

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

СБОРНИК ТЕЗИСОВ УЧАСТНИКОВ

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

«ДНИ НАУКИ КФУ им. В.И. ВЕРНАДСКОГО»

г. Симферополь 2017 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»

III научно-практическая конференция профессорско-преподавательского состава, аспирантов, студентов и молодых ученых «**Дни науки КФУ им. В.И. Вернадского**» (Симферополь, 2017), сборник тезисов участников. Симферополь, 2017. Т.6. – 360 с.

В сборник включены доклады участников III 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, заимствований, собственных имен и других сведений несут авторы.



**МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ИМЕНИ С.И. ГЕОРГИЕВСКОГО**

СЕКЦИЯ «МЕДИЦИНА»

ОЦЕНКА БАЛАНСА КАЛИЯ ПО СОДЕРЖАНИЮ В ВОЛОСАХ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

¹*д.м.н., профессор, зав. кафедрой физиологии нормальной Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»;*

²*к.м.н., доцент кафедры физиологии нормальной Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»;*

³*к.б.н., доцент кафедры теории и методики физической культуры Таврической академии имени В.И. Вернадского, «КФУ имени В.И. Вернадского»*

Введение. Важность исследования баланса макро- и микроэлементов определяется высокой биологической активностью и физиологической значимостью многих из них, их сложными взаимоотношениями при физиологических и патологических состояниях. Подкомитет Организации Объединённых Наций по здравоохранению и медицинской технике рекомендует контролировать содержание в организме человека Na, K, Ca, Mg, Mn, Fe, Zn, Cu, Co, Se, Ni, поскольку выявляемые даже незначительные нарушения их метаболизма позволяют обеспечить своевременную донозологическую диагностику заболеваний и контролировать эффективность лечения (Фролова Т.В., Охупкина О.В., 2013). В клинике отклонения в содержании калия в основном оцениваются по его концентрациям в сыворотке крови. Другим, более доступным, неинвазивным биосубстратом, в котором можно определять содержание калия, являются волосы человека. Определение содержания биоэлементов в волосах обеспечивает скрининговую биомониторинговую оценку состояния баланса макро- и микроэлементов у населения, в том числе детей и подростков. Содержание биоэлементов в волосах зависит от многих факторов, включая физиологические изменения в организме человека, способность к абсорбции и экскреции, особенности питания, активность эндокринной системы, зависящий от пола метаболизм, состояние здоровья, воздействие окружающей среды. Считают, что повышенное содержание калия в волосах может означать его избыточное накопление в организме, а снижение может быть признаком психического или физического переутомления, ослабления адаптационно-приспособительных механизмов (Скальный 2004).

Целью настоящего исследования явилась оценка баланса калия по его содержанию в волосах у разных контингентов детей и подростков.

Методика исследований. Обследовали 265 детей и подростков разного возраста, уровня тренированности, состояния психического и физического развития, проживающих в г. Симферополе и городах Юго-Востока Украины. Контингент был представлен следующими категориями: практически здоровые дети 11-12 лет (n=48); практически здоровые подростки 13-15 лет (n=56); дети-пловцы 10-14 лет (n=15); дети с задержкой психического и физического развития 1-3 года (n=36); дети с расстройствами аутистического спектра 9-12 лет (n=20); подростки с задержкой психического развития 12-15 лет (n=30), дети и подростки из антропогенно загрязненных регионов юго-востока Украины 12-15 лет (n=60). 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 калия в волосах определяли методом рентген-флуоресцентной спектрофотометрии. Статистический анализ данных проводили при помощи программы Statistica 8.0. В связи с тем, что в разных группах характер распределения калия отличался (критерии Колмогорова-Смирнова и Лиллифорс), его содержание в волосах оценивали, как по значениям среднего и среднеквадратичного отклонения ($M \pm SD$), так и с помощью медианы (Me), учитывая интерквартильный размах ($p25$, $p75$).

Результаты исследований. Обнаружили отличия концентраций калия (мкг/г) в волосах у разных контингентов детей и подростков (табл. 1).

Таблица 1

Содержание калия в волосах различных групп детей и подростков

Группа	Возраст (годы)	N	% определения калия в волосах у детей в группе	$M \pm SD$	Me	p25	p75	Условная норма
1. Практически здоровые дети, г. Симферополь	11-12	48	100%	151,2±99,9	130,2	72,8	209,0	70,0-170,0 мкг/г
2. Практически здоровые подростки, г. Симферополь	13-15	56	64,3%	120,3±110,7	107,3	0	211,4	
3. Дети-пловцы, г. Симферополь	10-14	15	100%	305,1±248,6***	291,4	171,8	339,9	
4. Дети и подростки из промышленных городов Украины	12-15	60	26,6%	81,1±157,3 ^{ΔΔ}	0	0	145,4	
5. Дети с задержкой развития, г. Симферополь	1-3	36	94,4%	568,0±376,8***	497,8	324,7	755,2	
6. Дети с расстройствами аутистического спектра, г. Симферополь	9-12	20	100%	634,2±355,1***	581,9	393,9	834,5	
7. Подростки с задержкой психического развития лет	12-15	30	6,6%	○	○	○	○	

Примечание. *** – достоверные различия содержания калия ($p \leq 0,001$) групп 5, 6 с группами 1, 2, 4.

^{ΔΔ} – достоверные различия содержания калия ($p \leq 0,01$) группы 4 с группами 1, 2.

○ – содержание элемента ниже предела определения.

Содержание калия в волосах детей-пловцов, детей с задержкой в развитии и с расстройствами аутистического спектра было выше в 2 и более раз, чем у практически

здоровых крымских детей и подростков, проживающих в г. Симферополь и лучше, чем у детей и подростков из промышленных городов Юго-Востока Украины. При этом более выраженное увеличение калия наблюдали в группе с нарушениями развития, в то время как у пловцов оно было менее выраженным и более понятным в связи с интенсификацией обменных процессов при занятиях спортом и усиленным выведением элемента. По всей видимости о нарушении калиевого баланса как таковом более правомерно говорить в случае, когда имеют место нарушения психофизического статуса. В группе подростков с задержкой психического развития 12-15 лет (n=30) содержание калия было установлено только у 2-х обследуемых (340,84 мкг/г; 659,26 мкг/г, соответственно) и эти единичные концентрации практически вдвое превышали верхнюю границу нормы. У детей и подростков из городов юго-востока Украины содержание калия было достоверно ниже ($p \leq 0,01$), чем у крымских детей 11-12 лет, при этом среднее значение элемента находилось в пределах референтных значений, но приближалось к нижней границе условной нормы.

Выводы. Выявлены существенные различия в содержании калия в волосах разных категорий детей и подростков, которые характеризовались значительным превышением нормативных значений у детей, активно занимающихся спортом и, в особенности, с нарушениями психофизического развития. Содержание калия в волосах обычных детей и подростков находилось в пределах нормы, но было значимо выше у проживающих в промышленных городах Украины. Более низкое содержание калия наблюдалось у подростков в сравнении с детьми младшего возраста. По всей видимости, о нарушении калиевого баланса правомерно говорить в случае с нарушениями психофизического развития детей, в то время как занятия спортом являются фактором риска для его усиленного выведения, что следует учитывать с целью адекватного минерального обеспечения спортсменов. Экологическая ситуация в наименьшей степени способна влиять на баланс этого элемента в организме.

СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА КРЫС В УСЛОВИЯХ ГИСТОТОКСИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ

Заднипрный И.В.¹, Третьякова О.С.², Сатаева Т.П.³

¹д.м.н., проф., зав. каф. топографической анатомии Медицинской академии КФУ

²д.м.н., проф. зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения
Медицинской академии КФУ

³к.м.н., доцент кафедры медицинской биологии Медицинской КФУ

Введение. Одна из частых форм гипоксии — тканевая (гистотоксическая) гипоксия, которая развивается при неспособности клеток утилизировать кислород в результате поражения мембран клеток. Известно, что хлорид кобальта (CoCl_2) в токсических дозах способен более прочно связываться с гемом, чем железо и оказывать действие аналогичное гистотоксической гипоксии, что позволяет применять его для моделирования гипоксических состояний в эксперименте. Кардиотоксическое действие кобальта обусловлено его способностью приводить к развитию дилатационной кардиомиопатии, нарушению сократительной функции миокарда. Накапливаясь в миокарде, кобальт блокирует ферментную систему дегидрогеназ, приводя к нарушению декарбоксилирования и дегидрирования кетокислот. Нарушение этих процессов, являющихся основными поставщиками энергии для миокарда, способствует развитию нарушений метаболических процессов в сердечной мышце. К сожалению, несмотря на многообразие фармакологических препаратов, современный подход к терапии этих заболеваний проводится без учета этих особенностей, что значительно снижает эффективность лечения.

Важное значение в лечении и профилактике негативных последствий активации свободно-радикальных процессов при гистотоксической гипоксии отводится антистрессорной терапии, перспективным направлением которой представляется использование различных

природных и синтетических антиоксидантов. Несмотря на широкое применение антиоксидантов для защиты организма от повреждающего действия стресса, их влияние на антиоксидантно-прооксидантный статус организма в условиях гистотоксического стресса изучено недостаточно.

Цель и задачи исследований. Цель исследования — изучение влияния хлорида кобальта на миокард половозрелых самцов крыс.

Методика исследований. Экспериментальную группу составили 10 самцов крыс линии Wistar, возрастом 10-12 месяцев и массой $180 \pm 15,8$ г, которым на протяжении 7 дней внутрижелудочно вводили водный раствор CoCl_2 в среднетоксической дозе 60 мг/кг. Контрольную группу составили 6 интактных животных. Опыты выполняли в соответствии с общепринятыми правилами гуманного обращения с животными. После измерения массы сердца для гистологических исследований на световом и ультрамикроскопическом уровне брали фрагменты миокарда.

Результаты исследований. Выявлено, что даже кратковременное введение раствора хлорида кобальта обладает выраженным кардиотоксическим эффектом. Масса сердца подопытных крыс уменьшалась по сравнению с контрольной группой на $15,8 \pm 7,3\%$. По данным световой микроскопии у экспериментальных животных отмечались явления токсической кардиомиопатии, проявлявшиеся в виде отека и гидропической дистрофии кардиомиоцитов, которые сочетались с нарушениями гемодинамики микроциркуляторного русла.

Окрашивание по Массону выявило избыточное количество коллагеновых волокон в интерстиции, а также в периваскулярном пространстве что, по-видимому, дополнительно затрудняло транспорт субстратов и кислорода из кровеносного русла к рабочим клеткам в условиях гипоксии.

При проведении электронной микроскопии показательным маркером повреждения миокарда было нарушение целостности сарколеммы, набухание митохондрий, часть которых имела резко просветленный матрикс, а также частично или полностью лизированные кристы.

Для оценки изменений сократительного аппарата клетки миокарда, мы использовали антиантитела к десмину на основании того, что именно десмин является белком истинного цитоскелета, входит в структуру саркомера и вставочных дисков в качестве молекулы адгезии. В норме десмин экспрессируется в области вставочных дисков и Z-линий кардиомиоцитов, обеспечивая целостность клеток, процессы транспорта, механической и химической сигнализации в клетках миокарда. Оценка иммуногистохимической реакции на десмин позволила отметить, что гистотоксическая кардиомиопатия сопровождается гетерогенной экспрессией этого белка, то есть клетки миокарда содержат различное количество десмина. В местах интерстициального отека реакция на десмин была снижена, что означает резкое сокращение числа промежуточных филаментов цитоскелета и разрушение сократительного аппарата, что коррелировало с выраженной сниженной экспрессией основного сократительного белка – саркомерного актина. В большей степени были лизированы I-полосы, в которых располагаются тонкие (актиновые) филаменты. Кроме того, отмечалось неравномерное просветление саркоплазмы кардиомиоцитов претерпевающих волнообразную деформацию.

Выводы. Проведенное исследование показало, что во всех опытных группах развивались изменения в сердечной мышце, которые по морфофункциональным проявлениям можно было отнести к разновидностям токсической кардиомиопатии. Типичные изменения миокарда после введения хлорида кобальта проявлялись в следующих закономерностях:

- а) прогрессивное уменьшение доли неповрежденных кардиомиоцитов;
- б) резкое сокращение числа промежуточных филаментов цитоскелета и разрушение сократительного аппарата;
- в) нарастание стромальной пролиферации, затрагивающей мышечные волокна с ремоделированием миокарда.

РАСПОЛОЖЕНИЕ ПОДБОРОДОЧНЫХ ОТВЕРСТИЙ У ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Аджисалиев Г.Р.¹, Зайтова Р.Ю.², Дерий Э.К.³, Выдайко И.О.³, Аблитаров Т.Р.³

¹*Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии*

²*Кафедра хирургической стоматологии*

³*студенты 2 медицинского факультета*

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского КФУ им. В.И. Вернадского

Введение. Одним из морфологических критериев, имеющих важное клиническое значение, является асимметрия (симметрия).

Целью исследования явилось изучение асимметричности (симметричности) расположения подбородочных отверстий нижней челюсти у женщин с различными дефектами зубного ряда по Кеннеди с точки зрения анатомии идентичных объектов.

Материал и методы. Асимметричность (симметричность) расположения подбородочных отверстий изучалась на 15 компьютерных томограммах (КТ), выполненных на аппарате Planmeca ProMax® 3D, пациентов женского пола стоматологической клиники «АЛЭМ» (г. Симферополь). Возрастной период и дефект зубного ряда выступали как два параметра идентичности с точки зрения анатомии идентичных объектов. В работе использовалась триангулометрия нижней челюсти: определяли и сравнивали площади треугольников (справа и слева), образованные подбородочным отверстием, точкой на верхнем крае альвеолярного отростка нижней челюсти между двумя внутренними резцами (infradentale – id) и точкой на срединной линии нижней челюсти, восстановленной перпендикуляром от подбородочного отверстия соответствующей стороны. В соответствии с возрастной периодизацией постнатального периода онтогенеза человека (Москва, 1965), все пациентки были отнесены к 2 периоду среднего возраста. Дефект зубного ряда оценивался по Кеннеди (E. Kennedy, 1923).

Результаты и обсуждения. На КТ женщин с дефектом зубного ряда I класса выявлено, что средняя площадь треугольника справа равнялась $197,03 \pm 25,00 \text{ мм}^2$ ($p \leq 0,05$), а средняя площадь треугольника слева была равна $168,28 \pm 21,97 \text{ мм}^2$ ($p \leq 0,05$). Коэффициент вариации данного параметра показал более выраженную среднюю колеблемость на правой стороне. На КТ у женщин с дефектом зубного ряда III класса выявлено, что средняя площадь треугольника справа равнялась $178,32 \pm 29,29 \text{ мм}^2$ ($p \leq 0,05$), а средняя площадь треугольника слева была равна $170,91 \pm 46,70 \text{ мм}^2$ ($p \leq 0,05$). Коэффициент вариации данного параметра показал более выраженную среднюю колеблемость на левой стороне. Полная симметрия расположения подбородочного отверстия на КТ у женщин второго периода среднего возраста не наблюдалась.

Выводы. Таким образом, для подбородочного отверстия у лиц женского пола второго периода среднего возраста характерна значительная изменчивость расположения, причем у лиц с дефектом зубного ряда I класса справа она выражена больше, в то время как с дефектом зубного ряда III класса она выражена больше слева. При этом следует отметить необходимость дальнейшего исследования асимметрии (симметрии) расположения не только ПО с точки зрения анатомии идентичных объектов, но и нижней челюсти в целом.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Крадинова Е.А.¹, Крадинов А.И.²

¹профессор, д.м.н. кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии Медицинской академии имени С.Г. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского».

²профессор, д.м.н. заведующий кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии Медицинской академии имени С.Г. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского».

Введение. Ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез позволяет выявлять непальпируемые образования паренхимы и интерпретировать пальпируемые. УЗИ может использоваться как дополнительное исследование в оценке выявляемой патологии при маммографии, улучшая ее диагностические показатели. Кроме того, ультразвук часто используется как метод визуального контроля при выполнении диагностических и лечебных манипуляций.

Цель исследований. Проведение анализа ультразвуковых изменений и выделение критериев диагностики заболеваний молочной железы у женщин в разных возрастных группах.

Задачи Определить значение УЗ- исследования молочной железы и корреляционные параллели с маммографией.

Методика исследований. Исследование проводилось на аппарате Toshiba Nemio XG (7-12 МГц).

Результаты исследований. За период 2007-2017 гг. обследовано более 10000 женщин в возрасте от 20 до 83 лет. Приведены клиническая оценка и анализ собственных результатов УЗ- исследования молочной железы, корреляционные параллели с маммографией. При этом определено, что в возрасте от 20 до 35 лет преобладают 3-4 степени маммографической плотности молочной железы, маммографическое исследование малоинформативно, преимущественным методом исследования в данных возрастных группах является ультразвуковое исследование. В возрастных группах 35-50 лет соотношение жировой и железистой ткани варьирует и требуется как маммографическое, так и ультразвуковое исследование. В возрасте старше 50 лет преобладают 1-2 степени рентгеновской плотности паренхимы молочной железы и маммографическое исследование максимально информативно. Для практического использования представлен алгоритм назначения данных исследований по шкале BIRADS.

Выводы. Основной целью ультразвукового исследования является не столько установка морфологического диагноза (фиброаденома, киста, рак и т.д.), сколько определение тактики ведения, или менеджмента конкретной пациентки. Тактика может варьировать от динамического наблюдения с интервалом обследования 1 раз в год до выполнения трепан-биопсии для морфологической верификации патологического процесса, что имеет более важное значение, как для врача, так и для пациентки.

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИММЕТРИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Любчик В.Н.

доцент кафедры педиатрии, физиотерапии и курортологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И.Георгиевского ФГАОУВО «Крымский федеральный университет имени В.И.Вернадского»

Введение. Наряду с многими другими наиболее стабильные параметры организма, в том числе температура «ядра» тела, осмолярность крови и внеклеточной жидкости, концентрация ионов водорода интерстиция, концентрация внеклеточного кальция – подчиняются гармонической системе чисел и пропорциональных отношений, которые выражает пропорция «золотого сечения» и связанные с ней числа ряда Фибоначчи. Так, ион кальция (а также другие катионы) – первичное звено реакции, согласно модели ионного параметрического резонанса и механизма действия лечебных эффектов магнитотерапии; содержание кальция в лимфе составляет 2,0-3,1 моль/л (нижний уровень соответствует фундаментальному числу 2, верхний – имеет кратность с величиной 0,309). Анализ ответных показателей детского организма с точки зрения характеристики функциональной симметрии уточняет оценку ближайшей результативности санаторно-курортного восстановительного лечения.

Цель и задачи исследований: анализ некоторых клинико-функциональных и лабораторных данных 157 детей школьного возраста с хроническими заболеваниями органов дыхания (62 детей с хроническими заболеваниями ЛОР-органов и 95 детей с рецидивирующим бронхитом) в их соотношении с показателями функциональной симметрии до и после санаторно-курортного лечения.

Результаты исследований. В условиях санаторно-курортного этапа реабилитации нами проанализировано соответствие некоторых показателей обследованных детей характеристике функциональной симметрии. Любая лечебная коррекция должна быть направлена на возврат смещенных показателей к идеальным величинам соотношений – к золотой пропорции. У детей с заболеваниями ЛОР-органов после восстановительного лечения выросла частота гармонизации показателей: расчётного ударного объема крови с 14,5% до 42,0%, максимального потребления кислорода (МПК/кг) по данным велоэргометрии - с 13,5% до 38,5%, величины индекса напряжения (по данным кардиоинтервалографии) - с 17,0% до 30,0%, показателя лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по данным общего анализа крови - с 15,8% до 25,0%. В наименьшей степени под влиянием лечения изменялась частота гармонизации показателя спектрального анализа сердечного ритма LF/HF, характеризующего отношение коротковолнового и длинноволнового спектра колебаний: под влиянием основного компонента лечебного комплекса - гальваногрязелечения подчелюстной области - у детей с хроническим тонзиллитом частота соответствия указанного показателя характеристике функциональной симметрии увеличилась с 63,0% до 69,0%. У детей с рецидивирующим бронхитом под воздействием лечебного комплекса с проведением гальваногрязелечения межлопаточной области - частота соответствия у показателя жизненной ёмкости лёгких (ЖЕЛ/кг) характеристике функциональной симметрии увеличилась с 9,5% до 33,3%, показателя ЛИИ – с 15,4% до 30,7%. При этом у детей с указанными заболеваниями частота гармонизации ответных показателей организма была в 1,5-1,8 раз ниже при их дисгармоническом физическом развитии (по данным перцентильной оценки роста и массы тела) и при несоответствии весо-ростового коэффициента показателям функциональной симметрии.

Выводы. Санаторно-курортное лечение детей с хроническими заболеваниями органов дыхания способствует гармонизации основных показателей организма, изменение соответствия их значениям функциональной симметрии может быть использовано как один из критериев оценки ближайшей результативности санаторного лечебного этапа.

КОРРЕКЦИЯ ОСТЕОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ, ВЫЗВАННЫХ ПРИЁМОМ БИСФОСФОНАТОВ, С ПОМОЩЬЮ ХЕЛАТООБРАЗУЮЩИХ ВЕЩЕСТВ.

Мостовой С.О.¹, Пикалюк В.С.² Морозова М.Н.¹. Шульгин В.Ф.², Пешков М.В.⁴, Крылова Т.Л.¹
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Симферополь, Республика Крым

¹ Мостовой С.О. доцент к.мед.н. кафедры стоматологии и ортодонтии
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

² Пикалюк В.С. профессор д.мед.н. заведующий кафедрой нормальной анатомии человека,
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

¹ Морозова М.Н. профессор кафедры стоматологии и ортодонтии
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

Крылова Т.Л. доцент к.мед.н. кафедры стоматологии и ортодонтии
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

³ Шульгин В.Ф. профессор д.х.н., заведующий кафедрой общей и физической химии факультета
биологии и химии Таврической академии

⁴ Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Патологоанатомическое бюро»,
Таганрог. Пешков М.В. врач клинической лабораторной диагностики
патологоанатомического бюро Таганрога.

Актуальной проблемой современной хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и онкологии является лечение остеонекроза челюсти у пациентов, получающих терапию бисфосфонатами. До настоящего времени не выработана оптимальная тактика лечения пациентов с остеонекрозом челюсти, получающих терапию бисфосфонатами. Следовательно, поиск эффективных методов лечения и профилактики возникновения этого заболевания у данной категории пациентов является приоритетным в этой области медицины.

Цель исследования: коррекция остеосклеротических изменений в нижнечелюстных костях лабораторных белых крыс, предварительно подвергнутых воздействию высоких доз аминокислот бисфосфонатов (памидроновая кислота) с помощью хелатообразующих соединений (трилон Б).

Материалы и методы

Экспериментальные исследования проведены на 40 белых беспородных крысах-самцах с массой тела 150–200 граммов. Животные были разделены на две равные группы.

Первую, контрольную группу, разделенную на две серии (1, 2), составляли животные, которым на протяжении 1 и 3 месяцев проводилось внутрибрюшинное введение препарата аминокислот бисфосфонатной группы (памидроновая кислота) в дозе 63 мг/кг 1 раз в сутки. После периода воздействия памидроновой кислоты для создания равноценных условий опыта, на протяжении месяца животным обеих серий производилось внутрижелудочное введение 1 мл дистиллированной воды. Во вторую группу вошли животные, разделённые на две серии (3, 4), которым также на протяжении 1 и 3 месяцев проводилось внутрибрюшинное введение препарата аминокислот бисфосфонатной группы (памидроновая кислота) в дозе 63 мг/кг 1 раз в сутки. После этого животным обеих серий (3 и 4) внутрижелудочно разово ввели трилон Б в дозе 250 мг/кг.

Животных выводили из эксперимента под кетаминным наркозом из расчета 4,4 мг/кг на 30 и 90 сутки путем декапитации. Материалом для исследования служили скелетированные нижние челюсти крыс, фиксированные 10% нейтральном забуференном формалине, и декальцинированные в 14% водном растворе трилона Б. Парафиновые срезы толщиной 3 мкм получали на ротационном микротоме Leica RM2245 (Германия) лезвиями Surgipath DB80LX (США). Срезы окрашивали гематоксилином и эозином, по Романовскому–Гимзе и Массон–Голднеру, а также альциановым синим с рН 2.5 + шифф – иодной кислотой (ШИК). Морфометрическое исследование проводили на компьютерном морфометрическом комплексе Olympus. Определяли параметры, характеризующие собственно микроархитектонику трабекулярной кости с элементами node-strut анализа.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием методов параметрической статистики.

В результате проведенного сравнительного исследования лабораторных белых крыс контрольной группы (1 и 2 серий), подвергнутых воздействию памидроновой кислоты в дозе 63 мг/кг с группой сравнения (3 и 4 серии) и сразу после этого трилона Б в дозе 250 мг/кг, выявлены следующие изменения в течении остеогенных процессов. После первого месяца наблюдалась нормализация процессов ремоделирования в виде ячеистых структур, закрытых минерализующимся остеоидом и пластинчатой костью, отсутствием промежуточных состояний. Процессы перестройки осуществлялись с преимущественным влиянием сбалансированных клеточных механизмов, что подтверждается восстановлением активности остеокластической резорбции за счёт увеличения количества молодых форм остеоластов и процессов остеоцитарного остеолита; нивелированием гипоксических явлений: отсутствие отёка, увеличение количества и полнокровия сосудов с перицитарной инфильтрацией; нормализацией остеогенных процессов, обусловленных повышением активности остеобластов, а также обогащением фиброзной ткани макрофагами и фиброкластами, обуславливающими процессы инволюции миелофиброза. Подобные механизмы можно объяснить взаимодействием исследуемого вещества с кальцием плазмы крови, что приводит к улучшению реологических свойств, и активацией паратормона, возможно и с кальцием костной ткани, приводящим к локальному образованию фосфорной кислоты. Это подтверждается наличием тёмно-синей (базофильной) каймы расположенной по краю трабекул с примыкающими к ней светло-голубыми полосами, не содержащими в отдельных участках со стороны костномозговых полостей клеточных элементов. Эти качественные изменения следует рассматривать, как продукты последовательного растворения неорганической и органической составляющих костной ткани в результате клеточных и внеклеточных резорбционных процессов с преобладанием первых: растворение минерального компонента (базофильная кайма), оголенный коллагеновый матрикс (полосы светло голубого цвета) при окраске альциановый синий с рН 2.5 + ШИК. При применении трилона Б у животных после трёхмесячного воздействия памидроновой кислоты на фоне клеточных резорбционных процессов, участвующих в ремоделировании костного матрикса и инволюции миелофиброза, преобладали внеклеточные механизмы резорбции, обусловленные наличием обширных остеосклеротических и миелофибротических зон, обеднённых клеточным и сосудистым компонентом, что проявлялось в: - уменьшении размеров костных фрагментов, образовавшихся в участках интенсивного осаждения базофильного крапа; - отслаивании фрагментов в глубине костного матрикса, свидетельствующего об ослаблении молекулярных связей неорганического компонента кости в результате деминерализации. При окраске альциановым синим с рН 2.5 + ШИК минеральная основа таких фрагментов давала интенсивную тёмно-синюю кайму по краям, с переходом в полосы голубого цвета, примыкающие со стороны костномозговых пространств. Это свидетельствует об интенсивной последовательной резорбции минеральной и органической составляющей кости преимущественно внеклеточными механизмами.

Выводы использование трилона Б после 1 и 3 месяцев воздействия памидроновой кислоты приводит к нормализации процессов ремоделирования костной ткани и, в конечном итоге, к уменьшению избыточно образованного костного вещества и инволюции миелофибротических процессов в костномозговых пространствах. При коротких сроках воздействия памидроновой кислоты (1 месяц) резорбция костной ткани осуществлялась по смешанному механизму с преобладанием клеточного остеолита. При более длительном воздействии памидроновой кислоты (3 месяца) смешанная резорбция костной ткани осуществлялась с преобладанием неклеточных механизмов.

Работа выполнена при финансовой поддержке Министерства образования и науки Российской Федерации (базовая часть государственного задания в сфере научной деятельности, проект № 3874)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ ОХРАНОЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

В.И. Колесник

*Кафедра Государственного управления в сфере охраны здоровья Медицинской
академии им. С.И. Георгиевского*

Актуальность проблемы. Состояние общественного здоровья указывает на необходимость повышения эффективности реализации основных положений Конституции, законодательства по сохранению и укреплению здоровья населения, формирования здорового образа жизни и, таким образом, обеспечение устойчивого развития государства.

Научные концепции зарубежных и отечественных ученых по управлению развитием социально-экономических систем, методы исследования процессов, происходящих в них, а также практический опыт их применения и реализации в процессе разработки программ и проектов является надежным теоретико-методологическим основанием дальнейших исследований.

Вместе с тем количество и уровень исследований в области механизмов государственного управления охраной общественного здоровья, особенно на региональном уровне в современной отечественной литературе не соответствуют общественным потребностям. Теоретико-методологический анализ сущности, особенностей и перспектив регионального управления охраной общественного здоровья не был до сих пор предметом специального системного разветвленного научного исследования.

Цель данного исследования заключается в научном обосновании механизмов государственного управления охраной общественного здоровья на региональном уровне.

Изложение основного материала. Демократические преобразования, происходящие в современном обществе, сопровождаются сложными и противоречивыми процессами, трансформацией власти, экономических основ государства, социальной структуры, общественного устройства, что привело к возрастанию роли государственных институтов в регулировании общественных отношений. С середины 60-х годов XX века появились первые признаки демографического кризиса. Углубление кризиса в течение следующих сорока лет обусловлено рядом социально-экономических, экологических факторов и неэффективностью мер по сохранению состояния общественного здоровья. Это привело к тому, что сегодня в РФ средняя продолжительность жизни граждан на 10-12 лет ниже, чем в странах Европейского Союза, а смертность, особенно среди мужчин трудоспособного возраста является в 3-4 раза выше.

Эффективность государственной политики по охране общественного здоровья определяется несколькими базовыми критериями, такими как:

- состоянием общественного здоровья (в частности, средней ожидаемой продолжительности жизни);
- эффективностью механизмов финансовой защиты граждан на случай заболевания;
- экономической эффективностью деятельности отрасли; удовлетворением потребностей граждан в отношении услуг по здравоохранения и медицинского обеспечения.

Совершенствование механизмов государственного управления охраной общественного здоровья на региональном уровне, направленного на достижение указанных целей, приобретает особое значение в условиях общественных трансформаций и перестройки отрасли в связи с кризисным состоянием общественного здоровья, ростом расходов на медицинское обеспечение и необходимостью эффективного распределения ограниченных ресурсов. Этому также способствует развитие рыночных отношений государственного и местного бюджетов в области здравоохранения.

Перестройка системы здравоохранения должна иметь характер целенаправленного, управляемого и системного преобразования, для чего необходим подробный анализ ее деятельности, как объекта запланированных изменений. Эффективность государственного управления здравоохранением и ее перестройкой в значительной степени затруднена отсутствием четкого видения будущей модели, имеющей общественную поддержку, а также ограниченным финансированием. Для того, чтобы определить направления преобразований, следует сформулировать четкие черты желаемой будущей модели здравоохранения, понятной всем общественным группам, принять идею изменений, осознав смысл нужных трансформаций.

Содержание преобразований в области здравоохранения должен определять как направления государственного управления, так и деятельность других общественных институтов, вовлеченных в процесс преобразований. Но недостаточно видеть цель преобразований, нужно определить совокупность шагов для достижения цели и объективно оценивать возможности реальных экономических, социальных, политических и общественных процессов. Необходимо четко определить механизмы государственного управления, которые будут играть приоритетную роль в процессе преобразований. К такому целостному процессу реорганизации системы здравоохранения должны привлекаться все заинтересованные в преобразованиях общественные группы на основе модели общественного консенсуса. Также, успешное управление изменениями требует управленческой квалификации нового типа и возможно лишь при эффективной подготовке и переподготовке нового поколения руководителей органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений

Для осуществления как анализа, так и выбора стратегии государственной политики в отношении перестройки системы здравоохранения необходимо включить определенные механизмы государственного управления в процесс преобразований, приспособивая их к конкретным общественным потребностям и возможностям, в том числе в условиях ограниченных ресурсов. Действенность государственной политики по перестройке здравоохранения оценивается с помощью таких критериев, как эффективность, результативность и экономичность.

В связи с этим, главное внимание при оценке экономичности (попытке получить определенные результаты с наименьшими затратам ресурсов), эффективности (соотношении между затратами на проведение перестройки отрасли и достигнутыми результатами) и результативности (степени достижения провозглашенных целей) перестройки системы здравоохранения должна быть направлена не в ресурсы и структуры, а именно на последствия ее деятельности - продукты (медицинские услуги и т.д.) и результаты, которые она создает.

Итак, механизмы государственного управления - это практические меры, средства, рычаги, стимулы, с помощью которых органы государственной власти влияют на общество, производство, социальную систему с целью достижения поставленных целей.

Нами определены следующие основные механизмами государственного управления, оказывающие наибольшее влияние на деятельность отрасли здравоохранения в условиях ее перестройки в соответствии со специфическими потребностями и при ограниченных ресурсах:

- финансирование отрасли;
- организация системы здравоохранения на макро- и микроуровнях, размещение финансовых ресурсов;
- оплата производителей медицинских услуг;
- регулирование деятельности с целью оптимального сочетания государственного влияния и рыночных механизмов;
- социальный маркетинг;
- кадровое обеспечение.

Механизм финансирования здравоохранения, как механизм государственного управления включает в себя все процессы и структуры, которые мобилизуют денежные ресурсы, которыми оплачивается различные виды деятельности отрасли. К ним относятся общие и адресные налоги, страховые взносы и прямая оплата пациента, а также институты, которые собирают средства (страховые компании, фонды социального страхования и т.п.) и распределяют ресурсы по различным приоритетам по охране общественного здоровья и медицинской помощи, общей медицинской практики, медицинские работники разных форм собственности.

Оплата производителей медицинских услуг - это способы передачи собранных средств к поставщикам здравоохранения (лечебно-профилактические заведения, врачи общей медицинской практики, медицинские работники разных форм собственности и т.д.). Методы оплаты поставщиков медицинских услуг, в свою очередь, создают мощные стимулы, на которые реагируют медицинские работники и которые влияют на их поведение. Многие из этих платежей поступают в медицинские учреждения и работников через посредников, однако некоторые непосредственно от пациентов, и таким образом, прямая оплата медицинских услуг пациентами является частью данного механизма. Организационный механизм управления - это прямое или косвенное влияние на структуру, функции, внешнюю и внутреннюю взаимодействие поставщиков на рынках здравоохранения. Здесь мы выделяем макроструктуру, описывающую как система распределяет различные виды деятельности, и микроструктуру - внутреннюю организацию учреждений здравоохранения, которая определяет задачи и способы вознаграждения исполнителей.

Этот механизм включает меры, стимулирующие конкуренцию, децентрализацию и прямой контроль поставщиков, осуществляющих предоставление услуг через государственную систему здравоохранения, включает в себя все процессы и структуры, которые мобилизуют денежные ресурсы, которыми оплачивается различные виды деятельности отрасли.

Методы оплаты поставщиков медицинских услуг, в свою очередь, создают мощные стимулы, на которые реагируют медицинские работники и которые влияют на их поведение. Многие из этих платежей поступают в медицинские учреждения и работников через посредников, однако некоторые непосредственно от пациентов, и таким образом, прямая оплата медицинских услуг пациентами является частью данного механизма.

Выводы. На основании полученных результатов исследования сформулированы рекомендации относительно их практического использования.

На уровне местных органов исполнительной власти:

- изучать потребности территориальной общины по улучшению состояния общественного здоровья;
- распорядителям средств государственного и местного бюджетов определять наиболее эффективных поставщиков необходимых услуг по охране здоровья;
- способствовать автономизации учреждений здравоохранения;
- вводить договорные отношения между распорядителем средств и поставщиками услуг.

ULTRASTRUCTURE OF SOMATOTROPHS UNDER LEAD INTOXICATION

Bolshakova O.V.

*assistant of Histology and Embryology department,
Medical academy named after S.I. Georgievsky, CFU*

Introduction. Anthropological pollution of the environment, especially in industrial regions, leads to increased intake of xenobiotics into the human body, an essential role among which belongs to heavy metal compounds. Lead adversely affects the synthesis of protein, the energy balance of the cell and its genetic apparatus, causes destructive changes in the nervous, endocrine system, blood, vessels. Possessing cumulative properties, lead accelerates the development of various forms of pathological conditions and has a negative impact on the health of a number of generations.

The aim of the research was to study the dynamics of morphological changes in somatotrophs during lead intoxication.

Material and methods.

Chronic lead intoxication was modeled on several generations of BALB / c mice, in which the placenta structure and type are similar to those in humans. Studies were carried out on the second generation of male mice BALB / c. The material was collected after 90 days.

For the electron microscopy, the pituitary gland was fixed in a 2.5% solution of glutaraldehyde and in a 1% solution of OsO₄, then dehydrated in ethanol with increasing concentration, acetone and poured into the epon-araldite mixture according to the generally accepted procedure. Ultrathin sections were contrasted by Reynolds and viewed in electron microscopes PEM-125 K, Phillips. The area of the profile field of cells, nuclei, nucleoli, heterochromatin, mitochondria, granules, vacuoles was determined.

Results of the study. Chronic lead intoxication causes interrelated changes in endocrine cells, vascular bed structures and gland stroma. It was noted as a different degree of adenocyte damage, including among cells of one type, and the dependence of changes in endocrinocytes on the duration of postnatal lead intoxication.

The intake of lead within 90 days leads to sharp edematous changes in the stromal-vascular and parenchymal components, which are accompanied by dystrophic, necrotic changes. Vessels of the microcirculatory bed are dilated, stasis and erythrocyte sludge are revealed in them. Endotheliocytes undergo swelling, sharp swelling, in some areas protrude into the lumen of the capillary, narrowing it.

Among somatotrophs, marked polymorphism is noted in the degree of damage to their ultrastructure and the content of hormone granules. 18.2% of the cells are dark somatotrophs with irregularly shaped nuclei that have numerous and often deep invaginations. Large nucleoli mostly adhere to the karyolemma, their total area is $4.38 \pm 0.77\%$, which is 1.72 times less than in the control. The area occupied by heterochromatin tends to increase in comparison with age control. Extensions of the endoplasmic reticulum in places are very significant and take the form of sacciform elongate cavities separated by thin sections of the cytoplasm, which contain mitochondria, hormone-bearing granules, polyribosomes. Mitochondria are very large, irregularly polygonal-rounded, densely filled with lamellar cristae, and have a dark matrix. Small vacuoles are found in the cytoplasm. The hormone-containing granules are densely filled in the cytoplasm, and among them the total granules predominate, amounting to 92.56% of the total area of the granules.

About 27.4% of cells have more pronounced dystrophic changes. The mitochondria in them are of medium size, vary in shape, contain a large number of cristae and a dark matrix. The endoplasmic reticulum is well developed and contains moderately and greatly expanded cisterns. Part of the cytoplasm is vacuolated with the formation of vacuoles of medium size. Cells have a significant number of hormone-containing granules.

