
	осадок		$5,00 \cdot 10^7$	$1,67 \cdot 10^6$	43,5
20 мг/мл	надосадочная жидкость	0,0615	$4,00 \cdot 10^7$		
	осадок		$7,50 \cdot 10^7$	$1,25 \cdot 10^6$	65,2
30 мг/мл	надосадочная жидкость	0,0535	$1,25 \cdot 10^7$		
	осадок		$1,03 \cdot 10^8$	$1,14 \cdot 10^6$	89,6

Результаты исследований токсичности ZnSO₄, K₂Cr₂O₇ и C₂H₅OH на иммобилизованных и свободных клетках люминесцентных бактерий указывают на сходную чувствительность к выбранным токсикантам.

Выводы. Показано, что при инкубировании фотобактерий с ВДК происходит адсорбционная иммобилизация светящихся бактерий на носителе. Отмечено, что бактерии, иммобилизованные на ВДК, обладают схожей чувствительностью со свободными бактериями к таким токсическим факторам, как $ZnSO_4$, $K_2Cr_2O_7$, C_2H_5OH .

АНАЛИЗ АГРЕССИВНОСТИ, ВРАЖДЕБНОСТИ И СТРАХА У СТУДЕНТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ В РАЗНЫХ СПОРТИВНЫХ СЕКЦИЯХ

Гизатуллина Г.Р.

Студент Медицинской академии имени С.И. Георгиевского,

«КФУ имени В.И. Вернадского»

кафедра физиологии нормальной

научный руководитель: доц., к.м.н. Залата О.А., доц. Хрипунова Л.Д.

flowerofpomegranate@gmail.com

Введение. Специфика спортивной деятельности предъявляет повышенные требования к особенностям психоэмоционального состояния спортсменов. Стремление достичь побед на соревнованиях, самоутвердиться и получить достойный спортивный результат обуславливает степень выраженности агрессивных и враждебных реакций, влияет на уровень страха. Представляет интерес изучение психических особенностей студентов-спортсменов с целью корректировки тех самых особенностей для повышения спортивной результативности, возможности профилактики стрессов у студентов посредством занятий спортом.

Цель. С помощью психологического тестирования проанализировать степень агрессивности, враждебности и уровень страха студентов-членов групп спортивного совершенствования КФУ им В.И. Вернадского.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 90 практически здоровых студентов-спортсменов, 62 юноши и 28 девушек, возраст от 17 до 24 лет. Когорту спортсменов составили учащиеся Медицинской академии им. С.И. Георгиевского и факультета физической культуры и спорта КФУ им. В.И. Вернадского, занимающиеся баскетболом (18 человек), футболом (17), волейболом (11), легкой атлетикой (9), боевыми искусствами (7), другими видами спорта (27) в спортивных секциях. С помощью опросника Басса-Дарки (BDHI) оценили степень враждебности и агрессивности, определение иерархической структуры актуальных страхов выполнили с помощью опросника ИСАС (Ю. Щербатых, Е. Ивлева, 1998). Все субъекты эксперимента были проинформированы о целях и задачах исследования и подписали лист информационного согласия (протокол Биоэтического заключения Медакадемии им. С.И. Георгиевского №7, от 10.02. 2016 г.; №11 от 19.05.2016). Для анализа результатов использовали непараметрические критерии: медианы (Me), значения интерквартильного размаха (p25; p75), критерий Манна-Уитни, определение взаимосвязей выполняли помощью корреляционного анализа по Спирмену (r_s), программа «Statistica» 8,0.

Результаты исследований. Медианы индекса враждебности (7,0) и агрессивности (15,0) не выходили за границы условной нормы ($21,0 \pm 4,0$; $6,5 \pm 3,0$ балла). Медиана интегрального уровня страха у юношей (90,0) находилась в диапазоне нормальных ($77,9 \pm 4,7$), а у девушек (108,0) несколько превышала рекомендуемые границы ($104,0 \pm 2,5$ балла). Степень выраженности некоторых агрессивных реакций зависела от вида спорта респондентов (таблица1).

Интегральный уровень страха респондентов не зависел от вида спорта, которым они занимаются. Все спортсмены выделили страх болезни близких и последствий от этой болезни, страх войны и опасных животных.

Результаты корреляционного анализа показали, что наибольшее количество взаимосвязей из агрессивно-враждебных реакций обнаружило чувство вины: с интегральным уровнем страха, страхом войны и болезни близких ($0,30 \leq r \leq 0,45$; $p < 0,05$). Интегральный уровень страха также коррелировал с раздражительностью, обидой, индексом враждебности ($0,26 \leq r \leq 0,44$; $p < 0,05$).

Таблица 1.

Характеристика агрессивных и враждебных реакций студентов,
в зависимости от вида спорта

Характеристики агрессивных и враждебных реакций	Me (p25/p75)		(p) уровень достоверности
	баскетбол	другие виды спорта	
Обида	3 (3/4)	2 (1/3)	0,015
	волейбол	другие виды спорта	
Вербальная агрессия	9 (6/11)	6 (4/7)	0,05
	боевые искусства	другие виды спорта	
Косвенная агрессия	2 (1/4)	4 (3/5)	0,044
	легкая атлетика	другие виды спорта	
Индекс агрессивности	11 (8/13)	17 (11/20,5)	0,035
	легкая атлетика	волейбол	
Косвенная агрессия	3 (1/5)	5 (5/7)	0,026
Вербальная агрессия	5 (3/7)	9 (6/11)	0,069
Индекс агрессивности	11 (8/13)	18 (12/24)	0,049
	легкая атлетика	футбол	
Вербальная агрессия	5 (3/7)	5 (4/8)	0,05
	легкая атлетика	боевые искусства	
Физическая агрессия	5 (3/5)	6,5 (5/7)	0,03
	волейбол	боевые искусства	
Косвенная агрессия	5 (5/7)	2 (1/3,5)	0,02
	баскетбол	боевые искусства	
Обида	3 (3/4)	1,5 (0/2,5)	0,016

Выводы. Показатели агрессивности враждебности и страха спортсменов не выходили за пределы референтных значений. Уровень страха девушек был выше, чем у юношей, но незначительно превышал границу условной нормы. Уровни некоторых видов агрессивных и враждебных реакций отличались у студентов-членов групп спортивного совершенствования в зависимости от вида спорта, которым они занимаются в секциях.

ОБЩИЕ ПРИЧИНЫ ЭНУКЛЕАЦИИ ГЛАЗ У ПАЦИЕНТОВ

Тимошенко А. Н.¹, Сосновских Я. И.², Аджисалиев Г. Р.³, Кульбаба П. В.³

¹ студентка кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»

² студентка кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»

³ старший преподаватель кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»

alinatimoshenko28@gmail.com

Введение. Энуклеация включает хирургическое удаление всего глазного яблока, включая склеру, и достигается путем деления дополнительных мышц глаза и зрительного нерва. Многие заболевания глаз, как по своей природе (злокачественность), так и по их тяжести (инфекция, травма), заставляют офтальмологов принимать окончательное решение либо полностью, либо частично удалить глазное яблоко. Эта процедура может оказать значительное влияние на качество жизни пациента. Операция по энуклеации глаз включает в себя полное удаление глаз или вырезание и удаление глазных яблок, что часто является конечным этапом лечения офтальмологических заболеваний. Цель операции - спасти жизни пациентов, уменьшить боль и по возможности сохранить красоту пациентов.

Целью работы является выявление основных причин энуклеации на основании статистических данных.

Материалы и методы. После получения письменного соглашения на операцию, анализируются личные данные пациентов (возраст, пол, профессия, место жительства и предыдущее лечение) и также клинические данные (острота зрения, обследование разреза глаз и показания к операции). Энуклеацию проводят путем 360-градусной перитомии, далее отделяют теноновую капсулу с орбиты тупым способом, сетчатку и глазодвигательные мышцы, перерезают зрительный нерв, затем полностью удаляют глазное яблоко и останавливают кровотечение, размещают имплант глаза подходящего размера, ушивают прямые мышцы к имплантату, и ушивают теноновую капсулу и конъюнктиву.

Удаление глазного яблока проводится под местной анестезией. Результаты оценивают через неделю и три недели после операции; на шестинедельном последующем осмотре пациента осматривают для дальнейшего протезирования и выписывают рецепт на защитные очки. Дальнейшие последующие осмотры планируются через два месяца и каждые четыре месяца после этого.

Результаты исследований. Средний возраст пациентов, которые подвергаются хирургическому вмешательству составляет 37,4 года. Возрастная группа 20-24 лет имела самый высокий уровень энуклеации.

Основными показаниями, по которым делают энуклеации, являются травмы, туберкулез глазного яблока, опухоли и инфекция. Основные виды травм включают ожоги, вызванные фейерверком, дорожно-транспортные происшествия и острая перфорационная травма. Средний возраст пациентов составил 29,9 года, которые подверглись энуклеации в результате травмы. Самый молодой возраст энуклеации составлял 3 года из-за повреждения глаза о дерево. Среди случаев травмы основным фактором являются ножевые ранения.

Второй наиболее распространенной причиной энуклеации является туберкулез глазного яблока. Средний возраст пациентов, с данной причиной операции составляет 31,6 года.

Третьей наиболее распространенной причиной энуклеации являются опухоли. Чаще всего это из-за ретинобластомы. Средний возраст пациентов, подвергшихся энуклеации из-за ретинобластомы, составил 3,7 года, самому младшему пациенту было 2 месяца. Также из-за базальноклеточной карциномы, меланомы, саркомы, а также из-за эндофтальмита. Данные

показания к операции встречаются у людей старшей возрастной группе, что указывает на возможную связь возраста и причин энуклеации глаз, указывая на необходимость улучшения медицинской помощи со стороны врачей среди пожилых пациентов.

Заключение. Можно сделать вывод, что основными причинами, ведущими к хирургической операции, энуклеации, являются травмы, туберкулез глазного яблока, опухоли и инфекция. Учитывая отрицательный эффект удаления глаз на качество жизни пациентов, рекомендуется, чтобы предпринимались меры, которые бы включали в себя подготовку населения по профилактике и защите, включая раннее лечение и периодическое изучение (периодический медицинский осмотр людей, подвергающихся риску заболеваний глаз) здоровья глаз людей, подвергающихся риску.