On the 90th day of intoxication, somatotrophs predominate (54.4%) with pronounced hydropic changes and balloon dystrophy, a sharp decrease in the number of hormone-containing granules. Their nuclei are enlightened, enlarged in size, rounded. The number of nucleoli and their magnitude

decreases. In a number of cells, the nucleus undergoes initial stages of pycnotic changes. The perinuclear space and individual dilated cisterns of the endoplasmic reticulum continue into the large vacuoles of the cytoplasm. The number of dictyosis of the Golgi complex is sharply reduced, as is the number of cisterns in them. The mitochondria undergo swelling, in 25.08% the destruction of crista and the bleaching of the matrix is observed. The area of mitochondria and hormone-containing granules is reduced by 2.46 and 1.52 times, respectively. The primary damage to membrane organelles is caused by the direct membrane-toxicity of lead compounds.

A smaller degree of lesion of somatotrophs in comparison with other types of adenocytes indicates a smaller participation of these cells in the development of the stress response, confirming the data of numerous studies on the morphological foundations of the development of the stress response in the body.

Conclusions:

1. Chronic lead intoxication causes dystrophic changes in adenocytes, structures of the vascular bed and stroma of the gland.

2. In the somatotrophs, the best safety of all ultrastructure was noted in comparison with other types of adenocytes. Dark somatotrophs have a much lower degree of damage to all organelles.

3. Among the somatotrophs, pronounced polymorphism is noted in the degree of damage to their ultrastructure: from somatotrophs with the most conserved organelles to cells with pronounced hydropic changes and the phenomena of balloon dystrophy.

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Бабак М.Л., Каладзе Н.Н.

Медицинская академия имени С.И.Георгиевского

Целью работы явилось изучить влияние санаторно-курортного лечения (СКЛ) на иммуно-гормональный статус пациентов с БА. Под наблюдением находилось 153 больных ребенка. Средний возраст пациентов составил $12,34 \pm 1,56$ лет.

В ходе исследования установлено, что у детей с БА имелись выраженные изменения в иммунном статусе. Со стороны клеточного звена иммунитета отмечено снижение относительных величин субпопуляций лимфоцитов – CD3+ на 8,5% ($p < 0,05$), CD8+ - на 12,25% ($p < 0,001$), CD16+ - на 21,3% ($p < 0,05$) и увеличение относительного содержания В-лимфоцитов (CD22+) на 11,7% ($p < 0,05$). ИРИ у пациентов с БА составил $1,59 \pm 0,04$, что свидетельствовало о преобладании хелперно-индукторной субпопуляции Т-лимфоцитов (CD4+). Нами зафиксировано недостоверное снижение уровня сывороточного IgA на 22,8% и значительное увеличение (более чем в 14 раз; $p < 0,001$) среднего значения IgE. Отмечено достоверное ($p < 0,05$) повышение относительного количества CD25+ на 23,1% и CD95+ - на 50% ($p < 0,001$). В ходе исследования установлено значительное повышение (в 2 раза, $p < 0,001$) в сыворотке крови уровня кортизола на фоне достоверного ($p < 0,05$) снижения величины АКТГ (в 1,7 раза). В период ремиссии БА среднее значение β -эндорфина находилось в пределах нормальных значений.

Корреляционный анализ показал, что количество CD3+ лимфоцитов зависит в основном от количества CD8+ клеток ($r = 0,85$) и меньше от количества

CD4+ ($r=0,51$). Прямая корреляционная связь между CD4+ и ИРИ составила $r=0,44$, тогда как между ИРИ и CD8+ регистрировалась обратная связь $r=-0,86$, что являлось свидетельством более выраженного снижения CD8+ лимфоцитов при наличии БА, чем повышение пула CD4+ клеток. Обратная сильная связь ($r=-0,85$) зафиксирована между показателями CD8+ и CD22+. Уровень IgE был прямо пропорционален количеству В-лимфоцитов. Величина последних была пропорциональна количеству CD95+ клеток ($r=0,79$), что связано со снижением супрессорной активности CD8+ лимфоцитов. CD95+ находился в обратной связи с естественными киллерами ($r = - 0,55$), что свидетельствовало о недостаточном количестве этих клеток у детей с БА. Отсутствие корреляционной связи между кортизолом и АКТГ, а также β -эндорфином и АКТГ свидетельствовало о сохраняющемся в период ремиссии нарушении взаимодействия между гипофизом и корой надпочечников и о десинхронозе адаптационных реакций при БА.

По окончании стандартного курса СКЛ пациентов с БА отмечено повышение относительного количества CD3+ лимфоцитов на 1,57%. Незначительно ($p>0,05$), но возросла величина относительного (на 1,05%) количества CD8+ клеток. В результате повышения CD8+ лимфоцитов изменилось и значение ИРИ (на 0,03 единицы). Под влиянием лечения зарегистрирована тенденция ($p>0,05$) к повышению относительного количества CD16+ клеток на 0,63% на фоне снижения числа CD22+ лимфоцитов на 1,39% и CD25+ клеток - на 1,07%. Средняя величина CD95+ лимфоцитов под влиянием СКЛ так же имела тенденцию ($p>0,05$) к снижению на 3,1%. СКЛ способствовало увеличению уровня сывороточного IgA на 0,03 г/л. Средняя величина IgE наоборот имела тенденцию ($p>0,05$) к снижению на 106,08 МЕ/мл. Под влиянием реабилитационных мероприятий уровень кортизола в сыворотке крови больных детей достоверно снижался на 28,6% ($p<0,05$) на фоне неизменных средних значений АКТГ и β -эндорфина. Корреляционный анализ между уровнем кортизола и АКТГ не подтвердил восстановление корреляционной связи после окончания реабилитационных мероприятий.

По результатам проведенного реабилитационного лечения можно сделать вывод о положительном влиянии СКЛ на иммуно-гормональный статус пациентов с БА. Однако кратковременное пребывание на курорте не дает возможности полного восстановления нарушенных взаимосвязей во внутреннем гомеостазе организма больного ребенка.

ВИДНЫЕ ПИСАТЕЛИ И ПОЭТЫ МЕДИКИ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМЕНИ С.И. ГЕОРГИЕВСКОГО

Сухарева И. А.¹, Воробьева А. С.²

¹*доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии КФУ*
²*студентка кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Медицинской академии КФУ*
sukhareva_irina@mail.ru

Введение. Крымская земля обладает удивительным свойством притягивать творческих людей. С Крымом, так или иначе, связаны судьбы многих известных писателей и поэтов. Да и сам Крым всегда занимал особое место в литературе. Восхитительная природа, бурная история и многонациональная культура этого края вдохновляли многие поколения литераторов. Многие из них известны не только, как поэты и писатели, но и как представители самой благородной профессии – врач.

Цель и задача исследования. Изучить влияние профессии врача на творчество писателей и поэтов – врачей Медицинской академии имени С.И. Георгиевского. Материалом послужили научно – публицистические работы, архивные документы, анализ и обзор литературы.

Результаты исследований. Профессор Анатолий Исаевич Милявский – имя этого человека вошло в крымскую литературу в середине XX века и осталось в ней навсегда. Родился будущий литератор в Симферополе, в семнадцать лет (1942 год) Анатолий Исаевич ушел на фронт, принимал участие в освобождении Варшавы и штурмовал Берлин. После демобилизации он поступил в Крымский медицинский институт и в 1950 году окончил его с отличием. С этим вузом связана вся его последующая работа. С 1950 по 1953 г. он был клиническим ординатором кафедры кожных и венерических болезней, затем работал дерматовенерологом в городском и областном кожно-венерологических диспансерах г. Симферополя. С 1955 г. после защиты кандидатской диссертации на тему «К вопросу о роли нервной системы в патогенезе и лечении стафилодермий» работал ассистентом, а с 1965 г. – доцентом этой кафедры. В 1971 г. А. И. Милявский защитил докторскую диссертацию. А. И. Милявский – автор более 100 научных работ по различным вопросам дерматовенерологии. Анатолий Исаевич является признанным специалистом в области курортной дерматологии. Опытный специалист, А. И. Милявский активно участвует в подготовке квалифицированных кадров дерматовенерологов. Литературную деятельность А. Милявский начал в 1945 году стихами в армейской газете. В 1946 году его творчество было представлено в коллективном сборнике «Поэты Крыма». Первый сборник стихотворений «Заре навстречу» вышел в 1950 году в Симферополе. Милявский заочно окончил Литературный институт им. М. Горького. С 1957 года – член Крымской писательской организации. Его лучшие произведения: «Горный ключ», «Рассветы в пути», «Поколение», «Перевал», «Крымские этюды», «Стихи», «В год Лошади», «Ночь перед штурмом». Любовь к родной земле, окружающему миру, истинным духовным ценностям, а так же исторической памяти своей страны, своего народа сделали Анатолия Милявского одним из самых ярких поэтов крымского полуострова.

Александр Кимович Загорулько – профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии, академик Международной академии патологии, преподаватель Крымского медицинского университета им. С.И. Георгиевского, Лауреат премии АРК, член Союза писателей Крыма и Национального союза писателей Украины. Весь огромный перечень его заслуг и званий можно заменить одним коротким, но емким предложением – писатель, автор книг «От первого лица», «Вилла «Ксения», «Автограф», «Система защиты». Один из сборников Александра Загорулько называется «Параллельный человек». Да и сам автор успешно существовал в параллельных плоскостях – он ученый, врач, писатель. Александр Загорулько стал писателем, продолжая оставаться врачом, не бросая основную профессию, а это бывает не столь часто. Одна профессия другой помогает. Александр Загорулько считал,

что больше помогает именно поэзия науке, чем наоборот. Если бы наука помогала поэзии, то поэзия бы умерла, потому что в науке слишком много рациональных вещей. Александр Кимович никогда не забывал своих учителей. В науке – профессора Алексея Алексеевича Биркуна, в литературе, кроме Александра Ткаченко, Анатолия Исаевича Милявского.

Константин Александрович Ефетов – профессор, Лауреат Государственной премии Республики Крым и двух Премий АРК, доктор биологических наук, заслуженный деятель науки и техники, академик Крымской академии наук, заведующий кафедрой биологической химии и отделом биотехнологии Медицинской академии Крымского федерального университета. Основные области научных интересов: молекулярная биология, молекулярная иммунология, молекулярная онкология, эволюционная биология, биосистематика, медико-биологические аспекты истории искусства. В настоящее время возглавляет международный научный проект по исследованию ДНК – «ZYGMO», выполняемый совместно с Гуэлфским университетом в Канаде, а также исследователями Австрии, Франции, Германии и других стран. К. А. Ефетов – автор 510 публикаций, включая 26 монографий, 12 учебников и учебных пособий, 16 патентов и авторских свидетельств. Выдвинул ряд теорий на стыке медицины, истории и искусства, которые получили отражение в его книгах «Шокирующая тайна Сикстинской капеллы» (2006), «Das schockierende Geheimnis der Sixtinischen Kapelle» (2007), «Ветхозаветная тайна ребра Адама» (2008), «Old Testament's secret of the rib of Adam» (2008). Биографические данные К. А. Ефетова включены в справочники «Выдающиеся европейцы 21 века» (Великобритания), «Кто есть кто в современности» (США), а также в Википедию. Поэтические и прозаические произведения Константина Ефетова увидели свет в 42 авторских сборниках. К. А. Ефетов – член Союза писателей России, Российского союза писателей, Международного Сообщества писательских союзов, Союза писателей Республики Крым, действительный член Крымской литературной академии; автор гимна, герба и флага Медицинской академии. Литературное творчество Константина Ефетова широко представлено в Интернете, в том числе на крупнейших литературных порталах.

Выводы. В историю мировой литературы вошли имена многих выдающихся писателей, которые изучали медицину, а приобретённый в медицине опыт переносили в свои литературные произведения. Медицина привнесла особые, никаким другим писателям не присущие черты в творчество писателей-врачей, литература позволила развить сферу чувственную, столь необходимую для представителя такой ответственной профессии как врач.

ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ В ЛЕЧЕНИИ ХОБЛ, СОЧЕТАННОЙ С ИБС

Левина В.И., Лунева М.В.,
студентки кафедры внутренней медицины №2 2-го медицинского факультета
Медицинской академии им.С.И. Георгиевского КФУ
научный руководитель: к.м.н., доцент Шадчнева Н.А.
levina.valentina@mail.ru

Введение. Усиление локального воспаления в бронхах, легочной паренхиме и сосудах способствует как прогрессированию хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), так и развитию атеросклероза. Результаты экспериментальных исследований и клинических наблюдений, проведенных О.А.Цветковой, демонстрируют снижение прогрессирования ХОБЛ и смертности от сердечно-сосудистых осложнений на фоне применения статинов. Поэтому дальнейшее изучение эффективности статинов у больных с коморбидным течением ХОБЛ и ИБС является чрезвычайно важным для клинической медицины.

Цель исследования - изучить клинико-функциональное течение ХОБЛ, сочетанной с ИБС, на фоне использования стандартной схемы лечения, дополненной статинами.

Материалы и методы исследования. **Проанализировано 20 амбулаторных карт больных ХОБЛ, сочетанной с ИБС, стабильной стенокардией II функционального класса (15 мужчин и 5 женщин, средний возраст - 57,8±2,6 лет, продолжительность ХОБЛ - 12,8±2,8 лет, продолжительность ИБС - 9,5±3,3 лет, стаж курения - 18,2±5,5 пачка/лет). Диагностику ХОБЛ, выделение её стадии и степени тяжести проводили в соответствии с GOLD(2010), Национальным Руководством по пульмонологии (2009). Диагноз ИБС устанавливали согласно Национальных рекомендаций ВНОК (2010). Терапия предусматривала применение антибиотиков, тиотропия бромид (18 мкг - 1 вдох утром), флуимицила (30мг 1 раз в день), розувастатина (10 мг 1 раз в день).**

Протокол исследования включал оценку основных респираторных (кашель, мокрота, одышка) и кардиальных (частота приступов стенокардии) жалоб, потребность в дополнительном приеме короткодействующих нитратов, показателей функции внешнего дыхания (ФВД) методом спирографии с оценкой жизненной емкости легких (ЖЕЛ), объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1), индекса Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ), определение общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), уровень лейкоцитов, фибриногена, содержание С-реактивного белка (СРБ) дважды – во время госпитализации и через 6 месяцев.

Выраженность клинических симптомов оценивали по суммарному значению объективных критериев по **разработанной** балльной шкале оценки клинических симптомов: мокрота отсутствует - 0 баллов; скудная, непостоянная, откашливается хорошо - 1 балл; скудная, постоянная, откашливается хорошо - 2 балла; скудная, непостоянная, откашливается плохо - 3 балла; скудная, непостоянная, откашливается плохо - 4 балла; кашель отсутствует - 0 баллов; редкий - 1 балл; умеренный - 2 балла; выраженный - 3 балла; каждый приступ стенокардии - 1 балл. Количественная оценка одышки проводилась с помощью шкалы диспноэ MRC. Статистический анализ осуществлялся с использованием программного пакета Statistica 6.0. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. **Терапия, дополненная розувастатином, оказывала позитивное влияние на клиническое течение ХОБЛ и ИБС, что нашло свое отражение в регрессе клинических симптомов у пациентов. У больных была заметной динамика клинических показателей, выраженность кашля, продукции мокроты, частота приступов стенокардии, потребность в дополнительном приеме короткодействующих нитратов у пациентов была достоверно ниже, при этом отмечалась тенденция к уменьшению выраженности одышки и частоты сердечных сокращений. При анализе показателей ФВД установлено, что комплексная терапия улучшала**

бронхиальную проходимость, о чем свидетельствовало увеличение исходных показателей ОВФ1 и ОВФ1/ФЖЕЛ. По-видимому, существенная динамика вентиляционных показателей могла быть обусловлена позитивным воздействием розувастатина на обратимый компонент обструкции за счет влияния на системное воспаление.

Таблица 1. Динамика основных клинических, спирографических показателей, маркеров системного воспаления и липидного обмена ($M \pm m$)

Показатели	исходно	через 6 месяцев
Кашель, баллы	2,5±0,11	1,88±0,7**
Мокрота, баллы	2,7± 0,12	1,64±0,18**
Одышка, баллы	2,59±0,16	1,67±0,14**
Эпизоды стенокардии в течение недели, баллы	8,64±1,15	3,74±0,4**
Потребность в препаратах нитроглицерина в течение недели, количество таблеток	9,6±1,11	3,36±0,19**
Частота сердечных сокращений, в мин.	88,2±2,7	79,8±5,15
ЖЕЛ, % долж.	65,3±1,6	69,07±2,56
ОФВ1, % долж.	63,1±1,38	69,12±1,6*
ОФВ1/ФЖЕЛ, %	57,42±0,75	67,0±1,7*
Лейкоциты, $\times 10^9$ /л	11,28±0,22	6,35±0,22**
Фибриноген, г/л	4,80±0,18	3,20±0,14**
СРБ, г/л	18,32±2,08	5,72±1,44****
ОХС, ммоль/л	5,52±0,23	3,50±0,22***
ХС ЛПНП, ммоль/л	3,87±0,05	1,88±0,08***
ХС ЛПВП, ммоль/л	4,56±0,56	2,9±0,06***

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ - уровень значимости различий по сравнению с исходными показателями.

Через полгода наблюдения изучаемые маркеры воспаления во всех группах имели достоверную положительную динамику. Как следует из представленных данных, отмечалось статистически достоверное снижение уровня лейкоцитов ($p < 0,05$), фибриногена ($p < 0,05$), СРБ ($p < 0,01$). Показатели липидного спектра у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС на фоне терапии через 6 месяцев наблюдения характеризовались достоверным улучшением показателей липидного спектра. Известно, что наряду с гиполипидемическим действием, розувастатин оказывает противовоспалительный эффект путем подавления маркеров воспаления (плейотропное свойство), в результате чего улучшается функция эндотелия, снижается уровень С-реактивного протеина, подавляется пролиферативная активность гладкомышечных клеток артериального сосудистого русла. Таким образом, наши исследования указывают на существенный противовоспалительный эффект розувастатина и определяют целесообразность использования данного препарата при ХОБЛ.

Вывод. Комплексная терапия ХОБЛ, включающая статины, улучшает клинико-функциональное течение коморбидной патологии и снижает активность системного воспаления, что подтверждается улучшением бронхиальной проходимости.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МЫШЬЯКА В ВОЛОСАХ

Бояринцева Ю.А.¹, Евстафьева И.А.², Евстафьева Е.В.¹

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

²доцент кафедры теории и методики физической культуры факультет физической культуры и спорта Таврической академии имени В.И. Вернадского «КФУ имени В.И. Вернадского»

¹зав.кафедрой, профессор кафедры физиологии нормальной международного медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского «КФУ имени В.И. Вернадского»

Введение.

Мышьяк – один из приоритетных, но относительно мало изученных загрязнителей окружающей среды, его токсическое действие достаточно хорошо известно. В то же время мышьяк относят к условно-эссенциальным микроэлементам, так как при его отсутствии или недостаточном поступлении в организм нарушается нормальная жизнедеятельность. Хроническое поступление мышьяка (As) в организм может вызывать как канцерогенные эффекты, так и разнообразные неспецифические соматические заболевания. Среди последних отмечается прогрессивный рост заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС), в том числе кардио- и цереброваскулярных у детей и подростков. Натурных биомониторинговых исследований содержания As в организме человека, и его влияния на систему кровообращения немного.

Цель и методы исследований.

Настоящая работа посвящена исследованию особенностей функционального состояния сердечно-сосудистой системы городских школьников 13-14 (n=30) лет и студентов 18-20 лет (n=50) г. Симферополя разного уровня физической тренированности в связи с содержанием As в организме. Гемодинамические показатели регистрировали в состоянии покоя, при физической нагрузке и в восстановительном периоде. У студентов дополнительно регистрировали ЭКГ на аппаратно-программном велоэргометрическом комплексе «Ергокард» с автоматизированным режимом подачи физической нагрузки. Регистрацию проводили в состоянии физиологического покоя в течение 3-х минут, при комбинированной ступенчатой физической нагрузке в течение 24 минут и в восстановительном периоде в течение 3-х минут. Содержание As в волосах определяли методом рентген-флуоресцентной спектрофотометрии. Для оценки взаимосвязи между функциональными параметрами и содержанием As в волосах использовали непараметрический корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты исследований.

Установлено, что содержание As в волосах у всех тестируемых находилось в пределах условной нормы (0-2 мкг/г) и составило (0,15±0,05) мкг/г в группе 13-14-летних подростков, (0,09±0,02) мкг/г в волосах физически тренированных студентов и (0,29±0,07) в группе физически нетренированных студентов. При этом характер распределения элемента отличался от нормального во всех группах. Корреляционный анализ между показателями гемодинамики и содержанием As выявил следующее, у подростков 13-14 лет характер установленных связей показал, что на содержание As реагировали преимущественно показатели сердечной деятельности, а среди параметров сосудистой системы наиболее чувствительным параметром было ОПСС. Оказалось, As даже в пределах условной нормы может оказать хронотропное действие и таким образом влиять на МОК, уменьшая его как при физической нагрузке, так и в восстановительном периоде. По параметрам сосудистой системы наблюдали некоторое «гипертоническое» влияние, соответствующее известным эффектам As в высоких концентрациях. При этом, чем выше было содержание As, тем ниже была ЧСС обследованных подростков. Обратную зависимость ЧСС от уровня As наблюдали у нетренированных

студентов (табл.1), что может быть обусловлено разным состоянием вегетативной регуляции на разных этапах онтогенетического развития. Относительно тренированных студентов наблюдали меньшую чувствительность со стороны реографических показателей: только диастолическое давление имело обратную связь с содержанием As в волосах.

Таблица 1.

Коэффициенты корреляции между показателями реографии и содержанием мышьяка в волосах школьников и студентов г.Симферополя (n = 80)

Показатели реограммы	Подростки 13-14 лет (n=30)	Студенты	
		физически нетренированные (n=25)	физически тренированные (n=25)
В покое			
ЧСС	-0,40 (0,03)	0,50 (0,02)	
Физическая нагрузка			
ЧСС	- 0,35 (0,06)		
Относительная амплитуда ЧСС		-0,66 (0,001)	
МОК	- 0,37 (0,05)		
ОПСС	0,40 (0,03)		
Восстановительный период			
Относительная амплитуда ЧСС		-0,66 (0,001)	
МОК	-0,34 (0,07)		
ОПСС	0,32 (0,09)		
СДД		0,47 (0,03)	
ДАД			-0,55 (0,02)

Примечание. Приведены коэффициенты корреляции (r^s) и их уровень значимости (p).

Между ЭКГ-показателями и содержанием As в волосах физически нетренированных студентов были выявлены достоверные корреляционные связи, причем исключительно со стороны расчетных параметров ЧСС, характеризующие степень изменений показателя с учетом его исходного значения ($0,42 \leq r_s \leq 0,66$; $0,001 \leq p \leq 0,07$) при различных стадиях ступенчатого нагрузки. Непосредственно для интервалов ЭКГ установлена только одна прямая связь на уровне тенденции между содержанием мышьяка и интервалом QRST ($r = 0,40$; $p = 0,07$). У физически тренированных студентов было выявлено существенно меньшее количество корреляционных связей, к тому же в основном с ЭКГ показателями возбуждения желудочков (ST, QRST) на разных стадиях нагрузки и в восстановительном периоде ($0,43 \leq r_s \leq 0,58$, $0,01 \leq p \leq 0,07$). Для интервала QRST связь носила обратный характер, что может свидетельствовать об уменьшении электрической систолы при большем содержании мышьяка в организме.

Выводы. Эффекты мышьяка на сердечно-сосудистую систему главным образом выявлялись у подростков, чем у студентов, и при предъявлении физической нагрузки, чем в состоянии физиологического покоя. Характер эффектов свидетельствовал о разнонаправленной хронотропной и однаправленном прессорном действии мышьяка у подростков и нетренированных студентов ($0,32 < r_s < 0,40$; $0,03 < p < 0,09$). Корреляции показателей электрокардиограммы с содержанием мышьяка свидетельствовали о его влиянии на процессы возбуждения желудочков сердца, по большей части у физически тренированных студентов ($0,34 < r_s < 0,66$; $0,001 < p < 0,07$).

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Юрьева А.В.

*ассистент кафедры педиатрии, физиотерапии и курортологии ФПМКВК и ДПО
Медицинской академии имени С.И. Георгиевского
научный руководитель: д.м.н., профессор Каладзе Н.Н.*

Введение. Рост заболеваемости ожирением среди детей и подростков обуславливает поиск эффективных и безопасных подходов к коррекции метаболических нарушений с использованием уникальных возможностей санаторно-курортного лечения (СКЛ). При санаторно-курортном лечении ожирения у детей успешно решаются задачи по модификации образа жизни направленные на изменение стереотипов питания, отказ от вредных привычек, повышение физической активности и уменьшение массы тела. На сегодняшний день, одним из лучших биомаркеров существования метаболических нарушений и факторов кардиоваскулярного риска признан адипонектин.

Цель и задачи оценить эффективность влияния модифицированного комплекса СКЛ на динамику показателей липидного, углеводного обмена и уровня адипонектина, как маркеров метаболических нарушений у детей с простым ожирением (SDS ИМТ более +2) и избыточной массой тела (SDS ИМТ +1 до +2).

СКЛ проводилось в виде стандартного реабилитационного комплекса, который включал: сбалансированное питание по объему и кратности приема пищи с сокращением количества легкоусваиваемых и рафинированных сахаров, уменьшением общего количества животного жира; I-II двигательный режим; климатолечение по I - II режиму соответственно сезону года; санация очагов хронической инфекции; классический ручной массаж воротниковой области № 10; йодобромные ванны через день № 8 с концентрацией йода – 10 мг/л, концентрацией брома - 25 мг/л, 10-15 мин. при температуре равной 36-37⁰С; ч/з день, электросон («Электросон-4Т»), 30 минут, № 8, ч/з день; ограничение (исключение) пребывания ребенка за компьютером и перед телевизором, занятия в школе «ребенка с лишним весом». Методы исследования включали: сбор клинико-anamnestических данных, определение сигмального отклонения индекса массы тела (SDS ИМТ), измерение окружности талии (ОТ). До и после курса терапии проводился комплекс лабораторных и инструментальных методов обследования по стандартным методикам; для определения уровня инсулина использовали набор DRG® Insulin; инсулинорезистентность (ИР) определяли по индексу HOMA_{IR}; уровень адипонектина исследовался с помощью набора AssayMax Human Adiponectin ELISA Kit, Германия.

Результаты исследований. Обследовано 80 детей с ожирением и избыточной массой тела в возрасте от 10 до 17 лет ($13,39 \pm 0,14$) (46 мальчиков и 34 девочки). Контрольную группу (КГ) составили 20 детей без ожирения, сопоставимые по полу и возрасту. Выявлены нарушения липидного обмена: снижение ХС ЛПВП (до $0,86 \pm 0,26$ ммоль/л) у 22,5 % детей, увеличение ОХС (до $5,9 \pm 0,6$ ммоль/л) у 12,5 %, преимущественно за счет ХС ЛПНП (до $4,4 \pm 0,8$ ммоль/л) у 7,5 % и ТГ (до $2,3 \pm 0,3$ ммоль/л) у 11,25 % обследованных детей. Дислипидемии выявлены как у детей с ожирением, так и у детей с избыточной массой и коррелировали с превышением окружности талии более 90 th. Изменения углеводного обмена характеризовались нарушением толерантности к глюкозе (в пробе через 120 мин до $7,9 \pm 0,85$ ммоль/л) у 12,5 % детей с ожирением, у 8,7 % детей с избыточной массой тела; повышением базального уровня иммунореактивного инсулина (ИРИ) до $28 \pm 4,5$ мкМЕ/л, инсулинорезистентностью (НОМА_{IR} до $5,2 \pm 2,5$) у детей с ожирением. Единичные нарушения углеводного обмена выявлены у детей с избыточной массой тела и при ожирении с SDS ИМТ от +2 до +2,5 при окружности талии более 90 th; у детей с ожирением по абдоминальному типу, SDS ИМТ + 2,5 и более – выявлены сочтенные нарушения углеводного обмена. Достоверное снижение уровня адипонектина выявлено у 52,5 % детей с ожирением и у 37,5 %

детей с избыточной массой тела ($5,94 \pm 2,39$ нг/мл; $6,01 \pm 0,89$ нг/мл; $p < 0,001$ и $p < 0,05$, соответственно).

После завершения СКЛ жалоб не предъявляли 88,75 % детей с ожирением и 100 % детей с избыточной массой тела. В обеих группах снизились ИМТ, ОТ, но достоверно не отличались от КГ детей ($p > 0,05$). В группе детей с избыточной массой тела при применении йодобромных ванн, в комплексном СКЛ, достоверно повысился уровень ХС ЛПВП ($p < 0,05$), снизились уровни ОХС и его повышенных фракций ($p < 0,05$) и достигли уровня показателей КГ. В группе детей с ожирением, при применении йодобромных ванн, в комплексном СКЛ, достоверно повысились ХС ЛПВП ($p < 0,05$) и снизились ХС ЛПНП ($p < 0,05$), ОХС и ТГ – имели тенденцию к снижению ($p > 0,05$). Достоверных изменений по улучшению показателей углеводного обмена не выявлено ($p > 0,05$). Уровень адипонектина достоверно повысился у детей с ожирением и избыточной массой тела ($p < 0,05$), но достиг показателей КГ только у детей с избыточной массой тела. При сочетании йодобромных ванн и электросна, в комплексном СКЛ, нарушенные показатели липидного обмена достигли уровня детей КГ. Достоверно снизился уровень глюкозы крови (в пробе через 120 мин) при проведении перорального глюкозотолерантного теста, при избыточной массе тела и ожирении ($p < 0,05$). Повышенный уровень ИРИ и индекс НОМА_{IR} у детей с ожирением имел устойчивую тенденцию к снижению ($p > 0,05$), но не достигли показателей КГ, в отличие от детей с избыточной массой тела. В группе детей с избыточной массой тела было выявлено более выраженное повышение уровня адипонектина ($p < 0,001$) и отсутствие после лечения достоверных различий с детьми КГ. Уровень адипонектина у детей с ожирением повысился ($p < 0,05$) и достоверно не отличался от КГ.

Выводы. СКЛ для детей с ожирением, является эффективным методом реабилитации. С целью коррекции нарушений липидного обмена детям с метаболически нездоровой избыточной массой тела рекомендовано включать в комплекс СКЛ йодобромные ванны. Йодобромные ванны, в комплексном СКЛ детей с ожирением и избыточной массой тела, можно отнести к гормонкорректирующим методам физиотерапии, способствующем нормализации уровня адипонектина – одного из важнейших показателей метаболического здоровья и маркера факторов кардиоваскулярного риска при ожирении. Детям с ожирением и метаболически нездоровой избыточной массой тела, осложненными нарушениями липидного и углеводного обмена, рекомендовано дополнять стандартный комплекс СКЛ йодобромными ваннами и процедурами электросна, через день. Комплексное СКЛ на Евпаторийском курорте является эффективным методом реабилитации детей с метаболическими нарушениями при избыточной массе тела и простом (экзогенно-конституциональном) ожирении.

ТАКТИКА УЛЬТРАЗВКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ ШЕИ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ МНОГО ПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.

Мошкова Е.Д.¹, Поберский Д.А.²

¹ *канд.мед.наук, доцент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ им. В.И. Вернадского*

² *канд.мед.наук, заведующий отделением отоларингологии ГБУЗ РК «Евпаторийская городская больница»*

Введение: Проблема коморбидности большинства пациентов многопрофильного стационара в условиях однозначного подхода страховых компаний к клиникостатистической классификации конкретных страховых случаев требует от клинициста и врача ультразвуковой диагностики творческого совместного подхода к каждому пациенту, выбора оптимального режима исследования, отвечающего двум главным требованиям – максимальной информативности и оптимальной затратности.

Цель и задачи: разработка алгоритмов ультразвукового исследования органов шеи у коморбидных пациентов разных клиникостатистических групп

Результаты исследований: большинство медицинских организаций, оказывающих стационарную специализированную медицинскую помощь имеют стандартную структуру – отделение терапии, отоларингологии, кардиологии, неврологии, хирургии и реанимации.

У пациентов всех перечисленных клинических профилей возникает необходимость в ультразвуковых исследованиях тех или иных органов и структур, расположенных на шее.

При подсчете процента площади ожога шея и голова вместе составляют 9% площади поверхности тела. На шее ультразвуковому исследованию подлежат щитовидная железа и паращитовидные железы, лимфатические узлы, слюнные железы, гортань, брахиоцефальные сосуды. Небольшие размеры шеи относительно общей поверхности тела и расположение на ней органов разных анатомо-физиологических систем приводит к тому, что зоны интересов при ультразвуковых исследованиях органов шеи накладываются друг на друга, а в случае коморбидности пациента требуется комплексное исследование органов разных систем.

С учетом опыта работы кабинета ультразвуковой диагностики ГБУЗ РК «Евпаторийская городская больница» у коморбидных пациентов необходима обязательная комплексная оценка органов шеи. Особенно в тех ситуациях, когда выявленная непрофильная патология принципиально меняет тактику дальнейшего ведения пациента, влияет на исход или прогноз текущего заболевания.

В этой связи, врачам ультразвуковой диагностики при исследовании органов шеи необходимо помнить об исследовании гортани.

В учебных программах подготовки специалистов ультразвуковой диагностики исследованию гортани уделяется недостаточное внимание. Злокачественные заболевания гортани в большинстве случаев выявляются в поздних стадиях с уже распространенным ростом и метастатическими изменениями регионарных лимфатических узлов и других органов шеи. По различным данным, отечественным и зарубежным, поздняя диагностика рака гортани составляет 65% всех выявленных случаев. Позднему выявлению заболевания способствуют некоторые анатомические особенности гортани, в первую очередь то, что гортань полый орган и рост опухоли может длительно протекать бессимптомно. Помимо этого, гортань содержит большое количество рыхлой обильно васкуляризованной клетчатки, многослойный эпителий, выстилающий гортань склонен к физиологической метаплазии в плоский эпителий.

Ультразвуковое исследование гортани не требует специальных условий для его проведения, пациент лежит на кушетке без валика, для исследования используется линейный датчик. С помощью ультразвукового исследования можно определить проходимость гортани, структуру голосовых складок и их подвижность, а также, изменения лимфатических узлов шеи. Недостатком метода является недоступность визуализации преднадгортанникового

пространства и подскладочного пространства. Однако, в некоторых случаях, ультразвуковое исследование гортани является незаменимым методом дифференциальной диагностики при неверной оценке речевых нарушений у пациентов первичного сосудистого отделения с нарушенным или даже сохраненным сознанием.

Ультразвуковые находки новообразований слюнных желез, щитовидной железы и лимфатических узлов шеи в некоторых случаях являются единственным доказательством злокачественности очага центральной нервной системы при трудностях лучевой дифференциальной диагностики ишемических и метастатических очагов головного мозга.

Выводы: при ультразвуковом исследовании органов шеи у коморбидных пациентов необходимо комплексная оценка всех органов шеи при наличии в них изменений, особенно в тех случаях, когда неожиданные находки принципиально меняют тактику ведения пациента, имеют решающее значения для течения и прогноза текущего заболевания.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ И ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Кузнецова М.Ю.

*ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии Медицинская академия им. С.И. Георгиевского Федерального автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»,
научный руководитель: д.м.н., профессор Притуло О.А. зав. кафедрой дерматовенерологии и косметологии.*

Введение. Проблема эффективного лечения псориаза имеет важное медико-социальное значение в связи со значительной распространённостью, системным характером клинических проявлений и увеличением числа тяжелых торпидных к лечению форм заболевания, являющихся причинами снижения качества жизни и утраты трудоспособности больных. Распространенность псориаза на территории Российской Федерации, имея тенденцию к росту - достигает до 6% среди всех больных дерматологического профиля. Псориаз является распространенным, многофакторным, иммуноопосредованным

хроническим заболеванием кожи, обусловленным генетическими и экзогенными факторами. С позиций современной концепции иммунопатогенеза псориаза, считается, что нарушение процессов пролиферации и дифференцировки кератиноцитов связаны с активацией иммунорегуляторных клеток Th1 и Th17 опосредованного иммунного ответа, цитокинами и дендритными клетками. Нарушение баланса в системе иммунитета и цитокиновой сети на сегодняшний день рассматривается как ведущий механизм, приводящий к гиперпролиферации и воспалению кожи при псориазе.

Известно, что в некоторых случаях биологические модификаторы иммунного ответа и ранее известные традиционные базовые препараты имеют ряд ограничений в применении и могут вызывать нежелательные побочные эффекты .

В этом аспекте большой интерес представляет использование природных факторов озера Саки, относящегося к Евпаторийской группе рассольных водоемов Крыма. Пелоиды озера по химическому составу соответствуют иловым средне - сульфатно-карбонатному типу грязей высокой минерализации до-250 г/л. Рапа озера относится к высоко минерализованным сульфатно-хлоридно- магниевно-натриевым термальным водам с повышенным содержанием карбонатов и сульфидов с концентрацией солей до -350г/л

Экзогенные сульфиды пелоидов и рапы, проникая в кровь, блокирует главные факторы механизма воспаления: уменьшают цитотоксические реакции Т-лимфоцитов, подавляют синтез TNF α , IL-1, IL-2, опосредуя тем самым, иммуномодулирующий и противовоспалительный эффект на клеточном уровне.

Экспериментальными и клиническими исследованиями последних лет доказаны высокие иммуностимулирующие свойства препарата альфа - липоевой кислоты Берлитион® 600, что послужило основанием его включения в исследование, как препарата сопровождения к базисной терапии.

Цель и задачи: изучить динамику изменений иммунного и цитокинового профиля под влиянием комбинированной терапии природными факторами озера Саки с применением с препарата Берлитион® 600 у больных псориазом.

Материалы и методы исследования; обследовано 90 больных бляшечным псориазом, стационарной стадии на базе военного клинического санатория МО Российской Федерации им. Н.И.Пирогова. Основная группа- 45 пациентов с бляшечной формой псориаза $10 < \text{PASI} < 30$, получали процедуры лечебной грязи и рапных ванн по митигированной методике с экспозицией лечебной грязи 15-20 мин. $T - 37-38^{\circ}\text{C}$., с интервалами через день. Методом фокальных грязевых аппликаций. Курс -14 дней. Препарат Берлитион® 600 принимали по 1 кап. 600 мг в день в течение 14 дней. В группу сравнения включены 45 пациентов с бляшечным псориазом $10 < \text{PASI} < 30$ принимавшие лечение только природными факторами озера.

Анализ субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови проводили методом проточной лазерной цитофлуорометрии, общих иммуноглобулинов классов А, М и G крови микротурбидиметрическим методом, концентрацию цитокинов в крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. В работе использовали дерматологические индексы: Psoriasis Area and Severity Index, PASI, Dermatology Life Quality Index, DLQI.

Результаты исследований Иммунологический цитокиновый профиль крови у больных псориазом индекс (PASI -19,3), (DLQI-18,5) до лечения в обеих исследуемых групп характеризовался дисбалансом Т-лимфоцитов со снижением численности хелперно-индукторной (CD4+) и цитотоксической (CD8+) субпопуляций Т-регуляторных –лимфоцитов, уменьшением соотношения CD4+/CD8+, дисиммуноглобулинемией с увеличением IgA, IgG и снижением IgM, увеличенным синтезом провоспалительных Th1 (IL-1a, IL-2, IL-8 и TNF- α) и противовоспалительного Th2 (IL-10) цитокинов.

К окончанию лечения в основной группе больных, получавших комбинированную терапию природными факторами озера Саки с применением препарата Берлитион 600 зафиксирован более выраженный иммунокорректирующий эффект, обусловленный уменьшением дисбаланса Т-регуляторных лимфоцитов, нормализацией гуморальных параметров иммунитета и восстановлением баланса цитокинового профиля крови у большинства исследуемых больных псориазом.

Удалось достичь "клинической ремиссии" и "значительного улучшения" у 82% больных основной группы против 73,4 % -в группе сравнения. (Регрессия индекса PASI $84,3 \pm 1,2$ и $79,6 \pm 2,3$) (DLQI $5,6 \pm 2,4$ и $3,2$).

Выводы:

1. Лечение природными факторами озера Саки больных псориазом является высокоэффективным, патогенетически обоснованным, обладает иммуномодулирующим действием.

2. Комбинированное лечение природными факторами озера с добавлением препарата Берлитион® 600 оказывает выраженное иммуномодулирующее, антипролиферативное, противовоспалительное действие. Хорошо переносится и может быть рекомендовано как дифференцированная, иммуномодулирующая терапия у больных бляшечным псориазом на этапе лечебно-реабилитационных мероприятий.

КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Голубова Т.Н.¹, Махкамова З.Р.¹, Овсянникова Н.М.²

¹ доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

² доцент кафедры физики и медицинской информатики Физико-технического института КФУ

Введение. В начале 90-х гг. XX века по России в целом и в Республике Крым (РК), наблюдался тренд ухудшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу (ТБ). Начавшаяся в 2008 г. в РК позитивная динамика снижения заболеваемости ТБ сохранилась и после возвращения РК в состав Российской Федерации, как следствие улучшения материального обеспечения противотуберкулезной службы с 2014 г. Однако эпидемиологическая ситуация в РК остается сложной: в 2015 г. заболеваемость ТБ в Крыму в 1,3 раза превысила уровень показателя по России.

Для анализа эпидемиологии ТБ и разработки управленческих решений в системе фтизиатрической службы в РК представляет интерес использование многомерного анализа для идентификации территорий с однородными показателями здоровья населения по ТБ.

Цель и задачи исследований. Целью нашей работы является анализ территориальной дифференциации динамики заболеваемости и смертности от туберкулеза в Республике Крым (РК) за период 2004-2015 гг. на основании кластеризации методом k-средних. Данные официальной статистики по заболеваемости и смертности от ТБ за 2004-2015 гг. предоставлены ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии».

Результаты исследований. В результате проведенной кластеризации оптимальным явилось объединение городов и районов РК по показателям заболеваемости и смертности от ТБ в 4 кластера: кластер 1 – города Керчь, Ялта, Евпатория, Феодосия, Белогорский и Сакский районы; кластер 2 – г. Симферополь, Бахчисарайский, Кировский, Ленинский, Нижнегорский, Первомайский, Раздольненский и Симферопольский районы; кластер 3 – города Алушта, Армянск, Судак, Советский и Черноморский районы; кластер 4 – Джанкойский, Красногвардейский и Краснопереконский районы. При таком числе кластеров установлены статистически значимые различия по исследуемым показателям.

Динамика заболеваемости и смертности от ТБ в РК за период 2004-2015 гг. в целом характеризуется стабильным снижением во всех кластерах (темпы прироста -13,2% и -26,2% соответственно). На этом фоне в 1-ом кластере в 2009-2010 гг. наблюдался подъем уровня заболеваемости даже с превышением значения показателя 2004 г. Высокий показатель заболеваемости в 2010 г. в кластере можно связать с высоким охватом флюорографическим обследованием населения и высокой выявляемостью случаев туберкулеза. Динамика смертности в кластере практически повторяет среднекрымский тренд с незначительным его превышением и скачком в 2014 г. (с 15,8 до 17,1 на 100 тыс. населения) на фоне недостаточного снабжения противотуберкулезными препаратами.

Во 2-ом кластере уровень заболеваемости и смертности от ТБ повторяет общекрымский тренд, но на меньших значениях показателя. Пики уровня смертности (2005, 2007 и 2010 гг.) в кластере можно связать с тем, что в данном кластере, как и по Крыму в целом, с 2004 по 2015 гг. зарегистрированы самые высокие значения показателя заболеваемости ТБ. В этот период основная доля пациентов выявлялась с распадом и бактериовыделением уже при обращении за медицинской помощью, а не во время профилактических осмотров. В последующие годы отмечается тенденция к снижению показателя заболеваемости и смертности от туберкулеза.

Тренд заболеваемости и смертности от ТБ в 3-м кластере свидетельствует о наиболее благоприятной эпидемиологической ситуации на этих территориях. За исследуемый период уровень заболеваемости в кластере был значительно ниже общекрымских значений, но при

этом не наблюдается стабильного тренда снижения. По уровню смертности в кластере, не считая резкого скачка показателя в 2005 г. выше общекрымского значения, отмечается тренд снижения с небольшим подъемом в 2013 г. Резкое снижение заболеваемости в 2006 г. в кластере происходило на фоне низкого охвата флюорографическими осмотрами в 2005-2006 гг. и недовыявления случаев ТБ, что привело в дальнейшем к резкому росту заболеваемости. Аналогичная ситуация отмечена и в 2011 г. Высокая смертность от ТБ в кластере в 2005 г. обусловлена самым высоким показателем заболеваемости за период 2004-2015 гг. в РК. Рост смертности в 2013 г. обусловлен ростом заболеваемости в кластере за аналогичный период и достаточно высоким процентом ранее выявленных запущенных форм туберкулеза.

Наименее благоприятная динамика заболеваемости и смертности от ТБ прослеживается в 4-ом кластере, где уровни сохраняются выше общекрымских значений на протяжении всего исследуемого периода. Пик заболеваемости ТБ в кластере отмечен в 2009 г. на фоне низких показателей охвата флюорографическими осмотрами и большим процентом выявления запущенных форм ТБ при обращении пациентов за медицинской помощью. В дальнейшем отмечается снижение заболеваемости ТБ со скачком в 2013-2014 гг. по аналогичным причинам. С 2014 г. заболеваемость ТБ имеет тенденцию к снижению. В динамике смертности от ТБ в 4 кластере отмечается значительный скачок в 2005 г. и резкое снижение в 2013 г. на фоне снижения заболеваемости ТБ с 2009 г. по 2012 г. В дальнейшем прослеживается рост смертности от ТБ параллельно с ростом заболеваемости с последующей его тенденцией к снижению.

Выводы. В результате кластеризации методом k-средних осуществлена территориальная дифференциация РК по заболеваемости и смертности от ТБ на 4 кластера. Тренд заболеваемости и смертности от ТБ за исследуемый период характеризуется стабильным снижением во всех кластерах. По усредненным показателям благоприятная эпидемиологическая ситуация по ТБ наблюдается в гг. Алушта, Армянск, Судак, Советском и Черноморском районах (3-й кластер): здесь уровни заболеваемости и смертности ниже среднерегиональных значений. Самый высокий уровень показателей, превышающий среднекрымские значения, выявлен в Джанкойском, Красногвардейском и Краснопереконском районах, вошедших в 4-й кластер. В 1-ом кластере в целом за исследуемый период выявлен тренд снижения заболеваемости ТБ с подъемом в 2010 г. Динамика смертности в кластере повторяет среднекрымский тренд с незначительным его превышением. Во 2-ом кластере уровень заболеваемости ТБ повторяет общекрымский тренд, но на меньших значениях показателя. Динамика смертности в кластере соответствует картине изменений по РК на меньших значениях, но с рядом подъемов за исследуемый период.

Неоднородность динамики заболеваемости и смертности от ТБ на разных территориях РК может свидетельствовать о проблемах в работе противотуберкулезной службы в регионах с негативными тенденциями, что требует дальнейшего анализа ситуации для принятия корректирующих управленческих решений.

ТЕНДЕНЦИИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ ЗА ПЕРИОД 2009-2016 ГГ.

Третьякова О.С.¹, Махкамова З.Р.², Голубова Т.Н.²

¹ профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

² доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

Введение. При изучении медико-социальной обусловленности демографических процессов на международном и национальном уровнях большое внимание уделяется анализу младенческой смертности (МС), так как этот показатель является индикатором состояния здоровья детского населения и социально-экономического благополучия и развития общества в целом.

Цель и задачи исследований. Работа посвящена анализу тенденций младенческой смертности в Республике Крым (РК) за период 2009-2016 гг. Данные официальной статистики по МС за 2009-2016 гг. предоставлены ГБУ РК «Крымский медицинский информационно-аналитический центр». Описательная статистика и визуализация данных проведены в STATISTICA 10.

Результаты исследований. За последние годы в РК наблюдается положительная динамика таких социально значимых демографических показателей, как общая рождаемость и младенческая смертность, что свидетельствует об эффективной работе системы здравоохранения в регионе и обусловлено успешной реализацией программ по сохранению и улучшению репродуктивного потенциала и планированию семьи. Следует отметить более существенный позитивный тренд МС за исследуемый период (темп прироста -40%), в сравнении с динамикой уровня рождаемости (темп прироста 1,7%).

При анализе уровня МС в РК за период 2009-2016 гг. самое высокое значение показателя приходится на 2011 г. (9,1‰), начиная с 2012 г. прослеживается стабильный тренд снижения до 5,1 случаев смертей на 1000 живорожденных. Позитивную динамику можно объяснить стабилизацией социально-экономической ситуации и улучшением работы системы охраны материнства и детства в РК. Так как неонатальный период жизни является наиболее уязвимым для новорожденных, качество, своевременность и эффективность медицинской помощи оцениваются в первую очередь по уровню смертности в этот период. Снижение уровня МС в РК, начиная с 2012 г., обусловлено в большей степени именно неонатальной составляющей (темп прироста -50,0 %).

В структуре смертности детей до года в РК на основании усредненных данных за период 2009-2016 гг. неонатальная составляющая превышает постнеонатальную (59,7% и 40,3% соответственно), что соответствует типу А согласно классификации ВОЗ. Примечательно, что за исследуемый период прослеживается негативная тенденция снижения доли неонатальной составляющей МС (темп прироста -10,9 %) и, соответственно, увеличения постнеонатальной компоненты (темп прироста 18,0 %): темп прироста постнеонатальной смертности опережает темп убыли смертности в неонатальной период.

В структуре неонатальной смертности в РК за 2009-2016 гг. на ранний неонатальный период приходится 53,7% всех случаев смертей новорожденных, 88,4% которых обусловлены, прежде всего, патологией перинатального периода (76,9%) и врожденными пороками развития (11, 5%).

По усредненным данным за исследуемый период в структуре причин МС в РК перинатальная патология удерживает лидирующую позицию (56,8%), на втором месте – врожденные аномалии (19,8%), на третьем – последствие воздействия внешних причин (9,1%). В динамике с 2009 по 2016 г. наблюдается сокращение доли перинатальной патологии с 64,8% по 59,7% соответственно. Отмечена негативная тенденция роста доли младенческих смертей из-за внешних причин к 2014 г. (14,6%) с последующим снижением в 2016 г. до минимального

значения показателя за исследуемый период (1,7%). Доля смертей детей до года из-за врожденных аномалий дважды в 2012 и 2015 гг. снижалась (15,8% и 15,9% соответственно), в 2016 г. снова отмечен рост до 20,2%. Удельный вес младенческих смертей в результате патологии органов дыхания имел тенденцию к увеличению с 2014 г.: зафиксирован рост практически в 2 раза к 2016 г. (2,6% и 5,9% соответственно). Доля инфекционной патологии не имеет стабильного тренда за исследуемый период: 2,4% в 2009 г., пик (7,1%) в 2010 г. и последующее снижение до 1,7% в 2016 г.

Выводы. За период 2009-2016 гг. в Республике Крым в целом прослеживается позитивная динамика показателя младенческой смертности, как важной составляющей фетонинфантильных потерь.

Соотношение неонатальной и постнеонатальной составляющих МС в регионе соответствует типу А по классификации ВОЗ. Однако, за исследуемый период прослеживается негативный тренд увеличения постнеонатальной компоненты в структуре МС. Более половины случаев смертей новорожденных приходится на ранний неонатальный период, прежде всего по причине патологии перинатального периода и врожденных пороков развития.

В структуре младенческой смертности в РК за период 2009-2016 гг. уменьшился вклад перинатальной патологии (темп убыли 7,9%). Доля смертей, обусловленных внешними причинами в 2016 г. достигла минимального значения за весь исследуемый период. Схожая тенденция прослеживается и при анализе младенческой смертности от инфекционной патологии. Удельный вес смертей младенцев из-за врожденных аномалий, не смотря на двукратное снижение за исследуемый период, сохраняется на высоком уровне. Зафиксирован негативный тренд двукратного роста доли младенческих смертей в результате патологии органов дыхания с 2014 по 2016 г.

САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Лагунова Н.В.¹, Голубова Т.Ф.², Поленок И.А.³

¹ *Заведующая кафедрой педиатрии с курсом детских инфекционных болезней Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского, г. Симферополь.*

² *Директор ГБУЗ РК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория.*

³ *Ассистент кафедры педиатрии с курсом детских инфекционных болезней Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского, г. Симферополь*

Введение. Вопрос реабилитации детей с сахарным диабетом 1 типа является приоритетным направлением современной педиатрии и детской эндокринологии. Одним из наиболее эффективных и безопасных методов в настоящее время рассматривается санаторно-курортная реабилитация.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности санаторно-курортного лечения с включением процедур гидродинамической планшетной терапии у детей с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы: При изучении исходного состояния 43 больных с сахарным диабетом 1 типа установлено наличие специфических жалоб, преобладание работы симпатического отдела вегетативной нервной системы, усиление активности центрального контура управления сердечным ритмом, дисфункция надсегментарной интегративной системы, в частности ядер гипоталамуса и структур гиппокампа, изменений параметров электроэнцефалограммы, когнитивных функций, психоэмоционального состояния и качества жизни. Под влиянием санаторно-курортного лечения с включением процедур

гидродинамической планшетной терапии отмечена положительная динамика изучаемых показателей в виде улучшения состояния углеводного обмена, клинко-неврологического обследования, методов функционального обследования, показателей нейропсихического тестирования детей с сахарным диабетом 1 типа.

Результаты. У детей с сахарным диабетом 1 типа, поступающих на санаторно-курортное лечение, выявляются в различной степени выраженности вегетативные нарушения, проявляющиеся в полиморфной клинической симптоматике, вегетососудистых расстройствах, преобладании работы симпатического отдела вегетативной нервной системы, усилении активности центрального контура управления сердечным ритмом, повышении тонуса симпатoadреналовой системы; дисфункция надсегментарной интегративной системы, в частности ядер гипоталамуса и структур гиппокампа; изменения психической активности, когнитивного статуса и качества жизни. Установлена прямая зависимость степени вовлечения ЦНС в патологический процесс от длительности заболевания у детей с сахарным диабетом 1 типа.

Выводы. Включение процедур гидродинамической планшетной терапии в состав комплексного санаторно-курортного лечения способствует положительной динамике клинической симптоматики на фоне контролируемой гликемии, уменьшению симпатического влияния на регуляцию сердечной деятельности и снижению влияния центральных механизмов управления у детей обследуемой группы, улучшению адаптационно-приспособительных механизмов головного мозга; показателей когнитивного, психоэмоционального статуса и качества жизни.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Ткач В.В.¹, Гаффарова А.С.²

¹ кандидат медицинских наук, доцент кафедры нервных болезней, нейрохирургии с курсом неврологии ФПО Медицинской академии КФУ

² студент кафедры нервных болезней и нейрохирургии с курсом неврологии ФПО Медицинской академии КФУ

научный руководитель: к.мед.н., доцент Ткач В.В.

Введение. Рассеянный склероз (РС) – аутоиммунное хроническое прогрессирующее демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС), которое характеризуется полиморфизмом неврологической симптоматики, что связано с рассеянностью поражений ЦНС (преимущественно белого вещества) во времени и пространстве. РС занимает 3 место среди заболеваний ЦНС, являясь причиной стойкой инвалидизации лиц трудоспособного возраста. Частота заболеваемости РС у женщин в 2-4 раза превышает данный показатель среди мужского населения. Манифестация данной патологии приходится на 18-45 лет, что соответствует периоду наиболее высокой репродуктивной активности у женщин. Клинические проявления широко варьируют, могут определяться симптомы поражения ЦНС, но наиболее часто выявляют расстройства пирамидной системы, ухудшение зрения, нарушения функций тазовых органов и психоэмоциональную лабильность.

В связи с тем, что РС чаще дебютирует среди женщин репродуктивного возраста, вопросы о течении данного заболевания во время беременности и послеродовом периоде, являются актуальной проблемой, требующей дальнейшего более глубокого ее рассмотрения, как с акушерско-гинекологической, так и с неврологической точек зрения.

Цель исследования. Ретроспективный анализ течения рассеянного склероза в период беременности и послеродовом периоде.

Материалы и методы. Нами было проведено наблюдение за течением РС у 11 пациенток в возрасте от 21 до 38 лет (средний возраст 30 лет) в Консультативно-диагностической поликлинике ОП Перинатального Центра ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко». Клинический диагноз РС был подтвержденным данными МРТ и установлен в соответствии с критериями MacDonald-2010.

Результаты. Среди 11 беременных с РС у 1 больной была обнаружена вторично-прогрессирующая форма заболевания, у 1 – выявлен дебют РС, рецидивирующе-ремиттирующее течение РС было определено у 9 беременных.

В период беременности наблюдается уменьшение активности демиелинизирующего процесса, что соответственно клинически проявляется в виде снижения частоты обострений РС. Объясняется это явление возникновением иммуносупрессии. При РС реакции клеточного иммунитета снижаются, одновременно наблюдается уменьшение содержания CD8+ Т-супрессоров с одновременной активацией CD4+ Т-хелперов, запускающие каскад реакций гуморального иммунитета с дальнейшей продукцией аутоантител к миелину. Во время беременности наблюдается повышение соотношения Т-супрессоров/Т-хелперов. Ингибируется активность CD4+ Т-хелперов, отвечающих за активацию В-лимфоцитов, которые в свою очередь обеспечивают продукцию иммуноглобулинов, в том числе и тех, которые вызывают аутоиммунные реакции. На состояние иммунореактивности влияют и гормональные изменения, ассоциированные с повышением концентрации эстрогенов, прогестерона и пролактина в крови, обладающие иммуносупрессивным действием. Частота обострений РС на протяжении беременности может колебаться от 5% до 25%. В целом течение РС во время беременности является благоприятным и не требует медикаментозного лечения.

В то время как в послеродовом периоде риск развития обострения увеличивается на 70%, особенно в первые 3-6 месяцев после родоразрешения. Таким образом, послеродовой период является очень высоким фактором риска эскалации патологического процесса, что может быть связано с регрессом иммуносупрессии, резким падением уровня 17-β-эстрадиола, инфекциями, стрессом и повышенной физической нагрузкой. Каждый случай обострения в послеродовом периоде требует назначения гормональной пульс-терапии в соответствии со стандартами. В период ремиссии принимают один из препаратов, модифицирующих течение РС (глатирамера ацетат, ИФН-β-1а, ИФН-β-1в). В 50% случаев отмечают развитие послеродового депрессивного расстройства, что является мощным триггером обострения РС. Высокая частота обострений постепенно снижается к 12 месяцам после родов.

Выводы. В ходе исследования было выявлено, что во время беременности наблюдается снижение частоты обострений РС вследствие развития иммуносупрессии. Однако в послеродовом периоде отмечают значительное повышение риска эскалаций с более тяжелым течением РС. Анализ полученных данных выявил существенные различия между группами женщин, имевших детей и не рожавших в течение болезни, в возрасте дебюта и его симптомов. У женщин, уже имеющих детей, длительность РС составила в среднем 13,9 года, а у не рожавших – 8,8 лет. Для женщин с рецидивирующе-ремиттирующей формой РС, которые составляют 87—97% всех случаев, беременность не оказывает отрицательного влияния на текущее состояние заболевания, но вероятность эскалации РС в послеродовом периоде очень велика.

РС не имеет существенного влияния на развитие плода и способность к вынашиванию беременности. Однако при планировании беременности необходимо проводить консультации как невролога, так и гинеколога, а выбирая стратегию ведения и лечения пациентки, следует руководствоваться принципами персонализированного подхода. В настоящее время недостаточно изучены механизмы естественной иммуносупрессии во время беременности, а также влияние способа родоразрешения на частоту обострений РС в послеродовом периоде. Всестороннее изучение данной проблемы позволит разработать единые стандарты ведения беременности и способа родов у пациенток с РС, минимизировать риск обострений во время беременности и в послеродовом периоде, что даст возможность снизить инвалидизацию данной категории больных. Полученные нами данные указывают на необходимость более

глубокого и детального изучения течения беременности, родов и послеродового периода у пациенток с РС, включая иммунологический аспект, для разработки тактики ведения беременности и способа родоразрешения, а также подбора терапии.

ВКЛАД ПРОФЕССОРА ИВАНОВОЙ М.В. В РАЗВИТИЕ ДЕТСКОЙ КУРОРТОЛОГИИ В СССР

Третьякова О.С.¹, Заднипряный И.В.²

¹ *заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии КФУ*

² *заведующий кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии КФУ*

Введение. Профессор Иванова Маргарита Васильевна (1929-2012гг) – Заслуженный деятель науки и техники Украины, Заслуженный работник народного образования АР Крым, врач-педиатр высшей категории, доктор медицинских наук, профессор, на протяжении 30 лет - зав. кафедрой педиатрии Крымского государственного медицинского университета имени С.И.Георгиевского. Вся научная, педагогическая, врачебная деятельность М.В.Ивановой неразрывно связана с педиатрией, и, прежде всего, развитием детской курортологии в Крыму, в санаториях которого получали лечение дети со всего Советского Союза.

Цель исследования: осветить вклад профессора Ивановой М.В. в развитие детской курортологии в Советском Союзе.

Результаты исследований. Иванова Маргарита Васильевна прожила яркую, многогранную, достойную жизнь. После окончания в 1953 г. Крымского медицинского института и в последующем ординатуры, в 1957 г. защитила кандидатскую, а в 1965 г. докторскую диссертацию на тему «Хронический тонзиллит у детей и его санаторно-курортное лечение». С 1965 по 1977 гг. избрана заведующей кафедрой пропедевтики детских болезней, а с 1977 г. по 2007 г. - заведующей кафедрой госпитальной педиатрии КГМУ им. С.И. Георгиевского (Симферополь). Более чем за 60 лет своей научно-педагогической и практической деятельности М.В.Иванова стала широко известным врачом-педиатром в СССР. Высокая эрудиция, постоянная работа над новейшей мировой литературой, глубокие знания педиатрии и смежных дисциплин, огромный практический опыт сделал М.В.Иванову прекрасным диагностом и врачом-лечащим детей. За годы работы она создала научную школу, работающую над проблемами детской ревматологии и курортологии. Вела большую научную и методическую работу в детских санаториях Евпаторийского курорта, Ялты. Непосредственно под ее руководством были разработаны комплексы лечения и санаторно-курортной реабилитации детей, страдающих ювенильным ревматоидным артритом, высокая эффективность которых была доказана жизнью: дети, приезжавшие на лечение и передвигающиеся в инвалидных колясках, после нескольких месяцев санаторно-курортной реабилитации покидали Крым без них, получив возможность передвигаться самостоятельно.

С 1965 года на протяжении многих десятилетий была научным консультантом международного детского центра «Артек». Разработанная под ее руководством методика оздоровления детей в МДЦ «Артек» была отмечена премией АР Крым и по-прежнему применяется в Артеке.

Под ее научным руководством подготовлено 2 доктора и 28 кандидатов медицинских наук, 5 магистров. Результаты научных исследований опубликованы в 7 монографиях и в более чем 250 статьях. Монография «Лечение детей на курортах Украины» стала настольной книгой врачей – курортологов страны.

М.В.Иванова широко известна и как общественный деятель. В течение 20 лет она возглавляла общество Дружбы с Вьетнамом. Более 30 лет была председателем Ассоциации

педиатров Крыма. Имя М.В. Ивановой внесено в книгу «Жизнь замечательных людей Крыма» среди других 500 известных людей АР Крым.

Выводы. Профессор Иванова М.В. внесла неоценимый вклад в развитие детской курортологии не только Крыма, но и СССР. Научные разработки ее, ее учеников и последователей являются основой эффективной санаторно-курортной реабилитации детей на курортах Крыма.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ, ТАКТИКА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Басенко М. А.¹, Гонибова Л.А.²

¹*студент лечебного факультета Кубанского Государственного
Медицинского университета*

²*студентка лечебного факультета Кубанского Государственного
Медицинского университета*

научный руководитель: д.м.н., профессор Корочанская Н.В.

Введение. Болезни органов пищеварения (БОП) входят в перечень предотвратимых причин смертности в трудоспособном возрасте [Nolte E. et al., 2002], в связи с чем клиническая и социальная значимость гастроэнтерологических заболеваний весьма велика. Согласно данным Росстата [Здравоохранение в России. 2015], смертность от болезней органов пищеварения в Российской Федерации в последнее десятилетие стабильна и варьирует от 65,4 до 67,2 на 100 000 населения. За изучаемый период (10 лет) структура смертности населения Краснодарского края от БОП существенно не изменилась: на долю болезней печени приходится около 70% причин смерти лиц трудоспособного возраста, на втором месте патология поджелудочной железы (12,8%) и практически равные доли имеют язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки и «прочие болезни органов пищеварения» (6,69%, 5,69%) соответственно [Крайстат, 2016].

Цель и задачи исследований. Проанализировать эпидемиологию заболеваний печени на территории Краснодарского края, оценить типичные ошибки в тактике ведения больных с ЦП и на основании полученных данных оптимизировать алгоритмы диспансерного наблюдения и подходы к консервативному и хирургическому лечению пациентов с ЦП на муниципальном уровне.

Методика исследований. На протяжении 2015-2016 гг. мониторировали показатели диспансерного наблюдения пациентов с болезнями органов пищеварения, а также были проанализированы истории болезни и амбулаторные карты 523 больных, умерших с диагнозом «цирроз печени».

Результаты исследований. Проведенный анализ показал, что 176 (33,7 %) пациентов с циррозом печени (ЦП) умерли на дому, 347 (66,3 %) – в стационаре. Обращала на себя внимание поздняя диагностика заболевания – у 178 (34,0 %) больных диагноз цирроза печени был поставлен в течение года, предшествующего летальному исходу. С целью своевременного выявления осложнений портальной гипертензии, в частности, кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), 201 пациент (38,4 %) регулярно проходили эзофагогастродуоденоскопию, у 47 (8,9 %) человек проводилось профилактическое лигирование ВРВП. Непосредственными причинами смерти пациентов в стационаре явились: продолжающееся (рецидивирующее) кровотечение из ВРВП – 35 (6,7%) человек, рецидивирующее язвенное кровотечение – у 14 (2,7%) пациентов, прогрессирование печеночной энцефалопатии – у 305 (58,3%) человек, гепаторенальный синдром – у 43 (8,2%) пациентов, тромбоэмболия легочной артерии – у 2 (0,4%) человек. По итогам рецензирования историй болезней и амбулаторных карт умерших в 2015–2016 годах были проведены 8

расширенных ЛКК, на которых обсуждались ошибки и тактика ведения пациентов на амбулаторном и стационарном этапах, 1 краевая научно-практическая конференция, 3 кустовые врачебные конференции, 3 вебинара; в 44 района Краснодарского края разосланы стандарты ведения больных с ЦП на амбулаторном и стационарном этапах лечения.

Выводы. Пациенты с ЦП нуждаются в активном диспансерном наблюдении на амбулаторном этапе терапевтами, при необходимости – гастроэнтерологами, инфекционистами, наркологами. На стационарном этапе к ведению больных с ЦП следует подключать мультидисциплинарную команду врачей – хирургов, гастроэнтерологов, терапевтов, эндоскопистов, инфекционистов, наркологов.

ПЕРВООТКРЫВАТЕЛИ ДРЕВНЕЙ МЕДИЦИНЫ И НАУКИ

Лудан В.В.¹, Санина Г.Н.²

¹*доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ*

²*ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ*

Введение. Медицина древности представляет собой результат длительного и сложного, пути познания природы и человека. История зарождения и развития философской и медицинской мысли в государствах Древнего мира раскрывает значительную роль человека в истории науки медицины. Уже до нашей эры у народов Древнего мира возникли материалистическое понимание и зачатки научных знаний о природе.

Цель и задачи исследований – осветить роль человека в познании мира в целом и человека в частности с целью развития медицины Древнего мира. Проанализированы исторические литературные источники, содержащие информацию о возникновении и становлении медицины в странах Древнего мира: Месопотамии, Египте, Греции, Рима, Индии и Китая.

Результаты исследований. Древность развития человечества останется для всех будущих поколений базовой эпохой, потому что она образует основу будущего высокого развития и важным пунктом является выделение человека из животного царства, а содержанием – преодоление таких трудностей, которые никогда уже не встретятся будущим поколениям. Развитие эмпирических знаний и врачевания в странах Древнего мира имело как общие черты, так и характерные особенности каждого региона.

В древности шумеры Месопотамии наряду с египтянами создали первую в истории человечества письменность, пиктография на глиняных плитках. В 1889 г., в 160 км от Багдада, была найдена клинописная табличка, содержащая 15 рецептов. Этот древний медицинский текст является первой «фармакопеей» в истории человечества. Эмблемой вавилонского бога Нингизиды был посох, обвитый двумя змеями, ставший эмблемой медицины. Математическими методами вавилонян пользуется весь мир их делением круга на градусы, минуты и секунды; делением суток на 12 частей, впоследствии были заимствованы греками. При раскопках г. Сузы был обнаружен базальтовый столб высотой 2,25 м, на котором высечены законы вавилонского царя Хаммурапи, принадлежавшие к числу первых древних законодательств мира. В Месопотамии впервые в ветеринарной практике проводили кастрацию волов, они же делали эту операцию людям.

Достижением древних египтян было впервые применение десятичной системы счисления. Они впервые разделили сутки на 24 часа: 12 часов дня и 12 часов ночи и создали календарь: год состоял из 365 дней: 12 месяцев по 30 дней и 5 дней дополнительных в конце года. Первые представления о строении человеческого тела египтяне получили из практики бальзамирования, которая способствовала развитию этих познаний, а также свидетельствовала о достижениях в области химии, слово «химия» произошло от древнего

названия Египта – «Кемет». Им же принадлежит первое описание мозга, повреждения которого вызывали болезненное состояние других частей тела. Древние врачеватели Египта положили начало естественно – научным представлениям о мозге, которые подтвердились величайшими достижениями И.П. Павлова. Папирус описывает первые в истории способы контрацепции и тесты на беременность. В Древнем Египте Имхопет был первым врачом, который стал родоначальником светской медицины, утверждая, что болезнь зарождается естественным образом и не связана с духами. Греки восхищались египетскими врачами, впоследствии греческая медицина дала начало светской, естественной медицине. В эпоху эллинизма описательная анатомия стала самостоятельной отраслью. Основателем которой был врач Герофил первый, вскрывавший человеческие трупы. Врач Эразистрат, впервые разделил нервы на чувствительные и двигательные, описав, что все они исходят из мозга; впервые описал лимфатические сосуды брыжейки. Среди достижений хирургии является введение перевязки сосудов, использование корня мандрагоры в качестве обезболивающего средства.

Выдающийся врач Древнего Рима Гален впервые подробно изучал анатомию всех систем организма, велика его заслуга в области исследования нервной системы. Он описал все отделы головного и спинного мозга, семь (из двенадцати) пар черепно-мозговых нервов, 58 спинномозговых нервов и нервы внутренних органов.

Древняя цивилизация Индии сложилась в III тысячелетии до нашей эры. В этот период в долине Инда сформировалась высокая городская культура – хараппская цивилизация, где строительство в городах велось по заранее разработанному плану и является первым в истории человечества примером планировки города. Устройство системы канализации в Махенджо – Даро было одно из первых водопроводов в истории человечества и достижений индийской цивилизации. Индийцы создали десятичную систему счисления, которой пользуется весь мир, вычисляли проценты, возводили в степень и извлекали корень, заложили основы тригонометрии. Впервые в истории медицины ими описана и успешно произведена операция удаления помутневшего хрусталика.

В Древнем Китае впервые использовали диагностику пульса, а при лечении ку – метод акупунктуры.

Выводы. Проанализировав исторические литературные источники о развитии медицины Древнего мира можно сделать вывод, что он является базовой эпохой в истории медицины. Врачи своими исследованиями способствовали накоплению знаний по анатомии и физиологии, а появление письменности способствовало распространению медицинских знаний. Больного рассматривали в неразрывной связи с природой и причинами болезней признавали нарушение диеты и правил личной гигиены, изменения природных условий. Знали хирургию и останавливали кровотечение, применяли обезболивание. Уделялось внимание санитарии и благоустройству, что дало начало профилактической медицине. Систематизировались и обобщались законы, регулирующие все стороны жизни.

ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ КОММУНИКАЦИОННЫХ УСТРОЙСТВ ВЛИЯЕТ НА ДИНАМИКУ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

Ященко С.Г.¹, Рыбалко С.Ю.²

*¹доцент кафедры гигиены общей с экологией Медицинской академии
ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского"*

*²доцент кафедры медицинской физики и информатики Физико - технического
института ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского"*

yswet.net@mail.ru

В последние десятилетия электромагнитная характеристика окружающей среды значительно изменилась. За последние 50 лет суточная мощность только радиоизлучений суммарно, возросла в тысячи раз. Средства коммуникации, работающие в радиочастотном (РЧ) диапазоне стали неотъемлемой частью жизни современного человека, включая детей, подростков и молодых людей. Наряду с этим болезни системы кровообращения (БСК) занимают лидирующее место в структуре общей заболеваемости Российской Федерации (РФ) и наблюдается явное омоложение и тенденция к росту данного вида патологии. Современное и эффективное лечение большинства видов БСК является не только социально значимой задачей, но и входит в перечень дорогостоящих высокотехнологических видов медицинской помощи, в связи с чем, наиболее экономически выгодными являются профилактические мероприятия.

Исследования по оценке биологического действия электромагнитного излучения радиочастотного диапазона (ЭМИ РЧ) можно условно разделить на два этапа: первый – до появления мобильной связи (середина 90-х годов), второй – после широкого распространения мобильной связи во всем мире, как показано в работе Григорьева Ю.Г. "Сотовая связь и здоровье". Первый тип исследований основан на определении биоэффектов радиовещательных и радиолокационных источников ЭМИ РЧ, о чем указал Сердюк А.М. во "Взаимодействии организма с электромагнитными полями как фактором окружающей среды". Kolodynsk A., опубликовавший "Motor and psychological functions of school children living in the area of Skruna radiolocation station Latvia" выявил нарушения функционального состояния коры полушарий головного мозга, когнитивных функций, изменения условно – рефлекторных реакций, нарушения в деятельности сердечно – сосудистой системы (ССС), выраженные в измененной функции миокарда. На сегодняшний день с широким охватом мобильной связью всего населения, актуальность данных следований резко возросла, и становится значимой как на мировом, так и на государственном уровне. Изучение биологических эффектов ЭМИ мобильной связи является важной задачей Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), о чем сказано в "WHO. Electromagnetic fields and public health. Mobile phones". Данная проблема, безусловно, относится к приоритетным направлениям развития науки и в Российской Федерации (РФ), затрагивая сразу несколько критических технологий из перечня утвержденных Указом Президента РФ от 07 июля 2011г., № 899. Мониторинг ЭМИ РЧ является чувствительным инструментом, о чем Суворов И.М. указал в "Клиническом мониторинге в зонах воздействия электромагнитных полей радиочастотного диапазона". Это позволяет выявить взаимосвязь между электромагнитной нагрузкой и состоянием здоровья населения. Переход Республики Крым в законодательное поле РФ обосновывает необходимость качественного мониторинга электромагнитной обстановки в местах размещения передающих радиотехнических объектов.

В результате многочисленных исследований по изучению влияния ЭМИ РЧ на здоровье населения были выявлены изменения в функционировании нервной системы, нарушений когнитивных показателей, что подчеркнул Емелин В.А. в "Мобильная связь: факторы и механизмы воздействия на человека. Особое внимание заслуживает работа Ekici B. и соавторов "The effects of the duration of mobile phone use on heart rate variability parameters in

healthy subjects" выявлению эффектов действия ЭМИ РЧ на болезни системы кровообращения (БСК), являющиеся, в последнее время, несомненными лидерами заболеваемости, как в мире, так и в Российской Федерации, о чем сказано Герасимовой и соавторами в "Социально – экономической значимости заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения". Стоит обратить внимание, что большая часть результатов по выявлению эффектов действия ЭМИ РЧ на ССС была получена в модельных экспериментах с животными. В наблюдениях и экспериментах с воздействием исследуемого фактора на ССС человека было выявлено достоверное изменение variability сердечного ритма (BCP). Несмотря на значительный объем данных, собранных о последствиях ЭМИ РЧ, связанных с ССС, необходимо провести дополнительные исследования на клеточном и молекулярном уровнях, чтобы полностью прояснить этот вопрос. До тех пор, пока воздействие ЭМИ на ткани сердца не будет более полно изучено, к электронным устройствам, генерирующим ЭМИ РЧ, следует подходить с осторожностью, что подчеркнул Elmas O. в работе "Effects of electromagnetic field exposure on the heart: a systematic review". Таким образом, проведение мониторинга по выявлению связи между электромагнитной нагрузкой БСК позволит обнаружить механизмы биологического действия ЭМИ РЧ на сердечно – сосудистую систему организма человека. Целью данного геоэкологического мониторинга является выявление взаимосвязи между экспозицией и дозой электромагнитного излучения коммуникационных устройств и распространенностью БСК у населения РК. Для достижения этой цели предлагается решить ряд задач: 1) создание динамической карты электромагнитной нагрузки (ЭМН) для населения РК в радиочастотном диапазоне (РЧ) по значению плотности потока мощности, 2) хронометрическое картографирование БСК населения Республики Крым, 3) Выявление возможных статистических зависимостей между значениями РЧ ЭМИ и распространенностью БСК, 4) разработка профилактических мероприятий по снижению БСК и рекомендаций по уменьшению ЭМН.

РАЗВИТИЕ КУОРТОВ КРЫМА В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Лудан В.В.¹, Миргородский А.С.²

¹доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ

²студент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ

Введение. Здоровье населения – главная забота государства. Крым обладает всеми необходимыми ресурсами для сохранения здоровья детей и взрослых.