БИОРАЗЛАГАЮЩИЕСЯ СТЕНТЫ КАК ОДНО ИЗ ДОСТИЖЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Исмиев Д.А.¹, Аджисалиев Г.Р.²

¹*студент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»*

²*старший преподаватель кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»*
ismiev90@mail.ru

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания сегодня возглавляют рейтинг смертности как в России, так и за рубежом. Облитерирующий атеросклероз поражает все артериальные бассейны и третий по частоте поражения после коронарного и церебрального бассейна являются артерии нижних конечностей. В соответствии со статистическими материалами Европейского согласительного комитета, критическую ишемию нижних конечностей можно зафиксировать у 600-1000 пациентов на 1 миллион в год. Распространённость облитерирующих поражений артерий нижних конечностей составляет 3-10%, достигая 15-20% у людей старше 70 лет. На протяжении 5 лет у 10-20% пациентов развивается критическая ишемия нижних конечностей. Прогноз у пациентов с критической ишемией конечностей очень плохой. На протяжении года около 25% умирают, у 30% выполняются ампутации, а у 20% этих больных остаются симптомы критической ишемии. Через два года после ампутации 30% пациентов умирают, а у 15% выполняют ампутацию выше колена, у 15% ампутируют контралатеральную конечность и только 40% остаются мобильными. Лечение критической ишемии конечностей в связи с высоким риском ампутации и смерти, а также низкой эффективностью консервативной терапии, неизбежно требует реваскуляризации.

Цель. Определить и выявить эффективность биоразлагающихся стентов в лечении ишемии конечностей по данным специализированной медицинской литературы.

Результаты исследования. Стентирование – наиболее современный и малотравматический метод лечения атеросклеротического сужения артерий. Наиболее перспективным является использование биоразлагающихся стентов нового поколения Absorb. В отличие от металлического стента, которые сковано сужает сосуд Absorb является более гибким и эластичным и через 24 месяца после операции рассасывается, оставляя за собой здоровый гибкий сосуд и два маленьких маркера, которые впоследствии позволяют определить место имплантации стента. Поколение Absorb позволяют обеспечить должную опору для стенки сосуда после чрескожного введения стента в необходимый участок сосуда. Также биоразлагающиеся стенты способствуют уменьшению воспаления в месте сосуда, что позволяет предотвратить тромбофлебиты и артерииты. При ультразвуковом исследовании нижних конечностей у пациентов, перенесших стентирование ввиду

критической ишемии конечностей, было обнаружено, что площадь просвета сосудов увеличился в сравнении с результатами, зафиксированными до оперативного вмешательства в основном за счет уменьшения площади атеросклеротической бляшки на протяжении артерии. Восстановление эндотелия после стентирования биоразлагающимися материалами позволяет отнести данный метод к новым современным технологиям, которые дают возможность не только расширения просвета сосуда и сохранять его на протяжении длительного срока, но и восстановить функциональное значение эндотелиоцитов стенки сосуда.

Выводы. Стентирование является золотым стандартом эндоваскулярной хирургии, а также занимает свое место в комплексном лечении критической ишемии нижнем конечности, а порой как единственный возможный метод лечения, который имеет такие преимущества как малоинвазивность и возможность проведения вмешательства под местным обезболиванием.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ КОЛЛАГЕНОВЫХ БИОМАТЕРИАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО АЛЬВЕОЛИТА

Косторнова Е.В.

*Студентка пятого курса стоматологического факультета Медицинской академии им.
С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»*

Научный руководитель: к.м.н., доцент Филиппова Л.А.

kkostornova@mail.ru

Введение. Одним из наиболее распространённых осложнений после операции удаления зуба является альвеолит. По данным ряда исследователей частота возникновения альвеолита варьирует от 3,4% до 42,8% всех постэкстракционных осложнений. В лечении альвеолита большое значение уделяется местному лечению, которое осуществляется за счет раневых покрытий. Современные покрытия должны предшествовать развитию инфекции и проникновению ее в рану, защищать рану от травмирования, поглощать образующийся экссудат, стимулировать репаративные процессы, быть удобными в применении. Всеми этими качествами обладают комбинированные коллагеновые повязки.

Цель. Повышение эффективности профилактики и местного лечения альвеолита путем применения коллагеновых микротупферов в сочетании с коллагеновой повязкой Дигестол.

Задачи. Оценить клинический эффект, обусловленный местным влиянием коллагеновой повязки Дигестол в сочетании с коллагеновыми микротупферами в предупреждении развития местных воспалительных реакций при остром гнойном альвеолите.

Материалы и методы. Был проведен анализ историй болезни 20 больных с острым гнойным альвеолитом, не имеющих проявивших себя клинически соматических заболеваний.

Больные были распределены на 2 группы: 1 (контрольная) - 10 человек, 2 (основная) - 10 человек.

Лечение альвеолита проводили по следующей методике: после проведенной проводниковой анестезии, осуществляли промывание постэкстракционной раны раствором диоксида, кюретажной ложкой удаляли участки распавшегося сгустка, остатки пищи. Представителям 1 (контрольной) группы в лунку вводим коллагеновую губку с йодоформом.

Пациентам 2 (основной) группы вводим в лунку коллагеновые микротупферы и сверху изолируем повязкой «Дигестол».

Результаты исследований. После проведения клинических и цитологического методов исследования было установлено, что применение коллагеновых микротупферов и повязки «Дигестол» ведет к снижению местных воспалительных реакций в ранние сроки лечения. Изоляция раны от воздействия внешней среды рта приводит к раннему запуску и более активному течению репаративных процессов, в сравнении с группой контроля, что оптимизирует условия для быстрого заживления раны.

Выводы. Сочетанное применение коллагеновых микротупферов и повязки Дигестол демонстрирует высокую эффективность при лечении острого гнойного альвеолита и может быть рекомендовано к применению в практике стоматолога-хирурга.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ МЕЛКИХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РАННЕЙ СТАДИИ

Петров А.А.

студент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии Медицинской академии КФУ
научный руководитель: доцент, к.мед.н. Прокопенко О.П.
ya.alexey2312@yandex.ru

Введение. Хронические воспалительные заболевания суставов на ранней стадии характеризуются частым отсутствием диагностических признаков того или иного заболевания, что существенно затрудняет процесс идентификации нозологической формы артрита, а следовательно не позволяет применить специфическое лечение в дебюте заболевания. Для ранней диагностики ревматоидного артрита (РА), спондилоартритов, подагрического артрита (ПА) используется широкий круг лабораторных и инструментальных методов, включая рентгенографию, ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнито-резонансную томографию (МРТ). В последнее время в связи с внедрением в клиническую практику высокочастотных датчиков с частотой генерации ультразвука 15 МГц – 22 МГц появилась возможность изучить структуру субхондральной кости, гиалинового хряща и особенности гипертрофии синовиальной оболочки воспаленных суставов. Однако вышеперечисленные ультрасонографические симптомы при исследовании поражения пястно-фаланговых и межфаланговых суставов кистей не используются в качестве диагностических критериев в связи с противоречивостью данных об их чувствительности и специфичности.

Цель исследования: оценить диагностическую значимость ультрасонографических симптомов поражения мелких суставов кистей в ранней диагностике воспалительных артритов.

Задачи:

1. Провести оценку частоты встречаемости различных ультрасонографических патологических находок при исследовании пястно-фаланговых суставов (ПФС) и межфаланговых суставов (МФС) у больных с синовитом мелких суставов кистей при первичном обследовании на этапе установления диагноза.
2. Провести оценку чувствительности и специфичности ультрасонографических симптомов при различных заболеваниях, которые были установлены больным с ранним артритом при дальнейшем обследовании (РА, псориатическом артрите – ПсА, ПА и остеоартрите – ОА).

Материалы и методы: В основу исследования был положен анализ клинических и ультразвукографических данных 64 больных с ранним артритом мелких суставов кистей с длительностью боли в кистях до 6 месяцев, которым на этапе проведения дифференциальной диагностики было проведено первичное УЗИ ПФС и МФС на аппарате My Lab 50 с применением линейного датчика с частотой 18 МГц и дополненное доплеровским исследованием (частота – 6,6 МГц) тканевого кровотока в синовиальной оболочке воспаленных суставов. При дальнейшем клинико-лабораторном и инструментальном обследовании этим больным был установлен следующие диагнозы: РА – у 25 больных, ПсА – у 12, ПА – у 10, ОА – 16. Среди обследованных больных было 50 женщин и 14 мужчин, возраст варьировал от 23 до 65 лет. Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни.

Результаты. При анализе результатов УЗИ больных с ранним артритом мелких суставов кистей были выявлены следующие патологические находки: костные эрозии – у 30 (46,9%) больных, остеофиты – у 32 больных (50,0%), резкое снижение толщины гиалинового хряща до его исчезновения на отдельных участках суставных поверхностей костей – у 24 больных (37,5%), гиперэхогенные включения в гиалиновом хряще – у 12 больных (18,8%), утолщение синовиальной оболочки – у всех больных (100%), доплеровские сигналы в синовиальной оболочке – у 22 больных (34,3%). При оценке специфичности и чувствительности этих ультразвукографических симптомов при различных заболеваниях суставов было установлено, что наиболее значимыми в диагностике РА являются костные эрозии (чувствительность – 84,6%, специфичность – 92,3%), исчезновение слоя гиалинового хряща (чувствительность – 96,0%, специфичность – 84,6%) и обнаружение доплеровских сигналов в синовиальной оболочке (чувствительность – 60,0%, специфичность – 82,1%). В диагностике ПА наиболее диагностически значимыми ультразвукографическими симптомами были: обнаружение гиперэхогенных включений в гиалиновом хряще (чувствительность – 90,9%, специфичность – 96,1%) и выявление доплеровских сигналов в синовиальной оболочке (чувствительность – 63,6%, специфичность – 71,1%). У больных ОА наиболее информативным было выявление остеофитов (чувствительность – 100%, специфичность – 66,7%). Чувствительность и специфичность всех ультразвукографических симптомов была невысокой у пациентов с ПсА.

Выводы. При проведении УЗИ мелких суставов на ранней стадии большинства хронических воспалительных заболеваний суставов выявляются характерные структурные патологические изменения, такие как костных эрозии, истончение и исчезновение хряща, остеофиты, солевые депозиты в гиалиновом хряще и повышенная воспалительная васкуляризация синовиальной оболочки, некоторые из которых обладают высокой специфичностью и чувствительностью в ранней диагностике РА, ПА и ОА.

ПРИМЕНЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ «ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО» МАТЕРИАЛА – НИКЕЛИДА ТИТАНА

Силаева Н.В.¹. Аджисалиев Г.Р.²

¹ студентка кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии
Медицинской академии им. С.И. Георгиевского, КФУ

² старший преподаватель кафедры топографической анатомии и оперативной
хирургии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского, КФУ
silaeva.98@list.ru

Введение. На сегодняшний день в медицинской практике трудно переоценить важность металлов и сплавов, так как значительная часть манипуляций выполняется с помощью всевозможных металлических изделий и имплантов. К современным металлическим изделиям медицинского назначения предъявляется широкий список необходимых требований: металл или сплав должен обладать высокой физической и механической прочностью, пластичностью, износостойчивостью, биологической и биохимической инертностью. Всем этим критериям соответствует сплав никеля и титана – никелид титана. Сплав совместно с пластичностью обладает таким уникальным свойством как «эффект памяти формы», то есть при деформации изделий из этого сплава и последующем нагревании изделие возвращается в исходную форму. Нитинол или никелид титана представляет собой сплав двух металлов никеля и титана (55% и 45%).