Цель и задачи исследований – осветить историю возникновения и становления санаторно-курортного лечения в Крыму, начиная с античных времен до настоящего времени. В историческом аспекте отразить роль человеческого фактора для сохранения здоровья. Проведен анализ исторических литературных источников, содержащих информацию о рекреационных возможностях Крыма.

Результаты исследований. Зарождению санаторно-курортного лечения в Крыму способствовали географические особенности расположения: полуостров омывает Черное и Азовское моря, а горный кряж Яйлы защищает южное побережье от холодных ветров. Воздух озонирован, насыщен ароматом хвои и богат солевыми частичками моря, что создает условия для лечения заболеваний органов дыхания. Крым один из самых теплых районов европейской части Российской Федерации. Он располагает источниками питьевых минеральных вод в Феодосии, Белогорске, Старом Крыму и в районе Керченского полуострова, где находятся источники сероводородных вод. Грязевые курорты используются для лечения посттравматических болезней суставов, полиомиелита.

Природа щедро одарила Крым, но только благодаря таланту человека заботиться о здоровье дает возможность использовать эти дары во благо. История развития санаторно-курортного лечения берет свое начало с древних времен, еще древнегреческие историки Геродот и Плиний Старший писали об использовании в Таврике грязи для лечения. На озере Чокрак лечились воины Александра Македонского. Во все времена целебные факторы на Крымском полуострове использовались стихийно, но после успешного лечения императрицы Марии Александровны стали предметом научного исследования. Использовать лечебные факторы крымского климата посоветовал Александру II врач С.П. Боткин После освобождения в Крыму в 1783 г. от турецко-османского ига и включения в состав России, по указу императрицы Екатерины II было начато освоение крымских земель. Первый в мире грязевой курорт открыт в 1820г. в г. Саки, где врач Н. А. Оже и химик Н. Сушков исследовали грязи. В Симферополе в 1837 г. было открыто отделение военного госпиталя и в 1853-55 г.г. во время русско-турецкой войны Н.И. Пирогов применял грязи для лечения раненых. По инициативе академика Н.Н. Бурденко и врача С.С. Налбандова в 1909 г. открыт «Институт диагностики и физических методов лечения» и построена грязелечебница. За образцовую постановку грязелечения курорту в 1912 г. присуждена золотая медаль Русского технического общества. В 1925 г. организовано неврологическое отделение и разработаны научные основы грязелечения при травматической болезни спинного мозга, остеомиелитах, заболеваниях центральной и периферической нервной системы. В Евпатории в 1886 г. построена грязелечебница на озере Мойнаки, которое было признано имеющим общественное значение и Высочайшим указом в 1897 г. «отдано под охрану от порчи и истощения», в 1913 г. награждена Большой серебряной медалью Всероссийской гигиенической выставки. Помещик Д.Л. Гелелович в 1913 г. в Евпатории основал бесплатный санаторий для детей неимущих семей. В 1924г. санаторию дано имя «Чайка», в память артистической коммуны Московского художественного академического театра, которая внесла большой вклад в развитие санатория. Здесь же проводилась научно – исследовательская работа профессора П.С. Медовникова. и в 1936 г. Евпатория стала победителем конкурса на определение места строительства детских санаториев.

В Ялте в конце XIX века врачами В.Н. Дмитриевым и Ф.Т. Штангеевым начаты планомерные исследования климатотерапии и в 1860 г. Ливадия стала местом лечения туберкулеза для императрицы Марии Александровны и в 1899 г. была заложена «Ялтинская санатория в память императора Александра III». По инициативе А.П. Чехова в 1903 г. в Алушке создан противотуберкулезный пансионат «Яузлар», ныне это санаторий имени А.П. Чехова. Император Николай II в 1914 г. подписал закон «О санаторной и горной охране лечебных местностей» и в честь императрицы Александры Федоровны в имении Массандра был построен противотуберкулезный санаторий.

В.И. Ленин в 1920 г. подписал декрет Совнаркома «Об использовании Крыма для лечения трудящихся». В урочищах Артека, у Медведь горы, на берегу моря в 1925 г. был основан санаторий для детей, страдающих туберкулезной интоксикацией по инициативе врача, председателя общества Красного Креста З.П. Соловьева. Ныне Артек международный детский центр. Для лечения у детей заболеваний органов дыхания и пищеварения, у взрослых сердечно-сосудистой системы используются санатории Феодосии. В Крымском научно – исследовательском институте физических методов лечения и медицинской климатотерапии имени И.М. Сеченова способом сравнительного анализа выявлено, что оздоровительный потенциал Крыма выше, чем у большинства зарубежных курортов. Крым считается колыбелью Российской научной школы грязелечения.

Выводы. Крым как курорт используется с древних времен, но наиболее активно его начали использовать со времен правления Романовых. Наиболее яркими центрами лечения являются грязевые курорты в г. Саки и Евпатории. Крым курортный защищен государством законодательно от порчи и истощения. Наиболее активно и социально доступный Крым для лечения стал в годы советской власти. Учеными проводятся исследования природных лечебных свойств, создаются научно – исследовательские институты, строятся санатории. Большое внимание уделяется сохранению здоровья взрослому и особенно детскому населению.

ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Лагунова Н.В.¹, Семенчук Т.В.², Номеровская А.А.³

¹проф., д.м.н., зав. кафедрой педиатрии с курсом детских инфекционных болезней.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО "

КФУ им. В.И. Вернадского".

²доцент кафедры педиатрии с курсом детских инфекционных болезней. Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО " КФУ им. В.И. Вернадского".

³Заведующая отделением психоневрологии ГБУЗ РК (РДКБ). г.Симферополь.

Введение. Детский церебральный паралич (ДЦП) у детей является мульти-факториальным заболеванием. По данным неврологического отделения детской Республиканской клинической больницы (РДКБ) АРКрым за прошедший год было пролечено более 300 детей с ДЦП. Выраженность клинических симптомы заболевания зависит от этиопатогенетических механизмов: задержка двигательных навыков, судорожный синдром, отставание в психомоторном развитии. Повышенный мышечный тонус создает значительные трудности в акте движений, нарушена координация движений, возможны эпилептические приступы. Дети с ДЦП часто страдают нарушениями зрения, слуха, психическими расстройствами и т.д.. На фоне основного заболевания возникают расстройства желудочно-кишечного тракта: гастроэзофагально-рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Причинами тяжелого течения ГЭРБ являются снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера и паралич мышц глотки вследствие нарушения иннервации верхних пищеводных путей, а также длительного нахождения больного в горизонтальном положении и замедленная эвакуация пищи из желудка. Консервативное лечение ГЭРБ во многих случаях не эффективно. Длительное тяжелое течение ГЭРБ обуславливает возникновение аспирационных пневмоний и их осложнений, что может привести к летальному исходу.

Цель и задачи исследований. Показать не стандартный подход к профилактике и лечению пневмоний у детей с детским церебральным параличом.

Методика исследований. Приведен клинический случай больного ребенка А., 2,5 года, страдающего тяжелой формой ДЦП и находящегося в неврологическом отделении РДКБ на лечении. Больной неоднократно поступал в отделение с целью коррекции терапии. Однако, в течении 2015-2016гг на фоне основного заболевания отмечалось ухудшение состояния здоровья ребенка, что было связано с возникновением и тяжелым течением пневмоний. На основании клинических симптомов болезни (малопродуктивный кашель, одышка, бледность кожных покровов, изменений перкуторного звука и наличие влажных разнокалиберных и крепитирующих хрипов), лабораторных и дополнительных методов обследования (общий анализ крови, мочи, R-графии органов грудной клетки, фиброгастроуденоскопии (ФГДС) и т.д.) был выявлен эзофагит и гастроэзофагальный рефлюкс, и как осложнение аспирационная пневмония. Ребенок длительно получал активную консервативную терапию ГЭРБ. Лечение эффекта не оказало. Проведен консилиум. Было принято решение провести антирефлюксную операцию: лапароскопическую фундопликацию. Впервые антирефлюксная операция - фундопликация была проведена Рудольфом Ниссенем 1955 году. При проведении фундопликации восстанавливается анатомическое строение и функциональное состояние нижнего пищеводного сфинктера: восстанавливается тонус желудка, улучшается его опорожнение.

Результаты исследований. Длительное наблюдение за больным как в условиях стационара так и на дому, повторное проведение ФГДС и R-графии органов грудной клетки в прямой проекции не выявили наличие симптомов рефлюкс-эзофагита, рецидивов пневмоний не наблюдалось.

Выводы. Оперативный метод лечения ГЭРБ у ребенка с ДЦП был эффективным. Проведение операции лапароскопической фундопликации в данном случае исключил развитие аспирационной пневмонии, улучшил качество жизни тяжело больного ребенка.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ АФРИКАНСКИХ СТУДЕНТОВ В НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В МОСКВЕ

Лавер Б.И.

к.м.н., профессор кафедры промышленного здравоохранения ФГБОУ УПО ИПК ФМБА

В условиях глобализации иностранные студенты являются одним из важных индикаторов конкурентоспособности российской высшей школы на международном рынке образовательных услуг.

В связи высокой студенческой мобильностью и приемлемыми цена на образовательные услуги в России с 2007 по 2015 гг. численность иностранных студентов выросла с 129,6 до 172,4 тысяч человек.

Необходимо отметить, что адаптация к учебному процессу иностранных студентов связана с приспособлением к новым климато-географическим и социальным условиям. Это приводит к напряжению физиологических систем организма (Кузьмина, Я.В., Глебов В.В.), а порой к их срыву: до 5% прибывающих студентов возвращаются домой из-за ухудшения состояния здоровья.

Выявить сложности адаптационных процессов африканских студентов к комплексу факторов окружающей среды в условия столичного мегаполиса стало отправной точкой нашего исследования.

Объект и методы исследования. Объектом исследования стали биоритмологические особенности и адаптационные процессы африканских студентов.

Исследование проводилось на студентах РУДН, приехавших из стран Центральной Африки (Восточный, Центральный и Западный регион). Общая выборка студентов составила 134 человека возраста от 18,2 до 19,7 лет.

Исследование проводилось с помощью анкет, в которых были включены вопросы адаптации иностранных студентов к природно-климатическим, социо-культурным условиям. Оценка психологического состояния и биоритмы проводилась с помощью тестирования.

Полученные данные. Анализ анкетных данных позволил выявить стресс факторы, значимо влияющие на адаптационные процессы африканских студентов.

Анализ анкетного опроса выборки африканских студентов выявил следующие факторы окружающей среды, которые оказывали большое влияние на самочувствие и адаптацию иностранных учащихся в условиях столичного мегаполиса (рис.1)



Рис.1. Структура комплексных факторов, оказывающих влияние на адаптационные процессы африканских студентов (n=134)

Было выявлено, что самой многочисленной группой в исследуемой выборки африканских по биоритмологическому типу были «голуби» (утренний тип) и «совы» (ночной тип), среднегрупповые данные которых составило по 40%. Оставшиеся 24% представляли тип «жаворонки» (смешанный тип).

Анализ полученных данных анкет по российским студентам были выявлены следующие биоритмологические типы: 60% «голуби» (утренний тип), 40% - «совы» (ночной тип). Интересно отметить, что нами не было выявлено ни одного биоритмологического типа «жаворонки» (смешанный тип).

На рис. 2. даны среднегрупповые показатели тревожности исследуемой выборки африканских и российских студентов.

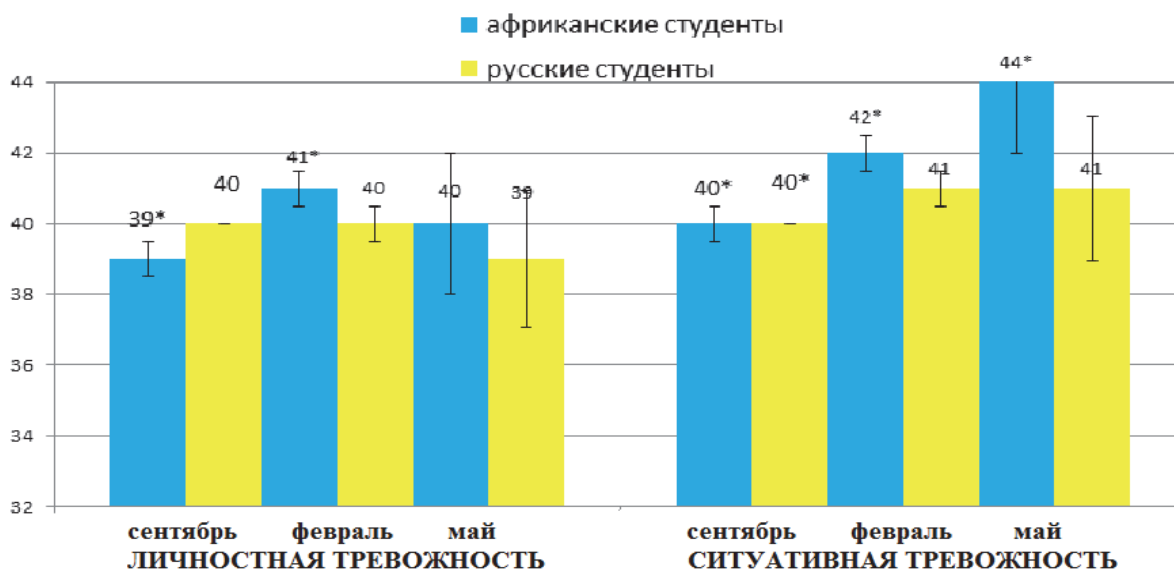


Рис. 2. Среднегрупповые показатели (баллы) тревожности исследуемой выборки студентов (n=134)

Из рисунка видно, что с сентября по февраль отмечается рост личностной тревожности у африканских студентов (с 39 до 40 баллов). Такая же тенденция роста показателей среди африканских и российских студентов отмечается по ситуативной тревожности. Видно, что с сентября по май рост ситуативной тревожности составил 4 балла (с 40 по 44 балла) при значимости различий $p < 0,05$.

Заключение. Таким образом, по биоритмологическому типу у африканских студентов преобладали «голуби» (утренний тип) и «совы» (ночной тип). Оставшиеся 24% представляли тип «жаворонки» (смешанный тип).

Оценка психо-эмоционального состояния африканских студентов показала ухудшение психического самочувствие студентов из Африки, что выражалось в росте личностной и ситуативной тревожности у иностранных учащихся (с 39 до 40 баллов).

ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОГО ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА БЕЗОПАСНОСТЬ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Соловьева Е.А.,

к. вет.наук, доцент, Елецкий государственный университет им. И.А. Бунина

Организм человека находится в тесной взаимосвязи с окружающей средой (природная, социальная). Хорошо известно, что проблемой многих отклонений в здоровье человека является влияние факторов окружающей среды на организм личности, а значит, здоровье индивидуальное и здоровье общественное обусловлено экологической обстановкой. Средовые факторы окружающей среды как правило делят на физические, химические, биологические и социальные.

По оценке социально-гигиенического мониторинга в Российской Федерации основными химическими загрязнителями являются:

- токсиканты атмосферного воздуха, которые представляют химические соединения такие как оксид углерода, диоксид азота, аммиак, фенол, формальдегид, диоксид серы, сероводород, свинец, хлорид водорода, бенз(а)пирены, бензол, толуол;
- ядохимикаты и тяжелые металлы, находящиеся в питьевой воде. К ним можно отнести пестициды, свинец, ртуть, хром, бор, различные оксиды (кадмий, железа, никеля, железа) 1,2-дибромтрихлорпропан, хлороформ, акрилонитрил, бериллий, мышьяк;
- загрязнители почвы – тяжелые металлы, жидкие углеводороды, пестициды, гербициды, нитросоединения.

Существуют также факторы физического неблагоприятного воздействия на человека, где значимое воздействие на организм человека оказывают шумовое электромагнитное, ионизирующие загрязнение и опасные гидрометеорологические и климатические факторы среды человека.

Помимо этого в природной среде существуют факторы биологической природы – микро- и макроорганизмы, а также их метаболиты - биотоксины.

В природной и социальной среде возникают периодически чрезвычайные ситуации, которые резко повышают концентрацию загрязнителей, которое деструктивно воздействует на организм человека вплоть до смертельного исхода. В связи с этим в классификации значение негативных факторов делят на следующие уровни: оптимальный, субэкстремальный, экстремальный и сверхэкстремальный.

Базисным условием всего живого на Земле отмечают такое явление как гомеостаза, которое было выработано в ходе эволюция. Оно генетически закреплено и является адаптационным свойством любого организма в разных условиях его обитания. Адаптационные процессы к изменяющимся условиям средовых факторов осуществляется за счет включения психофизиологических механизмов гомеостаза, в котором происходит балансировка влияющих факторов и состоянием организма на новом уровне существования при сохранении постоянства его внутренней среды.

Подходящий для организма уровень воздействующих средовых факторов дает возможность поддерживать здоровье человека и эффективную долговременную адаптацию организма при различных флуктуациях средовых параметров факторов окружающей среды в пределах приемлемого уровня.

В случае если параметры средовых факторов поднимаются до субэкстремального уровня, то долговременные приспособительные процессы возможны, однако отмечают при этом перенапряжение функциональных систем организма. В этом случае у части индивидов формируется лишь кратковременная адаптация, а у некоторых индивидуумов при дефиците психофункциональных резервов отмечается дезадаптация.

Важно также отметить, что к сверхэкстремальным средовым факторам приспособительные реакции человека невозможны.

При условии уравновешенности параметров работы организма с комплексом факторов окружающей среды, функциональная работа человека находится в пределах индивидуальной нормы, адаптационные резервы сохранены, то можно говорить о том, что организм здоров. Таким образом, по принятому специалистам ВОЗ (Всемирной организацией здравоохранения) понятие "здоровье", трактуется как "состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов", болезнь представляет собой нарушение жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или (и) морфологическими изменениями при воздействии на организм факторов среды обитания.

Всем известно, что существует состояние предболезни (преморбидное состояние), которое можно охарактеризовать как состояние здоровья находящееся в предклинической стадии заболевания. При этой ситуации в организме человека формируется комплекс характерных изменений, не доходящих до уровня патологии, но выходящих за пределы индивидуальной нормы функционирования организма. Это является признаком перенапряжения приспособительных механизмов, при которой включаются компенсаторные механизмы регуляции функций всего организма.

Таким образом, окружающий мир является чрезвычайно сложную систему, в которой взаимозависимые между собой элементы взаимодействуют между собой по принципу обратной связи. По мере развития научно-технического прогресса человек все больше воздействует на систему в целом, приводя дисбалансировке в сложившемся природном равновесии. Как обратная реакция - ухудшение экологической обстановки, и рост экологически зависимых заболеваний у человека. В складывающейся экологической ситуации, с ростом уровня экологически и социально зависимых заболеваний парадигма государственной системы обеспечения безопасности жизнедеятельности человека должна быть направлена на снижение риска потери жизни и здоровья человеком. В этом направлении основным механизмом изучения влияния среды обитания на здоровье населения является использование мониторинговых систем, а также создание организации мониторинга.

Социально-гигиенический мониторинг представляет собой государственную систему наблюдения, анализа, оценки и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания человека, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания. Мониторинг осуществляется в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Проведение мониторинга осуществляется учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ совместно с федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления.

Представление в федеральный информационный фонд данных, полученных в ходе мониторинга, обмен ими между органами исполнительной власти, учреждениями и организациями, участвующими в его проведении, осуществляется на безвозмездной основе.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОГО ГИПЕРТЕНЗИОННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

А.В.Ткач¹, А.В.Плоткин^{1,2}

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
(Симферополь)¹

ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи №6» (Симферополь)²

Ключевые слова: компартмент-синдром, МГИС, интрамедуллярный остеосинтез

Одним из важных проявлений острых посттравматических нарушений кровообращения конечности является местный гипертензионный ишемический синдром (МГИС, compartment-syndrome) – состояние, при котором высокое подфасциальное (тканевое) давление в закрытом костнофасциальном пространстве уменьшает перфузию мышц, вызывая их ишемию, некроз и приводит к формированию ишемической контрактуры.

Данное состояние возникает при нарушении градиента давления между тканями и сосудистой сетью. Условиями для возникновения данного состояния являются наличие костно-мышечного футляра и факторов, вызывающих повышение давления в нём. Предрасполагающими факторами могут служить ряд сопутствующих хронических заболеваний, приводящих к снижению уровня белка в сыворотке крови (заболевания почек, пищеварительного тракта и т.д.).

В зарубежной литературе также отмечается вариабельность симптоматики, однако наиболее часто встречаются пять симптомов, которые вошли в так называемый «syndrome 5 P»: pain (боль), paraesthesia (парестезия), passive stretch (пассивное растяжение – выраженная боль, появляющаяся при натяжении мышц), pressure (давление) измеряется либо пальпаторно, либо дифференцированно по методике Whiteside T. или Whiteside's в модификации Страфуна С. С. и др., мониторинговой системой внутрифутлярного давления фирмы Stryker, Pulselessness (снижение наполнения пульса).

Увеличение подфасциального давления (ПФД) зависит от тяжести травмы и времени действия травмирующего агента, степени выраженности гипотонии. В случае МГИС, увеличение подфасциального давления происходит на 8 – 40 мин от эпизода травмы или операции. Крылатое выражение Брукса – «при появлении симптомов классической контрактуры Фолькмана, война с ишемией уже проиграна», является актуальным и в настоящее время. Данное обстоятельство побудило нас изучить дополнительные меры профилактики и лечения МГИС на ранних этапах, до развития клинических проявлений ишемического поражения тканей.

Цель нашего исследования: повысить эффективность профилактики и лечения МГИС легкой и средней степеней при лечении переломов костей голени.

Методы исследования. Работа основана на изучении результатов лечения 93 пациентов с диафизарными переломами большеберцовой кости, которым был произведен блокируемый интрамедуллярный остеосинтез (БИОС) в ортопедо-травматологическом отделении ГБУЗ РК «Клиническая больница скорой медицинской помощи №6 г. Симферополь». В подавляющем количестве случаев мы использовали металлоконструкции ChM (81 пациент – 87,10%), в 11 случаях (11,83%) применялся фиксатор Блискунова, в 1 случае (1,07%) металлоконструкция Stryker c1992 по 2015 гг.

Наибольшее количество случаев приходилось на группу тяжелых повреждений (81,72%) категории В и С – 61,29% и 20,43% соответственно. Следует отметить, что по литературным данным именно в группах В и С возникает риск развития местного гипертензионного ишемического синдрома **Ошибка! Источник ссылки не найден.**

Предложенная нами интраоперационная борьба с имеющимся МГИС или его профилактикой является выполнение декомпрессивных фасциотомий из технологических доступов для имплантации БИОС большеберцовой кости.

Принципиально технология синтеза при применении фиксаторов и кондукторов различных систем практически не отличается. При проведении полузакрытых профилактических фасциотомий голени не вносятся никаких изменений в технологию закрытого интрамедуллярного остеосинтеза большеберцовой кости. Фасциотомия всех четырех футляров голени проводится из технологических операционных доступов для имплантации фиксатора.

Термин полузакрытая фасциотомия объясняет, что разрез кожи проводится не на всем протяжении фасциотомии, (тогда данный способ носит названия открытой фасциотомии), а только для введения инструмента для её проведения и чёткой визуализации фасциальных листков с целью профилактики осложнений (повреждения подкожных вен), излишней травматизации мягких тканей и контроля адекватности проведения фасциотомии.

Декомпрессия переднелатерального костно-фасциального футляра проводится из основного доступа для имплантации стержня. Разрез фасции начинается на 2-3 см дистальнее уровня шейки малоберцовой кости.

Смещаясь в латеральную сторону на 2 см малоберцовой кости, проводится декомпрессионная фасциотомия латерального костно-фасциального футляра, начинаясь так же на 2 см дистальнее шейки малоберцовой кости.

Из доступа для проксимального блокирования проводится декомпрессия заднего поверхностного и заднего глубокого костно-фасциальных футляров.

В нашей практике мы отдавали предпочтение проведению декомпрессии футляров при помощи фасциотома. Данный инструмент практически незаменим при проведении закрытых декомпрессий. Так в случае проведения другими инструментами, выполнить закрытую фасциотомию практически не возможно. В данных случаях создаётся угроза неадекватности проведения фасциотомии (рассечение другого футляра, или недостаточное рассечение фасции по длине, что обуславливает неадекватность декомпрессии футляра).

Обсуждение. Оценку функционального состояния оперированной конечности по шкале Маттиса-Любошица-Шварцберга после оперативного вмешательства – неудовлетворительных результатов нами не наблюдалось. Подавляющее количество результатов лечения (92,47%) было оценено как «отличное» и «хорошее». Следует отметить, что в исследуемой группе все пациенты (100%) были отнесены в группу «отличное». Данное объяснение нами связывается с профилактикой местного гипертензионного ишемического синдрома. МГИС не наблюдался не только в клинической форме его проявления (средней и тяжелой степени), но и в субклинических проявлениях (легкой форме). Если более тяжелые степени МГИС наиболее опасны развитием некротических изменений тканей, на фоне которого развиваются осложнения раннего периода, то МГИС легкой формы, на фоне длительной гипоксии ткани проявляется в отдаленных периодах замедленным сращением или его отсутствием, снижением силы сегмента (порции мышц находящихся в футляре с большим проявлением синдрома), контрактурами в результате рубцово-фиброзного перерождения.

Выводы:

1. Проведение профилактических фасциотомий голени из технологических разрезов для имплантации блокирующего стержня позволяет предупредить развитие МГИС легкой и средней степени, которые протекают в бессимптомно или в субклинической форме, однако является основными причинами развития воспалительного, несращения или замедленного сращения, хронического отечно-болевого синдрома.

2. Профилактические полузакрытые и закрытые фасциотомии позволяют проводить БИОС большеберцовой кости при наличии МГИС легкой и средней степени тяжести, не дожидаясь регресса острой фазы синдрома.

ДИЕТОТЕРАПИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТАГОНИСТОВ СЕРОТОНИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИГРЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Ткач В.В.¹, Соломенная В.С.²,

¹ к.м.н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского, КФУ

²Студентка кафедры нервных болезней и нейрохирургии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского, КФУ

Введение. Мигрень (М) является хроническим заболеванием, характеризующееся повторяющимися приступами односторонней пульсирующей головной боли, сопровождающимися вегетативными и эмоциональными нарушениями. В современной МКГБ II выделены следующие формы М.: М. без ауры (ранее – простая мигрень), которая встречается в 70% случаев; М. с аурой (ранее – ассоциированная) -30%. М. страдает от 10 до 30% населения в мире, женщины в 2 раза чаще мужчин, особенно в периоды гормональных изменений в организме, в частности в период беременности (1-й триместр). Причинами значительной дезадаптации пациентов, страдающих М, являются высокая интенсивность боли и сопровождающих ее симптомов (рвота и др.), высокая частота и длительность мигренозных атак, симптомы, предшествующие М (продромальный период) и резкое снижение работоспособности в последующие несколько дней. *В связи с чем в последние годы отмечается возрастающий интерес к проблеме профилактического лечения М, особенно в период беременности, во время которой противопоказан ряд препаратов: триптаны, НПВС и др. Эффективное межприступное лечение способствует сокращению количества потребляемых анальгетиков, предупреждает развитие лекарственной зависимости и лекарственной формы головной боли (абзусная ГБ), повышает качество жизни больных.*

Цель. Изучение эффективности применения рационального питания, как фактора снижения частоты и интенсивности цефалгии у беременных женщин, страдающих М.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе консультативно-диагностической поликлиники перинатального центра ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» в течение 2 лет. Под наблюдением находилось 20 беременных, из которых у 18 отмечалась М. без ауры, у 2-х – М. с аурой. Для измерения интенсивности боли была использована визуально-аналоговая шкала — ВАШ, Visual Analog Scale, VAS. Результаты методики составили от 6 до 10 баллов (средняя и сильная боль). Так же каждой пациентке было предложено вести дневник ГБ, где они фиксировали факторы, влияющие на цефалгию (смена погодных условий, нарушения режима сна, продукты питания и др).

Результаты. В обобщенном виде современная неврология рассматривает приступ мигрени как регионарный (церебральный и краниальный) сосудистый криз. Особая роль в котором отводится серотонину. Перед приступом усиливается агрегация тромбоцитов, из них высвобождается серотонин, связывающийся с 5-гидрокситриптамин-1-подобных (5-ГТ-1) рецепторами, что приводит к сужению интракраниальных сосудов. В результате развивается очаговая ишемия мозга, что может проявлять себя разнообразными симптомами ауры. В дальнейшем вследствие интенсивного выделения серотонина почками содержание его в крови снижается, что обуславливает дилатацию и повышение проницаемости стенки сосудов (главным образом экстракраниальных). Смена сужения преимущественно интракраниальных сосудов на дилатацию экстракраниальных переводит приступ мигрени в болевую фазу, поддерживающуюся околососудистым отеком и возбуждением афферентных волокон тройничного нерва (тригемино-вазкулярная теория Лео) в результате выделения ряда биологически активных ноцицептивных веществ, участвующих в формировании нейрогенного воспаления (серотонина и др. БАВ).

В связи с открытием данного механизма возникновения мигрени в неврологическую практику вошло широкое использование препаратов, относящихся к группе антагонистов

серотониновых рецепторов (метисергид, пизотифен, лизурид, ципрогептадин и др.). Однако период беременности и кормления грудью является противопоказанием к их назначению. Альтернативным вариантом служит диетотерапия, включающая ограничение продуктов, содержащих в большом количестве серотонин и другие либераторы.

Большое количество триптофана (предшественник серотонина) содержится в мороженом, шоколаде и какао, бананах, сое, томатах, молоке, сырах длительной выдержки (Рокфор, эмментайлер, чедер), сливах в связи с чем они не рекомендованы при мигрени. К продуктам, содержащим большое количество гистамина относятся сыры, помидоры, квашеная капуста, рыбные консервы, говяжьи сосиски, сырокопченые и полукопченые колбасы, сельдерей, цитрусовые. Не рекомендуются так же продукты питания, в состав которых входит большое количество таких пищевых добавок, как тартразин (Е-102), окрашивающий продукты насыщенным желтым цветом, и Е-122 — азорубин (красный цвет).

В сбалансированном питании беременных предусматриваются оптимальные содержание основных нутриентов. Продукты, рекомендуемые в рацион диеты при М., должны включать большое количество магния, так называемые «зеленые» овощи: зеленый болгарский перец, брокколи, петрушка, укроп, латук; сухофрукты: чернослив, курага, изюм, финики, сушеный инжир. Из молочных продуктов разрешено употреблять обезжиренное молоко, нежирный творог, мягкие сливочные сыры типа рикотты или маскарпоне. Следует помнить, что многие белковые продукты даже при недолгом хранении способны накапливать большое количество тирамина – вещества, провоцирующего приступы М, поэтому можно употреблять в пищу только свежие яйца, нежирное парное мясо, охлажденную птицу без кожи и свежую рыбу. Полезны растительные масла – оливковое, льняное, подсолнечное, кукурузное и др., способствующие так же улучшению перистальтики у беременных.

Вывод. Несмотря на значительный арсенал препаратов, используемых для профилактического лечения мигрени, высокоэффективная профилактика ее приступов представляет на сегодняшний день большие трудности. Профилактическое лечение мигрени в первую очередь должно достигаться путем модификации образа жизни и питания и только при необходимости добавлением медикаментов. У всех беременных с М. без ауры наблюдалось уменьшение интенсивности и частоты ГБ, у беременных страдающих М. с аурой прослеживалось уменьшение степени выраженности предшествующих фокальных неврологических симптомов и самого болевого приступа.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АКТИНИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА

Колесник В.М.¹, Кислицын А.А.²

1-доцент кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии имени С.И.Георгиевского КФУ

2-студент кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии имени С.И.Георгиевского КФУ

научный руководитель: к.мед.н., доцент Колесник В.М.

Актинический хейлит представляет собой аллергическую реакцию замедленного типа, обусловленную повышенной чувствительностью красной каймы губ к солнечному свету. Течение заболевания хроническое, рецидивирующее. Ухудшение состояния отмечается летом. Актинический хейлит имеет склонность к озлокачествлению. Заболевание встречается в двух формах - экссудативной (экзематозной) и сухой (ксерозной). Диагностика актинического хейлита основана на клинической картине и типичном анамнезе. Начало, и обострение заболевания связано с интенсивной инсоляцией, обычно в летнее время года.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей течения клинических форм актинического хейлита.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 45 больных в возрасте от 19 до 62 лет (из них мужчин – 39, женщин –6). Клиническое обследование пациентов проводили по общепринятой методике. Ксерозная форма актинического хейлита встречалась у 24 из них, экссудативная- у 21 .

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что ксерозная форма актинического хейлита протекала в две стадии. Обе стадии имели самостоятельную клиническую картину и неодинаковую склонность к озлокачествлению.

При первой стадии больные предъявляли жалобы на сухость, стянутость и зуд губ. Обследование выявляло мелкие, бело-серебристые чешуйки на гиперемированной коже и красной кайме губ. Вторая стадия – ксерозная форма с бородавчатыми разрастаниями. При этом больные жаловались на сухость, болезненность, огрубение и необычный вид губ. При осмотре на гиперемированной красной кайме губ помимо мелких чешуек были отмечены папилломатозные разрастания, локализующиеся на красной кайме губ и не затрагивающие кожу и слизистую.

В течении экссудативной формы актинического хейлита выявлены различия, позволившие нам выделить три степени тяжести этой формы: легкую, среднюю и тяжелую.

Экссудативная форма актинического хейлита легкой степени тяжести начиналась после 2-3 часового пребывания на открытом солнце с ощущения стянутости губ, затем присоединялась незначительная болезненность. При объективном исследовании на слабо гиперемированной красной кайме губ (чаще нижней) обнаруживались мелкие чешуйки и пузырьки, после вскрытия которых образовывались эрозии диаметром до 1 мм. Слизистая оболочка и кожа губ была без изменений. Общее состояние больных не страдало.

Средняя степень тяжести начиналась так же, как и легкая. Однако объективное исследование выявило гиперемию, отек и болезненность при пальпации красной каймы губ, эрозии округлой формы диаметром до 2 мм, окруженные геморрагическими корками. Слизистая оболочка и кожа губ - без изменений. Общее состояние у больных нарушалось мало: у некоторых из них отмечалась разбитость и вялость.

Больные экссудативной формой актинического хейлита тяжелой степени тяжести предъявляли жалобы на сильную сухость и болезненность губ, затрудненный прием пищи. При объективном исследовании отмечали гиперемию и отек красной каймы и кожи губ. На красной кайме имелись неглубокие трещины, эрозии до 5 мм в диаметре, окруженные чешуйками и корками. Страдало общее состояние больных: отмечалась разбитость, головная боль и субфебрильная температура.

Выводы. Выявленные особенности течения актинического хейлита обусловили дифференцированный подход к назначению лечения различных степеней тяжести заболевания.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПРОЛАКТИНА И СИСТЕМЫ ЦИТОКИНОВ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Соболева Е.М.

*Доцент кафедры педиатрии, физиотерапии и курортологии ФПМКВК и ДПО
Медицинская академия имени С.И.Георгиевского*

Ювенильные артриты – являются актуальной проблемой современной педиатрии и ревматологии, что обусловлено ростом заболеваемости, ухудшением качества жизни, высоким уровнем инвалидизации, значительными социально-экономическими потерями для общества и семьи. Патогенез ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) до сих пор остается одной из наиболее сложных и интенсивно изучаемых проблем. Считается, что в основе патогенеза заболевания лежит развитие аутоиммунного воспаления и дисбаланс в системе цитокинов.

Гомеостаз во время воспаления достигается балансом между цитокинами и гормонами. Цитокины вместе с продуцирующими их клетками образуют «микроэндокринную систему», которая обеспечивает взаимодействие клеток иммунной, кроветворной, нервной и эндокринной систем.

Среди пептидных гормонов важную роль во взаимодействии и регуляции активности клеток иммунной системы играет пролактин. Повышенные уровни ПРЛ, часто описываемые при аутоиммунных заболеваниях, могут зависеть от координации двунаправленных сообщений между ПРЛ и иммунной системой.

Цель исследования – оценить роль пролактина, про- и противовоспалительных цитокинов в патогенезе ювенильного ревматоидного артрита.

Материалы и методы исследования

Исследования проводились на базе ГУДССКС «Здравница» (г. Евпатория). Было обследовано 40 больных ЮРА, в возрасте от 7 до 16 лет (средний возраст $12,30 \pm 0,22$). Суставно-висцеральную форму заболевания диагностировали у 7 детей, преимущественно суставную — у 33 больных. На период обследования у 7 пациентов преобладала умеренная степень активности процесса, у 22 -минимальная и 10 детей находились в стадии ремиссии. По длительности заболевания больные распределились следующим образом: у 16 детей стаж болезни составил от 1 до 3 лет, у 10 — от 3 до 6 лет и у 14 — более 6 лет.

Контрольную группу (КГ) составили 15 практически здоровых сверстников.

Определение количественной концентрации в сыворотке крови показателей цитокинового статуса (ФНО- α , ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-4, ИЛ-10) и пролактина проводили методом «двухступенчатого» иммуноферментного анализа (ELISA). Использовались следующие тест-систем: интерлейкины ("Вектор-Бест", Россия), пролактин (ООО «Хема-Медика» г. Москва).

Полученные в процессе исследования данные обрабатывались методом математической статистики с использованием сертифицированного компьютерного пакета обработки данных «STATISTICA-6» для работы в среде Windows. Определялись основные статистические характеристики: среднее (M), ошибка среднего (m) и стандартное отклонение, достоверными считались результаты при $p < 0,05$. Проверка гипотез о равенстве двух средних производилась с использованием непараметрических методов статистики. Для оценки степени взаимосвязей проводился корреляционный анализ с вычислением парных коэффициентов корреляции (r) Спирмена.

Полученные результаты и их обсуждение. Проведенное нами исследование показало, что у пациентов с ЮРА значения как провоспалительных (ФНО- α , ИЛ-1, ИЛ-6), так и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10) цитокинов достоверно ($p < 0,01$) превышают показатели контрольной группы.

Внутрисистемный корреляционный анализ, выявил следующие корреляционные пары: ФНО- α -ИЛ-1 ($r=0,43$; $p < 0,05$); ИЛ-1-ИЛ-6 ($r=0,61$; $p < 0,05$), что подтверждает факт

последовательной активации и вовлечения в патологический процесс провоспалительных цитокинов.

В отношении противовоспалительного потенциала была выявлена достоверная прямая корреляционная связь средней силы ($r=0,59$; $p<0,05$) между уровнями ИЛ-4 и ИЛ-10. Так же были выявлены корреляции между степенью активности заболевания и содержанием ИЛ-4 ($r=-0,46$; $p<0,05$), уровнем ИЛ-10 и проявлениями функциональной недостаточности ($r=-0,43$; $p<0,05$), что подтверждает факт снижения противовоспалительного потенциала, ассоциированного с увеличением степени активности заболевания и, как следствие, прогрессированием функциональной недостаточности у пациентов данной группы.