Цель. Проанализировать и охарактеризовать области применения сплава никеля и титана в современной хирургии

Материалы и методы. Был проведен анализ актуальной научной литературы по данному вопросу из научной базы данных E-Library.

Результаты и обсуждения. Изделия и имплантаты, изготовленные из нитинола в медицине, подразделяют на четыре класса. К первому классу относятся материалы и импланты для фиксации костных тканей и для расширения диаметра полых органов. Ко второму классу относят проницаемые пористые импланты и импланты, обладающие сетчатой структурой, они используются для замещения патологий твердых и мягких тканей. В третий класс изделий из нитинола входит хирургический инструментарий нового поколения, обладающий свойством менять форму рабочей поверхности, сохраняя при этом свои режущие свойства. Четвертый класс медицинского оборудования из нитинола играет роль инкубатора-носителя клеточных культур, который позволяет по-новому решать задачи восстановления структуры поврежденных органов. В травматологии имплантаты из нитилона используются для сращения костной ткани, коррекции осанки, изготовления протезов кости, остеосинтеза трубчатых костей, для изготовления скоб при соединении отломков нижней челюсти. Для лечения переломов нижней стенки глазницы или стенок решетчатого лабиринта также хирурги используют никелид титана. Пористый никелид титана успешно применяется в хирургии позвоночника в качестве межтеловых имплантатов. Индивидуальные протезы из этого сплава показали высокую эффективность при реконструкции дефектов основания и свода черепа у онкологических больных. При замещении дефекта губчатой кости имплантатом из никелида титана у больных появляется возможность ранней функции оперированной конечности (через 4 недели – дозированная нагрузка, через 8 – полная). Исследования показали значительный уровень биосовместимости материала из никелиды титана с костной тканью. В стоматологии современные дуги для брекетов производят из нитинолоновой проволоки, так как этот сплав оказывает постоянное давление на зубы, приводя их в нужную форму. Так же конструкции из никелида титана считают наиболее удачными в качестве искусственных опор. В кардиологии нитилоновые сплавы применяются в изготовлении стентов. В гастроэнтерологии разрабатываются методики использования сверхэластичных имплантов

для создания компрессионного желудочно-кишечного и межкишечного анастомоза. Пористые эластичные импланты, которые обладают высокой биосовместимостью с тканями организма используют при оперативном лечении трахеи и бронхов. Наличие этого материала значительно расширяет возможности выполнения органосохраняющих операций при местнораспространенных формах рака гортани. Сверхэластичная тонкопрофильная тканевая система на основе нити из нитилона используется хирургами при операциях по замещению дефектных тканей. Так как нитинол обладает высокой биосовместимостью с тканями человека было обнаружено, что соединительная ткань в области реципиентных областей прорастала сквозь ячеистую структуру импланта. В области дефекта формировался однородный тканевой регенерат. Такая тканевая система эффективно используется в лечении грыж брюшной стенки, при хирургическом лечении грыжевых дефектов пищеводного отверстия диафрагмы, у пациентов с расщелинами твердого и мягкого неба, ликвидации фарингостом. В условиях эксперимента было продемонстрировано закрытие сетчатым имплантом из «интеллектуального» сплава пострезекционных дефектов грудной стенки и перикарда. Образовавшаяся ткань прорастает сквозь сетчатый имплант и сформировавшийся регенерат совершенно не мешает полноценной работе органов. Так же была продемонстрирована возможность использования сверхэластичного импланта при повреждении сухожилия. При этом никелид титана показал преобладание над классическим шовным материалов (Prolen) при реконструкции сухожилия. Перспективным направлением является развитие применения сплавов с памятью формы в создании искусственного миокарда.

Выводы. Можно сказать, что широкий спектр областей применения изделий из никелида титана в медицине свидетельствует о больших перспективах его дальнейшего применения и разработке более эффективных технологий, которые помогут улучшить уровень оказания хирургической помощи.

ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЯИЧНИКАХ, КАК ПРИЧИНА ПРОГЕСТЕРОНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Румянцева З.С.¹, Волоцкая Н.И.²

*¹доцент кафедры акушерства и гинекологии №1
Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ*

*²студентка кафедры акушерства и гинекологии №1 Медицинской академии
имени С.И. Георгиевского КФУ
volotskaya.miss@yandex.ru*

Введение. Вопросы сохранения и реализации репродуктивного потенциала населения являются приоритетной задачей для современного здравоохранения. Около 75 – 80% репродуктивных потерь происходит в первом триместре беременности, оказывая влияние на демографические показатели и социально – экономический потенциал страны.

Нарушения эндокринной функции яичников часто имеют место еще до наступления беременности, проявляя себя недостаточностью лютеиновой фазы, а затем, с наступлением гестации, прогестероновая недостаточность становится причиной около 30% случаев невынашивания в структуре всех репродуктивных потерь.

Нормальный, соответствующий сроку гестации, уровень прогестерона необходим для сохранения беременности в первом триместре и обеспечивается гормон – продуцирующей функцией желтого тела.

Согласно имеющимся статистическим данным, оперативные вмешательства на яичниках, независимо от объема операции, приводят к нарушению лютеогенеза.

Прогностически неблагоприятным признаком для сохранения репродуктивной функции в полном объеме является, в частности, резекция яичников.

Цель. Изучить частоту возникновения прогестероновой недостаточности и связанных с ней нарушений гестации, у женщин, перенесших оперативные вмешательства на яичниках в анамнезе. В связи с поставленной целью определили **задачи** исследования: проанализировать клиничко – анамнестические данные пациенток с патологическим течением первого триместра беременности, а также изучить связь возникновения угрозы прерывания беременности, самопроизвольных аборт и доказанной прогестероновой недостаточности у пациенток после оперативных вмешательств на яичниках.

Материалы и методы. Клиническая часть исследования выполнена на базе ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом №2». Проанализировано 180 случаев невынашивания беременности у пациенток, госпитализированных в стационар гинекологического отделения с диагнозами: «угроза самопроизвольного аборта», «несостоявшийся выкидыш», «полный самопроизвольный аборт» за период 2016 – 2017 гг.

Группы наблюдений формировали в соответствии с гипотезой исследования, в качестве основного признака учитывали наличие оперативного вмешательства на яичниках в анамнезе и его объём. Сформировали 2 группы: 130 пациенток, которым ранее были проведены оперативные вмешательства на яичниках, составили первую группу. Вторую, контрольную, группу составили 50 женщин с вышеупомянутыми диагнозами, но без оперативных вмешательств на органах малого таза в анамнезе. Пациентки контрольной группы сопоставимы с основной группой по возрасту и не имели значимой соматической патологии.

Затем, с целью решения поставленных задач, пациенток первой группы дополнительно разделили на 3 подгруппы: «А» (n -86) – женщины, которые ранее перенесли резекцию яичника, «В» (n - 24) – пациентки, которым была проведена энуклеация гетеротопных образований (кистэктомия), не сопровождающаяся удалением ткани яичника, «С» (n – 20) – женщины, перенесшие одностороннюю овариоэктомию в анамнезе.

Статистическую обработку данных проводили при помощи программного обеспечения Microsoft Excel - 2016 с использованием общепринятых статистических методов. Для сравнения количественных показателей в группах использовали критерий Стьюдента, разницу значений принимали статистически достоверной при $p < 0,05$.

Результаты исследований. Средний возраст пациенток в группах составил $27 \pm 0,2$ лет, а диапазон возраста находился в рамках от 18 до 39 лет. Диапазон срока гестации в группах исследуемых – от 5 недель до 15 недель и 4 дней, в среднем – $9 \pm 0,5$ недель.

Исследуя овариально-менструальный цикл, в группах пациенток, установлено, что возраст менархе пациенток первой группы в 92 (70,7%) случаев - 11-14 лет, у 16 (12,3%) пациенток возраст наступления менархе менее 11 лет, у 22 (16,9%) - в возрасте старше 14 лет. В группе контроля соответственно: 42 (84%) – 11-14 лет, 2 (4%) - менее 11 лет, 6 (12%) - в возрасте старше 14 лет. Признаки нормального овариально-менструального цикла (регулярность, безболезненность, длительность *mensis* в диапазоне 3-7 дней) наблюдали у 62 (47,6%) женщин первой группы и у 43 (86%) женщин второй группы.

Прием препаратов с гормональным компонентом в составе отметили 18 пациенток первой группы (13,8%), во второй группе – 6 (12%).

Одной из наиболее распространенных патологий, полужившей поводом для оперативного вмешательства, в структуре группы наблюдения, являются кисты яичников. Их преимущественная локализация установлена в правом яичнике – 72 (55,4%), в левом яичнике – 43 (33,1%), двухсторонняя локализация кист выявлена в 15 случаях (11,5%).

Анализируя тактику ведения данных пациенток установлено, что объем операций в первой группе составил: резекция яичника (подгруппа «А») – 89 пациенток (68,5%), (подгруппа «В») энуклеация гетеротопного образования, не сопровождающаяся удалением ткани яичника (кистэктомия) - 23 пациентки (17,7%), односторонняя овариоэктомию («С») – 18 (13,8%).

У пациенток группы «А» исходами гестации стали: 51 (57,3%) случаев – угроза прерывания беременности, в 26 (29,2%) – состоявшийся самопроизвольный аборт, в 12 случаях (13,5%) – несостоявшийся выкидыш. В подгруппе «В»: угроза выкидыша в 15 (65,2%), полный самопроизвольный аборт - в 8 случаях (34,7%). У пациенток подгруппы «С»: угроза – 15 (83,3%) женщин, состоявшийся аборт – 3 (16,6%).

В сумме, по первой группе: угроза – 81 (62,3%), состоявшийся самопроизвольный аборт – 37 (28,5%), несостоявшийся аборт – 12 (9,2%).

Во второй группе угрозу прерывания беременности наблюдали в 43 (86%) случаев, полный самопроизвольный аборт в 4 (8%) случаях, а в 3 случаях (6%) исходом беременности стал несостоявшийся выкидыш.

С целью установления прогестероновой недостаточности определяли уровень прогестерона в сыворотке крови пациенток, средние значения которого в 1й группе составили: 56,1 нмоль/л - в подгруппе «А», 69,7 нмоль/л - в подгруппе «В», 52,2 нмоль/л - в подгруппе «С». В контрольной группе - 88,2 нмоль/л (нормальный диапазон: 59,1 – 177,1 нмоль/л).

У пациенток с угрозой самопроизвольного аборта, в сроке 5 – 16 недель, обусловленной абсолютной или относительной прогестероновой недостаточностью, как следствием наличия резекции яичника, установлено статистически достоверное снижение уровня прогестерона в сыворотке крови по сравнению с контрольной группой.

Выводы. В структуре исследуемой совокупности, прослеживается тесная корреляционная связь между оперативными вмешательствами на яичниках, прогестероновой недостаточностью и связанными с ней осложнениями гестации. Установлено, что частота невынашиваний в этом случае в 1,8 раз больше, чем в контрольной группе. Сравнивая частоту возникновения угрозы самопроизвольного выкидыша в сроке до 16 недель в группе наблюдения и группе контроля, установлена связь между угрозой самопроизвольного выкидыша и оперативным вмешательством на яичниках в анамнезе, на уровне значимости $p < 0,05$.

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ (РОСПОТРЕБНАДЗОР) В РОССИИ В НАЧАЛЕ XX-НАЧАЛЕ XXI в.

Бутырская И.Б.¹, Морозов А.И.²

¹доцент кафедры гигиены общей с экологией
Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ
²студент первого медицинского факультета Медицинской
академии им. С.И. Георгиевского КФУ

Введение. Санитарно-эпидемиологическая служба Российской Федерации прошла длительный путь существования. Санитарная служба претерпевала ряд перестроек, изменений, но как бы ни менялась ее структура, суть и основные направления деятельности оставались неизменными. Деятельность санитарных организаций способствовала значительному улучшению санитарного состояния населенных пунктов, снижению заболеваемости и укреплению здоровья населения. Работа санитарных органов направлена на снижение заболеваемости среди населения, борьбу с вновь возникшими инфекциями, проведение мероприятий по оздоровлению условий труда и быта населения. Главенствующая роль государственной санитарно-эпидемиологической службы заключается в борьбе за устранение вредных факторов внешней среды, в целенаправленной пропаганде гигиенических знаний среди населения, в гигиеническом воспитании детей. Государственная

санитарно-эпидемиологическая служба участвует в проведении лечебно-профилактических осмотров, организует работу по профилактике важнейших инфекционных и неинфекционных заболеваний. Весь период развития и становления санитарно-эпидемиологической службы в России можно разделить на следующие организационные этапы: 1. рубеж XIX века-XX века характеризовался отсутствием единства, раздробленностью медико-санитарного дела по многочисленным показателям; 2. с 1918-1921 гг. осуществлялось создание санитарно-эпидемиологических подразделений в органах управления здравоохранением; 3. период с 1922 по 1932 г. известен открытием санитарно-эпидемиологических учреждений; 4. С 1933 по 1951 г. в составе санитарно-эпидемиологической службы функционировала государственная санитарная инспекция, происходило усиление контрольных функций в области предупредительного санитарного надзора; 5. В период с 1952 по 1955 г. происходило сосредоточение всех функций государственного надзора и противозидемической деятельности в комплексном учреждении – санитарно-эпидемиологической станции, расширение и укрепление государственного санитарного надзора; 6. В 1956-1971 гг. отмечены реорганизацией системы управления сельским здравоохранением и изменением в организации санитарно-эпидемиологической службы; 7. с 1971-1985 гг. осуществлялось дальнейшее укрепление материально-технической базы санитарно-эпидемиологической службы, ее лабораторий, усиление государственных надзорных функций; 8. 1986-1996 гг. дали мощный стимул для совершенствования организационного построения санитарной службы в общей системе здравоохранения; 9. С 1996 по 2003 г. в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 14 октября 1996 г. № 1217, госсанэпидслужба вошла в состав системы Минздрава России, был создан департамент Госсанэпиднадзора Минздрава России с сохранением управления и финансирования санитарно-эпидемиологических учреждений на федеральном уровне.

Целью работы является изучение становления развития государственной санитарно-эпидемиологической службы в России в начале XX-начале XXI в. Охарактеризовать направленность работы санитарных органов, изучить тенденцию снижения заболеваемости среди населения, борьбу с вновь возникшими инфекциями, проведение мероприятий по оздоровлению условий труда и быта населения.

Результаты исследований. В результате проведенного исследования были изучены задачи, правовые основы и полномочия Федеральной службы по надзору в сфере защиты потребителей и благополучия человека. Выделены перспективные направления научной деятельности в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в области эпидемиологии, гигиены.

Выводы. Таким образом, важными вопросами деятельности Роспотребнадзора следует считать и дальнейшую разработку федеральных и региональных целевых программ обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, реализацию Национального плана действий по гигиене окружающей среды, совершенствование научно-методического, материально-технического, кадрового обеспечения; завершение разработки экономического механизма управления деятельностью санэпидслужбы, осуществление организованных мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, улучшение информированности населения, связи с общественными организациями по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия.

ЛИЧНОСТНЫЙ ПРОФИЛЬ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Прохоров Д. В., Малев А. Л., Костенич А. М., Костенич В. С.

Кафедра дерматовенерологии и косметологии, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», 295051, бульвар Ленина, 5/7, Симферополь, Россия.

Введение:

У пациентов с угревой болезнью проведен анализ личностных особенностей и оценка качества жизни с помощью опросника ММРІ и SF-36. В ходе исследования обнаружены значимые отличия личностных психологических показателей каждой группы пациентов с угревой болезнью. Наиболее высокие показатели личностных изменений обнаруживаются у пациентов с третьей стадией угревой болезни.

Целью исследования - изучить распространенность акне и личностные особенности при этом заболевании у студентов Медицинской академии.

Стандартизированный многофакторный метод *исследования* личности по опроснику ММРІ. Стандартизовать шкалы общего опросника оценки качества жизни SF-36 и рассчитать показатели шкал в зависимости от стадии угревой болезни респондентов.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Медицинской академии им. С.И.Георгиевского. В ходе исследования произведен осмотр, сбор анамнеза данных 50 студентов в возрасте 21-24 года. Клиническому анализу были подвергнуты результаты исследований 3-х групп пациентов: с 1 степенью угревой болезни - 29 человек (58%), 2 степенью - 12 человек (24%), 3 степенью - 4 человека (8%), с 4 степенью пациенты отсутствуют. В исследовании применялся психодиагностический, психометрический метод - оценки личностных психологических показателей с помощью опросника ММРІ в Т-баллах, опросник оценки качества жизни SF-36 и статистические непараметрические методы исследования для малых групп (дисперсионный графический анализ, U-тест Мана-Уитни, Критерий Колмогорова-Смирнова)

Результаты исследования. В ходе исследования обнаружены различные личностные психопатологические отклонения по всем шкалам в каждой группе пациентов с угревой болезнью, что ярко демонстрируется, представленными на рис.1, результатами дисперсионного графического анализа личностных психологических показателей.

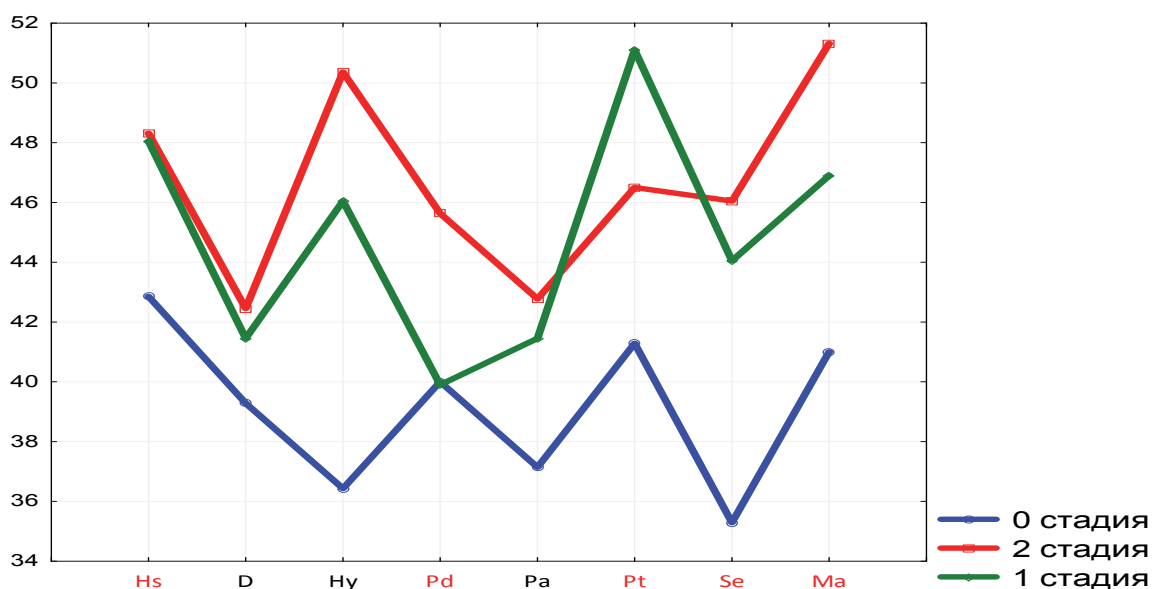


Рис.1. Усредненные личностные психологические показатели пациентов с угревой болезнью и контрольной группы (0 стадия).

Выводы:

1. Личностные изменения в разной степени присутствуют у каждого студента с угревой болезнью.

2. Наиболее выражены и значимо отличаются показатели ($p < 0.05$ и менее) по шкалам ипохондрии (Hs), истерии (Hy), шизофрении (Sc), гипомании (Ma), свидетельствует об мнительности, тревожности, склонности, к быстрой смене переживаний, неустойчивости к стрессу, при этом остальные показатели, кроме импульсивности и психопатии (Pd), в своих средних показателях при угревой болезни также выше, что свидетельствует о тенденции к возрастанию личностных психологических показателей при увеличении стадии угревой болезни усложняющие социальное функционирование, в том числе лечение и снижающие эффективность реабилитационных мер восстановительного периода, в связи с чем можно рекомендовать различные методы психокоррекции и психотерапии у пациентов с угревой болезнью.

Роль генетических факторов развития ожирения у детей

Горова А.Ю., Береговенко Д.А.¹, Гостищева Е.В.²

¹студенты Медицинской академии КФУ,

²доцент кафедры пропедевтики педиатрии Медицинской академии КФУ

nastyal99822@gmail.com

Введение. Ожирение является результатом избыточного накопления жира у детей. Этот избыток приводит к неблагоприятным последствиям для здоровья, таким как сердечно-сосудистые заболевания, патология опорно-двигательного аппарата, диабет типа 2 и т.п. Причиной ожирения является как алиментарный фактор, так и эндокринный, но, как показывает статистика наследуемости: от 40% до 70% случаев виновата именно генетическая восприимчивость. Технологические и аналитические достижения позволили выявить более 20 локусов чувствительности к ожирению. Они содержат гены, которые влияют на регуляцию потребления пищи посредством действия на центральную нервную систему, а также на функцию адипоцитов. Эти результаты обеспечивают правдоподобные

биологические пути, которые в будущем могут быть нацелены в рамках стратегий лечения или профилактики.