Изменения содержания пролактина у больных ЮРА выражались в его достоверно более высоких значениях по сравнению с КГ. При этом нивелировались половые различия, характерные для здоровых детей. У девочек уровень пролактина составил $353,25\pm 14,85$ мЕд/л, у мальчиков – $354,07\pm 14,72$ мЕд/л ($p<0,001$) (в КГ – $255,75\pm 20,62$ мЕд/л, $p<0,001$ и $193,66\pm 17,15$ мЕд/л, $p<0,001$, соответственно). Показатели уровня пролактина сохранялись достоверно высокими, по сравнению со здоровыми сверстниками, не зависимо от возраста, формы и степени активности заболевания. Достоверных отличий внутри групп (возраст, форма, степень активности) не выявлено.

Выводы:

1. У больных ЮРА выявлено достоверное повышение уровня пролактина, про- и противовоспалительных цитокинов.
2. Установлена зависимость между состоянием противовоспалительного потенциала, с одной стороны, и активностью и степенью функциональной недостаточности, с другой.
3. «Феномен» стойкой гиперпролактинемии, не имел гендерных отличий, наблюдался во всех возрастных группах и не зависел от клинических проявлений заболевания (формы и степени активности).
4. Полученные данные свидетельствуют об универсальности повышения уровня пролактина при данной патологии и его возможной роли в патогенезе заболевания, как регулятора равновесия между про- и противовоспалительными модуляторами.

ВЛИЯНИЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У КРЫС НА ФОНЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДИСБИОЗА

Демьяненко С.А.¹, Марченко Н.В.², Кириченко В.Н.³

¹*профессор, заведующая кафедрой, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, кафедра стоматологии и ортодонтии*

²*доцент, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, кафедра стоматологии и ортодонтии*

³*ассистент, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, кафедра хирургической стоматологии*

Введение. Заболевания слизистой оболочки полости рта занимают особое место среди стоматологической патологии у пациентов с комплексной функциональной недостаточностью пищеварительной системы и лиц с гепатобилиарной патологией.

Безусловно, особое место в развитии стоматологической патологии занимает печень, выполняющая метаболические, антитоксические, регуляторные, барьерные функции.

До настоящего времени недостаточно изучены вопросы, касающиеся частоты встречаемости и степени нарушений в полости рта у больных с хроническими заболеваниями печени. Остаются невыясненными этиопатологические механизмы влияния дисбиоза кишечника на течение хронических заболеваний печени и слизистой оболочки полости рта.

Подавление бактериальной флоры полости рта создает предпосылки для рецидивов заболеваний и может приводить к суперинфекции грибами. Поэтому одной из важнейших задач является разработка препаратов, обеспечивающих восстановление и нормализацию биоценологических взаимодействий.

Исследование роли дисбиотических факторов в патогенезе заболеваний слизистой оболочки полости рта, возникающих в результате гепатобилиарной патологии на фоне антибиотикотерапии, является актуальной проблемой современной стоматологии, решение которой позволит усовершенствовать терапию как стоматологических, так и гастроэнтерологических заболеваний.

Цель и задачи исследований. Изучить влияние дисбиоза, воспроизводимого введением антибиотика линкомицина на состояние слизистой оболочки полости рта крыс.

Методика исследований. Экспериментальный дисбиоз воспроизведен у 77 крыс линии Вистар. Животные основной группы получали с питьевой водой антибиотик линкомицин в дозе 30, 50 и 70 мг/кг живой массы. Для исследования выделяли слизистую оболочку щеки и языка, а также производили забор тканей печени и сыворотки крови через 5, 10 и 15 суток.

В качестве маркеров воспаления определяли общую протеолитическую активность (ОПА) и концентрацию малонового диальдегида (МДА). О состоянии антиоксидантных систем судили по активности каталазы, а также по уровню антиоксидантно-прооксидантного индекса АПИ.

Результаты исследований. При введении линкомицина с питьевой водой показатели ОПА возрастают в зависимости от дозы антибиотика и срока его введения, достигая максимальных числовых значений к 15 - ти суткам в дозе 70 мг/кг как слизистой оболочки щеки, так и слизистой оболочки языка крыс.

Отмечается рост концентрации малонового диальдегида в слизистой оболочке щеки и языка крыс, получавших линкомицин с питьевой водой. Максимальных числовых значений МДА достигает в эти же сроки наблюдений, однако четкой зависимости от дозы и срока не обнаружено.

Таким образом, можно констатировать, что введение в организм антибиотика линкомицина вызывает воспалительные процессы в слизистой оболочке полости рта, возможно, опосредованные угнетением пробиотической микрофлоры и возникновением дисбиоза.

У всех экспериментальных животных отмечается снижение активности антиоксидантного фермента каталазы, причем в прямой зависимости от срока и дозы.

Еще более наглядно состояние антиоксидантно-прооксидантных систем показывают числовые значения индекса АПИ. У всех животных основной группы при введении линкомицина наблюдается достоверное ($p < 0,05$, $p < 0,01$) снижение уровня показателей антиоксидантно-прооксидантного индекса.

Это свидетельствует о существенном угнетении одной из защитных системы организма под действием антибиотика и поэтому требует принятия дополнительных мер по стимуляции защитных систем при проведении антибиотикотерапии.

В механизме патогенного воздействия антибиотика на слизистую полости рта может значительную роль играть нарушения функции печени, о чем свидетельствуют полученные нами данные. Под влиянием линкомицина в ткани печени отмечается рост числовых значений маркеров воспаления ОПА и МДА, с достоверностью на 15 - е сутки. Обращаем внимание на то, что именно в этот срок у крыс наблюдались достоверные изменения биохимических маркеров воспаления и дисбиоза в слизистой оболочке щеки.

Таким образом, можно предположить, что дисбиоз в полости рта, приводящий к снижению антиоксидантной защиты и усилению процессов свободнорадикального окисления липидов, может являться одним из механизмов поражения слизистой оболочки полости рта.

Выводы. 1. Проведенные нами исследования моделей дисбактериоза, показали, что печеночная патология приводит к состоянию дисбиоза в слизистой оболочке полости рта экспериментальных животных.

2. Доказано участие в патогенезе развития дисбиоза и воспаленных явлений активных форм кислорода, образуемых в ответ на микробную инвазию, о чем свидетельствует повышение уровня МДА и снижение уровня антиоксидантной защиты (снижение активности каталазы и индекса АПИ).

3. Дисбиоз, приводящий к глубоким метаболическим нарушениям в слизистой оболочке полости рта может являться одним из факторов в развитии стоматитов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВТОРИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Дутко В.С.

*ассистент кафедры травматологии и ортопедии Медицинской академии
им. С.И. Георгиевского, ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»*

Введение. Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой развития метастатического поражения костей скелета у онкологических больных. До сих пор не существует единого мнения в выборе тактики и определения объема хирургического лечения. В настоящее время к арсеналу оперативного лечения метастатических поражений длинных костей относят эндопротезирование, на костный, интрамедуллярный остеосинтез, чрескостный внеочаговый остеосинтез. Однако традиционные методы стабилизации костных отломков, направленные на консолидацию переломов и не решают данную проблему в полной мере. Нарушение регенерации при патологических переломах, значительное удлинение сроков сращения и перестройки костной мозоли зачастую превышают продолжительность жизни больных с IV-й стадией онкологического процесса. Высокий процент нестабильности металлоконструкции, гнойно-септических осложнений, анатомическое укорочение конечности на величину резекции кости, необходимость применения дополнительных ортопедических изделий – все это приносит дополнительные страдания и негативно отражается на течении основного заболевания и психологическом состоянии больных.

Цель и задачи исследования: совершенствование тактики хирургического лечения пациентов с вторичными опухолями длинных костей конечностей.

Материал и методы. Проведен анализ клинического материала и результатов оперативного лечения 36 пациентов с метастатическим поражением длинных костей конечностей. Группу исследования составили 12 мужчин, 24 женщин. Распределение больных в зависимости от нозологической формы первичной опухоли: рак молочной железы - 14 (38,9%), рак предстательной железы – 4 (11,1%), рак легких – 3 (8,3%), рак щитовидной железы – 1 (2,8%), рак почки – 7 (19,4%), рак шейки матки – 2 (5,6%). В 5 (13,9%) случаях первичный очаг не был диагностирован. Локализация костных метастазов: проксимальная треть бедренной кости - 12 (33,3%); диафиз бедренной кости – 7 (19,4%); дистальная треть бедренной кости – 9 (25,1%); плечевая кость - 7 (19,4%) случаев; ключица – 1 (2,8%). Основываясь на данных остеосцинтиграфии, нами отмечены: солитарные метастазы у 8 (22,2%) больных; единичные – у 21 (58,3%); множественные – у 7 (19,4%) пациентов. Тип метастатического поражения представлен в 32 (88,9%) случаях остеолитической формой, бластическая форма – 3 (8,3%) и смешанная – 1 (2,8%) случай.

Результаты и обсуждение. Для определения тактики хирургического лечения больных нами оценивался ряд таких показателей, как: висцеральная и костная диссеминация, тип метастатического поражения, его локализация, общее состояние пациентов. Анализ вида метастатического поражения выявил преобладание единичных костных метастазов - 21 (58,3%) случай. Основной тип метастатического поражения длинных костей скелета представлен литической формой - 32 (88,9%) случая, что отражает частоту возникновения патологических переломов. Большинство метастазов определялось в проксимальной трети бедренной кости – 33,3% от всех локализаций.

Учитывая данные обследования, хирургическое лечение выполнено в 29 (78,4%) случаях, симптоматическое лечение проведено 7 (21,6%) больным, что обусловлено множественным характером метастатического поражения, тяжелым соматическим статусом. Основным типом оперативного вмешательства являлось радикальное удаление опухоли единым блоком в пределах видимых здоровых тканей с последующей фиксацией фрагментов кости специальными моделями блокируемых фиксаторов (патент РФ №161524, РФ №161525). Разработанные блокируемые фиксаторы позволяют сохранить длину конечности, обеспечивает повышенную стабильность костных фрагментов, исключает все возможные виды смещений, тем самым в кратчайшие сроки восстанавливает функцию пораженной конечности. После проведенного хирургического лечения хорошие и удовлетворительные функциональные результаты достигнуты у всех больных. Общехирургических осложнений и локальных рецидивов опухоли, как в раннем послеоперационном периоде, так и в сроки до 12 мес. не наблюдалось. Осложнения в виде нестабильности металлоконструкций не выявлены. Активизация пациентов выполнена на 5-7 сутки с момента операции, допускалась возможность передвижения при помощи костылей (ходунков) с нагрузкой на оперированную конечность. В дальнейшем, все пациенты направлялись для дальнейшего специализированного лечения в онкологический диспансер.

Выводы. Разработанная тактика хирургического лечения метастатических поражений длинных костей конечностей на основе применения специальных блокируемых фиксаторов позволяет в ранние сроки восстановить опороспособность и функцию конечности, повысить качество жизни пациентов.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПЛОСКОПОЛЯРИЗОВАННОГО СВЕТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА

Демьяненко С.А.¹, Крылова Т.Л.², Казина Е.Н.³

¹ профессор, заведующий кафедрой стоматологии и ортодонтии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования МА им.С.И.Георгиевского КФУ

² доцент кафедры стоматологии и ортодонтии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования МА им.С.И.Георгиевского КФУ

³ доцент кафедры стоматологии и ортодонтии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования МА им.С.И.Георгиевского КФУ

Проведенные в последнее время многочисленные исследования доказывают, что нарушение нормобиоза десневых тканей возникает на фоне иммунодефицитного состояния у больных пародонтитом. Коррекция общих и местных неспецифических факторов резистентности определяет исход заболевания.

Воздействие видимого некогерентного поляризованного света запускает развитие широкого спектра положительных функциональных изменений в организме, таких как улучшение реологических параметров крови и микроциркуляторного тока, активизацию процессов метаболизма, пролиферации, регенерации тканей, а также модуляцию факторов неспецифической резистентности и специфической защиты, в том числе и иммуноглобулинов.

Целью настоящего исследования было изучить действие плоскополяризованного света прибора «Биоптрон» на иммунологическую реактивность тканей пародонта при лечении генерализованного пародонтита хронического течения легкой степени тяжести.

Основную группу составили 36 пациента, у которых диагностировали генерализованный пародонтит хронического течения легкой степени тяжести, возраст от 18

до 45. В комплексном лечении пародонтита наряду с общепринятыми методами применяли свет прибора «Биоптрон», который обладает противовоспалительным действием, стимулирует иммунокомпетентные клетки. Контрольную группу составили 12 пациента, с генерализованным пародонтитом, в возрасте от 18 до 45 лет. Лечение проводили традиционными способами: был удален над- и поддесневой зубной камень, проведен курс противовоспалительной терапии, профилактических вмешательств.

Обследования пациентов проводили по общепринятой методике.

Для оценки иммунологического состояния проводили количественный анализ иммуноглобулинов G, M в смешанной нестимулированной слюне методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини, а также SIgA – с помощью иммуноферментного анализа с использованием моноспецифической сыворотки против названного иммуноглобулина. Для контроля определен количественный состав исследуемых показателей у пациентов со здоровым пародонтом.

По результатам лабораторных исследований до лечения наблюдалось достоверное повышение уровня иммуноглобулинов G и M и снижение в слюне уровня SigA.

После завершения комплексного лечения у пациентов существенно улучшалось состояние тканей пародонта. Это заключение подтверждено не только субъективными данными больных, но и результатами клинических, функциональных и лабораторных исследований, достоверными изменениями использованных цифровых показателей (проба Шиллера-Писарева, пародонтальный индекс Рамфьорда, вакуумная проба Кулаженко). Нормализация вышеизложенных показателей в более короткие сроки наблюдалась у пациентов основной группы.

Изменения иммунологического статуса больных генерализованным пародонтитом хронического течения легкой степени тяжести в динамике с учетом проводимой терапии следующие: у пациентов основной группы, получавших фототерапию аппаратом "Биоптрон" наблюдалась ускоренная положительная динамика содержания IgG и IgM уже к промежуточному исследованию (5-6 посещение) пациента, в эти же сроки отмечалась тенденция к нормализации уровня SIgA, тогда как, в контрольной группе больных уровень SIgA оставался сниженным, и не наблюдалось его нормализации к окончательному исследованию (10-12 посещение), содержание иммуноглобулинов G, M снизилось до нормальных значений только к 8-10 посещению.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что проведение коррекции иммунологической реактивности тканей пародонта при использовании плоскополяризованного света в комплексном лечении генерализованного пародонтита хронического течения легкой степени тяжести благоприятно влияет на клиническое состояние десны и восстановление местной гуморальной защиты полости рта.

ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МУКОЗИТА И ПЕРИИМПЛАНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ С ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ И ТЕХНОЛОГИИ PERIO FLOW

Романенко И.Г.¹, Горобец С.М.², Бобкова С.А.²

¹ д.мед.н., профессор, зав.кафедрой стоматологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУим. В.И. Вернадского»

²доцент кафедры стоматологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУим. В.И. Вернадского»

Актуальность. В последние годы дентальная имплантация широко развивается. Научные наблюдения и исследования клиницистов демонстрируют хорошие результаты имплантации, позволяющей достичь полноценного восстановления жевательной эффективности, речеобразования и эстетики зубного ряда. Но с ее развитием в стоматологии появились такие осложнения, как периимплантационный мукозит и переимплантит. Функционирование имплантатов сопровождается развитием биопленки на внекостных поверхностях имплантата. Образующаяся биопленка способна вызывать хроническое продуктивное воспаление и привести к периимплантиту.

Цель: изучение эффективности лечебного комплекса, в который входят применение ополаскивателя с хлоргексидином на основе сополимера и гиалуроновой кислоты (Curasept ADS 020 с гиалуроновой кислотой 220) и технологии Perio Flow с применением порошка глицин размерами частиц до 25 мкм в лечении мукозита и периимплантита. Применение аквакинетической технологии Perio Flow (воздушно-абразивная над- и поддесневая обработка порошком глицина диаметром частиц 25 мкм) позволяет удалить 99,9 % биопленки, не повреждая поверхности имплантата, а ополаскиватель полости рта с 0,2 % хлоргексидином биглюконатом и гиалуроновой кислотой препятствует образованию зубного налета, способствует регенерации мягких тканей и защищает слизистую оболочку полости рта, оказывает антимикробное, противовоспалительное действие.

Методы исследования: Контрольную группу составили пациенты, которым проводилось стандартное лечение (профессиональная гигиена ультразвуковым скейлером (с пластиковым покрытием), удаление налета неабразивными пастами механическим методом). В основной группе, помимо стандартной профессиональной гигиены проводилось удаление биопленки методом субгингивальной обработки Perio Flow на 2-й день, через 6 недель, полоскание р-ром Curasept ADS 020 с гиалуроновой кислотой в течение 7-10 дней. В комплекс лечения в обеих группах включали обучение пациентов индивидуальной гигиене при наличии дентальных имплантатов с подбором основных и дополнительных средств гигиены.

Результаты. Оценка результатов лечения в каждой группе проводилась путем изучения глубины зондирования вокруг имплантата или периимплантатного кармана, цвета периимплантатной десны, наличия или отсутствия экссудата, величины периимплантатной маргинальной костной резорбции и индекса РМА. На основании результатов исследования установлено, что в процессе лечения состояние тканей десны вокруг имплантатов улучшилось в обеих группах, оставаясь практически весь период лечения стабильным в основной группе.

Выводы. Использование предложенного метода в комплексном лечении пациентов с мукозитом и периимплантитом при условии соблюдения пациентом графика регулярных посещений пародонтолога в рамках поддерживающей пародонтальной терапии и постоянного контроля качества индивидуальной гигиены повышает клиническую эффективность традиционной терапии.

ИОННАЯ ЗУБНАЯ ЩЕТКА – СОВРЕМЕННОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Андрианова И.И.¹, Скосырских В.О.², Беляева Н.И.³

¹ ассистент кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии КФУ

² студентка стоматологического факультета Медицинской академии КФУ

³ студентка стоматологического факультета Медицинской академии КФУ

научный руководитель: асс. Андрианова И.И.

Введение. Индивидуальная гигиена полости рта является базовой составляющей профилактики стоматологических заболеваний. Это обуславливает актуальность совершенствования средств и методов гигиены полости рта. Наше внимание привлекла ионная зубная щетка, в основу работы которой положена смена электрического заряда эмали зуба с отрицательного на положительный. Отрицательно заряженный налет отталкивается от зуба и притягивается к одноименно заряженным щетинкам зубной щетки, что позволяет легко очистить даже труднодоступные места. Чистка зубов может проводиться с небольшим количеством зубной пасты или же совсем без неё за счет вспенивания слюны под воздействием ионов. Ощущения в процессе чистки зубов не отличаются от тех, которые возникают при использовании обычной зубной щетки, но эффективность индивидуальной гигиены полости рта повышается.

Цель и задачи. Целью нашего исследования явилась оценка эффективности применения ионной зубной щетки.

Материал и методы. Исследование проводилось у 24 обучающихся Медицинской академии имени С.И.Георгиевского, приехавших из Индии. Студентов мотивировали по вопросам гигиены полости рта и обучили методике стандартной чистки зубов. В основной группе (12 человек) применяли ионную зубную щётку. В контрольной (12 человек) – обычную. Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали гигиенический индекс по Фёдорову-Володкиной и упрощенный индекс гигиены полости рта Грин-Вермильона. Наличие воспаления десны определяли с помощью индекса РМА по стандартной методике. Динамическое наблюдение проводили перед началом использования зубной щетки, на третий, десятый и тридцатый день исследования.

Результаты исследований Начальные показатели гигиенических индексов Федорова-Володкиной и Грин-Вермильона практически не отличались в основной и контрольной группах и характеризовались как неудовлетворительные. Их значения соответственно были 2,4 и 2,5 (основная группа), 2,3 и 2,4 (контрольная). Индекс РМА свидетельствовал о наличии катарального гингивита средней степени тяжести (30% в основной группе и 28% в контрольной). Через 3 дня показатели существенно не изменились. На 10 день в основной группе определялись удовлетворительные индексы гигиены: 1,7 по Федорову-Володкиной и 0,9 по Грин-Вермильону. Это отразилось на состоянии десны: мы констатировали гингивит легкой степени тяжести на основании значения РМА 16%. В контрольной группе гигиенические индексы остались неудовлетворительными (2,1 по Федорову-Володкиной и 1,9 по Грин-Вермильону) и сохранился гингивит средней степени тяжести (РМА 27%). На 30 день было отмечено улучшение гигиенического состояния полости рта у всех обследованных студентов. В основной группе, где использовали ионную зубную щетку, мы определили гигиеническое состояние полости рта как хорошее. Индекс по Федорову-Володкиной составил 1,2, по Грин-Вермильону – 0,2, РМА – 4%. В контрольной группе показатели индексов гигиены улучшились до удовлетворительных показателей: 1,9 по Федорову-Володкиной, 1,5 по Грин-Вермильону. РМА составил 19% (легкая степень гингивита).

Выводы. Использование ионной зубной щетки в течение месяца позволило нормализовать гигиеническое состояние полости рта и, как следствие, ликвидировать воспаление десны. Применение обычной зубной щетки незначительно улучшило гигиенические показатели, гингивит сохранился. Таким образом доказано, что применение ионной зубной щетки эффективнее в сравнении с аналогичным уходом обычной зубной щёткой.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ХРОМА, КОБАЛЬТА И МАРГАНЦА ДЛЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Слюсаренко А.Е.¹, Евстафьева Е.В.²

¹*к.м.н., доцент кафедры физиологии нормальной Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»;*

²*д.м.н., профессор, зав. кафедрой физиологии нормальной Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»*

Введение. В связи с развитием промышленности и возрастанием значимости техногенного фактора в глобальном загрязнении окружающей среды (ОС) все чаще наблюдаются изменения микроэлементного гомеостаза в организме человека. Выявление причинно-следственных связей между воздействием факторов ОС и возможными изменениями состояния здоровья человека является одной из задач гигиенической диагностики, ставящей своей целью установление зависимости между состоянием ОС, а также здоровьем популяции или отдельного индивидуума (Горбачев А.Л. и др., 2002). Воздействие неблагоприятных факторов ОС в первую очередь отражается на состоянии здоровья детей. Эта часть популяции более чувствительна к изменениям ОС, и изменения, происходящие в организме ребенка, в большей степени могут быть обусловлены влиянием факторов, связанных с территорией проживания, в то время как взрослые дополнительно подвержены производственной нагрузке, имеют вредные привычки, больше мигрируют. Иммунная система является критической мишенью для целого ряда ксенобиотиков. При этом иммунная система в детском возрасте наиболее уязвима и подвержена вредному воздействию вследствие функциональной незрелости органов и систем. Изучение изменений при воздействии техногенных факторов в иммунном статусе является весьма актуальной проблемой.

Целью настоящего исследования было выполнить оценку содержания кобальта, хрома и марганца по его содержанию в волосах у разных контингентов детей и подростков и их функциональную значимость для иммунной системы для данной категорий обследуемых.

Методика исследований. Обследовали 80 детей и подростков разного возраста, состояния психического и физического развития, проживающих в городской среде. Контингент был представлен несколькими группами: 1-я практически здоровые подростки 13-14 лет, (n=15); 2-я подростки с задержкой психического развития 12-15 лет, (n=29); 3-я дети с задержкой психического и физического развития 0-3 года, (n=36). Пробы волос, с соблюдением всех биоэтических положений, получали путем состригания с прикорневой части (2-3 мм) с 3-5 мест на затылочной области головы, ближе к шее, в количестве не менее 3 г. Содержание кобальта, хрома и марганца в волосах устанавливали методом рентген-флуоресцентной спектрофотометрии. Характер распределения содержания элементов оценивали по критериям Колмогорова-Смирнова и Лиллифорс. Оценка содержания элементов в биосубстрате выполняли с помощью непараметрических методов. Функциональную значимость элементов для иммунной системы оценивали с помощью корреляционного анализа по Спирмену (r), межгрупповые отличия в содержании элементов устанавливали с помощью критерия Манна-Уитни (U), программа Statistica 8,0.

Результаты исследований. Содержание кобальта, хрома и марганца в волосах у разных контингентов детей и подростков, как и функциональная значимость этих элементов для иммунной системы несколько отличались в когортах (таблица 1).

Как видно из представленных данных, концентрация кобальта, хрома и марганца в волосах практически здоровых подростков 13-14 лет были в пределах условной нормы. В группе подростков с задержкой психического развития 12-15 лет содержание хрома превышало верхнюю границу рекомендованной нормы, а у детей с задержкой развития 0-3 лет границу нормы кроме хрома, превышали и концентрации марганца.

Таблица 1

Содержание и функциональная значимость кобальта, хрома и марганца для состояния иммунной системы детей и подростков с разным уровнем психического развития

Группа	Возраст	n	Корреляционные связи		Коэффициенты корреляции		Me	p ₂₅	p ₇₅	Условная норма, мкг/г
			элемент	иммунологический показатель	r	p				
1. Практически здоровые подростки, г. Симферополь	13-14 лет	15	Co	CD3%	0,55	0,03	0,48	0,15	0,65	Co 0,0-2,0
				CD25%	-0,56	0,03				
			Cr	лейкоциты	0,64	0,01	1,07	0,46	1,40	
			Mn	CD3%	-0,62	0,01	0,68	0,17	1,01	
				CD4%	-0,71	0,003				
				CD8%	-0,51	0,05				
				CD25%	0,61	0,02				
В-лимф%	0,61	0,01								
0-лимф%	0,78	0,0005								
2. Подростки с задержкой психического развития	12-15 лет	29	Co			○	○	○	Mn 0,5-2,0	
			Cr			5,25** *	0,00	11,3		
			Mn	CD3%	0,38	0,04	○	○		4,1
				0-лимф%	-0,39	0,03				
3. Дети с задержкой развития, г. Симферополь	0-3 лет	36	Co			1,7	1,2	2,6		
			Cr	NK%	-0,39	0,02	6,9***	3,7	12,6	
			Mn			2,2	0,9	3,7		

Примечание. *** – достоверные различия содержания хрома ($p \leq 0,001$) групп 2, 3 с группой 1.
○ – содержание элемента ниже предела определения.

Корреляционный анализ показал, что клеточное и гуморальное звено иммунитета практически здоровых детей более существенно опосредовано содержанием кобальта, хрома и марганца, чем у подростков и детей нарушением психического развития. При этом, обнаруженные единичные взаимосвязи для марганца и хрома с показателями иммунной системы 2-й и 3-й групп позволяют считать данные элементы важными для формирования защитных реакций организма детей и подростков, как практически здоровых, так и с нарушением в развитии.

Выводы. Выполненное биомониторинговое исследование разных когорт детей и подростков позволило выявить некоторую особенность в содержании кобальта, хрома и марганца в волосах. Отличия заключались в признаках гиперэлементоза по содержанию хрома и марганца у подростков и детей с нарушениями в психическом развитии. Большую взаимосвязь, по количеству корреляционных связей, между содержанием элементов и иммунологическими показателями обнаружили в группе практически здоровых подростков.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЧЕЛОВЕКА: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРАБОТКИ НОВЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТ-СИСТЕМ

Ефетов К.А.¹, Паршкова Е.В.², Киселев В.М.³

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

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

³*аспирант кафедры биохимии первого медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ*

Введение. Рост частоты возникновения онкопатологии в последние годы ставит медицинскую науку перед необходимостью разрабатывать новые диагностические подходы, основанные на использовании современных технологий.

Цель и задачи исследований. Создание новых методов выявления постсинтетической модификации иммуноглобулинов (IgG) человека при злокачественных новообразованиях.

Методика исследований. Ультрафиолетовая температурно-пертурбационная дифференциальная спектрофотометрия (ТПДС), твердофазный иммуноферментный анализ (ИФА) с использованием моноклональных антител к гамма-цепям иммуноглобулинов человека и липофоруину насекомых, электрофорез белков, созданная на кафедре компьютерная программа для обработки результатов.

Результаты исследований. Показано, что IgG человека при злокачественных новообразованиях различной локализации (хроническом лимфолейкозе, раке лёгкого, желудочно-кишечного тракта и др.) обладают повышенной устойчивостью (жесткостью конформации) к воздействию неденатурирующих факторов. Метод ТПДС позволяет регистрировать эти отличия от IgG здоровых людей, что может быть использовано как для скрининга обследуемых при профилактических осмотрах, так и для контроля состояния больных после курсов лечения.

Методом ИФА показаны отличия взаимодействия IgG из сыворотки крови больных со злокачественными новообразованиями (рак легкого, молочной железы и желудочно-кишечного тракта) с модельным липогликохромопротеином насекомых липофорином по сравнению с IgG из сыворотки крови здоровых людей. Полученные результаты перспективны в направлении разработки диагностической иммуноферментной тест-системы.

Для количественной оценки уровня сывороточных моноклональных парапротеинов при таких заболеваниях, как парапротеинемические гемобластозы, предлагается расчёт индекса М-градиента (I_m) по данным электрофореза. Показатель определяется с помощью разработанной на кафедре компьютерной программы. Производится сравнение полученного результата с данными для очищенного модельного парапротеина известной концентрации.

Выводы. На основании исследований иммуноглобулинов человека при злокачественных новообразованиях различной локализации имеются предпосылки для создания диагностических тест-систем на базе методов ультрафиолетовой температурно-пертурбационной дифференциальной спектрофотометрии, иммуноферментного анализа с использованием моноклональных антител и липофорина насекомых, а также электрофореза белков сыворотки крови с последующей компьютерной обработкой полученных данных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПОЛОВЫХ АТТРАКТАНТОВ ДЛЯ МОНИТОРИНГА И УЛУЧШЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В КРЫМУ И АЛЬПАХ

Ефетов К.А.¹, Кучеренко Е.Е.², Тарман Г.М.³

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

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

³*научный сотрудник Тирольского государственного музея им. Фердинанда, профессор (Инсбрук, Австрия)
efetov@ma.cfuv.ru*

Введение. Важным аспектом прикладной биохимии и хемозологии является изучение феромонных систем животных. Феромоны представляют собой специфические обонятельные сигналы, обеспечивающие химическую коммуникацию между организмами. Особенно хорошо развит химический способ связи у Insecta. Однако это одна из недостаточно изученных форм коммуникации, что объясняется тем, что выделение половых феромонов из желёз, их идентификация и искусственный синтез являются технически сложными процессами.

Исследование половых феромонов Insecta представляет большой научный и практический интерес, в частности для разработки способов управления поведением животных без применения химических средств, загрязняющих окружающую среду. Для снижения пестицидной нагрузки необходим поиск высокоэффективных и недорогих биологических методов борьбы с вредителями. Один из наиболее перспективных из них – использование половых аттрактантов. Во-первых, эти молекулы обладают высокой специфичностью и низкой токсичностью. Во-вторых, синтетические половые аттрактанты могут заменить более дорогостоящие природные феромоны.

Сегодня техника феромонной дезориентации самцов с целью препятствия спариванию применяется на миллионах гектарах по всему миру, а поиском новых аттрактивных молекул занимаются ведущие биохимические лаборатории.

Крым и Альпы объединяет то, что они являются туристическими объектами, курортами и одновременно регионами с развитым сельским хозяйством. Последнее приводит к загрязнению окружающей среды пестицидами и другими опасными для здоровья человека химическими веществами.

Цель исследования. Разработать схемы мониторинга экологического состояния окружающей среды по индикаторным видам Insecta с использованием синтетических половых аттрактантов.

Методика исследований. В качестве биоиндикаторной группы выбраны представители семейства Zygaenidae. Половые аттрактанты Zygaenidae были синтезированы в Крымском федеральном университете. Биологическую активность полученных продуктов оценивали как в Крыму, так и в Итальянских и Австрийских Альпах.

Результаты исследований. Анализ коллекционного материала Zygaenidae, хранящегося в музейных фондах и частных коллекциях, позволил выявить изменения фауны Альп, произошедшие за последние 100 лет. Многие биотопы были разрушены за это время, ландшафты изменились, а современные методы ведения сельского хозяйства стали сильно отличаться от прежних. Эти изменения и контаминация химическими соединениями почв, растений и воздуха оказали значительное влияние на распространение видов Zygaenidae и плотность их популяций. Ряд видов исчез из их привычных местообитаний, численность других – существенно снизилась. Только высокогорные районы Альп оказались более или менее сохранными. Загрязнение почвы и воздуха пестицидами послужило толчком к отказу от их применения на яблочных плантациях в Маллес-Веноста (Итальянские Альпы), где

большинство населения занято выращиванием этой монокультуры. Несмотря на давление со стороны химических компаний, фермеры перешли на биологические методы борьбы с вредителями с использованием феромонов. Применение синтезированных нами аттрактантов (сложных эфиров додецен-2-овой кислоты и энантиомеров бутанола-2) в данном альпийском регионе дало возможность осуществлять мониторинг численности Zygaenidae, являющихся биоиндикаторами состояния окружающей среды.

Тестирование полученных сложных эфиров в естественных биотопах, промышленных виноградниках и субтропических парках Южного берега Крыма показало, что 2-бутилдодецен-2-оат является половым аттрактантом *Theresimima ampellophaga* – опасного вредителя *Винограда культурного (Vitis vinifera)*, а также декоративных видов винограда (*Parthenocissus* spp.). Подобраны оптимальные дозы аттрактанта, позволяющие эффективно контролировать время вылета вредителя и сезонную динамику численности, варьирующие в разных районах Крыма.

Выводы. Использование новых аттрактивных молекул помогает уменьшить количество обработок инсектицидами, рационализировать периодичность их применения, а также оценивать экологическую обстановку в исследуемых регионах, что, в свою очередь, способствует повышению уровня безопасности и улучшению здоровья населения.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СУМТАРИПТАНА ДЛЯ ТЕРАПИИ МИГРЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Ткач В.В.¹, Хмара П.Г.², Бобрик Ю.В.³

¹ к.м.н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии

² студентка кафедры нервных болезней и нейрохирургии

³ д.м.н., профессор, кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, КФУ

Введение. Мигрень - это социально-дезадаптирующее заболевание, которое на сегодняшний день в России встречается у более чем 20 млн взрослого населения, из них 2/3 составляют женщины. Более частая встречаемость мигрени у женщин обусловлена эффектами овариальных гормонов, поскольку параметры мигренозных приступов варьируют в зависимости от состояний, связанных с изменением гормонального фона: менархе, менструального цикла, применения комбинированных оральных контрацептивов, беременности, заместительной гормональной терапии, менопаузы.

Столь существенное влияние овариальных гормонов на состояние церебральных нейронов и сосудов обусловлено их значительной способностью к пассивной диффузии через гематоэнцефалический барьер. В частности, эстрогены способны регулировать активность серотонинергической системы, изменяя тонус мозговых сосудов; гистаминергической системы, потенциально повышая нейрональную возбудимость. Последний эффект модулируется прогестероном, который активизирует ГАМК-эргическую систему, чем способствует индукции кортикальной нейрональной депрессии Лео - базисного патофизиологического механизма мигрени.

Особого внимания заслуживает рассмотрение особенностей протекания мигрени при беременности. Это связано с рядом факторов: с вариабельностью мигрени в зависимости от гестационного срока; с возможным отрицательным влиянием мигрени с аурой на плод вследствие повышения риска сосудистых осложнений; с необходимостью подбора терапии с учетом влияния лекарственных средств на плод. При купировании мигренозных приступов у данной группы пациентов прежде всего должны быть испробованы все немедикаментозные способы. При их устойчивой неэффективности наиболее безопасным считается назначение

комбинации парацетамола и кофеина (категория В по FDA) при отсутствии противопоказаний к применению этих средств. Однако данная комбинация обладает ограниченной способностью к обезболиванию при мигренозных приступах высокой интенсивности. В подобных случаях актуальным представляется применение препаратов группы триптанов (категория С по FDA), влияние которых на плод изучено недостаточно.

Цель и задачи: Целью исследования было изучение допустимости применения триптанов для терапии мигренозных приступов высокой интенсивности у беременных с учетом возможных негативных последствий для плода.

Методика исследований. Проведен обзор литературы за последние 5 лет (2012-2017 гг.), в том числе данных 3 масштабных исследований.

Результаты исследований. Механизм действия триптанов заключается в избирательном возбуждении серотониновых 5-HT_{1D}-рецепторов церебральных сосудов, что приводит к активации серотонинэргических механизмов антиноцицептивной системы ствола головного мозга; в ингибирующем влиянии на активацию тригеминальной системы. В настоящее время в рекомендациях Российского общества акушеров-гинекологов триптаны не входят в список допустимых анальгетиков. В инструкции к суматриптану отмечено отсутствие адекватных и строго контролируемых исследований безопасности применения у беременных, показано применение в других группах пациентов в таблетках по 0,05 г не чаще 1 раза за приступ.

Международными нормами биоэтики накладываются строгие ограничения на проведение клинических испытаний у беременных женщин. В связи с этим исследования влияния триптанов на плод представляют собой ретроспективный анализ случаев приема данных препаратов беременными самостоятельно вне рекомендаций врача, а также случаев их приема женщинами, не знавшими о беременности. Частота врожденных пороков развития (ВПР) у новорожденных от матерей, принимавших триптаны, широко варьирует в различных исследованиях. Согласно заключению экспертов Swedish Medical Birth Register (Шведский медицинский реестр рождаемости, 495 случаев) применение суматриптана на ранних сроках беременности не приводит к значительному увеличению тератогенного риска, но не исключает умеренного риска специфических ВПР. По данным Norwegian Population Registry Study (Норвежское исследование реестра населения, 1465 случаев) не обнаружено ассоциации между употреблением триптанов при беременности и мертворождением, но выявлена корреляция с послеродовым кровотечением, повышенным риском наиболее распространенных ВПР, недостаточной массой тела при рождении, преждевременных родов. Однако авторы исследования указывают на вероятную роль высокой интенсивности мигренозного приступа как непосредственного патогенетического фактора повышенного риска послеродового кровотечения (вследствие снижения агрегации тромбоцитов), а также ограничения роста плода и повышенного риска ВПР (вследствие нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока). В рамках Sumatriptan, Naratriptan, and Treximet Pregnancy Registry (Реестр применения суматриптана, наратриптана и трексимета при беременности, 680 случаев) выявлено, что риск ВПР при применении суматриптана как в I триместре, так и на любых сроках беременности составил 4,2%, из них наиболее часто - дефекты межжелудочковой перегородки - 0,82%. Дано заключение: "при обзоре всех врожденных дефектов в проспективных и ретроспективных отчетах, дефекты не являются уникальными и не имеют постоянного шаблона, чтобы можно было предположить их общую этиологию". Руководство Европейской Федерации Неврологических Сообществ о лекарственной терапии мигрени от 2009 г. предписывает, что применение триптанов в I триместре является допустимым в случае, если вред, наносимый плоду многократной рвотой у матери, превышает потенциальный риск от применения суматриптана. Несмотря на оптимистичные взгляды зарубежных коллег на применение триптанов у беременных, данная группа препаратов по-прежнему назначается только off-label.