Целью работы является разработка анкет с последующим опросом детей и их родителей для выявления их ИМТ (индекс массы тела) и ИМТ их ближайших родственников. А также анализ научных работ, которые были опубликованы в таких журналах как Scopus, Pub Med и Psyc INFO.

Результаты исследований. В ходе работы проводилось анкетирование детей возрастом 7-17 лет с ожирением разной степени. Нами было проанкетировано 52 ребенка из разных семей. После обработки данных мы выяснили, что у 35 детей (67%) имеется близкий родственник с определенной степенью ожирения. При этом у 13 детей (25%) оба родителя страдают ожирением, у остальных 22 детей (42%) подобный диагноз только у одного из родителей. Данное исследование показало, что у многих детей имеющих некую степень ожирения, так же среди их семьи есть родственники, чаще всего родители, которые так же страдают ожирением. То есть ИМТ ребенка схож ближе всего с ИМТ биологического родителя, что подчеркивает роль генетических факторов среди семьи. Среди уже готовых 17 исследований, из которых 10 исследований были отечественные, а остальные 7 зарубежными, подходили требованиями под нашу тему, из общего количества работ 12 подтвердили роль генетики семьи на развития ожирения у потомства.

Выводы. Нынешняя эпидемия ожирения не имеет чисто генетической основы, хотя генетика играет большую роль в восприимчивости. Изменения в образе жизни за прошедшее столетие создали «обеспокоенную среду», в которой могут быть выявлены основные генетические факторы, способствующие риску для лечения и профилактики.

ТРУДНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОРТАНИ

Зверко Н.Л.¹ Аскарова В.Р.²

¹ студентка кафедры патологической анатомии БГМУ

² студентка кафедры патологической анатомии БГМУ

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

natalya.zverko@mail.ru

Введение. В настоящее время в структуре смертности злокачественные новообразования (ЗНО) занимают второе место. ЗНО характеризуются сложностями как паллиативного, так и радикального лечения, а также высокой смертностью. Проблема онкологических заболеваний стала проблемой мирового масштаба и актуальна среди учёных и клиницистов.

Опухоли головы и шеи требуют к себе особого внимания, так как в большинстве случаев являются достаточно агрессивными. По данным Всемирной организации здравоохранения вышеназванные опухоли находятся на 6 месте среди всех злокачественных новообразований. На долю рака гортани приходится около 80% злокачественных новообразований верхних дыхательных путей.

Цель исследования. Дать характеристику плоскоклеточного рака гортани (ПРГ) и установить его связь с предраковыми факультативными и облигатными процессами.

Задачи исследования: 1. Проанализировать в ретроспективном исследовании наличие облигатных предраковых процессов при установленном плоскоклеточном раке гортани; 2. Оценить морфологические заключения при многократном заборе материала до установленного морфологического диагноза «плоскоклеточный рак гортани».

Методика исследования. Проведено ретроспективное исследование результатов биопсий и операционного материала пациентов в отделении общей патологии УЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г.Минска за 2015-2017гг. Объектом исследования стали морфологические заключения с диагнозами: «Плоскоклеточный рак гортани»; «Плоскоклеточная папиллома с отеком стромы и хроническим воспалением»; «Неспецифическое продуктивное воспаление»; «Хронический гиперпластический ларингит»; «Кератоз покровного плоского эпителия и признаки дисплазии на фоне вирусного поражения». Проведена статистическая обработка данных.

Результаты исследования. Выборку составили пациенты, которым в данный промежуток времени был выставлен диагноз «Плоскоклеточный рак гортани» (n=20). Средний возраст исследуемых - 64,65 лет ($\sigma=9,29$). Соотношение мужчин и женщин 9:1 соответственно. В данной группе пациентов были выделены две подгруппы. К первой подгруппе отнесены пациенты с диагнозом «ПРГ», поставленным при первичном исследовании материала (n1=14, что составляет 70% группы). Ко второй подгруппе были отнесены пациенты, материал которых исследовался многократно, в том числе за несколько лет до вышеназванного диагноза (n2=6, 30%).

Во второй подгруппе была выявлена следующая структура заболеваний. «Обширный фибринозный детрит. В краях язвы плоский эпителий нормального строения» (за 8 месяцев до окончательной биопсии). В заключениях 33,3% биопсий из подгруппы «Хронический ларингит с плоскоклеточной метаплазией и гиперкератозом эпителия» (за 5,5 лет до окончательной биопсии). «Неспецифическое продуктивное воспаление. Признаков опухолевого роста не выявлено» за 1 месяц до окончательной биопсии, что, вероятно, связано с взятием материала из перифокальных зон опухоли. «Плоскоклеточная папиллома» и «Дисплазия на фоне вирусного поражения» в 33,3% случаев через 1 месяц установлен морфологический диагноз «ПРГ», что также может быть связано с погрешностями в заборе материала.

Выводы.

1. ПРГ обладает высокими показателями выявления как первично установленное заболевание, что требует более тщательного динамического наблюдения при наличии фоновых и облигатных предраковых процессов, таких как хроническое воспаление, метаплазия плоского эпителия, дисплазия на фоне вирусного поражения, лейкоплакия, плоскоклеточная папиллома.

2. Для верификации диагноза «плоскоклеточный рак гортани» необходим многократный и более прицельный забор материала, что подтверждают результаты данного исследования.

ПРИЗНАКИ ИШЕМИИ МИОКАРДА У МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Аскарова В.Р.¹, Зверко Н.Л.²

¹ студентка кафедры пропедевтики внутренних болезней БГМУ

² студентка кафедры пропедевтики внутренних болезней БГМУ

Научный руководитель: канд.мед.наук, доцент Переверзева Е. В.

askarova-v@mail.ru

Введение. Болезни системы кровообращения (БСК) традиционно занимают первое место в структуре смертности и инвалидности населения. Нельзя не отметить тенденцию к «омоложению» контингента пациентов. Лица призывного возраста, как категория подверженная влиянию таких вредных и неблагоприятных факторов, как табакокурение, злоупотребление алкоголем, стресс, гиподинамия, попадают в группу риска БСК.

Именно поэтому отбор молодых людей для прохождения службы в Вооруженных Силах любой страны должен строго выявлять лиц, пригодных к условиям нелегкого военного труда.

Цель исследования. Изучить распространенность признаков ишемии миокарда у молодых мужчин призывного возраста, прошедших обследование в условиях кардиологического отделения 11 ГКБ г. Минска.

Задачи исследования: 1. Отобрать истории болезни лиц призывного возраста, которым был выполнен ВЭП/Тредмил-тест за 2013-2014 годы; 2. Выявить признаки ишемии миокарда по данным ВЭП/ Тредмил-теста; 3. Изучить результаты сцинтиграфии миокарда у пациентов с признаками ишемии миокарда по данным нагрузочного теста.

Методика исследования. Проведен ретроспективный анализ истории болезни 103 молодых людей призывного возраста, обследовавшихся на базе 11 ГКБ г. Минска в 2012 - 2013 годах. Объектом исследования стали истории болезни молодых людей, которым в рамках протокола обследования выполнялась нагрузочная ступенчатая проба с записью ЭКГ. Оценивали показатели холтеровского мониторинга, эхокардиографии, велоэргометрической пробы и тредмил-теста. Полученные данные обработаны статистически с помощью компьютерной программы.

Результаты исследования. Ишемия миокарда выявлялась лишь при высоком уровне физической нагрузки, соответствующей ФК 1. Болевой синдром на фоне ишемии миокарда, индуцированной физической нагрузкой у обследуемых отсутствовал. Распространенность признаков ишемии миокарда, подтвержденная двойным исследованием (ВЭП + сцинтиграфия миокарда) составляет 5%.

Выводы. Молодой возраст обследуемых и отсутствие ангинозных жалоб при бытовых нагрузках не исключает наличие ишемии миокарда, выявляющейся при высоком уровне физической активности. Ранняя диагностика признаков ишемии миокарда обеспечивает возможность своевременной и эффективной профилактики, что приводит к снижению риска возникновения осложнений и исключению летальных исходов.

ИЗМЕНЕНИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ С МОДЕЛЬЮ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ.

Телюков Н.А.¹ Смирнова С.Н.² Жукова А.А.³

¹студент 1 медицинского факультета

Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

²Научный руководитель к.б.н. доцент кафедры Биологии медицинской

Медицинской Академии С.И. Георгиевского КФУ

³доцент кафедры Биологии медицинской Медицинской Академии С.И. Георгиевского КФУ

0446nik@gmail.com

Введение. Обмен веществ является одним из важнейших процессов для поддержания жизнедеятельности и гомеостаза организма. Метаболические расстройства при ожирении приводят к возникновению паталогий сердечно-сосудистой системы. Работа посвящена изучению изменений морфологического состояния миокарда у экспериментальных животных с моделью алиментарного ожирения.

Целью работы является изучение морфологического состояния миокарда у экспериментальных животных с моделью алиментарного ожирения по следующим показателям: размеры кардиомиоцитов (КМЦ), целостность клеток проводящей системы сердца, стромально-паренхиматозного отношения, количество и качество включений в клетках.

Методика исследований. Исследование проведено на 12 белых беспородных крысах-самцах массой 280-320 г. Все животные были в возрасте 8-12 месяцев, что соответствует активному половозрелому состоянию. В 1-й группе обследовали 6 интактных крыс, содержащихся на стандартной диете вивария (комбикорм + вода без ограничений). Во 2-й группе 6 крыс содержались на высококалорийной диете, для этого к комбикорму добавляли насыщенные жиры (20 г маргарина на 80 г комбикорма – 20%), вместо питьевой воды крысы получали 20% раствор фруктозы. Длительность эксперимента составила 3 месяца. Животных всех групп выводили из эксперимента путем декапитации. Сразу после этого сердце животного разрезали в поперечном направлении по венечной борозде, выделенную каудальную часть (желудочки) исследовали гистологическими методами. Для выявления липидов, кроме стандартных гистологических исследований, проводили окрашивание поперечных срезов желудочков сердца гистохимическим методом с использованием СуданаIII. Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью пакета программы ImageJ.

Результаты исследований. Результаты гистологического исследования тканей миокарда интактных животных подтвердили адекватность применяемых методик. Структурная организация сердечной мышцы соответствовала норме. При изучении размеров КМЦ наблюдалось среднее значение диаметра в 1-й серии 11,50 нм (группа интактных крыс), во 2-й серии 15,81 нм (группа экспериментальных крыс) после первого месяца эксперимента и 16,70 нм после третьего месяца эксперимента. Не наблюдались изменения в проводящей системе миокарда, влияющие на функцию КМЦ. Стромально-паренхиматозное отношение в 1-й серии паренхима составила 82,07 %, строма 17,93 %, во 2-й серии паренхима составила 65,67 %, строма 34,33 % после первого месяца эксперимента, и паренхима 62,20 %, строма 37,80 % после третьего месяца эксперимента, что способствует снижению сократительной способности КМЦ, связанной с деструктивно-дистрофическими перестройками. При окрасе Суданом III во 2-й серии в ткани миокарда наблюдалось пылевидное и мелкокапельное ожирение.

Выводы.

1. При экспериментальном алиментарном ожирении наблюдалось увеличение диаметра КМЦ на 15,76% по отношению к показателям интактных крыс после первого месяца эксперимента. При продолжении эксперимента во 2-й группе диаметр КМЦ увеличился на 2,75%.
2. В проводящей системе миокарда изменений не наблюдалось.
3. Стромально-паренхиматозное соотношение в миокарде у экспериментальных крыс на 40,54% превышало показатели интактных крыс. При продолжении эксперимента во 2-й группе стромально-паренхиматозное соотношение в миокарде увеличилось на 7,96%.
4. В ткани миокарда наблюдалось пылевидное и мелкокапельное ожирение.

ПРОБЛЕМА ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СИМФЕРОПОЛЬСКОГО РАЙОНА

Ягеева Э.Э.,¹ Гостищева Е.В.,²

¹ студент кафедры прпедевтики педиатрии

Медицинской академии КФУ

² завуч кафедры прпедевтики педиатрии, к. м. н., доцент

alzara1993@gmail.com

Введение. Проблема ожирения и избыточной массы тела у детей все чаще привлекает внимание общественности в связи с ростом данной патологии. В Российской Федерации ожирение диагностируется у 5,5% детей, проживающих в сельской местности, и 8,5% детей – в городской, являясь, как самостоятельным заболеванием, или, как осложнение других заболеваний.

Цель. Определить частоту встречаемости ожирения у детей, проживающих в Симферопольском районе с учетом пола и возраста.

Материалы исследования. Были проанализированы статистические данные (форма №12) о детях и подростках с ожирением, находящихся под наблюдением в ГБУЗ РК СЦРКБ в период 2015-2017года включительно. Проанализированы амбулаторные карты детей и подростков, состоящих на диспансерном учете эндокринолога с ожирением.

Результаты исследований.

Анализ документации показал, что наибольшее количество детей от 1 до 18лет состояло на учете в амбулаториях в 2017 году и составило 37,87% от общего процента детей с ожирением за прошедшие три года. В возрастной градации превалирует число детей 10-14 лет – 44,5%, реже всего детей с ожирением встречается в возрастной группе от 1 до 4лет – 4,6%. Подростки и дети 5-9 лет находятся на медиальной позиции, и имеют 22,5% и 27,7% соответственно. На учете у эндокринолога за исследуемый период отмечается увеличение числа детей и подростков от 0,12% (40 детей) в 2015 году выросло до 0,18% (61 ребенок) в 2017. Так же стоит отметить, что количество мальчиков, состоящих на учете, превалирует во все исследуемые года. В 2015 году 65% мальчиков наблюдались у эндокринолога с диагнозом ожирение, в 2016 году 62,06%, в 2017 году 68,8%. Количество девушек с диагнозом ожирение уменьшается после пубертатного периода. Так, в возрастной градации

10-14 лет состоит 30% девочек, и в 15-18 лет количество девушек снижается до 8,1%. Уменьшение количества девочек после 10-14 лет, наблюдаемых с диагнозом ожирение, связано с тем, что именно в этот период многие девочки задумываются о своей внешности и решают искоренить проблему веса. Таким образом, в подростковом периоде на долю женского пола приходится меньший процент, в сравнении с юношами (в 2017 году юношей 68,8%, в то время как девушек 31,14%).

Выводы. Средние показатели заболеваемости детей в Симферопольском районе имеют меньший процент в 2017 в сравнении с данными по Российской Федерации в сельской местности, и составляет 3,28%, (а именно 1107 из 33 700). Однако, за период наблюдения в 2017 году отмечается тенденция к росту, в сравнении с 2015 (2,8%) и 2016 (2,5%). На учете у эндокринолога количество мальчиков больше в сравнении с женским полом, наиболее выражены цифры в подростковом периоде. Опираясь на полученные данные, можно судить о низкой мотивации населения к ведению здорового образа жизни, и возможно, недостаточной информированности, касательно осложнений от ожирения и избыточной массы тела в будущем.

ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПРОХОДЯЩИХ СЛУЖБУ ПО КОНТРАКТУ

Кешвединова А.А.¹, Ященко С.Г.²

¹студентка кафедры гигиены общей с экологией Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

²кандидат медицинских наук, доцент кафедры гигиены общей с экологией Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ
aishe1998@mail.ru

Введение. Согласно статистическим данным Министерства обороны Российской Федерации количество призывников весной 2018 года на 10% меньше, чем весной 2017 года. Это связано с широким распространением мнения о неблагоприятных условиях и нежеланием молодых людей прохождения службы. В то же время в период с 2012 по 2017 год численность военнослужащих, проходящих службу по контракту, увеличилась со 162 до 384 тысяч, и к 2018 году составит 500 тысяч человек. Эти данные говорят о большей заинтересованности молодых людей именно к контрактной службе.

Цель. Изучить качество жизни и здоровья военнослужащих проходящих службу по контракту. Дать соответствующие рекомендации по улучшению качества жизни и здоровья с учетом специфики прохождения службы.

Материалы и методы. Используя краткий опросник, рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения для оценки качества жизни и здоровья, провели анкетирование 25 военнослужащих проходящих службу по контракту. Статистическую обработку полученных данных осуществили в программе MedStat.

Результаты исследования. Для удобства анализа результатов разделили показатели качества жизни на 2 категории: объективные (доступность транспорта, возможность получить необходимую информации, условия места проживания, денежное довольствие) и субъективные (удовлетворенность различными сферами жизни).

Среди военнослужащих контрактников мы получили следующие результаты: удовлетворенность своим здоровьем отмечают 46,7%, 50% отмечают полное отсутствие физических болей. Отсутствие необходимости получения медицинской помощи выказали 33,3%, такое же количество военнослужащих не удовлетворенно доступностью

медицинского обслуживания. Умеренной и в значительной степени здоровой окружающей среду считают 33,3% и 50% соответственно. Значительное присутствие энергии для повседневной жизни отметили 56,7% военнослужащих; 23,3% указали на абсолютную нехватку денежных средств для удовлетворения собственных потребностей, а также на отсутствие возможности для отдыха. Среди респондентов совершенно не удовлетворены сном 20%; 63,3 % отметили удовлетворительную способность к выполнению своих обязанностей, 53,3% удовлетворены своей трудоспособностью. Абсолютную неудовлетворенность личными взаимоотношениями выказали 13,3%. Условия в месте проживания как удовлетворительные оценивают 23,3% респондентов. Чувство отчаяния, тревоги и отсутствия настроения изредка испытывают 66,7%, а практически никогда - 13,3%.

Благодаря программе MedStat рассчитали удельный вес каждого вопроса по различным сферам жизни и определили достоверность отличий. В опроснике представлены следующие сферы: физическое и физиологическое здоровье, социальные взаимоотношения, окружающая среда, уровень независимости и общее качество жизни. Таким образом ответы по 1й ($p<0,05$), 2й ($p<0,01$) и 6й ($p<0,05$) вышеперечисленным сферам можно считать достоверными.

Вывод. Установили, что качество жизни военнослужащих проходящих службу по контракту является удовлетворительным, и в то же время полученные результаты позволяют рекомендовать стратегии улучшения качества жизни военнослужащих с учетом специфики прохождения службы путем включения исследований, направленных на выявление неблагоприятных социально-гигиенических факторов службы, оздоровления психологического климата в воинском коллективе, проведения комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий. Кроме этого необходимо регулярно проводить социологические и гигиенические исследования по выявлению неблагоприятных условий службы и быта для последующего их устранения.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РОБОТИЗИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

Сердцов Д.А.,¹ Олейник В.Е.¹

¹ студент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Научный руководитель: Можяев П.Н., ст. преп. кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии
dmitriyserdce@mail.ru

Введение. В современном мире происходит активное внедрение роботизированных технологий в различных сферах жизнедеятельности. Медицина не является исключением: в течение последних десятилетий роботизированные технологии являются одной из самых перспективных и многообещающих отраслей в медицине и, в особенности, в хирургии, где нашли применение так называемые роботы-ассистенты.

Цель и задачи. Выявить основные преимущества и недостатки в использовании роботизированной хирургии.

Материалы и методы. В работе был использован анализ актуальной медицинской литературы, опубликованной в течение последних десяти лет и доступной в наукометрической базе РИНЦ.

Результаты исследования. Первое использование роботизированных технологий в хирургии было отмечено в 1985 году, когда робот-ассистент PUMA-560 был использован для

проведения точечной биопсии головного мозга. С того времени технологии шагнули далеко вперед, и появились роботы-хирурги качественного нового уровня. Самый популярный среди всех – это Da Vinci, который активно используется во многих отраслях медицины, таких как урология, колопроктология, гинекология, кардиоторакальная хирургия и других. Современные модели Da Vinci также активно используются при тиреоидэктомии, для удаления доброкачественных и злокачественных опухолей полости рта, глотки, гортани, голосовых связок, трахеи, слюнных желез. Несмотря на название «робот-хирург», данное устройство не обладает полной автономией; речь идет о вспомогательном хирургическом устройстве, находящемся под контролем врача-хирурга. Робот-хирург состоит из двух отделов: консоль для хирурга и робот-манипулятор, состоящий из четырех рычагов – «рук», оснащенных мельчайшими хирургическими инструментами для минимально инвазивных вмешательств, и камерой. Врач, управляющий манипуляторами робота, обладает полным обзором на оперируемом участке, а инструменты робота способны достигать большей ловкости и точности, чем руки врача-хирурга. К преимуществам данной технологии можно отнести уменьшение риска инфицирования раны и риска заражения хирурга, меньшую потерю крови и быстрое восстановление пациента после операции вследствие малой инвазивности, а также лучший косметический эффект. В США в настоящее время более 80% операций в урологии и гинекологии производятся с применением робота. Классические операции в этой сфере часто осложняются обильными кровопотерями: нередко требуется восполнение 1-1,5 литров крови. Однако при проведении роботических операций теряется всего лишь 25-50 мл крови. Показано, что при роботических операциях по удалению опухоли предстательной железы 84% мужчин сохраняют потенцию и способность контролировать мочеиспускание. К отрицательным аспектам можно отнести лишь высокую стоимость данного устройства и, соответственно, высокую стоимость услуг, связанных с его применением.