Выводы. В исследованиях последствий применения триптанов при беременности наиболее исследовано применение суматриптана. Большинство исследователей утверждают,

что спорадическое применение суматриптана при мигрени высокой интенсивности во время беременности не оказывает отрицательного влияния на течение беременности и не оказывает тератогенного эффекта; польза от применения суматриптана превышает риск для плода. Таким образом, представляется допустимым рекомендовать беременным применение суматриптана в дозе 0,05 г однократно для купирования интенсивного мигренозного приступа.

ИТОГИ ИЗУЧЕНИЯ РОЛИ АЭРОПАЛИНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Бобрик Ю.В.¹, Пирогова М.Е.², Беляева С.Н.³

¹*д.м.н., профессор кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания*

²*соискатель кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания*

³*к.м.н., старший научный сотрудник отдела пульмонологии ГБУЗ РК «АНИИ физических методов лечения, медицинской климатологии и реабилитации им. И.М. Сеченова»
yura.bobrik@mail.ru*

Санаторно-курортное лечение (СКЛ) является одним из этапов достижения контроля бронхиальной астмы (БА). Южный берег Крыма (ЮБК) традиционно, с середины XIX века, использовался для реабилитации пациентов с бронхо-легочными заболеваниями.

Целью данной работы было изучение влияния основных растительных биополлютантов на эффективность СКЛ больных БА на ЮБК.

Материалы и методы. Обследовано 168 больных БА. Лечение больных проводилось на курорте Ялта. Срок лечения составил 21 день. Проведение СКЛ у этих больных осуществлялось в периоды пыления различных ветроопыляемых растений, продуцирующих значительное количество пыльцы, обладающей сенсibiliзирующим и раздражающим действием на дыхательные пути. С целью изучения влияния растительных биополлютантов нами были выделены 4 группы больных БА, СКЛ которых проводилось в периоды пыления: кипариса, ясеня и граба – 51 чел. (30,36%) - 1 группа; сосны – 24 чел. (14,29%) – 2 группа; амброзии – 29 чел. (17,26%) - 3 группа и кедра – 47 чел. (27,97%) – 4 группа. Также была выделена группа больных, находившихся на СКЛ вне сезона пыления – 17 чел. (10,12%) – 0 группа. Аэропаллинологические исследования проводились гравиметрическим методом в городе Ялта. На основе клинических показателей вычислялся обобщенный клинический индекс эффективности, функциональных показателей – обобщенный функциональный индекс эффективности, лабораторных показателей – обобщенный лабораторный индекс эффективности, всех показателей – интегральный индекс эффективности СКЛ.

Результаты исследований. Анализ показателей обобщенных индексов эффективности СКЛ выявил наилучший показатель клинического индекса в группе больных БА, проходящих СКЛ в период отсутствия цветения изучаемых растений ($-23,01 \pm 12,94$). Близким по значению к наилучшему показателю является индекс, полученный в период проведения СКЛ БА в период цветения кипариса ($-22,67 \pm 12,94$).

Изучение функционального индекса выявило максимальное его значение в период проведения СКЛ во время цветения кедра ($-11,01 \pm 9,79$). Вторым по величине является этот индекс в период цветения кипариса ($-10,39 \pm 10,06$).

Интегральный индекс эффективности СКЛ БА был максимальным в период пыления кедра ($-17,65 \pm 25,60$). Вторым по величине являлся интегральный индекс в период пыления кипариса ($-16,19 \pm 19,83$).

Наименьшие значения функционального, лабораторного и интегрального индексов определялись при проведении СКЛ в период отсутствия цветения изученных растений.

Выводы. Позитивные изменения обобщенных (клинического, функционального, лабораторного и интегрального) индексов эффективности санаторно-курортного лечения больных бронхиальной астмой на южном берегу Крыма выявлены во все сезоны года. Наилучший эффект санаторно-курортного лечения больных бронхиальной астмой на южном берегу Крыма определялся в период пыления кедра. Наименьшая эффективность санаторно-курортного лечения больных бронхиальной астмой на южном берегу Крыма по изучаемым обобщенным индексам выявлена в период отсутствия цветения изученных растений.

КОРРЕКЦИЯ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ревенко Н.А.¹, Мельцева Е.М.², Дусалеева Т.М.³

^{1,2,3} доцент кафедры педиатрии, физиотерапии и курортологии ФПМК ВК и ДПО
Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ
научный руководитель: д.м.н., профессор Каладзе Н.Н.

Введение. В реабилитации артериальной гипертензии (АГ) у детей одной из первоочередных задач является улучшение трофики головного мозга. Нейротрофического эффекта мы добиваемся, применяя методы медицинской реабилитации и физиотерапии.

Цель и задачи исследований. Изучить динамику нейрометаболических эффектов комбинированного применения традиционного санаторно-курортного лечения (СКЛ) и использования ноотропной терапии в виде электросонтерапии и йодобромных ванн в реабилитации детей с АГ и метаболическими нарушениями.

Методика исследований. Было обследовано 80 детей с АГ и признаками метаболических нарушений в возрасте от 10 до 17 лет ($13,39 \pm 0,14$). Оценку трофики головного мозга мы проводили по содержанию фактора роста нервов (NGF, RayBio® Human Beta-NGF ELISA Kit) и нейротрофического фактора головного мозга (BDNF, Human BDNF Immunoassay «Quantikine ELISA» R&D Systems, Inc., USA для количественного определения BDNF человека в супернатанте культуры клеток, сыворотке и плазме). В зависимости от проводимого лечения дети с АГ (n=80) были разделены на 3 группы (методом простой рандомизации): 1 группа (n=27) – традиционный реабилитационный комплекс (ТРК), 2 группа (n=28) - ТРК с нейротрофической коррекцией, 3 группа (n=25) - ТРК и плацебо и группа контроля (КГ) (n=20).

Результаты исследований. Данное обследование выявило, что исходно сниженный, практически в 4 раза уровень показателя NGF, у детей с АГ и метаболическими нарушениями в сравнении с КГ здоровых детей в динамике лечения достоверно ($p < 0,01$) повысился в 1,6 раза. Так, после ТРК, показатель стал $13,27$ пг/мл в сравнении с уровнем показателя до лечения ($8,26 \pm 0,65$ пг/мл, $p < 0,05$). Однако, при обследовании выявлено, что у детей 1-й группы и 3-й группы, показатель NGF изменился в 1,1 раза ($p < 0,05$), тогда как у детей 2-й группы (применение электросонтерапии и бальнеотерапии) выявлено достоверное ($p < 0,001$) повышение показателя NGF в 2,04 раза (с $8,0 \pm 1,0$ до $16,32 \pm 1,98$ пг/мл). Однако, уровень NGF после применения в течение 24 дней ТРК не достиг показателей КГ ($32,9 \pm 9,2$ пг/мл). Изменение уровня BDNF у детей с АГ в сравнении с КГ было недостоверно ($838,5 \pm 32,4$ и $798,7 \pm 29,1$ пг/мл, соответственно), и не подвержено достоверной динамике в процессе лечения (исключение составили только дети с 3 степенью ожирения). Это подтверждает литературные данные об участии BDNF в генезе ожирения у детей, но данный показатель, по нашему мнению, не рекомендован в оценке успешности реабилитационных мероприятий.

Выводы. Таким образом, можно предположить, что включение в ТРК ноотропной физиотерапии способствует улучшению трофики головного мозга, поддерживает функции головного мозга у детей с АГ, улучшает микроциркуляцию и влияет на процессы апоптоза нейронов (особенно, симпатических нервных ганглиев, в росте и дифференцировке которых

принимает участие NGF), стимулирует память и познавательные функции, корригирует метаболические нарушения, и, в конечном итоге, будет способствовать длительной нормализации АД. Однако, применение одного курса комплексной реабилитации недостаточно для достижения уровня здоровых детей, что дает нам возможность рекомендовать повторные курсы реабилитации для полного восстановления нейротрофической функции.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

Прийма Н.В.¹, Манухина М.В.², Хаваджа М.Д.³

¹ассистент кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии КФУ

²студент кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии КФУ

³студент кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии КФУ

Введение. Известно, что одной из наиболее часто встречающихся форм поражений тканей периодонта при хроническом периодонтите является формирование периапикальной гранулемы. В ответ на постоянное раздражение продуктами распада и токсинами микроорганизмов, ткани периодонта формируют ответ в виде образования гранул, так как происходит пролиферация как фибробластов, так и эндотелиальных клеток и формирование грануляционной ткани. Развитие хронического воспаления в тканях периодонта сопровождается резорбцией кости в области, соседней с этим очагом. Кроме того, при хроническом периодонтите происходит резорбция не только костной ткани, но и резорбция верхушки корня, причем степень апикальной резорбции корня прямо зависит от активности воспалительного процесса. В зарубежной литературе разделение на гранулематозный и гранулирующий процесс при хроническом периодонтите не употребляется, так как доказано, что это не разные клинико-морфологические формы заболевания, а клиническое разделение одного и того же процесса.

По данным отечественных ученых в ряде случаев рентгенологический диагноз периапикальных поражений не соответствует патогистологическому диагнозу. Ранее было установлено, что при рентгенологических размерах очага деструкции костной ткани при хроническом периодонтите, характерных для кистогранулемы, гистологически выявляется киста. Для выбора адекватного метода лечения хронического периодонтита стоматологу важно знать особенности морфологических изменений, происходящих в периапикальных тканях, а именно степень деструкции костной ткани челюсти вследствие наличия хронической одонтогенной инфекции.

Цель и задачи исследований. Целью нашего исследования являлось изучить патоморфологические изменения, развивающиеся в периапикальных тканях при хроническом периодонтите.

Методика исследований. Проведено патогистологическое исследование периапикальных очагов инфекции при хроническом гранулематозном и гранулирующем периодонтите и оценка состояния костной ткани в проекции периапикальных поражений. Материал был получен при аутопсии 22 лиц в возрасте 35-60 лет (20 мужчин, 2 женщины) с околозубными очагами инфекции. Забор околозубных очагов инфекции осуществляли экстрадентальным доступом при отслаивании слизисто-надкостничного лоскута и при необходимости трепанации кортикальной пластинки в проекции апикального отверстия корня зуба. Материал, полученный из периапикальной области пораженных зубов подвергался патоморфологическому исследованию: срезы из полученного материала готовили стандартным способом с окрашиванием гематоксилин-эозином.

Результаты исследований. В 17 (77,2%) наблюдений при наличии периапикальных поражений имело место истончение или точечный дефект кортикальной пластинки в проекции

верхушки корня. Выявленные периапикальные поражения по морфологическому строению были разделены на радикулярные кисты - в 12 микропрепаратах, гранулемы – в 6, а кистогранулемы – в 4 препаратах.

Гранулемы были представлены очагом грануляционной ткани, окруженным фиброзной оболочкой, в грануляционной ткани обнаруживались тонкостенные сосуды и очаги лимфогистиоцитарной инфильтрации. В микропрепаратах кистогранулем очаг грануляционной ткани был частично окружен растущим пластом многослойного плоского эпителия. Оболочка радикулярных кист состояла из отечной фиброзной ткани, которая изнутри была покрыта слоем многослойного плоского эпителия, а в некоторых участках отмечались очаги лимфогистиоцитарной инфильтрации.

В 8 (36,4%) микропрепаратах имелись очаги некроза как в центре, так и по периферии, а также участки значительной лейкоцитарной инфильтрации, что свидетельствовало об обострении хронического воспаления. Подобная морфологическая картина обнаружена в 8 микропрепаратах, которые в основном представлены радикулярными кистами и кистогранулемами. В 4(18,2%) микропрепаратах в отдельных участках плотной фиброзной ткани фрагмента оболочки кист были обнаружены мелкие петрификаты.

Следует отметить, что в 17 (77,2%) наблюдений в области периапикальных очагов инфекции имело место истончение и дефект кортикальной пластинки челюсти. В этих случаях периапикальные поражения гистологически были представлены кистогранулемами (18,1%) и радикулярными кистами (54,5%).

Развитие деструкции кортикальной пластинки челюсти, прежде всего, связано с фазами обострения хронического периодонтита, при которых происходит нагноение и расплавление фиброзной капсулы, окружающей очаг инфекции, увеличение и расширение зоны деструкции костной ткани, окружающей хронический очаг инфекции. Наличие резорбции кости в проекции верхушки корня следует рассматривать как признак активности периапикального очага инфекции и прогрессирования хронического периодонтита.

Таким образом, разрушение кортикальной пластинки альвеолярного отростка челюсти в проекции верхушки корня зуба свидетельствует о сформированности периапикального очага, имеющего макро- и микрополости, окруженные оболочкой.

Выводы. При хроническом периодонтите в 77,2% наблюдений выявлено истончение или дефект кортикальной пластинки челюсти, а периапикальные очаги инфекции при этом гистологически были представлены кистогранулемами или радикулярными кистами. Следует отметить, что воздействовать на такие периапикальные очаги инфекции консервативно – сложно, ввиду особенностей их морфологического строения, поэтому при наличии сформированных периапикальных очагов предпочтение следует отдавать консервативно-хирургическим методам лечения хронического периодонтита.

ОБРАЗОВАНИЕ БАКТЕРИАЛЬНО-ГРИБКОВЫХ БИОПЛЁНОК И ИХ СВОЙСТВА

Постникова О.Н.¹, Варава С.А.²

¹ ассистент кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии Медицинской академии КФУ

² студентка 1 Медицинского факультета Медицинской академии КФУ

Введение. В настоящее время более 65% заболеваний связано с микроорганизмами, существующими в виде биоплёнок. Биоплёночные культуры выживают под действием более высоких концентраций антибиотиков, чем терапевтические. Бактерии биоплёнки обладают множественной резистентностью к антибиотикам из-за наличия в плёнке метаболически неактивных бактерий-персистеров, медленной диффузии препаратов во внеклеточном матриксе и связыванием антибиотика слизистыми компонентами матрикса. Наиболее сложное сочетание резистентности к препаратам наблюдается в полимикробных биоплёнках. Создание моно- и поликомпонентных биоплёнок *in vitro* является важным этапом изучения механизмов формирования и распространения множественной лекарственной устойчивости микроорганизмов, которая стала глобальной проблемой современного здравоохранения.

Цель и задачи исследований. Целью настоящей работы явилось сравнительное изучение способности к образованию моно- и полимикробных биоплёнок у коллекционных референс-штаммов и клинических изолятов *S.aureus* и *Candida albicans*, а также оценка устойчивости биоплёночных культур к некоторым антимикробным препаратам.

Методика исследований. В работе использовали коллекционные референс-штаммы *S.aureus* ATCC 25923 и *C. albicans* CCM 885, а также клинические изоляты *S.aureus* 609 и *C. albicans* 609, выделенные из зева здорового носителя.

Биоплёнки микроорганизмов получали по методу O.Tool and R.Kolter (1998) из монокультур стафилококка и грибов рода кандиды, а также смешанных грибково-бактериальных культур в соотношении 1:1. Суспензии суточных культур микроорганизмов вносили в 96-луночные планшеты. Через 4 часа инкубации планктонную культуру удаляли вместе со средой, лунки трижды отмывали стерильным изотоническим раствором хлорида натрия. К биоплёночным культурам в лунки добавляли по 150 мкл 0.1% водного раствора кристалвиолета. Через 15 минут краситель удаляли, лунки промывали. Затем в лунки вносили этанол. Учёт связанного красителя производили по уровню его адсорбции этанолом через с помощью прибора Multiscan при длине волны 540 нм.

Чувствительность к антибиотикам и антимикотикам исходных культур *S.aureus* и *C. albicans* и полученных из них в эксперименте планктонных и биоплёночных культур определяли методом стандартных дисков производства ФБУН им. Л. Пастера (С.-Петербург) на среде Мюллера-Хинтона.

Результаты исследований. В таблице показаны средние (из 7 повторений) значения оптической плотности планктонных и биоплёночных моно- и смешанных культур *S.aureus* и *C. albicans*.

Как видно из представленных данных, через 4 часа культивирования планктонные монокультуры референс-штаммов и клинических изолятов по оптической плотности достоверно не отличались (варианты опыта 1 и 2, 3 и 4). Следовательно, референс-штаммы и клинические изоляты росли с одинаковой скоростью. Показатели оптической плотности планктонных грибково-бактериальных культур референс-штаммов и клинических изолятов также совпадали (варианты опыта 5 и 6). Таким образом, смешанные культуры также продемонстрировали одинаковую скорость роста.

Оптическая плотность в биоплёночных культурах референс-штаммов и клинических изолятов различались в 2 раза и более, отличия были статистически достоверными (см. данные таблицы: Биоплёнка, варианты опыта №№1 и 2, 3 и 4, 5 и 6, соответственно). Данная закономерность наблюдалась как в моно-, так и в смешанных культурах *S.aureus* и *C. albicans*. Так как оптическая плотность адсорбированного этанолом красителя является показателем

плотности микробной биоплёнки, полученные данные свидетельствуют о более эффективном её образовании клиническими изолятами по сравнению с референс-штаммами тех же видов микроорганизмов.

Таблица

Средние значения оптической плотности планктонных и биоплёночных культур референс-штаммов и клинических изолятов

№	Штамм	Оптическая плотность через 4 часа (ОП)		
		Планктонная культура	Биоплёнка	
			ОП	t-критерий Стьюдента
1	<i>S.aureus</i> ATCC 25923	0,48±0,00	0,26±0,00	p<0,001
2	<i>S.aureus</i> , клин.изолят 609	0,48±0,00	0,59±0,01	
3	<i>C. albicans</i> ССМ 885	0,35±0,00	0,29±0,01	p<0,001
4	<i>C. albicans</i> , клин.изолят 609	0,34±0,00	0,71±0,01	
5	Смешанная культура 1:1 реф.шт.	0,43±0,00	0,28±0,01	p<0,001
6	Смешанная культура 1:1 клин.	0,43±0,00	0,68±0,01	

Исследования чувствительности планктонных и биоплёночных культур к антимикробным препаратам продемонстрировали следующие результаты. Планктонная и биоплёночная культуры клинического изолята *S.aureus 609* в целом сохраняли чувствительность к метициллину и азитромицину на уровне исходного штамма, однако, в зоне отсутствия роста появлялись отдельные устойчивые к препаратам колонии. У биоплёночной культуры *C.albicans 609* отмечалась резистентность к клотримазолу, отсутствовавшая у планктонной и исходной культур того же изолята.

Выводы. Клинические изоляты после 4 час инкубации формировали более плотные биоплёнки, чем референс-штаммы. Данная закономерность наблюдалась как в биоплёнках из моно-, так и из смешанных культур бактерий и грибов. Биоплёночные и суспензионные культуры клинического изолята *S.aureus 609* и биоплёночная культура изолята *C.albicans 609* продемонстрировали появление устойчивости к некоторым антимикробным препаратам в сравнении с исходными культурами до образования ими биоплёнок.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕКРЕАЦИОННОЙ ЭКОЛОГИИ КРЫМА

Шибанов С.Э.

Зав. кафедрой общей гигиены с экологией д.м.н. проф. Медицинская академия им. С.И.Георгиевского Крымского Федерального Университета им. В.И.Вернадского, Симферополь, Россия
seshibanov@mail.ru

В работе рассматриваются актуальные проблемы охраны курортно-рекреационных ресурсов Крыма от антропогенного загрязнения, включающие создание полноценной системы мониторинга такого загрязнения, регламентирования поллютантов в курортных ресурсах, изучения влияния загрязнения на лечебно-оздоровительный потенциал курортов, обоснование системы мероприятий по снижению загрязнения курортных ресурсов.

Как известно, Крым является уникальным регионом Российской Федерации, в котором, как, пожалуй, нигде больше, сосредоточены все известные курортно-рекреационные ресурсы (месторождения лечебных грязей, источники разнообразных минеральных вод, прибрежные морские акватории, парки, заповедники) определяющие лечебно-оздоровительный потенциал Крыма как всемирно известного курорта. При этом очевидно, что кроме наличия достаточных запасов курортно-рекреационных ресурсов (в чем нет сомнения по всем многочисленным

данным по Крыму), важнейшую роль в обеспечении необходимого лечебно-оздоровительного потенциала курортов играет качество (степень природного и антропогенного загрязнения) этих ресурсов. Есть достоверно подтвержденные литературные и наши данные, что при повышенном химическом или бактериальном загрязнении лечебных грязей, минеральных или прибрежных морских акваторий лечебно-оздоровительный эффект этих ресурсов снижается и даже могут появляться нарушения здоровья у больных и рекреантов.

На основании более чем 20-летнего опыта изучения проблем антропогенного загрязнения и гигиенического регламентирования различных поллютантов в курортно-рекреационных ресурсах мы считаем необходимым привлечь внимание соответствующих органов власти и специалистов к доселе не решенным проблемам рекреационной экологии Крыма и других курортных регионов РФ.

Первой актуальной проблемой изучения и оценки степени загрязнения курортных ресурсов является отсутствие единой системы мониторинга такого загрязнения, поскольку постоянный контроль содержания важнейших поллютантов в минеральных водах и лечебных грязях отсутствует, проводятся только эпизодические исследования гидрогеологическими режимно-эксплуатационными станциями (ГГРЭС) на курортах и изредка – НИИ курортологии. Несмотря на многочисленность ведомств, контролирующих различные аспекты загрязнения прибрежных морских вод (Роспотребнадзор, Минкурортов, Минрыбхоз, Госкомгидромет, Институт биологии южных морей и др.) целостную картину существующего положения дел получить очень трудно ввиду отсутствия единого плана и системы исследований, применения различных аналитических методик и аппаратуры, что делает получаемые результаты трудносопоставимыми. Отсутствие единой системы мониторинга загрязнения морской среды и общей информационной базы полученных результатов с одной стороны, приводит к дублированию исследований и излишнему расходованию средств, а с другой - к отсутствию данных о содержании многих опасных поллютантов (радионуклидов, диоксинов и др.).

Для понимания масштабов существующей проблемы антропогенного загрязнения курортно-рекреационных ресурсов в Крыму приводим результаты наших многолетних исследований по этому вопросу:

Приоритетные химические загрязнители курортных ресурсов

Вид лечебных ресурсов	Ведущие загрязнители
Прибрежные морские воды	Пестициды, тяжелые металлы, нефтепродукты, ПАВ, фенолы, радионуклиды, диоксины, полихлорированные бифенилы и дифенилы
Минеральные воды	Нефтепродукты, фенолы, ПАВ, пестициды
Лечебные грязи	Пестициды, тяжелые металлы, нефтепродукты

Следующей существенной проблемой оценки опасности загрязнения курортных ресурсов является отсутствие соответствующих нормативов (ПДК) обнаруживаемых загрязнителей в лечебных грязях, минеральных и морских водах, поскольку использование для этого имеющихся нормативов для питьевой воды или почвы не возможно ввиду значительных отличий в физико-химических свойствах и условиях контакта с организмом человека. В 80-х годах 20 века нашими исследованиями научно обоснованы и одобрены ВНИИ курортологии и физиотерапии (Москва) ПДК 14 пестицидов и дизельного топлива в лечебных грязях и эколого-гигиенические ПДК 17 наиболее часто встречающихся загрязнителей в морской воде, что явно недостаточно для оценки всех загрязнителей курортных ресурсов, это направление требует дальнейшей разработки и больших кадровых и финансовых ресурсов.

Важной и малоизученной проблемой рекреационной экологии является исследование влияния загрязнения курортных ресурсов на эффективность курортного лечения и состояние здоровья рекреантов, а также на процессы самоочищения, регенерации и сохранения лечебно-оздоровительных свойств этих объектов.

На основе многолетнего опыта изучения проблем экологии курортов следует констатировать, что пока вопросами изучения и охраны курортных ресурсов от загрязнения в необходимом объеме не занимаются ни гигиенисты, ни экологи, ни курортологи и эта актуальная проблема изучена крайне недостаточно.

В связи с вышеизложенным, совместно с коллегами из Одесского медуниверситета считаем необходимым развитие нового научного направления «Рекреационная экология» на стыке гигиены окружающей среды, экологии, курортологии и других наук.

Основными задачами этого научного направления должны быть: изучение источников, причин и уровней антропогенного загрязнения курортных ресурсов, разработка и внедрение системы полноценного мониторинга загрязнения курортной среды с единой информационной базой полученных результатов, исследование влияния загрязнения на лечебно-оздоровительный потенциал курортов и здоровье рекреантов и местного населения, эколого-гигиеническое нормирование загрязнителей в курортных ресурсах, гигиеническое обоснование развития новых перспективных курортных зон с учетом решения проблем водоснабжения и водоотведения, разработка межведомственной программы мероприятий по минимизации и предотвращению загрязнения курортной среды.

С целью межведомственной интеграции научных и практических работ в этом направлении и решения основных проблем охраны курортов от загрязнения считаем необходимым создание научно-практического центра по экологии курортов Республики Крым.

ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Поленок П.В.¹, Костырной А.В.²

¹*ассистент кафедры хирургии №1 Медицинской академии КФУ*

²*заведующий кафедрой хирургии №1, д.мед.н., профессор Медицинской академии КФУ*
petrpolenok@gmail.com

Введение. Проблема релапаротомии у больных с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями после оперативного лечения экстренной абдоминальной патологии остается в центре внимания хирургов. Частота релапаротомии в XXI веке имеет отчетливую тенденцию к росту, несмотря на активный мониторинг послеоперационного периода при помощи ультразвуковой диагностики и компьютерной томографии, применение современных антибиотиков широкого спектра действия и развитие малоинвазивных способов хирургического лечения. Анализ повторных вмешательств на органах брюшной полости в раннем послеоперационном периоде показал неудовлетворительные результаты. Летальный исход при этом обусловлен не самой релапаротомией, а ее запоздалым выполнением, при уже свершившейся катастрофе в брюшной полости, когда показания к операции становятся бесспорны, а ее эффективность уже сомнительна.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных с экстренной абдоминальной патологией, осложненной распространенным перитонитом, путем применения метода этапных операций.

Задачи.

1. Разработать шкалу оценки исходной степени тяжести состояния и прогноза заболевания у больных с распространенным перитонитом.
2. Разработать показания для этапного хирургического лечения больных с экстренной абдоминальной патологией, осложненной распространенным перитонитом.
3. Определить режим этапного хирургического лечения: установить срок его выполнения, варианты лечения основного заболевания и показания к завершению методики.
4. Разработать способы временного закрытия лапаротомной раны.

5. Оценить эффективность этапного лечения в сравнении с традиционными методами хирургического лечения.

В работе использованы клинические, биохимические, биологические и статистические методы исследования

Результаты исследований. В работу включены результаты обследования и лечения 203 больных с диагнозом распространенный перитонит различного генеза за период 2008–2016 г. В зависимости от тактики лечения больные с перитонитом были разделены на две основные группы. Пациенты I группы были разделены на 3 подгруппы в зависимости от вида хирургического лечения: подгруппа IA - оперированы однократно, подгруппа IB – оперированы повторно в связи с развитием послеоперационных внутрибрюшных осложнений, подгруппа IB – использована тактика программированной релапаротомии. У II основной группы применена стратегия этапного хирургического лечения, которая включала в себя использование стратификационных шкал оценки исходной степени тяжести состояния пациента и шкалу показаний для этапного хирургического лечения, выполнение минимального объема первого хирургического вмешательства в сжатые временные сроки, использование собственных конструкций для закрытия брюшной полости с учетом внутрибрюшного давления.

Выводы. Исходная степень тяжести пациентов, сопутствующая патология и характер изменений в брюшной полости имеют существенные различия, несмотря на единый диагноз распространенного перитонита. Исходная степень тяжести состояния больного с распространенным перитонитом, соответствующая уровню тяжелого абдоминального сепсиса с явлениями полиорганной недостаточности, является одним из главных показаний для использования тактики этапного хирургического лечения. Соответственно, рекомендовано применять шкалы оценки исходной степени тяжести для стратификации больных по группам риска и дифференцированного применения различных методов лечения. У больных, которым планируется проведение этапного хирургического лечения, необходимо выполнять минимальный по травматичности и непродолжительный по времени объем первой операции без послойного ушивания брюшной полости, с последующим переводом в отделение реанимации для коррекции гомеостаза, интенсивной терапии и дальнейшей серии этапных хирургических вмешательств. При использовании тактики этапного хирургического лечения для временного закрытия лапаротомной раны рекомендуется использовать специальные конструкции с обязательным учетом внутрибрюшного давления и ретракции мышечно-фасциального лоскута.

КОМПЛЕКСНАЯ КОРРЕКЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Демьяненко С.А.¹, Пылаева Н.Ю.², Крылова Т.Л.³, Казина Е.Н.⁴

¹ профессор, заведующий кафедрой стоматологии и ортодонтии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования МА им.С.И.Георгиевского КФУ

²доцент кафедры анестезиологии-реаниматологии и скорой медицинской помощи факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования МА им.С.И.Георгиевского КФУ

³доцент кафедры стоматологии и ортодонтии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования МА им.С.И.Георгиевского КФУ

⁴доцент кафедры стоматологии и ортодонтии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования МА им.С.И.Георгиевского КФУ

Полупроводниковое магнитно-лазерное излучение в инфракрасном диапазоне, генерируемое низко-интенсивным светотерапевтическим аппаратом «Оптодан», обладает высокой профилактической и лечебной эффективностью, приводит к ликвидации воспалительных явлений в тканях пародонта в короткие сроки, нормализует микроциркуляцию в них, способствует улучшению трофики пародонта.

В нашей работе магнито-лазерный терапевтический эффект дополнялся действием фитоадаптогена бальзама «Здоровье», использование которого было обусловлено его антипротеазными и антиоксидантными свойствами. Целью проведенного нами исследования было изучение клинической оценки эффективности применения указанного взаимодополняющего сочетания.

Нами обследовано 86 больных генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести хронического течения. В контрольной группе пациенты получали традиционный комплекс лечения, который включал медикаментозную терапию и закрытый кюретаж. В исследуемой группе часть пациентов помимо традиционных методов лечения получала изолированное воздействие фитобальзама или лазерной терапии с магнитным усилением, которую проводили после закрытого кюретажа аппаратом «Оптодан», у остальных пациентов использовали сочетание всех указанных методов.

Эффективность проведенного лечения оценивали на основании клинко-рентгенологических показателей, характеризующих состояние тканей пародонта, непосредственно после лечения, через 6, 12 месяцев после лечения. Лечение проводилось до нормализации клинической картины заболевания и отсутствия жалоб у пациентов.

Для оценки состояния тканей пародонта и гигиены полости рта были использованы следующие показатели: индекс РМА Парма, гигиенический индекс Грина-Вермилиона (ОHI-S); гигиенический индекс-ГИ (предл. Федоров и Володкина); индекс кровоточивости; пародонтальный индекс (ПИ) по Расселу; индекс Рамферда; гингивальный индекс ЛЕЕ.

В результате лечения достоверный клинический эффект был достигнут у всех пациентов: уплотнение десны, отсутствие гиперемии десневых сосочков, сокращение глубины пародонтальных карманов. Выявлена достоверная редукция показателей индексов Рамферда, Лее, пародонтального, папилло-маргинально-альвеолярного индексов.

Наиболее выраженная динамика изучаемых показателей наблюдалась при использовании сочетания бальзама «Здоровье» и лазерной терапии в магнитном усилении, наблюдались значительные улучшения клинического состояния тканей пародонта уже на 2-е сутки после закрытого кюретажа (4 посещение), что выражалось в ликвидации гиперемии, кровоточивости, патологических карманов, зуда, неприятных ощущений, уплотнения десны.

При этом уровень исследуемых индексов в этой группе максимально приближался к соответствующим показателям здоровых людей.

Таким образом, анализ полученных результатов клинического исследования показал, что включение в схему лечения генерализованного пародонтита легкой степени тяжести хронического течения комплекса с многофакторным патогенетическим действием, фитоадаптогена бальзама «Здоровье» и магнитно-лазерной терапии, приводит к ликвидации воспалительных явлений в тканях пародонта в короткие сроки, нормализует микроциркуляцию в них, способствует более быстрому купированию воспалительно-дистрофического процесса и длительной стабилизации полученных результатов.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ЗВЕНЬЕВ РЕГУЛЯЦИИ ПОСЛЕ ГОРМОНОЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У КРЫС ПРЕДСТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Рамазанова Э.¹, Баранова В.¹, Исмаилова М.¹, Абдуллаева В.Д.², Шаймарданова Л.Р.³

¹студенты 2 курса кафедры нормальной анатомии Медицинской академии КФУ

²студентка 4 курса стоматологического факультета Медицинской академии КФУ

³доцент кафедры нормальной анатомии Медицинской академии КФУ

научный руководитель: к.м.н., доцент Шаймарданова Л.Р.

Введение. В постклимактерическом периоде у женщин весьма часто возникает необходимость проводить гормонозаместительную терапию. Однако, мужская часть населения нуждается в такой гормональной коррекции, возможно, даже чаще. В пожилом возрасте в качестве гормонозаместительной терапии у мужчин применим тестостерон, а в западных странах для продления мужской активности, в основном, предпочитают соматотропин (СТГ). Это связано с тем, что отдельные биомаркеры старения, такие, как ожирение, снижение мышечной массы, остеопороз, сахарный диабет, связаны с сенильной недостаточностью СТГ и его медиаторов. Морфологические изменения центральных нейроэндокринных звеньев регуляции – гипоталамуса, гипофиза и эпифиза, а также реакция периферических органов мишеней при многократном применении данных препаратов в старческом возрасте, изучены недостаточно.

Цель исследования. Изучить морфологические изменения гипофиза, ядер гипоталамуса и эпифиза после введения препарата соматотропина и тестостерона в условиях естественного старения.

Материалы и методы. Первый этап исследования проведен на 24 самцах крыс линии Вистар предстарческого возраста, разделенных на серию «А» - контрольных половозрелых животных, серию «В» – контрольных крыс предстарческого возраста, «С» – животных, которым вводили тестостерона пропионат, и серию «D» - с введенным «Джинтропином» (препаратом соматотропина). Препарат вводили внутримышечно из расчета 2мл/кг с интервалом в 2 дня. Поскольку стероиды являются видонеспецифичными гормонами, а к человеческому соматотропину из животных восприимчивы исключительно крысы, результаты исследования можно экстраполировать на человека. Поведенческие реакции крыс оценивались с использованием метода «открытого поля». Уровень гормонов определяли после забора крови из хвостовой вены в вакутайнеры стандартными тест-системами для стероидов. Забой проводили на 30 сутки эксперимента. Для морфологического исследования материал, после фиксации в формалине, заливали в парафиновые блоки, готовили серийные срезы и окрашивали гематоксилин-эозином, по Ниссию. серебрением по Бильшовскому и конго-красным на амилоид.

Результаты исследования. После трехкратного введения и «Джинтропина», и тестостерона пропионата животным предстарческого возраста, наблюдали увеличение физической активности крыс в сравнении с контрольными животными, что оценивали

методом «открытого поля». Усилилась ориентировочно-исследовательская реакция, двигательная активность и двигательная координация.

У крыс серии «В» отмечали снижение уровня практически всех гормонов в сравнении с животными серии «А», но в разной степени. Концентрация ТЗ достоверно снижалась у всех животных предстарческого возраста. Наиболее значительно уменьшалось содержание СТГ, до величины $7,9 \pm 1,2$ мМЕ/л (mIU/L). В серии «D» уровень СТГ превышал контрольное значение на $2,7 \pm 0,4$ ммоль/л, ЛГ снизился на $1,2 \pm 0,2$ ммоль/л, ФСГ снизился на $1,3 \pm 0,2$ ммоль/л. Но, наибольшие изменения коснулись уровня пролактина, значение которого выросло в $2,3 \pm 0,8$ раза. Гормональные изменения были отчетливо выражены и в серии «С».

Анализ морфологических изменений структур головного мозга выявил существенные различия между сериями. У животных серии «В», ядра гипоталамуса подвергались изменениям в различной степени и неравномерно. Однако, общим для всех структур гипоталамуса оказалось уменьшение количества нейронов, образующих ядра, появление большого числа сморщенных нейронов или с деформированной поверхностью. Часть нейронов, напротив, демонстрировала набухание, появлялись атрофические изменения и аксонов, и дендритов. Отмечалось увеличение степени тигролиза клеток, обеднение дендритического дерева. Кроме того, прослеживалось неоднородное распределение клеток глии. При анализе изменений в морфологии эпифиза отмечалось общее уменьшение количества пинеалоцитов, появление двухядерных клеток, уменьшение размеров ядер, усиление степени выраженности петрификатов. Масса гипофиза была незначительно ниже, также наблюдали уменьшение количество базофильных клеток. Количество эозинофильных клеток, напротив, незначительно увеличивалось. Также отмечалось умеренное разрастание соединительной ткани.

В сериях «С» и «D» выраженность таких изменений была значительно ниже, количество деформированных клеток было меньшим, а их организация была более плотная.

Выводы. Оцифровка полученных в результате эксперимента данных, продолжается. Анализ количественных результатов даст возможность утверждать достоверность и характер изменений в центральных нейроэндокринных органах при применении гормонозаместительной терапии.

АКТУАЛЬНОСТЬ ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Романенко И.Г.

ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С.И. Георгиевского.

Несмотря на достигнутые успехи в разработке методов лечения, вопрос о необходимости совершенствования методов диагностики и профилактики, увеличения уровня «онкологической настороженности» как врачей стоматологов, так и самих пациентов, не утратил своей актуальности.

Проблема онкологических заболеваний слизистой оболочки полости рта характеризуется их обширной географической распространенностью и увеличением частоты встречаемости. Так на основе медико-статистических исследований установлено, что 100 лет назад раком заболел один из 30 человек, 50 лет назад – один из 15, в настоящее время заболевает каждый пятый или шестой человек.

В настоящее время отмечается явная тенденция к увеличению заболеваемости раком полости рта и в нашей стране.

Цель исследования. Анализировать ошибки, допускаемые врачами-стоматологами, при диагностике опухолевых заболеваний, определить возможные причины, способствующие возникновению злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы исследования. Изучены данные официальной онкологической статистики в России за период с 2000г. по 2016г. Проанализированы показатели процентного соотношения диагностики стадий онкологических заболеваний полости рта и глотки в КРУ «ОКД» имени В.М. Ефетова г. Симферополя за 2015 год. Осмотрены пациенты с подозрением на рак.

Результаты обследования и их обсуждение. В КРУ «ОКД» имени В.М. Ефетова г. Симферополя по состоянию на конец 2015 года взято на учет 6324 больных, из них выявлено при просмотрах у 1509 человек. С локализацией опухоли на губе взято на учет 38 человек, с раком полости рта - 102. На профосмотрах рак полости рта выявлен у 31 человека, губы - у 20 человек. Состоят на учете на конец 2015 года с раком губы 1146 человек, с раком полости рта - 631 человек. Из них состоят на учете с момента установления диагноза 5 и более лет: рак губы - 915 человек, полости рта - 368 человек. Морфологически диагноз был подтвержден у 906 больных с раком губы и 361 человека с раком полости рта.