Вывод. Роботхирургия является очень перспективным направлением в медицине; она обладает рядом преимуществ по сравнению с классической хирургией. Новые роботы, такие как Microsure и Versius, уже способны выполнять тонкие операции на мельчайших сосудах и на головном мозге. Учитывая высокую эффективность использования роботхирургии, можно с уверенностью сказать, что она станет неотъемлемой частью хирургии ближайшего будущего.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ГОСТЕЙ И ЖИТЕЛЕЙ КРЫМА О ВЛИЯНИИ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Шевандова А.А.¹, Григорьянц Ж.С.²

¹ студентка кафедры гигиены общей с экологией Медицинской академии КФУ

² студентка ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель: заведующий кафедрой гигиены общей с экологией, д.м.н.,
профессор Шибанов С.Э.

[Shevandova A A@mail.ru](mailto:Shevandova_A_A@mail.ru)

Введение. Ультрафиолетовое излучение(УФИ) - невидимый спектр электромагнитного излучения с длиной волны 290-400нм. Данное излучение является одним из составляющих солнечной радиации. Стоит сказать о том, что Земли, в результате качественных и количественных изменений в спектре, достигает лишь 1 % УФИ. Это происходит из-за того, что электромагнитное поле нашей планеты, а так же озоновый слой отклоняют большую часть коротковолновых лучей, что в свою очередь позволяет снизить риск развития заболеваний, вызываемых ультрафиолетом. Благодаря гелиобиологии нам стало известно о том, какое влияние оказывает УФИ на наш организм. Однако, нужно учитывать, что существуют 4 области

ультрафиолета: А, В, С, D; которые оказывают различные влияния, такие как: общестимулирующие и пигментообразующие, эритемное, бактерицидное, стимуляция синтеза витамина D и т.д. Так же существуют искусственные источники УФ: эритемные люминесцентные лампы (излучают область А,В), прямые и дуговые ртутно-кварцевые лампы (излучают области А,В,С), бактерицидные лампы из увиолевого стекла (область С).

Необходимо помнить о том, что УФ может оказывать и отрицательное влияние на организм, если он подвергается хронической или острой передозировке ультрафиолетом. Последствия такого пролонгированного влияния могут быть различны; при незначительном превышении допустимой дозы можно наблюдать уменьшение работоспособности, быструю утомляемость, обострение хронических заболеваний, в случае более длительного влияния увеличивается риск появления ожогов, преждевременного старения, развития меланомы, катаракты, макулярной дегенерации и т.д.

В настоящее время, проблема УФ стоит остро, так как в последние десятилетия влияние антропогенных факторов (фреоны) приводит к увеличению озоновых дыр, что служит причиной увеличения количества УФ, которое достигает поверхности Земли, а также географическое расположение нашего полуострова увеличивает риск проявления негативного влияния ультрафиолета на организм.

Цель. Выявить осведомленность населения проблеме УФ, а также на основе полученных данных разработка рекомендации по защите от ультрафиолета.

Задачи.

1. Провести опрос населения;
2. Анализ полученных данных;
3. Разработка брошюры;

Материалы и методы. Анонимное анкетирование 144 человек (45 мужчин и 99 женщин). Средний возраст опрошенных составил 25 лет. 17 опрошенных являлись жителями других регионов России и, соответственно, 127 крымчан. 72 человека являются студентами, 40-имеют высшее образование, 29 среднее специальное, а также среди анкетированных было 3 школьника.

Результаты исследований. Согласно полученным данным, 16,6 % (24 человека) не имеют понятия о том, что такое УФ. Большинство опрошенных имели представление о том, в чем заключается положительное и отрицательное влияние УФ, однако 29,2% (42 анкетированных) не знали о полезном, а 13,9% (20 чел.) о негативном влиянии данного излучения. 36,1% (52 чел.) знают, что УФ оказывает неблагоприятное влияние на зрение, а 18,7 % (27 чел.) привели примеры некоторых заболеваний. Подавляющее большинство анкетированных 55,5% (80 чел.) разбираются в том, что такое меланома, однако 9,7% (14 чел.) имеют ошибочное представление о данном заболевании и считают, что это родимое пятно, либо родинка. Превалирующая часть опрошенных не следят за состоянием невусов 54,2%(78 чел.) и лишь 13,9% (20 чел.) посещают дерматолога.

Несмотря на то, что большинство опрошенных жители полуострова не все знают о том, почему риск развития заболеваний, опосредованных УФ у крымчан выше – 44,4% (64чел.), а также 25% (36 чел.) не используют средства защиты от УФ, из них 33,3% (12 чел.) не знают никаких мер безопасности. 18,7% (27 чел.) опрошенных не подозревают какое количество времени можно проводить под открытым солнцем.

Вывод. Данное выборочное исследование показало, что далеко не все жители и гости Крыма грамотны в отношении данной проблемы, в дальнейшем это может повлечь за собой усугубление определенных хронических заболеваний, а также появление новых, в число которых входят и онкологические недуги.

Вследствие чего, считаем необходимым прилагать больше усилий в области информирования граждан о желательном и отрицательном действии УФ на организм. Для того рода осведомления предлагаем распространения брошюры, в которой будет собрана вся основная информация, которой должен владеть индивидуум для того, что обезопасить свое здоровье и использовать только положительное влияние ультрафиолета на организм.

КОСМЕТИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ

Глизнуца В.А.¹, Хуторская Я.А.¹

¹студентки кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии
Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Научный руководитель: ст.преп.кафедры топографической анатомии и оперативной
хирургии Кульбаба П.В.
Viktoria.gliznutsa@gmail.com

Введение: Согласно статистике, до 40% женщин недовольны своей грудью. По различным причинам, грудь может потерять свою природную красоту. К этому может привести: резкое снижение веса, беременность, кормление грудью, а так же маммоэктомия вследствие различных заболеваний. К сожалению, коррекция груди без эндопротезирования является практически невозможной. Вследствие этого самые смелые из женщин прибегают к этой процедуре, но многие из них не учитывают, что в погоне за красотой можно подвергнуть риску не только свое здоровье, но и жизнь. Сейчас проблема осложнений после пластических операций очень актуальна.

За последние несколько месяцев в СМИ появилось очень много информации о неудачных пластических операциях. Нас, как будущих специалистов, заинтересовала данная проблематика и мы решили провести анализ данных, и узнать, в следствии каких причин возникают те или иные осложнения.

Цель: Определить, с какими осложнениями могут столкнутся пациентки после маммопластики, выявить причины их возникновения.

Материалы и методы: Анализ архивных статистических данных по больницам г. Симферополя и г. Севастополя с помощью метода компьютерной статистической обработки. Изучена специальная литература по данному вопросу, входящая в наукометрическую базу РИНЦ.

Результаты: Нами был проведен анализ больничных данных за 2016-2017 г.г. Всего проанализировали 40 медицинских карт. Средний возраст пациенток 32.4 года (минимальный возраст 25 лет, максимальный 47). Большинство из них 87.5 % пациенток (35 женщин) делали эту операцию впервые. Среди них послеоперационные осложнения возникали в 22.9% случаев (9 пациенток). Этиология этих осложнений была различна. Были выявлены следующие осложнения: отек груди (сохранявшийся более двух недель), контурирование импланта, мастоптоз.

В большинстве случаев появления тех или иных осложнения было связано с несоблюдением пациентками рекомендаций врача.

Отек груди наблюдался в 66.6% случаев (6 пациенток) и был связан с пренебрежением послеоперационной реабилитацией: 4 пациентки отказались от компрессионного белья, у 2-х пациенток из-за физических нагрузок. 22.2% пациенток (2 человека) столкнулись с проблемой контурирования импланта вследствие недостаточности подкожной клетчатки для его прикрытия (у худощавых пациенток). В 11.2% случаев (у 1 пациентки) наблюдался мастоптоз, так как у данной пациентки еще до операции были первичные признаки обвисания груди.

Всем пациенткам, которые столкнулись с теми или иными осложнениями была оказана корректирующая терапия и квалифицированная медицинская помощь.

Вывод: В ходе маммопластики с эндопротезированием некоторые пациентки сталкиваются с осложнениями различного генеза. Нами было выявлено, что осложнения чаще встречаются у тех пациенток, которые впервые прибегли к данной процедуре. Однако при своевременной помощи специалистов данные осложнения корректируются и пациентки остаются довольны результатом, что является основной целью клиник пластической хирургии.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Макарова Л. А.

студентка кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и медицинской психологии Медицинской академии имени С. И. Георгиевского

Научный руководитель: Примышева Елена Николаевна к.м.н., ассистент.

lom96@ukr.net

Введение. Суицидальное поведение, по данным ВОЗ, является глобальным феноменом и приводит к 800000 смертей ежегодно. Суицидальных попыток предпринимается, в среднем, в 20 раз больше. Суициды занимают первое место среди причин смерти подростков. И если суициды взрослых в России достоверно снижались за 2013-2016 г.г. с 19, 5 на 100000 населения до 15,4 на 100000 населения, то подростковые суициды нарастали «как эпидемия». В Крыму в 2015 г., по сведениям детского омбудсмена Ирины Ключевой, детские суициды сократились вдвое, однако суициды подростков, по материалам крымской прессы, учащаются. Кроме того, в мировой статистике отмечаются «всплески» в отдельные годы, например, в 2014 г. в Москве был, по данным портала Правмир.ру «чудовищный рост в три раза» числа детских самоубийств.

Целью работы является выяснение тенденций суицидального поведения крымских подростков и актуальности проблематики в целом.

Методика исследования включила интернет-обзор открытых источников информации по данной проблематике, в том числе информацию полиции, судебных посмертных психолого-психиатрических экспертиз.

Результаты исследований. Установлены негативные тенденции подростковой суицидальности в Крыму. В частности, по данным Главного следственного управления Следственного комитета по Республике Крым, в 2015 году покончили с собой 7 юных крымчан, и было 19 фактов суицидальных попыток. А в 2016 году отмечался рост случаев, соответственно, 8 суицидов и 42 факта суицидальных попыток крымских подростков. По сведениям World Health Statistics, Крым, как и Россия, относятся на протяжении последних десятилетий к регионам с наивысшим уровнем подростковых суицидов.

Выводы. Актуальность подростковой суицидальности в Крыму требует незамедлительного всестороннего изучения и разработки эффективных психосоциальных и реабилитационных мероприятий по превенции подростковых суицидов.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Abdullaeva V.D., 32
Abdurakhmanova A.A., 28

М

Matveev, O.B., 28

О

Okoroanyanwu M.N., 219

С

Shaymardanova L.R., 32

Т

Trunkwala F., 219

У

Vasilyeva V.V., 28

А

Абдураманова Э. Р., 248
Абдураманова Э.Р., 34
Абдураманова Э.Р., 242
Абединова А.Л., 158, 209
Абхаирова Ф.Ф., 67
Аблямитов Э.М., 225
Аблятипова Э.А., 152
Абхаирова Э.Э., 202
Авакян К.А., 83
Аджисалиев Г. Р., 218, 252
Аджисалиев Г.Р., 210, 253, 257
Алексеева Е.С., 166
Алиев Л.Л., 33
Алиев М.А., 123
Аметова С. Н., 246
Андрианова И.И., 192
Андрусёва И.В., 83, 85
Анфиногенова Е.А., 129
Аскарлова В.Р., 264, 266

Б

Бакурадзе В.И., 169
Бекетов А.А., 33
Белозерова Л.А., 168
Беляев А.И., 115
Беляева С.Н., 81
Береговенко Д.А., 210, 263
Бессалова Е.Ю., 235
Биляк А.В., 134, 143
Блинова Е.В., 206
Бобкова С.А., 58, 128
Бобрик Ю.В., 30, 65, 81, 83, 85, 87, 89
Бобрышева А.В., 8, 9, 38
Болдырева В.Э., 30
Большакова О.В., 235
Борисенко А.В., 191
Бочко А.Д., 120
Бояринцева Ю.А., 48
Бровченко-Яропуд М.Б., 132
Бровченко-Яропуд М.Б., 215
Бубнова М.А., 95
Бутырская И.Б., 260
Бутырский А.Г., 13

В

Васильева В.В., 78, 120
Васильченко П.А., 165
Вдовина О.О., 183
Вербенко П.С., 132
Верзилина Г.А., 205
Влахов А.К., 13
Воеводкина А.Ю., 150
Волоцкая Н.И., 258
Волошин Д.В., 177
Воробьева А.В., 166
Вяльцева Ю.В., 8, 9, 38

Г

Гавриченко Ю.Ю., 100
Ганиева Г.Ю., 119

Гаффарова А.С., 126, 141, 153, 155
Герашенко А.В., 108, 110
Гизатуллина Г.Р., 250
Глизнуца В.А., 273
Глушак Д.Н., 178
Голубева Ю.Д., 191
Голубинская Е.П., 47, 108
Голубинская Е.П., 110, 200
Голубова Т.Н., 91
Гончаров Г.С., 237
Горобец И.В., 128
Горобец О.В., 104
Горобец С.М., 4, 119, 121
Горова А.Ю., 263
Гостищева Е.В., 147, 263, 268
Гранько Е.А., 220
Гривенко С.Г., 93
Григорьянц Ж.С., 271
Гринческу А.Е., 13
Гришко Т.В., 199

Д

Данько А.В., 120
Девятова Н.В., 36, 69
Дегтярева Л.А., 26, 53, 55, 56
Демина Е.Г., 195
Демчик О.А., 129
Демьяненко С.А., 49
Джаппарова А. Н., 246
Дзюба В.Г., 232
Дигалова Г.А., 119
Доля Е.М., 141
Дубинина А.В., 137
Дубровина – Парус Т.А., 26
Дубровина-Парус Т.А., 55
Дубровина-Парус Т.А., 53
Дурягина Л.Х., 26, 53, 55, 56

Е

Евстафьева Е.В., 61, 161
 Евтеева Е.А., 172
 Егорова Е.А., 10
 Ермола Ю.А., 47
 Ефетов К.А., 42, 43

Ж

Жорник В.В., 71, 185
 Жукова А.А., 267
 Жукова А.В., 202
 Жукова Н.В., 21, 22, 24

З

Зайтова Р.Ю., 134
 Залата О.А., 61, 161
 Замура О.А., 192
 Зверева Е.Е., 123
 Зверко Н.Л., 264, 266
 Зеленая К.В., 175
 Зинченко А. А., 241
 Зинченко А.А., 193
 Зубаровская М.И., 231, 233

И

Иванченко А.А., 166, 168
 Измаилов Э.Ф., 132
 Ильченко Ф.Н., 93
 Ислямова Э.Ю., 222
 Исмиев Д.А., 213, 253
 Ицкова Е.А., 19, 21, 22, 23, 24

К

Кадырова З.Ф., 72
 Казанцева О.А., 116
 Каладзе Н.Н., 5, 128
 Каламыщев В.П., 68
 Кальфа М.А., 63
 Каминская Е.И., 92
 Каната С.Р., 158, 209
 Кариофиллидис Е. А., 195
 Карманова Д.А., 196
 Катеруша С.А., 170
 Кацев А.М., 34, 60, 242, 248
 Кашка Л.Р., 202
 Кешвединова А.А., 269

Килесса В.В., 22
 Ким Е.А., 229
 Климчук А.В., 169
 Колесник В.И., 15
 Колесник В.М., 67
 Колесник К.А., 104
 Колесникова И.О., 106
 Кольцова И.В., 242
 Коняева Е.И., 10
 Корниенко Н.В., 205, 206
 Коробова П.Г., 174
 Костенич А. М., 262
 Костенич В. С., 262
 Костенич В.С., 75
 Косторнова Е.В., 254
 Костюкова Е.А., 19, 22, 23
 Кот Т.О., 96
 Котолупова О.В., 97, 117
 Кошукова Г.Н., 212
 Крамарь Т.В., 110, 200
 Кривенцов М.А., 36, 63, 69
 Кривоносова М.Ю., 207, 226
 Кривошарко О.Р., 208
 Крюгер Е.А., 8, 9, 38
 Крючков В.Ю., 98
 Крючков Д.Ю., 98
 Крючкова О.Н., 19, 21, 23, 24
 Куаикое Натаниэль, 170
 Кубышкин А.В., 33
 Кулик Н.М., 29, 89
 Кульбаба П. В., 252
 Кульбаба П.В., 181, 182
 Куница В.Н., 36
 Кучеренко Е.Е., 43
 Кучеренко Т.В., 22, 96, 97

Л

Лазарева З.С., 42
 Латышев О.С., 106
 Лиу Чжиюань, 40
 Лукьянова М.Е., 71, 185, 187, 231
 Лутай Ю.А., 19, 21, 23, 24
 Ляшенко Е.Н., 152

М

Макарова Л.А., 6, 274

Малев А.Л., 262
 Малыгина В.Ю., 232
 Маркелова Е.Ю., 225
 Матвеев А.В., 10
 Матвеев О.Б., 44
 Матвеева Н.В., 44, 81
 Матлакова А.А., 125
 Маханта А., 93
 Махамова З.Р., 91
 Медведева А.Д., 121
 Мельникова В.М., 224
 Минина Е.Н., 87
 Михайлова Т.В., 194
 Михальчук М.С¹, 210
 Мневек Р.А., 136
 Можаяев П.Н., 175, 191
 Мороз Г.А., 29, 44, 81
 Морозкина Е. В., 248
 Морозкина Е.В., 34, 242
 Морозов А.И., 181
 Морозов А.И., 115, 182, 224, 260
 Морозов А.Л., 113
 Морозова М.Н., 113
 Моцарь В.В., 47
 Мукомол Д.С., 248
 Мурейко Е.А., 130, 140

Н

Наринян Е.В., 75
 Наумова Н.В., 34

О

Олейник В.Е., 216, 270
 Османова Э.И., 222
 Османова Э.Э., 206
 Остапова В. С., 232
 Остапова В.С., 163, 235

П

Памфамиров Ю.К., 172, 174
 Певзнер Д.А., 220
 Петренко В.И., 205, 206
 Петров А.А., 247, 255
 Петров А.В., 126, 231
 Петрова К.И., 235
 Петросян Т.Р., 190, 216
 Пинчук Е.И., 189
 Пирогова М.Е., 81

Поканевич Н.С., 79
Пономарев В.А., 72
Пономарев В.А., 68, 71,
74, 75, 78, 79
Порошина В.М., 134, 143
Потыльчак Е.В., 179
Прийма Н.В., 55, 57, 229
Примышева Е.Н., 6
Прохоров Д. В., 262

Р

Равшанбеков Т.Р., 197
Райда А.И., 40
Расулов Н.А., 105
Репинская И.Н., 141
Родько Е.Д., 79
Романенко И.Г., 51, 92,
125
Романенко И.Г., 65
Романова Е.В., 113
Руденко Д.А., 179
Румянцева З.С., 258
Русанова М.Б., 38
Рустамов Т.Б., 194
Рымаренко Н.В., 8, 9, 38
Рябошенко Д.В., 147

С

Савинов И.С., 105
Салимова З.Ш., 152
Самудинова С.Т., 129
Сапунцова А.Ю., 172
Седых В.П., 26, 53, 55, 56
Сеитвелиева А.С., 74
Сердцов Д.А., 190, 270
Серечкова О.В., 248
Сизова О.А., 37
Силаева Н.В., 257
Скребцов А.В., 176
Слюсаренко А.А., 61, 156
Смирнова С.Н., 267
Смульская А.Э¹, 121
Сорокина Л.Е., 48
Сосновских Я. И., 252
Стеблинов Д.А., 218

Стеблинова А.Р., 218
Стукал А.М., 75
Сулима А.Н., 106
Суфиянова К.Р., 169
Сухарева Г.Э., 153
Сухарева И.А., 41, 116,
117
Сытник А.А., 67

Т

Тарасова Е.С., 147
Тейфукова Э.Н., 78, 212,
233
Телюков Н.А., 267
Тимофеев И.Ю., 65
Тимошенко А. Н., 252
Ткач А.В., 227
Ткач В.В., 89, 240
Толь К.В., 215
Тофан Ю.В., 49
Третьякова О.С., 155
Трофимова Е.П., 144
Турна Э.Ю., 19, 21, 23, 24
Тымченко С.Л., 161

У

Ульянова Е.А., 45, 156,
214
Уманец А.Н., 72
Урсина В.А., 163, 165
Усачева И.А., 242

Ф

Федосов Е.И., 139
Федосов Е.И., 240
Фильцова М.С., 12
Фомочкин И.И., 13

Х

Хаит Н., 87
Хайтович А.Б., 17, 130,
144, 150, 187
Халилов Э.Я., 8, 9, 38
Халилова А.Х., 85

Харченко В.З., 33
Хилько С.С., 13
Хорошева Е.К., 196
Хохрякова Т.И., 30
Хуторская Я.А., 273

Ц

Цолин В.А., 244

Ч

Чепурова Н.И., 51
Черняева Е.С., 196

Ш

Шавров Ю.В., 137
Шадуро Д.В., 126
Шаланин В.В., 47
Шарипов Э.Т., 60
Шарох А.А., 242
Шевандова А.А., 271
Шейко Е.А., 111
Шемшединова Э. Ш., 248
Шемшединова Э.Ш., 34,
242
Шомин А.В., 149

Э

Эбубекирова Л.Ш., 202,
238
Экиева М.М., 213
Эмирасанов А.Р., 189
Эннанова А.Ш., 205
Эргашева Ф.Б., 206

Ю

Юлдашева З.М., 45, 214

Я

Ягеева Э.Э., 268
Яковлева А.А., 192
Якубов Ю.К., 238
Ященко С.Г., 269