Тяжесть злокачественных новообразований и их прогноз определяются прежде всего стадией заболевания. Если при I и II стадиях прогноз в основном благоприятный, то при III и, особенно, IV стадиях прогноз, как правило, неблагоприятный. Так, I-II стадия злокачественных новообразований была диагностирована у 64 человек, из них рак губы - у 30 человек, полости рта - у 34; III стадия у 28 человек (5 человек - рак губы, 23 - рак полости рта); IV стадия - у 39 человек (рак губы у 3 человек и рак полости рта у 36 человек).

Лечение прошли 82 человека из пациентов впервые взятых на учет в 2015 году, из них с раком губы - 24 человека, с раком полости рта - 58 человек.

Из числа впервые взятых на учет в 2015 году умерло до 1 года с момента установления диагноза: от рака полости рта - 27 человек (21 мужчина, 6 женщин).

71% пациентов поступили в КРУ «ОКД» имени В.М. Ефетова неоперабельными.

В большинстве своем наблюдаемые были городскими жителями.

Выделено две основные причины поздней диагностики рака.

Первая – по вине больного, связанная с поздним обращением к врачу, до появления, выраженного болевого симптома, или при продолжительном самолечении и отсутствии положительного эффекта.

Вторая причина – по вине медперсонала: отсутствие у врача при первичном контакте с больным онконастороженности, и вследствие этого, длительное лечение, без выявления и

устранения причины заболевания, что ухудшало прогноз результатов лечения при данной ситуации.

Проблема онкологических заболеваний слизистой оболочки полости рта характеризуется их обширной географической распространенностью и увеличением частоты встречаемости. Несмотря на достигнутые успехи в разработке методов лечения, вопрос о необходимости совершенствования методов диагностики и профилактики, увеличения уровня «онкологической настороженности» как врачей стоматологов, так и самих пациентов, не утратил своей актуальности.

Информация, полученная в результате изучения доступных научных источников, историй болезней, позволяет прийти к выводу, что необходимо совершенствовать системный подход в организации медицинской помощи по профилю онкология, улучшать качество подготовки медицинских кадров, развивать высокотехнологичные методы диагностики и лечения.

ОСОБЕННОСТИ И ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ФЕМТОСЕКУНДНОГО ЛАЗЕРА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛОСКУТА В ПРОЦЕССЕ ОПЕРАЦИИ ЛАСИК

Копаянко А.И.¹, Расин О.Г.¹, Карева²

¹доцент кафедры офтальмологии Медицинской академии КФУ

²врач-офтальмолог ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко»

Введение. Аномалии рефракции являются одной из основных проблем современной офтальмологии. Растет число пациентов с нарушениями рефракции в работоспособном возрасте, особенно с миопией. По данным исследователей в настоящее время около 30% мирового населения страдает миопией, 3% населения – миопией высокой степени. Прогнозируется рост количества больных миопией. Ученые предполагают, что к 2050 г 50% населения нашей планеты будут миопами, а 10% иметь миопию высокой степени. Важными являются вопросы профессиональной пригодности, поскольку аномалии рефракции ограничивают человека в выборе специальности. Поэтому развитие методов коррекции аномалий рефракции, в том числе и хирургических, является актуальным и социально значимым. Лазерный кератомилез *in situ* (ЛАСИК) является наиболее предпочтительным вариантом для рефракционных хирургов при коррекции рефракционных дефектов. При этом технологии ЛАСИК непрерывно совершенствуются. Новым шагом в обеспечении безопасности и эффективности ЛАСИК стало применения фемтосекундного лазера для формирования роговичного лоскута (флепа) при операции ЛАСИК.

Цель и задачи исследования. Оценить эффективность эксимер-лазерной коррекции миопии по методике фемтоЛАСИК

Методика исследований. В исследование было включено 60 пациентов (116 глаз) с миопией и миопическим астигматизмом. Дооперационный средний сферический эквивалент рефракции был $-4,27 \pm 0,79$ Дптр. Возраст пациентов был от 18 до 47 лет, средний возраст – $25,6 \pm 4,3$ лет. Женщин было 34 человек (57%), мужчин – 26 (43%). Пациенты были разделены на две группы. В 1 группу вошли 30 человек (58 глаз), которым была произведена операция ФемтоЛАСИК с использованием фемтосекундного лазера Femto LDV (Ziemer, Швейцария). Во 2 группу – 30 пациентов (58 глаз), которым была произведена операция ЛАСИК с применением микрокератома Moria Evolution 3. В обеих группах абляция роговицы проводилась с помощью эксимерного лазера Allegretto Wave Eye-Q и протокола абляции Wavefront Optimized.

Всем пациентам в до и послеоперационном периоде проводили стандартное офтальмологическое обследование. Для оценки эффективности хирургического лечения рассчитывались следующие показатели:

1. Стабильность – отношение числа глаз со снижением рефракционного результата более чем на 0,5 Дптр к общему числу глаз, выраженное в процентах:

2. Безопасность – отношение числа глаз со снижением максимальной корригированной остроты зрения более чем на 0,1 к общему числу глаз, выраженное в процентах.

3. Предсказуемость – отношение числа глаз, послеоперационная рефракция которых отличалась от запланированной более чем на 0,5 Дптр, к общему числу глаз, выраженное в процентах.

4. Эффективность – отношение числа глаз, у которых острота зрения без коррекции была меньше на две и более строк, чем максимально корригированная дооперационная, к общему числу глаз, выраженное в процентах.

Для определения субъективной удовлетворенности пациентом проведенной операции использовали опросник, который включал следующие вопросы, охватывающие конкретные аспекты качества зрения: общее удовлетворение проведенной операцией, качество некорригированной остроты зрения, качество ночного зрения, вождение автомобиля в дневное и в ночное время. Шкала подсчета очков ранжировалась от 1 (не удовлетворен) до 3 (очень доволен) и распределялась следующим образом: 1–1,65 – не удовлетворен; 1,66–2,33 – доволен и 2,33–3 – очень доволен. Результаты коррекции оценивали через 6 месяцев после операции.

Результаты исследований. При применении механического кератома толщина роговичного лоскута в среднем составляла $115 \pm 2,9$ мкм. Толщина флепа варьировала от 102 до 138 мкм, диапазон составлял 36 мкм. При применении фемтосекундного лазера средняя толщина флепа была $111 \pm 0,9$ мкм, диапазон толщины флепа – от 105 до 116 мкм и составлял в абсолютном значении 11 мкм. Таким образом, диапазон толщины роговичного лоскута был при операции ЛАСИК в 3,3 раза больше, чем при операции фемтоЛАСИК ($p < 0,01$). При операции фемтоЛАСИК происходит формирование равномерного лоскута, параметры которого соответствуют прогнозируемым.

Определено, что у пациентов 1 группы стабильность результатов оперативного лечения была 96%, эффективность – 94%, предсказуемость – 94% и безопасность – 97%. Во 2 группе стабильность результатов оперативного лечения была 90%, эффективность – 91%, предсказуемость – 90% и безопасность – 95%. Полученные данные свидетельствуют о высокой степени безопасности обоих вариантов ЛАСИК при коррекции миопии. Обращают на себя внимание в целом высокие показатели стабильности, предсказуемости и эффективности. Однако, результаты клинической оценки применения фемтосекундного лазера в целях формирования роговичного лоскута показали, что данная технология, по сравнению с применением механического кератома, обеспечивает более высокие клинические показатели стабильности (на 6%), безопасности (на 2%), предсказуемости (на 4%) и эффективности (на 3%) лазерной коррекции ($p < 0,01$). Полученные результаты объясняются тем, что поверхностно ровный и однородный лоскут при применении фемтосекундного лазера является морфологической основой выявленных различий показателей клинической эффективности по сравнению с традиционной методикой ЛАСИК.

В послеоперационном периоде острота зрения без коррекции была 0,6 или выше на 99% глаз. Средний балл общей удовлетворенности в 1 группе составил $2,74 \pm 0,08$, во 2 группе $2,63 \pm 0,07$ ($p > 0,05$). Удовлетворенность некорригированной остротой зрения в 1 группе была $2,69 \pm 0,08$, во 2 группе – $2,73 \pm 0,08$ ($p > 0,05$). Пациенты высоко оценивали качество ночного зрения и вождения ночью, так средний балл удовлетворенности зрением в темное время суток в 1 группе был – $2,67 \pm 0,05$, во 2 группе – $2,43 \pm 0,04$. При этом, качество ночного зрения и вождения ночью было статистически значимо выше в группе пациентов, которым произведена операция фемтоЛАСИК ($p < 0,05$).

Выводы. ФемтоЛАСИК – эффективный метод оперативного лечения миопии, который позволяет достичь принципиально нового качества зрения, обеспечивает хорошее зрение при низкой освещенности (сумерки, ночь, туманная погода). Применение данного метода лечения особенно целесообразно у пациентов с миопией высокой степени, у больных выдвигающих высокие требования к качеству зрения и жизни.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛИРУЮЩЕГО ПЕРИОДОНТИТА

Демьяненко С.А.¹, Тофан Ю.В.²

¹д.м.н., проф. кафедры стоматологии и ортодонтии;

²ассистент кафедры стоматологии и ортодонтии. Медицинская академия имени С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО

«Крымский федеральный университет имени В.И.Вернадского»

Актуальность. Периодонтиты в структуре стоматологической заболеваемости у взрослого населения занимают после кариеса и пульпита третье место, и являются основной причиной удаления зубов. Трудности лечения деструктивных форм хронического периодонтита обусловлены длительностью течения процессов регенерации в периапикальном очаге деструкции: 6-12 месяцев и более после завершения эндодонтического лечения (Носов С.Н. и соавт., 2003; Лукиных Л.М., Лившиц Ю.Н., 2004; Vascones A. et al., 2004).

Перспективным направлением в лечении хронических деструктивных воспалительных процессов является применение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы крови (ОТПК или PRP), которая позволяет создать в участке ее введения в ткани высокую концентрацию факторов роста, управляющих местными процессами регенерации, иммунокоррекции (Х. П. Мюлер, 2004; Г. Маркс, 2005, А. Санчес, 2005).

Целью данного исследования является повышение эффективности и сокращение сроков комплексного лечения хронического гранулирующего периодонтита за счет использования заапикальной терапии обогащенной тромбоцитами аутоплазмы крови (ОТПК).

Материалы и методы исследования. Нами обследовано и проведено комплексное лечение 45 пациентов мужского и женского пола в возрасте от 25 до 40 лет с диагнозом хронический апикальный периодонтит.

Пациенты были разделены на 2 группы: основную -20 и контрольную – 26 пациентов. Лечение корневых каналов пациентам обеих групп проводили, придерживаясь алгоритму эндодонтического вмешательства в соответствии с протоколом Европейского общества эндодонтистов.

У всех больных мы проводили клинико-анамнестическое обследование, рентгенографическое исследование однокорневых и многокорневых зубов верхней и нижней челюсти до и после лечения, а также на ранних сроках через 1 месяц. 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 PAI А.М. Соловьевой и индекса Хаунсфилда, который определяли по результатам КТ, проведенном на томографе ORTHOPHOS XG 3D.

Комплексная терапия у пациентов 1-й (контрольной) группы (25 человек) включала профессиональную гигиену полости рта, лечение корневых каналов используя алгоритм эндодонтического вмешательства в соответствии с протоколом Европейского общества эндодонтистов.

Для проведения заапикальной терапии аутоплазмой, обогащенной тромбоцитами, проводили внутриканальное заапикальное введение.

Затем каналы obturировали методом латеральной конденсации. После рентгенологического контроля уровня заполнения корневого канала пломбирочным материалом коронковую часть зуба восстанавливали по терапевтическим или ортопедическим показаниям.

Лечение пациентов 2-й (основной) группы (20 человек) проводилось традиционным методом.

Результаты и их обсуждение.

Анализ динамики изменений клинических симптомов в ранние сроки наблюдений показал, что по всем изучаемым параметрам выявлены достоверные различия, указывающие на меньшую выраженность местных и общих воспалительных реакций у представителей 1-й группы. Отмечалось отсутствие жалоб. При объективном обследовании слизистая оболочка десны с вестибулярной стороны в проекции околоверхнечечных тканей пролеченных зубов имела бледно-розовый цвет, отмечалась безболезненная перкуссия зубов, сохранение функции зубов.

Положительная динамика, подтвержденная рентгенографическими исследованиями, также свидетельствовала о стабилизации процессов регенерации. Использование предложенной нами методики способствовало более активной и эффективной репарации периапикальных тканей.

У пациентов в контрольной группе изменения рентгенологической картины наблюдались уже через месяц. Индекс РАИ изменился у 15-ти исследуемых от 5 до 2 баллов, у 10-х - от 5 до 3 баллов. «Индекс Хаунсфилда» соответствовал до лечения в участке деструкции - 1030 единиц; через 1 месяц в участке деструкции составлял 1125 единиц .

У представителей основной группы в первые две недели после пломбирования корневых каналов у 3 больных возникло осложнение в виде периостита, у 7 пациентов наблюдались жалобы на боль при накусывании и еще у 4 человек отмечалась болезненная перкуссия, осложнений не наблюдалось у 6 больных.

Изменений рентгенологической картины через месяц после проведенного лечения практически не наблюдалось. «Индекс Хаунсфилда» соответствовал до лечения в участке деструкции - 1174 единицы; через 1 месяц в участке деструкции составлял 1179 единиц .

Выводы:

Проведенные нами исследования показали, что лечение хронических гранулирующих периодонтитов. Использование заапикальной терапии обогащенной тромбоцитами аутоплазмы крови в лечении ХГП, приводит к более выраженному восстановлению костной ткани у пациентов в 1-й (основной) группе уже через месяц после лечения. В это же время, у представителей 2-й (контрольной) группы лечение привело лишь к частичной стабилизации процесса.

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Назарова Е.В.

*соискатель кафедры педиатрии, физиотерапии и курортологии Медицинской академии
имени С.И. Георгиевского» КФУ*

научные руководители: Каладзе Н.Н., д.мед.н., профессор;

Вербенко В.А., д.мед.н., профессор

Введение. Пролонгированная психотравма оказывает фрустрирующее воздействие на психику родителей, воспитывающих детей больных ДЦП, что усиливает невротические и соматические проявления, негативно влияет на отношение к ребенку.

Среди физиотерапевтических методов лечения данных состояний привлекает внимание воздействие на область головного мозга бегущего магнитного поля (БИМП). Положительное действие БИМП обусловлено его сосудорасширяющим, спазмолитическим, противоотечным, нейротропным и иммуномодулирующим эффектами. Учитывая принцип комплексности в физиотерапии, процедуры транскраниальной магнитотерапии (ТкМТ) проводились на фоне прослушивания аудиозаписи. При этом структура словесных психотерапевтических формул на фоне релаксирующей музыки была направлена на устойчивость непроизвольного

внимания с возникновением легкого трансового состояния в результате которого повышается чувствительность и восприятие процедуры

Цель и задачи исследований. Изучить возможность сочетанного использования транскраниальной магнитотерапии и психотерапии в коррекции невротических расстройств.

Задачи. Разработать диагностические и лечебные подходы к лечению больных с неврозами в санаторно-курортных условиях. Оптимизация лечения путем потенцированного назначения физических факторов на примере транскраниальной магнитотерапии и психотерапии.

- **методика исследований:** клинические, функциональные, гормональные, психодиагностические, статистические исследования у 95 матерей, воспитывающих детей больных ДЦП.

Методом случайной выборки по сопоставимым параметрам (диагноз, пол, возраст) больные были распределены на 2 группы: основную 48 больных и контрольную 47 больных. Все обследованные получали климатотерапию. Основная группа от контрольной отличалась дополнительным использованием ТкМТ и психотерапии. В контрольной группе использовали эффект плацебо - проводили имитацию магнитотерапии с отключенными электродами.

Лечение сочетанной ТкМТ и психотерапии начинали после периода адаптации. Курс лечения состоял из 10 процедур.

Результаты исследований. В процессе лечения нежелательных побочных эффектов магнитотерапии не определено. Почти четверть пациентов основной группы в процессе магнитотерапии «ощущали» действие магнитного поля как легкое приятное тепло, шорох в области индукторов.

Всем пациентам до начала процедуры давалась установка на отдых и дремоту, но качество субъективных ощущений во время процедур в исследуемых группах было разное. Анализ самоотчета пациентов о психическом и физическом состоянии во время процедур показал, что имеются существенные различия в основной и контрольной группах ($p < 0,05$). У пациентов в основной группе, помимо седативного, противотревожного и миорелаксирующего эффектов, наблюдалось вегетостабилизирующее действие — нормализация АД, урежение пульса, уменьшение явлений гипергидроза ладоней.

Позитивная динамика подтверждена электрофизиологическими данными, в частности нарастанием мощности альфа-ритма по данным ЭЭГ, улучшением качества параметров вызванных потенциалов. В контрольной группе улучшение наблюдалось в меньшем числе случаев ($p > 0,05$).

В основной группе комплексное санаторно-курортное лечение родителей с невротическими и соматическими проявлениями оказывало вазоактивное влияние, способствовало улучшению кровенаполнения сосудов (в 2,3 раза уменьшался коэффициент асимметрии), уменьшению проявлений затрудненного венозного оттока в вертебробазилярном бассейне, улучшению показателей кровотока по магистральным сосудам мозга и объемным показателям кровоснабжения мозга.

Динамика психологических показателей была отмечена во всех группах и особенно возрастала в группе комплексного применения предложенных факторов.

В результате комплексного лечения с использованием аппарата «АЛМАГ-03» более отчетливо фазу срочного стресса, как закономерный переход к адаптации, наблюдали по экскреции норадреналина в суточной моче и кортизола в плазме крови. Положительная динамика по уровню исследованных параметров проявлялась снижением в 1,61 и 1,29 раза (соответственно, в основной группе) и в 1,18 и 1,03 раза, соответственно в контрольной группе, ($p > 0,05$). Следовательно, динамика содержания стрессовых гормонов в основной группе позволила оценивать сочетанное применение ТкМТ и психотерапии как раздражитель, формирующий в конечном счете адекватную адаптационную реакцию со стабилизацией симпатико-адреналовой системы и ВНС.

Выводы. Сочетанное применение ТкМТ и психотерапии в комплексном лечении пациентов с непсихотическими расстройствами оказывало положительное терапевтическое влияние. Эффекты физиотерапии заключались в седативном, антидепрессивном и вегетостабилизирующем действиях. ТкМТ безопасна и не сопровождалась негативными психическими и соматическими побочными эффектами. При сочетании климатолечения и предложенной методики эффект воздействия направлен на инициацию собственных механизмов адаптации, повышение результатов лечения, что значительно улучшает качество жизни матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями.

SONOGRAPHIC FEATURES OF THE HEPATOBILIARY SYSTEM DISEASES IN PATIENTS OF THE CRIMEAN REGION DEPENDING ON GENDER.

Pawar Deepak¹, Topchiy Yeketerina², Opryshko V.V.³, Filippov A.V.⁴

¹Student 4th course Department of radiodiagnosics and radiotherapy MA named after S.I. Georgievsk

²doctor intern of Department of radiodiagnosics and radiotherapy MA named after S.I. Georgievsk

³Associate Professor of Department of radiodiagnosics and radiotherapy

MA named after S.I. Georgievsk

⁴Ass. Of Department of radiodiagnosics and radiotherapy MA named after S.I. Georgievsk

Department of radiodiagnosics and radiotherapy MA named after S.I. Georgievsky

oprishkovv@gmail.com

Introduction: Over the past few years there has been an increasing incidence of hepatobiliary system (HBS) diseases among the adult population according to official statistics of the Ministry of health of Russian Federation. To date, ULTRASOUND is the most secure, quick and accurate method of examinations of HBS.

Purpose and objectives: The purpose of our study was to examine ultrasound and gender-specific incidence of HBS.

Research methodology: Processing of the archival material was done by the Department — 185 registered patients had ULTRASOUND of HBS on the unit Samsung Medison "Accuvix-A30" having appropriate clinical disease since January 2015, on February 2016. As a criterion for assessing the validity of observed changes in Student's t-criteria were used. The analysis of the results was carried out using Microsoft Office Excel 2007, Statistica v. 6.0.

The results of the study: Various diseases have different characteristics on sonographic features of HBS. When conducting ultrasound of liver we estimated its size, contours, parenchyma, the status of the intrahepatic bile duct diameter and lumen status, diameter of Portal vein. Be sure to diagnose the GB on an empty stomach. It is rated by its shape, contours, size, wall thickness, content. Diagnostically significant presence or absence of pathological entities, concrements and congenital malformations.

Clinical analysis of 185 registered patients of the archival material of the Department, who had ULTRASOUND for HBS diseases. 100 of them were women, 85 men. The average age was 37.2 years (studied from 18 to 82 years of age). In the Group of Females (F) and Males (M) were obtained following results:

1. Cholelithiasis- 13% (13pt.) F; 4.3% (5pt.) M ($p < 0.05$)

2. Dysfunction of the biliary tract- 32% (32 pt.) F; 27.2% (32 pt.) M

3. Cholecystitis- 26% (26pt.) F; 16.2% (19pt.) M ($p < 0.05$)

4. Cholesterol-GB- at 11% (11pt.) F; 6.8% (8pt.) M

5. Increased liver sizes- 6% (6pt.) F; 6.8% (8pt.) M

6. Crimped-GB- at 5% (5pt.) F; 5.1% (6pt.) M

7. Cirrhosis- 3% (3pt) F; 4.3% (5pt.) M

8. Polyp-GB- at 4% (4 pt.) F; 1.7% (2pt.) M.

Conclusions: In results of research it was found higher rates reliably Cholelithiasis and Cholecystitis in women compared with men ($p < 0.05$). About remaining authentic subprogram, difference is not observed. the results indicate a high efficiency in the use of ULTRASOUND in the early detection of HBS diseases.

УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ РОССИЯНОК О СПОСОБАХ ПОСТКОИТАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ И ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Шамшединова Э.Р.¹, Дергачева А.В.², Неждидий П.П.³

1 Врач-ординатор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО ФГАОУ ВО
«Медицинская академии им. С.И.Георгиевского» КФУ им. В.И.Вернадского

2 Врач-ординатор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО ФГАОУ ВО
«Медицинская академии им. С.И.Георгиевского» КФУ им. В.И.Вернадского

3 Студент кафедры акушерства и гинекологии №2 ФГАОУ ВО «Медицинская академии им.
С.И.Георгиевского» КФУ им. В.И.Вернадского

Научный руководитель: к.м.н., доцент Румянцева З. С.

Введение. Согласно данным мировой статистики, каждый год более 20% женщин прибегают к искусственному прерыванию беременности. Столкнувшись с осложнениями аборта, приблизительно 70 000 случаев заканчивается летальным исходом, а каждая пятая искусственно прерванная беременность приводит к бесплодию. Среди всех стран Мира Российская Федерация занимает одно из ведущих мест по количеству аборт, т.к. ежегодно на территории нашей страны более 1 миллиона женщин прибегают к искусственному прерыванию беременности. Учитывая активную пропаганду контрацептивных средств в СМИ, доступное медицинское обслуживание на уровне первичного звена и даже обзор эффективных противозачаточных средств на соответствующих занятиях в школе, 57% россиянок все равно идут на аборт. При этом у 15% женщин развиваются тяжелые осложнения, а 8% навсегда остаются лишены радости материнства. Такие печальные статистические данные заставляют задуматься, на сколько наши соотечественницы осведомлены о способах экстренной профилактики беременности и как часто ими пользуются.

Цель и задачи исследования. Оценить уровень информированности россиянок о способах посткоитальной контрацепции и определить частоту применения этих средств.

Методика исследований. В анонимном анкетировании приняли участие 200 жительниц РФ. Под дальнейший анализ попали анкеты 187 (93,5%) участниц, ведущих половую жизнь. Ответы опрошенных поделили на 3 группы согласно возрастной категории: 14-19 лет - 33 девушки (17,7%); 20-29 лет – 133 респондента; 30-36 лет – 21 (11,2%) женщина.

Результаты исследования. О посткоитальной контрацепции осведомлены 77,5% (155) опрошенных, из них 7 девушек еще не ведут половую жизнь. В то время как 45 (22,5%) девушек, уже вступавших в половые контакты, не знают о существующих способах экстренной профилактики беременности. Из опрошенных женщин, ведущих половую жизнь и информированных о средствах посткоитальной защиты, 33,2% (62) применяли этот метод. Среди них 6,5% (4) опрошенных входят в первую возрастную группу, 82,3% (51) – состоит во второй возрастной группе, а 11,3% (7) женщин включены в третью группу. 36 (23,2%) из 155 опрошенных женщин узнали о способах экстренной защиты от нежелательной беременности на приеме у врача. Интересен факт, что к помощи посткоитальной контрацепции прибегали женщины, которые на протяжении последнего года имели постоянного полового партнера – 88,7% (55). И только 11,3% (7) опрошенных использовали средства экстренной защиты при случайных половых контактах. В ходе опроса выяснилось, что все женщины отдают предпочтение только гормональным медикаментозным средствам посткоитальной контрацепции. Большинство россиянок (75,7%) принимали «Постинор», 22,6% «доверились» «Эскапелу», 1,6% избежала нежелательной беременности с помощью «Женале», а 4,8% забыли название препарата, который использовали в качестве экстренной контрацепции. Все опрошенные отметили, что не нарушали правила приема «пожарных» таблеток: 74,2% приняли препарат в течение первых 24 часов после «опасного» полового акта, 24,2% - до истечения вторых суток, а 1,6% - до 72 часов.

Выводы. Согласно данным исследования и конечного наблюдения, можно прийти к выводу, что информированность российских женщин о средствах экстренной контрацепции на высоком уровне. А также нельзя не отметить факт о широком применении россиянками препаратов для посткоитальной защиты от нежелательной беременности. Но стоит уделить больше внимания просветительской работе женщин акушерами-гинекологами в вопросах планирования семьи. Преподносить информацию в доступной форме можно на приеме пациентов, с помощью СМИ, а также организовать тематические семинары для молодых пар.

ИЗМЕНЕНИЕ ИНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСА И СОСТОЯНИЕ РОСТОВЫХ ФАКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Каладзе Н.Н.¹, Езерницкая А.И.², Бабак М.Л.³

¹ профессор, заведующий кафедрой педиатрии, физиотерапии и курортологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии КФУ

² аспирант кафедры педиатрии, физиотерапии и курортологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии КФУ

³ доцент кафедры педиатрии, физиотерапии и курортологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии КФУ

Аллергические заболевания в XXI веке являются одной из актуальных проблем современной медицины. В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости бронхиальной астмой среди детского населения. Данное заболевание начинается часто в раннем детстве, а в последствии приводит к ограничению в средствах и методах лечения, что в свою очередь способствует прогрессированию болезни и ранней инвалидизации пациентов. Поэтому в современном мире очень важно раннее выявление, своевременное лечение и профилактика бронхиальной астмы у детей.

Целью работы явилось изучение влияния санаторно-курортного лечения и препарата «Виферон» на интерфероновый статус и на уровень ростовых факторов у пациентов с бронхиальной астмой, находившихся в период ремиссии заболевания и проходивших реабилитационное лечение в санаториях Крыма.

Для решения поставленной цели были определены следующие задачи:

- Изучить уровни инсулиноподобного фактора роста-1 и эпидермального фактора роста, α - и γ -интерферона в сыворотке крови детей с бронхиальной астмой в период ремиссии заболевания и выявить их корреляционную связь между собой и тяжестью течения заболевания.
- Оценить влияние санаторно-курортного лечения на состояние ростовых факторов и интерферонов у пациентов с бронхиальной астмой в зависимости от тяжести течения заболевания.
- Изучить влияние препарата «Виферон» на состояние ростовых факторов и интерферонов у детей с бронхиальной астмой на этапе санаторно-курортного лечения.

Под наблюдением находился 71 пациент с бронхиальной астмой в возрасте от 6 до 17 лет ($11,5 \pm 1,04$ лет), прибывшие на санаторно-курортный этап реабилитации в санатории Крыма. Все пациенты были разделены на две репрезентативные группы. Группа сравнения, состоявшая из 35 человек, получала стандартный комплекс санаторно-курортного лечения. Основную группу составили 36 пациентов с бронхиальной астмой, которым кроме стандартного комплекса санаторно-курортного лечения предлагалась интерферонотерапия, которая заключалась в ведении препарата «Виферон». Контрольную группу составили 20 практически здоровых сверстников.

Исходно у пациентов с БА средний уровень инсулиноподобного фактора роста-1 был ниже в 2,18 раза (212,31 нг/мл) по сравнению с контрольными значениями, уровень эпидермального фактора роста был ниже в 1,85 раза (100,72 пг/мл), а средний уровень α -интерферона (2,99 пг/мл) и γ -интерферона (1,4 пг/мл) не отличался от контрольных значений. После окончания терапии в группе сравнения под влиянием санаторно-курортного лечения уровень инсулиноподобного фактора роста-1 повысился на 43,43% от исходного уровня. Комбинированная терапия способствовала росту данного фактора на 89,41%. В обеих группах произошел достоверный рост рассматриваемого показателя. Под влиянием терапии в обеих группах отмечен прирост эпидермального фактора роста. Санаторно-курортное лечение привело к увеличению его среднего значения на 46,59%, тогда как комбинированная терапия – на 82,92%. Величины инсулиноподобного фактора роста-1 и эпидермального фактора роста связаны обратной корреляционной связью ($r=-0,23$) слабой силы. Степень их снижения находилась в прямой зависимости от тяжести течения бронхиальной астмы у детей. После окончания терапии в группе сравнения под влиянием санаторно-курортного лечения уровень α -интерферона достоверно повысился на 19,4% от исходного уровня. Комбинированная терапия способствовала росту α -интерферона на 52,5%. В обеих группах произошел достоверный рост рассматриваемого показателя. Под влиянием терапии в обеих группах отмечен прирост γ -интерферона. Санаторно-курортное лечение привело к увеличению его среднего значения на 18,6%, тогда как комбинированная терапия – на 47,9%. Величины α - и γ -интерферонов связаны прямой корреляционной связью ($r=0,50$) средней силы. Степень их снижения находилась в прямой зависимости от тяжести течения бронхиальной астмы у детей.

По результатам проведенного лечения можно сделать вывод о положительном влиянии санаторно-курортного лечения и препарата «Виферон» на иммуно-гормональный статус пациентов с бронхиальной астмой.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕСНЫ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Романенко И. Г.¹, Кекош Е. А.²

¹доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой стоматологии факультета подготовки медицинских кадров ВК и ДПО Медицинской академии имени С.И.

Георгиевского" (структурное подразделение ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского

²заочный аспирант кафедры стоматологии факультета подготовки медицинских кадров ВК и ДПО ГУ "Медицинской академии имени С.И. Георгиевского", магистр медицины, стоматолог-терапевт ГАУЗ РК «ЯСП»

katerina88kekosh@gmail.com.

Актуальность: Среди всех воспалительных заболеваний пародонта у взрослых особое место отводится хроническому генерализованному пародонтиту (ХГП). Исследователями отмечается что, несмотря на современные тенденции усовершенствования методов диагностики и лечения, внедрение новых медицинских технологий, значительного снижения пародонтопатий среди населения не наблюдается. Установлено, что заболевания щитовидной железы (ЩЖ) оказывают отрицательное влияние на состояние полости рта. Согласно исследованной литературе, аутоиммунный тиреоидит (АИТ, тиреоидит Хашимото) относится к числу наиболее распространенных заболеваний ЩЖ. Академический и клинический интерес к этому заболеванию обусловлен его высокой причастностью к развитию первичного гипотиреоза. В научной литературе отмечается изменение состояния тканей ротовой полости, которое ухудшается как при гипертиреозе, так и, особенно, при гипотиреозе. Распространённые неинвазивные методы диагностики заболеваний ХГП отражают

особенности патологического процесса. В исследовательских целях нами был применен метод биопсионного исследования десны с последующим иммуногистохимическим анализом для уточнения характера патологического процесса, протекающего в тканях пародонта у пациентов на фоне АИТ.

Цель: Изучение местного иммунного статуса тканей пародонта у пациентов с АИТ и особенностей тканевой реакции у пациентов с ХГП на фоне тиреоидита Хашимото.

Материал и методы: Материал для исследования - модификация классической методики биопсии десны, которая предполагает иссечение участка десны длиной 3–5 мм в области боковых зубов верхней челюсти. Биопсия проводилась у больных с установленным цитологическим диагнозом - АИТ (n=10). Биопсийный материал для контрольной группы забирали у пациентов при травматическом повреждении десны по той же методике.

Фиксация, проводка и приготовление срезов с последующей окраской гематоксилином и эозином проводили по стандартной методике.

Иммуногистохимическое исследование (ИГХИ) проводили по стандартизированной методике с использованием серийных парафиновых срезов, толщиной 3-4 мкм, помещённых на адгезивные стекла, покрытые полизином («Menzel-Glaser», Германия) и реактивов компании DAKO. Иммуногистохимическая панель включала в себя следующие антитела: CD4 (Clone 4B12), CD8 (Clone C8/144B) (DakoCytomation), CD68 (Clone PG-M1, разведение 1:50). Система визуализации EnVision™ FLEX+, Mouse, High pH (Link), Code K8012 на автостейнере фирмы DAKO. Интенсивность цитоплазматической экспрессии CD68 оценивали полуколичественным методом на основании выраженности окраски и количества гранул в цитоплазме по следующей схеме: слабая экспрессия и выраженная. Морфометрическое исследование маркеров CD68, CD4 и CD8 включало подсчёт позитивных клеток в 5 полях зрения при увеличении 200 с помощью программы DP SOFT.

Результаты: При анализе гистологических препаратов ткани десны у больных АИТ обнаружены выраженные воспалительные процессы. Воспалительный инфильтрат состоит в основном из лимфоцитов и плазмоцитов, гистиоцитов. Однако в большинстве препаратов выявлено присутствие эозинофилов. Единично отмечают формирующиеся лимфоидные агрегаты, представленные мноморфными мелкими лимфоцитами. В многослойном плоском эпителии десен отмечен выраженный пара-и гиперкератоз с формированием акантотических выростов. ИГХИ показало резкое повышение клеток лимфоцитарного ряда в воспалительном инфильтрате с достоверным преобладанием цитотоксических CD8 позитивных Т-лимфоцитов. Достоверно снижение индекса CD4/CD8, (иммунорегуляторный индекс, ИРИ) по сравнению с контролем. Общий пул CD68-позитивных макрофагов в биоптатах десны пациентов с АИТ значительно возрастает по сравнению с контролем. При исследовании биоптатов десны также отмечается наличие воспалительного инфильтрата, состоящего из лимфоцитов, плазмоцитов, макрофагов и эозинофилов.

Вывод: Применение метода биопсии позволило установить характерные особенности патологического процесса, протекающего в тканях пародонта на фоне АИТ. Полученные данные свидетельствуют о наличии аутоиммунного компонента воспалительной реакции пародонта, что следует учитывать при составлении плана лечения и выборе методов профилактики у данной категории больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА И ОЦЕНКИ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Изосимов В.В.¹, Умеров Э.Э.², Гривенко С.Г.³

¹ассистент кафедры хирургии №1 Медицинской академии КФУ

²ассистент кафедры хирургии №2 Медицинской академии КФУ

³доцент кафедры хирургии №2 Медицинской академии КФУ

Введение. Проблема лечения длительно незаживающих ран, к которым относятся трофические язвы, постоянно находится в поле зрения специалистов различных медицинских специальностей, но до настоящего времени представляет одну из сложнейших проблем. Среди российских граждан насчитывается более 2,5 миллионов пациентов с трофическими язвами нижних конечностей, а трофические язвы венозной этиологии составляют более 52% от всех язв нижних конечностей. В России ежегодно образуется до 700 тысяч новых трофических язв на фоне хронической венозной недостаточности.

Современная стратегия и тактика лечения венозных трофических язв предполагают дифференцированный подход и комбинацию разных методов консервативного и оперативных вмешательств. Однако, несмотря на очевидный прогресс современных методов комплексного лечения, большинство трофических язв рецидивирует в течение 2 месяцев после выписки из стационара, причем рецидивирование не зависит от метода лечения и причины изъязвления. Очевидно, что на современном этапе развития хирургии прогресс в этом вопросе невозможен без выявления биохимических особенностей хронических ран. Одним из надежных лабораторных показателей, отражающим активность воспаления и активацию клеточного иммунитета, является неоптерин.

Цель и задачи исследований - улучшение результатов комплексного лечения больных с венозными трофическими язвами нижних конечностей путем разработки и внедрения новых методов фармакотерапии с мониторингом ее эффективности динамикой уровня неоптерина.

Методика исследований: проанализированы результаты обследования и комплексного лечения 72 пациентов с хронической венозной недостаточностью С6 класса по СЕАР, находившихся на лечении в клиниках г. Симферополя с 2012 по 2016 гг. Все больные составили две группы, у которых для местного лечения применяли антибактериальные водорастворимые мази, которые дополняли компрессионной терапией и флеботониками. Первую группу составили 52 пациента, у которых дополнительно в комплексном лечении трофических язв применялись оротат магния и энтеросорбция (Патенты Украины №89297, №112033). Вторую группу, составили 20 больных, не получавших предлагаемую терапию. В обеих группах преобладали женщины – 42 (58,33%). Причиной развития хронической венозной недостаточности у 47 (65,28%) пациентов была варикозная болезнь, а у 25 (34,72%) - посттромбофлебитическая болезнь. Эффективность проводимого лечения оценивали по клиническим параметрам: срокам очищения язв, появлением грануляций, эпителизации.

Материалом для биохимических исследований служила сыворотка крови 44 больных обеих групп: 24 первой и 20 второй, полученная при поступлении, через 7 и 14 суток от начала лечения. Содержание неоптерина изучали с помощью тест-систем «Neopterin ELISA» для иммуноферментного количественного его определения в человеческой сыворотке и плазме, производства IBL Internatoinal GmbH (Germany). Контролем служила группа практически здоровых лиц (14 чел.). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью стандартных процедур, общепринятых на сегодняшний день.

Результаты исследований, их краткий анализ. В результате применения предложенного комплексного лечения показатели клинической эффективности существенно улучшились в первой группе, где купирование воспалительных явлений и очищение раны происходило в среднем на 2,78 суток быстрее ($6,17 \pm 0,24$ против $8,95 \pm 0,80$). Наступление же грануляционной фазы раневого процесса было быстрее, чем во второй группе в среднем на

4,68 суток ($9,52 \pm 0,33$ против $14,20 \pm 0,50$). Аналогичные тенденции наблюдались и в дальнейшем. Так, средние сроки появления грануляций и начала эпителизации в первой группе ($13,06 \pm 0,37$) были меньше контрольных второй группы ($17,20 \pm 0,45$) в среднем на 4,14 суток. Эти тенденции позволили уменьшить средний койко-день у больных первой группы ($16,89 \pm 0,42$) на 4,86 суток по сравнению со второй ($21,75 \pm 0,55$).

Проведенные биохимические исследования позволили также подтвердить корреляцию изменений уровней неоптерина во всех группах больных с трофическими язвами. Было установлено, что начальный фон уровня неоптерина (нг/мл) был повышен во всех группах больных по отношению к контролю. Уровень неоптерина превышал контрольные показатели более чем в 4,4 раза ($4,01 \pm 0,30$ против $0,93 \pm 0,23$) у больных первой, и более чем в 4,6 раза ($4,33 \pm 0,35$ против $0,93 \pm 0,23$) у больных второй группы. В процессе лечения отмечено снижение уровней неоптерина также во всех клинических группах больных. Однако у больных второй группы процесс стабилизации концентрации неоптерина носил менее выраженный характер. Динамика уменьшения уровней неоптерина прослеживалась уже, начиная с 7 суток комплексного лечения в обеих группах больных. Так, в первой клинической группе отмечено снижение уровней неоптерина по отношению к начальному фоновому на 31% ($4,01 \pm 0,30$ против $2,78 \pm 0,23$). В тоже время у больных второй клинической группы это снижение носило менее выраженный характер - около 19% ($4,33 \pm 0,35$ против $3,52 \pm 0,27$). Аналогичные тенденции наблюдались и к 14 суткам. Так, у больных первой клинической группы к 14 суткам отмечено снижение уровней неоптерина по отношению к начальному фоновому на 57% ($4,01 \pm 0,30$ против $1,73 \pm 0,14$). У больных же второй клинической группы это снижение носило менее выраженный характер, а именно около 46% ($4,33 \pm 0,35$ против $2,36 \pm 0,21$).

Выводы, заключения. Таким образом, применение предложенной комплексной терапии трофических нарушений при хронической венозной недостаточности позволяет ускорить процессы репарации и сократить сроки лечения, а показатели уровня неоптерина могут служить прогностическим фактором и быть косвенным показателем эффективности проводимого лечения.

ЗНАЧЕНИЕ МУЖСКОГО ФАКТОРА В БЕСПЛОДИИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ

Латышев О.С.¹, Абибуллаева Н.К.²

¹ординатор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии

Медицинской академии им. С.И. Георгиевского

²студентка кафедры акушерства и гинекологии №1

Медицинской академии им. С.И. Георгиевского

научный руководитель: к.м.н., доцент Румянцева З.С.

Введение. Бесплодие – это неспособность пары детородного возраста в течение 12 месяцев достигнуть беременности, при условии регулярного незащищённого полового акта. Частота бесплодных браков во многих странах мира колеблется от 8 до 29%. В Европе бесплодием страдают около 10% супружеских пар, в США – 15%, в Канаде – 17%, доля бесплодных браков на территории России варьирует от 8 до 17,5% и неуклонно продолжает увеличиваться. Считается, что их количество не должно превышать 15%, иначе это переходит в социальную проблему. Ранее предполагалось, что данным недугом болеют только женщины, поэтому мужской части не уделялось должного внимания. По данным ВОЗ, на сегодняшний день мужское бесплодие достигает 50%, что уравнивает мужскую и женскую участь. Мужской фактор бесплодия – это совокупность внешних и внутренних факторов, которые приводят к нарушению оплодотворяющей способности (фертильности) мужской спермы. На мужскую фертильность влияет огромное количество разнообразных факторов. К ним относятся: аномалии половых органов, инфекции мочеполового тракта, варикоцеле,

нарушения со стороны эндокринной системы, генетические аспекты, иммунологические факторы. Немаловажное значение имеют экологический, психологический и социальный факторы. Кроме этого, важную роль играют физико-химических показателей спермы (вязкость, время разжижения, уменьшение содержания цинка, фруктозы, магния и др.).

Цель. Определение часто встречающихся изменений спермограмм, как неотъемлемого прогностического фактора мужского бесплодия.

Методика исследований. Проведён ретроспективный анализ данных анамнеза, осмотра, ультразвукового исследования половых органов, результатов спермограммы 25 мужчин, которые находятся на лечении в медицинском центре «Alba-Med» по поводу бесплодия. Обработка данных проведена с помощью программы SPSS Statistics.

Результаты исследований. В ходе проведенного нами исследования мужской фактор бесплодия составил- 43% и были установлены следующие факты. Все мужчины находятся в детородном возрасте, в браке, более 2-х лет не способны зачать ребёнка, при условии, что их женщины здоровы, выявлено из данных анамнеза.

При наружном осмотре мужских половых органов аномалий не выявлено. В группу исследования не включались мужчины с выраженными изменениями половых органов согласно данным УЗИ-исследования.

Оценка спермограмм является одним из ведущих прогностических критериев изучения мужского бесплодия. Данный метод принят за основу к использованию Всемирной Организацией Здравоохранения.

Спермограммы наших пациентов отображают первое исследование эякулята, собранного по всем правилам. В ходе исследования спермограмм, были установлены следующие итоги: олигоспермия (40%) – 10 пациентов, олигозооспермия (32%) – 8 пациентов, астенозооспермия (76%) – 19 пациентов, тератозооспермия (8%) – 2 пациента, нормозооспермия (20%) – 5 пациентов, лейкоспермия (20%) – 5 пациентов. У 12 больных характерна выражена дегенерация сперматозоидов.

Выводы. При обращении супружеской пары по поводу бесплодия, необходимо уделять внимание обследованию обоих супругов, учитывая такие высокие показатели мужского этиологического фактора, четко придерживаясь стандартов. Исследование спермограмм является основным критерием диагностики мужского фактора бесплодия, который отображает морфологию, количество и подвижность сперматозоидов, которые принимают участие в оплодотворении яйцеклетки.

Мужчинам репродуктивного возраста следует помнить, что своевременное обращение к врачу, регулярный медицинский профилактический осмотр, помогут снизить риск бесплодия, так как 90-95% случаев поддаются лечению.

ЛЕЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Костырной А.В., Воронов А.Н., Воронов Н.В.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, кафедра хирургии №1

Цель: оптимизация основных направлений лечебной программы при панкреонекрозе.

Методы: 77 больных с различными формами панкреонекроза. Основные методы диагностики панкреонекроза клиническая картина, лабораторные методы, ультрасонография, компьютерная томография, трехмерное моделирование воспалительного процесса, лапароскопия - визуальная оценка.

Результаты: всем больным с установленным диагнозом панкреонекроза проводится консервативная терапия направленная на: 1) подавление болевого синдрома (кеторол – 30 мг/каждые 6 часов); 2) антиоксидантная терапия – (аскорбиновая кислота по 20 мл 5% в сутки 5-7 дн.); 3) блокаторы панкреатической секреции (окрестатин – 0,1 мг/3 раза в сутки 5 дн.); 4) ликвидация спазма БДС – (дуспаталин – 200 мг/2 раза в сутки); 5) ликвидация токсемии – ингибиторы протеаз: контрикал – по 100-150 тыс. КИЕ в сутки, гордокс – по 500-700 тыс. КИЕ в сутки в первые 3-4 дня заболевания, форсированный диурез, а при ферментативном перитоните – лапароскопическая санация брюшной полости; 6) иммунокоррекция – в качестве заместительной терапии показано введение гипериммунной плазмы, тромболойкоцитарной взвеси, ронколейкина; 7) коррекция коагулопатических синдромов – фраксипарин 0,3-0,6 мл 2 раза в сутки 7-10 дней; 8) селективная деконтаминация кишечника – (спарфлоксацин - 400 мг/сут); 9) раннее блокирование синдрома системного воспалительного ответа с использованием эффективных превентивных мероприятий для предотвращения аутодеструктивного процесса в тканях органов-мишеней, защита макрофагов, лимфоцитов, эндотелиальных клеток от их гиперактивации и истощения путем назначения дериватов ксантина (пентоксифиллин по 20 мл 5-7 дн.) в сочетании с дезагрегантами; 10) циркуляторная и респираторная поддержка, нормализация сердечного выброса, транспорта и потребления O₂: гипертонический (10%) раствор натрия хлорида 4-6 мл/кг в сочетании с реополиглюкином (1:1), что способствует улучшению перфузии тканей путем повышения сердечной преднагрузки, уменьшению отека эндотелия, значительному увеличению транспорта O₂; 11) устранение гуморальной сенсibilизации (энтеросорбция, плазмаферез); 12) важную роль занимают другие аспекты интенсивной терапии: нутритивная поддержка (раннее энтеральное и парэнтеральное питание), профилактика стресс-язв и возникновения желудочно-кишечных кровотечений (омепразол – 40-80 мг/сут), заместительная терапия (креон 25 000 ед/ 3 раза в сутки). Программа лечения зависит от формы заболевания: интерстициальный панкреатит (кроме билиарной природы) – консервативное лечение; некротический (асептический) – консервативное, при неэффективности – хирургическое вмешательство минимального объема; инфицированный некроз – хирургическая некрэктомия; панкреатический абсцесс или постнекротическая киста – пункционное либо хирургическое дренирование. Показания к закрытому ведению – а) панкреатический абсцесс; б) организованный некроз поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки. Показания к полукрытому ведению: а) крупноочаговые формы асептического и инфицированного панкреонекроза в сочетании с поражением парапанкреатической клетчатки; б) неэффективность «закрытого» дренирования; в) выявляемые при вынужденных или программированных санациях изменения, свидетельствующие об отрицательной динамике воспалительного процесса.

Выводы: 1. Лечебная программа панкреонекроза зависит от вариантов течения заболевания (асептический или инфицированный), и вида гнойно-септических осложнений. 2. Придерживаясь жесткой тактики ведения пациентов с данной патологией нам удалось снизить послеоперационную летальность с 37,1% до 17%.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЭГ-НЕЙРОФИДБЭКА В ПСИХИАТРИИ В КАЧЕСТВЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Риштаков С.Ф.

аспирант кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и медицинской психологии

научный руководитель: к.м.н., доцент Сойко В.В.

Нейрофидбэк представляет собой один из типов биологической обратной связи, основанный на сознательном условнорефлекторном регулировании активности головного мозга. Данный метод широко используется за рубежом в качестве немедикаментозного метода лечения таких психических заболеваний, как СДВГ, ПТСР, расстройства аутистического спектра, депрессия, тревожные расстройства и пр., однако на территории РФ он применяется редко ввиду дороговизны материально-технической базы для проведения сеансов нейрофидбэка, а также из-за малоизвестности данной методики. Основным подтипом нейрофидбэка, применяемым в России, является ЭЭГ-нейрофидбэк.

Целью данной работы является описание ЭЭГ-нейрофидбэка как немедикаментозного метода лечения психических заболеваний, возможностей его практического применения и перспективы его применения в психиатрии в качестве основного или дополнительного метода лечения душевных расстройств, а также перспективы его использования на территории Российской Федерации.

Нейрофидбэк представляет собой один из типов биологической обратной связи, основанный на принципе регулирования и модуляции функций ЦНС путём считывания информации о функциональных показателях головного мозга, их обработке в режиме реального времени и обратной связи через интерфейс «пользователь-мультимедийная система», во время которой пользователь по принципу условнорефлекторной активности модулирует заданный функциональный показатель. На сегодняшний день на практике применяют в основном нейрофидбэк, основанный на модуляции ЭЭГ (ЭЭГ-нейрофидбэк).

Первооткрывателем ЭЭГ-нейрофидбэка считается американский учёный Д. Камия, который в 1968 г. провёл эксперимент по модуляции альфа-ритма головного мозга под контролем ЭЭГ. ЭЭГ-нейрофидбэк представляет собой модуляцию биоэлектрической активности головного мозга при помощи считывания ритмов головного мозга и последующей обратной связи, направленной на изменение одного или нескольких ритмов с целью воздействия на ЦНС. Изменение частоты и интенсивности ритмов головного мозга в определённых его участках позволяет добиться уменьшения выраженности симптомов некоторых душевных заболеваний и/или улучшить когнитивные функции мозга, такие как память, внимание и т.д. Данный метод является неинвазивным и безболезненным, а также не имеет абсолютных противопоказаний.

Усиление альфа-ритма в отведениях O1, O2, Oz, Pz или P4 при помощи нейрофидбэка позволяет уменьшить выраженность симптоматики при тревожных и депрессивных расстройствах, а также ПТСР, а его подавление применяется для уменьшения выраженности дефицита внимания у пациентов с СДВГ. Усиление бета-ритма с одновременным уменьшением медленноволновой активности показало эффективность при энцефалопатиях различного генеза и расстройствах аутистического спектра (РАС), таких как аутизм и атипичный аутизм, синдром Аспергера и синдром Ретта. В статье О. Заюнчковского и Н. Зверева «О возможности коррекции высших психических функций при шизотипическом личностном расстройстве у детей младшего школьного возраста средствами биологической обратной связи» описано, что при помощи ЭЭГ-нейрофидбэка возможна коррекция когнитивных нарушений и дефекта психики при шизотипическом расстройстве, что было доказано на примере психометрического исследования до начала и после окончания курса нейрофидбэка.

Усиление сенсомоторного ритма (СМР, он же мю-ритм) в роландовой борозде головного мозга (область первичной моторной коры) приводит к уменьшению частоты и интенсивности судорожных припадков у больных эпилепсией, в том числе при эпилепсии, резистентной к терапии антиконвульсантами. Как показано в работе Б. Штермана «Foundation and practice of neurofeedback for the treatment of epilepsy», после курса нейрофидбэка продолжительностью в 6 месяцев около 50% пациентов сообщили об уменьшении частоты и интенсивности судорожных припадков в 2-4 раза, либо о полном их исчезновении на период до 2 лет, а также об улучшении состояния в постиктальный период. Достижение подобного результата имеет немаловажное значение для пациентов, страдающих эпилепсией, так как каждый судорожный припадок приводит к постепенному ухудшению когнитивных функций и поведенческим нарушениям, что может привести к дальнейшей инвалидизации пациента.

На территории Российской Федерации производятся комплексы для биологической обратной связи, позволяющие также проводить процедуру ЭЭГ-нейрофидбэка, например комплекс «Реакор», производимый ООО НПКФ «Медиком МТД» (г. Таганрог) и комплексы НПФ «Амалтея» (Санкт-Петербург). Ввиду дороговизны подобного оборудования им в основном оснащаются научно-исследовательские центры и лаборатории, а также внебюджетные реабилитационные центры для детей с задержками психоречевого развития (ЗПРР), где ЭЭГ-нейрофидбэк применяется для коррекции и предотвращения развития речевых расстройств у детей путём усиления когнитивных функций. В бюджетных учреждениях здравоохранения (психиатрические клиники и противопароксизмальные центры) аппаратура для проведения ЭЭГ-нейрофидбэка представлена в единичных случаях.

В качестве немедикаментозного метода лечения ЭЭГ-нейрофидбэк успешно себя зарекомендовал в качестве основного и дополнительного метода терапии расстройств аутистического спектра, синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), тревожных расстройств и депрессии, расстройств, сопровождающихся когнитивным дефицитом, а также эпилепсии. Он также применяется как способ уменьшить воздействие хронического стресса на организм. Говорить о повсеместном распространении метода рано ввиду его дороговизны, однако вышеперечисленная информация говорит о том, что метод ЭЭГ-нейрофидбэка как один из вариантов биологической обратной связи представляет собой перспективный, эффективный и безопасный метод лечения, применяемый в психиатрии.

ВОЗМОЖНОСТЬ 3D МОДЕЛИРОВАНИЯ И 3D ПЕЧАТИ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ОПЕРАЦИИ

Абибуллаев И.Х.

ординатор по специальности «травматология и ортопедия» Медицинской академии

научный руководитель: д.м.н., профессор Ткач А.В.

д.м.н., профессор Черноротов В.А.

к.м.н., доцент Овчаренко В.В.

Введение. Важной проблемой в хирургии является проблема визуализации патологии. В 1895-ом году, данная проблема была частично решена, открытием Вильгельмом Рентгеном X-лучей. Со временем были созданы такие аппараты как компьютерная томография и магнито-резонансная томография, однако они не могут передать всех особенностей патологии. На данном этапе развития травматологии для лечения патологии костей применяют различные металлоконструкции, которые рассчитаны на среднестатистические анатомические показатели и не моделируются индивидуально для каждой патологии, что является достаточно весомой проблемой, так как их необходимо выбирать и моделировать непосредственно во время операции.

Цель и задачи. Изучение возможности 3D моделирования с последующей 3D-печатью в планировании операции и подготовке металлоконструкций в соответствии с индивидуальными анатомическими особенностями пациента.

Методика исследований. При помощи рентгенологического метода исследования, а именно компьютерной томографии, получили послойное изображение грудного отдела позвоночника человека в формате DICOM. Затем данные изображения были экспортированы в программу 3DSlicer. При помощи данной программы были выделены костные структуры и создана объемная модель, которая была распечатана на 3D принтере.

Результаты исследований. Полученная пластиковая 3D модель зоны патологии и участка неизменной ткани в истинных размерах, позволили определить этапы и объем оперативного лечения и предварительного индивидуального моделирования металлоконструкций в соответствии с анатомической формой данного сегмента.

Выводы. Используя данную 3D модель можно предоперационно определить объем и этапы оперативного лечения с точным предварительным моделированием металлоконструкций согласно индивидуальным анатомическим особенностям сегмента, что значительно сократит время проведения операции. В свою очередь это уменьшит время пребывания пациента под наркозом, снизит объем кровопотери, а также снизит риск контаминации и нарушения трофики данного участка. В дальнейшем данная модель может служить муляжом как архив тяжелой или редкой патологии, и как учебное пособие для студентов, интернов и молодых врачей.

ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ И АЛКОГОЛЯ НА ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Трофимов Н.С.

*аспирант кафедры биологии медицинской стоматологического факультета
Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
научный руководитель: д.мед.н., профессор Кутя С.А.*

Введение. Совместное применение алкоголя и энергетических напитков (ЭН) – это относительно новая тенденция культуры употребления спиртных напитков. Общественность проявляет озабоченность по поводу потенциально неблагоприятного воздействия данных напитков на организм человека. Несмотря на запросы здравоохранения, науки и социальных служб не было систематических и независимых обзоров литературы, чтобы определить, являются ли коктейли алкоголя с энергетическими напитками источниками большего вреда для организма в сравнении с алкоголем.

Цель и задачи. Целью данного исследования является обзор литературных данных об особенностях влияния на здоровье человека совместного употребления энергетических напитков и алкоголя, в сравнении с употреблением алкоголя в чистом виде.

Методика исследования. Систематический поиск литературы и анализ полученных источников для выявления данных по влиянию энергетических напитков и алкоголя, принимаемого с ними на психо-физиологическое здоровье человека.

Результаты исследований. В результате проведенного обзора литературы было установлено следующее. De Naan L. et al. (2012) и Woolsey C. et al. (2010) определили, что сочетанное употребление алкоголя и ЭН (АЭН) не причиняет значительного вреда здоровью, если употреблять их с перерывом в 2-4 часа. Исследование, проведенное Peacock A. et al. (2012) показало, что у потребителей АЭН наблюдались внезапные приступы тахикардии, бессонница, тремор и ускорение темпа речи в сравнении с употреблением алкоголя отдельно. Наблюдениями Penning R. et al. (2011) показано, что АЭН и отдельно алкоголь имеют эквивалентные шансы на развитие тахикардии и расстройства желудочно-кишечного тракта. Исследование, проведенное Ferreira S.E. et al. (2004) показало, что артериальное давление значительно снижается после приема алкоголя (1.0 г/кг) с энергетическим напитком (3.57 мл/кг) по сравнению с алкоголем без ЭН. Важно отметить, что применяемая доза ЭН составляет примерно одну стандартную 250 мл банку (80 мг кофеина) на 70 кг массы человека, а алкоголя на одну стандартную банку приходится, в среднем, по 0.91 мл/кг. Но, как показывает практика, потребители употребляют больший объем ЭН с алкоголем. 61% опрошенных Woolsey C. et al. (2010), как правило, выпивают три или более банки ЭН (примерно 240 мг кофеина) с алкоголем и, в свою очередь, больше алкоголя при употреблении ЭН.

Повышенная стимуляция и снижение седативного эффекта алкоголя оказывает возможное влияние ЭН на процесс опьянения. Peacock A. et al. (2013) сообщили в своих исследованиях о более высоких шансах на возникновение чувства раздражения и злости, и более низкие коэффициенты чувства спокойствия, беззаботности, дружелюбия, общительности, коммуникабельности, при употреблении АЭН в сравнении с приемом чистого алкоголя. Этот психологический профиль, полученный в ходе опроса, не переходит в более антисоциальное поведение, и эквивалентен состоянию раздраженности или агрессивности. Peacock A. et al. (2013) сообщили в своих работах, что не обнаружили чувства заторможенности во время употребления АЭН. Alford C. et al. (2001) сообщили, что АЭН значительно уменьшают вероятность ошибок при решении теста Струпа, отражая увеличение тормозного контроля, в то время как Marcziński S.A. et al. (2013) нашли более сильное нарушение координации после приема АЭН в сравнении с приемом чистых алкогольных напитков. Те же авторы в своих исследованиях указывали на то, что при употреблении ЭН

увеличивается количество потребляемого алкоголя ввиду неадекватной оценки количества выпитого.

Выводы. В целом, в литературе преобладает вывод о том, что энергетические напитки, принимаемые с алкоголем приводят к нарушениям работы сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, вызывают расстройства поведения и т.д. Так же в проанализированных работах авторы указывают на то, что употребление энергетических напитков с алкоголем приводит к увеличению объема потребления последнего, что в целом несет большую опасность для физиологического и психического здоровья человека. Ввиду современных тенденций по увеличению потребления и, соответственно, продаж алкогольных энергетических напитков, необходимо как можно больше исследований, направленных на всестороннее исследование данной проблемы.

ТЕРМИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ КОМПАКТНОЙ КОСТИ ПРИ ЕЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ

Рудик А.С.¹, Новак И.Е.²

¹ассистент кафедры травматологии и ортопедии Медицинской академии КФУ

²студент 6 курса 1-го медицинского факультета Медицинской академии КФУ

научный руководитель: д.мед.н., профессор Куценко С.Н.

Введение. Неотъемлемым этапом в установке большинства фиксаторов, будь то винтов или интрамедуллярных стержней, является формирование в кости посадочного места под имплант. Для обработки кости созданы различного рода инструменты (сверла, пилы, фрезы, развертки, зенкеры). Однако, ввиду интенсивного нагрева режущей части инструмента, нередки случаи термического некроза костной ткани. По данным различных авторов от 2 до 50% осложнений после установки внутрикостных имплантов связаны с нестабильностью, вызванной чрезмерным повреждением кости в процессе ее обработки сверлением.

Среди факторов, вызывающих повреждение кости при сверлении ведущая роль принадлежит локальным гипертермическим процессам. Перегрев кости вызывает ее некроз и лизис, что ведет к нестабильности элементов металлоконструкции.

Цель и задачи. Исследовать температуру нагрева кости при сверлении, изучить зависимость температуры от длительности сверления.

Материал и методы. Бедренная кость быков выделялась в течение первых 24 часов после забоя. Скальпелем удалялись мягкие ткани и метафизарные отделы кости. Для изготовления опытных образцов диафиз бедренной кости распиливался на отдельные цилиндры длиной 3-4 см, а затем на полуцилиндры. Костный мозг и мягкая губчатая кость удалялась до плотной компактной кости. Толщина кортикального слоя образцов составляла от 6 до 8 мм. В полиэтиленовом пакете опытные образцы помещались в воду температурой 37°C на 10 минут, для придания им температуры, близкой к температуре тела. Исследования проводились при комнатной температуре 23-25°C. Образцы закрепляли на предметном столике для дальнейшей обработки. Предварительно отступя 1 см от края на поверхности образца кости отмечалась точка предполагаемого сверления. С торцевой поверхности образца сверлом диаметром 3 мм формировалось продольное интракортикальное слепое отверстие для инфракрасной термометрии, глубиной 7 мм. Выполнялось сквозное поперечное сверление образца бедренной кости в намеченной точке с максимальной скоростью вращения 2800 об/мин стандартным спиральным сверлом диаметром 4 мм. Одновременно со сверлением в дополнительном слепом отверстии инфракрасным пирометром производилась термометрия с регистрацией максимального значения. Секундомером измерялось время от начала сверления до провала сверла в костномозговой канал.

Результаты исследований. Всего было выполнено 38 измерений.

Минимальная зарегистрированная температура: 42,4°C; максимальная: 57,3°C. Средняя температура составила $50,1 \pm 4,2^\circ\text{C}$. Минимальная длительность сверления: 12,1 с; максимальная: 17,5 с. Средняя длительность составила: $14,6 \pm 1,76$ с.

Выводы. Имеется прямая зависимость между длительностью сверления кости и генерируемой при этом температурой. Перспектива дальнейших исследований должна быть направлена на снижение теплопродукции как потенциального фактора дисрегенерации костной ткани.

КАЧЕСТВО КОСТНОЙ ТКАНИ И ПРОБЛЕМЫ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ МЕЖТЕЛОВОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ибрагимов Э.С., Коваленко А.В.

¹ *ординатор кафедры травматологии и ортопедии Медицинской академии КФУ*

² *аспирант кафедры технической механики и машиноведения СевГУ*

научный руководитель: к.м.н. доцент Брехов А.Н.

Введение. Данная работа посвящена проблемам остеопороза и имплантации фиксирующих конструкций при дегенеративных заболеваниях позвоночника. Остеопороз — это метаболическое заболевание, в основе которого лежит дисбаланс формирования и рассасывания кости. При остеопорозе происходит перестройка структуры кости, уменьшается число костных балок в единице объема, рассасывание элементов костной ткани, «вымывание» кальция из кости преобладает над его накоплением. Все это приводит к снижению прочностных характеристик костной ткани и, как следствие, повышению её хрупкости. У 80% женщин в возрасте после 50 лет можно выявить признаки остеопороза.

Разработка декомпрессивно-стабилизирующих операций на позвоночнике у пациентов пожилого возраста является актуальной и весьма сложной задачей поскольку у этой группы больных снижается качество костной ткани.

Цель и задачи. Целью данной работы явилось повышение эффективности межтеловой стабилизации при декомпрессивно-стабилизирующих операциях у пациентов с остеопорозом в пожилом возрасте.

Исходя из цели определены задачи исследования:

- с помощью метода компьютерного моделирования, изучить напряженно-деформированное состояние замыкательной пластинки тела позвонка в области его контакта с имплантатом (т.е. в системе позвонки-имплантат-позвонки);
- изучить напряженно-деформированное состояние костного аутооттрансплантата;
- разработать технологию межтеловой имплантации;
- провести рентгенологический анализ эволюции межтелового имплантата.

В данной работе применялись следующие методики:

- компьютерное моделирование методом конечных элементов;
- рентгенологические методы исследования.

Результаты исследований. Кроме формы и материала имплантаты отличаются модулем упругости (Юнга), это общее название нескольких физических величин, характеризующих способность твёрдого тела упруго деформироваться при приложении к нему силы. В области упругой деформации модуль упругости в общем случае зависит от напряжения и определяется производной зависимости напряжения от деформации. Модуль упругости измеряется в МегаПаскалях. В последние годы в эволюции материалов для межтеловых имплантатов наблюдается определенная направленность в сторону уменьшения этой величины: стальные импланты - 220 МегаПаскалей, титановые - 110 МПа, карбоновые

- 13 МПа, РЕЕК (полиэфирэфиркетон) 3,6 МПа, костные трансплантаты 0,1-12 МПа (в зависимости от вида кости – спонгиозная или кортикальная). Эволюция конструирования имплантатов направлена на приближение модуля его упругости к модулю упругости костной ткани позвонка.

Из всего многообразия имплантатов для межтеловой стабилизации позвоночника для последующих биомеханических и клинических исследований нами выбран костный бикортикальный аутоотрансплантат из гребня подвздошной кости, поскольку он обладает остеоиндуктивными, остеокондуктивными и остеointеграционными свойствами.

На разработанных трехмерных моделях поясничного отдела позвоночника было выполнено изучение напряженно-деформированного состояния (НДС) структурных элементов позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) при его сгибании и разгибании под воздействием естественных нагрузок. Трехмерная модель поясничного отдела позвоночника была разработана в системе трехмерного моделирования АСКОН КОМПАС–3D. Анализ НДС был получен с применением метода конечных элементов (МКЭ) в среде “CosmosDesignStar”.

Изучение значений напряжения и деформации в замыкательных пластинках тел позвонков контактирующих с титановым имплантатом показывает, что на поверхности пластинок в области зубьев имплантата образуются большие концентрации напряжений, приводящие к их перфорации.

При аналогичном исследовании костного трансплантата выявлено, что рассматриваемая модель согласно полученным значениям напряжений, перемещений и запаса прочности, в данной системе, демонстрирует большие концентрации напряжений в замыкательных пластинках трансплантата и достаточный запас прочности.

Под нашим наблюдением находилось 36 пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника в возрасте от 30 до 65 лет, которым были выполнены декомпрессивно-стабилизирующие операции на поясничном отделе позвоночника. Распределение по возрастным группам было следующее: 30-40 лет -13 пациентов, 41-50 лет -14, 51-65 лет -9. Выполнялись: декомпрессия невральных структур, задний межтеловой спондилодез и транспедикулярная фиксация. В группе пациентов 51-65 лет наблюдалось смещение межтелового имплантата из титана в центр смежного позвонка. Это было обусловлено снижением минеральной плотности позвонков на фоне остеопороза. В последующем мы изменили хирургическую тактику и у всех больных этой группы применяли костный кортикально-спонгиозный аутоотрансплантат установленный так, что кортикальные пластинки имплантата были параллельны оси позвоночника. Завершали стабилизирующий этап операции стандартной задней инструментацией винтовой системой, которая на 80% берет «на себя» нагрузку и, тем самым, разгружает зону спондилодеза.

Рентгенологический анализ в послеоперационном периоде (6; 9; 12 мес) показывает, положительную динамику перестройки костных аутоотрансплантатов, без выраженных их смещений в горизонтальной и аксиальной плоскостях. Потеря аксиальной коррекции (снижение межтелового промежутка) была допустима и составила 2-3 мм.

Выводы. 1. Применение трехмерной модели и метода конечных элементов адекватно отражают напряжения и деформации в системе позвонки-имплантат-позвонки.

2. При остеопорозе для межтеловой опоры и стабилизации целесообразно использовать имплантаты с модулем Юнга 1 – 13 МПа.

3. Предложенный нами способ межтеловой стабилизации позвоночника у больных с остеопорозом предотвращает смещение имплантата, а сам имплантат обладает остеоиндуктивными, остеокондуктивными и остеointеграционными свойствами.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕЭПИДЕРМИЗИРОВАННОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ШЕИ

Идрисова С.Р.

Студентка кафедры стоматологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии им. С.И. Георгиевского

научный руководитель: д. мед. н., профессор Безруков С.Г

Введение. Хирургическое лечение стоматологических больных нередко приводит к возникновению стойких послеоперационных деформаций, вызванных дефицитом или дефектом мягких тканей. Устранение появившегося эстетического изъяна сопряжено с необходимостью проведения дополнительного хирургического вмешательства — пластического устранения дефекта мягких тканей, нередко с использованием трансплантатов или имплантатов. Это вызывает необходимость решения сложных задач, таких как: выполнение операции по забору тканей для трансплантации, подбор и приобретение синтетических и пластических материалов (или имплантатов), работа с пациентом по нормализации его психологического состояния и пр.

Цель и задачи. Повысить эффективность хирургического лечения стоматологических больных с послеоперационными дефектами или деформациями мягких тканей лица путем погружения в ткани дезэпидермизированного лоскута кожи на питающей ножке, выкроенного в участке выполняемого вмешательства; Разработать и апробировать в клинике хирургический способ устранения послеоперационных деформаций лица, вызванных дефицитом мягких тканей; Проследить результаты применения способа устранения послеоперационных деформаций мягких тканей лица путем погружения в зону дефекта дезэпидермизированного кожно-подкожного лоскута на питающей ножке.

Материал и методы. Проведен анализ 20 карт пациентов в возрасте от 30 до 55 лет, с посттравматическими дефектами и доброкачественными опухолями в челюстно-лицевой области. Все пациенты были распределены на 2 группы. В контрольной группе (11 человек) хирургическое лечение проводилось по общепринятой методике (методами пластики местными тканями). В основной группе дефицит мягких тканей, устраняли дезэпидермизированным лоскутом кожи на питающей ножке, выкроенным в участке выполняемого вмешательства.

Результаты исследований. Послеоперационных осложнений хирургического лечения, обусловленных применением дезэпидермизированного лоскута кожи отмечено не было. У всех больных в группах сравнения хирургические раны зажили первичным натяжением. Через 1 месяц после операции умеренный эстетический дефект мягких тканей в зоне проведенного хирургического вмешательства в контрольной группе выявлен у 10 пациентов (90,9%), в основной - у 2 (22,2%). Через 1 год наблюдений остаточная деформация мягких тканей сохранялась у 9 (81,8%) представителей контрольной группы и только у 3 (33,3%) - в основной (при $p < 0,01$).

Выводы. Применение дезэпидермизированного кожного лоскута на питающей ножке для устранения послеоперационного дефекта мягких тканей способствует повышению эстетического эффекта хирургического лечения у 66,7% больных (в контрольной – у 33,3%, при $p < 0,01$).

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕРМЕНТА ТРАНСГЛЮТАМИНАЗЫ В ЛЕЧЕНИИ РЕЗАННЫХ РАН

Еськова А.Ю.

ординатор ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

научный руководитель: д.мед.н., Фомочкина И.И.

д.мед.н., Бессалова Е.Ю.

Введение. Своевременное заживление резаных ран представляет собой актуальную медицинскую проблему, поскольку увеличение длительности периода репарации сопровождается удлинением воспалительной фазы, чрезмерным провоспалительным микроокружением и может приводить к дисбалансу между производством и деградацией внеклеточного матрикса. Несмотря на разнообразие имеющихся на фармацевтическом рынке препаратов для местной терапии раневых дефектов, желаемая степень репаративного эффекта до сих пор не достигнута, поэтому разработка и внедрение биосовместимых материалов – важное направление тенденций современной биофармацевтики. Известно, что в репаративных процессах принимают участие сывороточные и тканевые трансглутаминазы (ТГ), которые способны образовывать устойчивые к протеолизу поперечные «сшивки» между белковыми полимерами внеклеточного матрикса [Griffin et al., 2002; Iismaa et al., 2009]. ТГ млекопитающих и человека, как и все препараты крови, производятся и используются ограниченно, поскольку могут быть ассоциированы с патогенезом некоторых заболеваний [Iismaa, 2016]. В то же время недорогие микробные ТГ (МТГ) широко применяются в промышленности как безопасные технологические агенты [Данилов, 2011; Kieliszek, Misiewicz, 2014]. МТГ представляют собой небольшие одноцепочечные белки, активность которых не зависит от концентрации ионов кальция, они стабильны при хранении и, в то же время, им свойственна быстрая биodeградация. Идея создания нового препарата (мази), содержащего МТГ в комплексе с традиционными фитопрепаратами (как базы для фермента) и активными компонентами, влияющими на различные мишени патологического процесса при повреждениях тканей, и определила цель и задачи нашего исследования.

Цель и задачи. Изучить особенности морфогенеза регенераторных процессов кожи при моделировании полнослойных резаных ран в условиях местной терапии МТГ в комплексе со вспомогательной экспериментальной субстанцией авторской фитوماзи.

Методика исследований. Экспериментальное моделирование глубоких резаных ран кожи выполняли на лабораторных белых мышах (n=150). В работе применяли морфологические методы исследования (поэтапно в течение 21 дня, с соблюдением требований биоэтики и правил обращения с лабораторными животными), направленные на изучение структуры кожи (макроскопический метод; гистологические методы на светооптическом уровне (окраска гистологических препаратов кожи гематоксилином и эозином, пикрофуксином по способу ван Гизон, окраска полутонких срезов толлуидиновым синим и азур-II-эозином) – для качественной оценки морфологических преобразований кожи; метод трансмиссионной электронной микроскопии – для выявления ультраструктурных преобразований различных клеток эпидермиса и дермы. Также использовали статистические методы: определение средних величин и их производных – для оценки достоверности отклонений количественных показателей (площади раны в динамике). Для стимуляции репаративных процессов применяли авторскую фитомазь на основе натурального жира (смесь липидов животного и растительного происхождения), вытяжек из растений и фермент МТГ из порошка «ЭлайТ-100». Группой сравнения служили мыши с использованием солкосерила в качестве репаративного средства, в качестве контрольной рассматривали группу без лечения.

Результаты исследований показали, что во всех группах происходили типовые процессы заживления полнослойных резаных ран и к 21 суткам имело место очищение ран от струпа, склероз в дне, полная или неполная эпителизация. При изучении тканей кожных ран у животных каждой группы все показатели регенераторного процесса характеризуются

межгрупповой вариабельностью изменений и в пределах одной группы в разные сроки эксперимента. В некоторых случаях имела место выраженная индивидуальная изменчивость типичного хода процесса ранозаживления. Различия в группах касаются: сроков и характера очищения ран от струпа; сроков и качества развития соединительнотканного и эпителиального регенератов; степени выраженности воспалительного процесса, расстройств кровообращения при текущей регенерации.

Наиболее эффективным препаратом для заживления полнослойных резаных ран по итогам визуальной оценки и гистологического исследования является фитомазь с МТГ в концентрации 0,1%, что подтверждается следующими наблюдениями. 1. Остановкой кровотечения и образованием фибринового сгустка в среднем в 3 раза быстрее, чем в других экспериментальных и контрольной группах. 2. Ранним началом эпителизации уже на 3 сутки эксперимента. Аналогичные процессы в других группах наступают не ранее 5 суток в группе с аппликацией препарата МТГ-0,03% и не позднее 7 суток при применении фитомази и Солкосерила. 3. Репаративные процессы характеризуются синхронным развитием эпителиального и соединительнотканного регенератов с их дифференцировкой. Окончательное завершение регенераторных процессов происходит к 10 суткам, в среднем выявлено ускорение процесса заживления на 36% в сравнении с другими группами.

Также установлено достоверное, по отношению к контрольной группе, изменение площади раневой поверхности у животных с применением местной терапии, начиная с третьих суток эксперимента, особенно у группы с применением в качестве терапии препарата МТГ- 0,1%.

Выводы. Полученные результаты позволили расширить представления о репаративных эффектах МТГ в сочетании с вспомогательной экспериментальной субстанцией авторской фитомази. Результаты исследований могут послужить основой для дальнейшего изучения, разработки и внедрения в клиническую практику фармакологических препаратов на основе МТГ для лечения различных повреждений эпителиальных покровов.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ МИКРОЧИПОВ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Шейко Е.А.¹, Эннанов Э.Х.²

¹Доцент Медицинской академии имени С. И. Георгиевского, кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

²Студент Медицинской академии имени С. И. Георгиевского, кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Введение. Туберкулез относится к заболеваниям, от эффективности борьбы с которыми зависит национальная безопасность любого государства (ВОЗ). Лечение туберкулеза решающим образом зависит от быстрого обнаружения возбудителя, его идентификации и определения чувствительности *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ) к химиотерапевтическим препаратам. До последнего времени с этой целью использовали классический бактериологический метод. Этот метод считается золотым стандартом диагностики возбудителя туберкулеза и используется практически во всех российских противотуберкулезных центрах. Однако ответ о наличии возбудителя и его лекарственной чувствительности при использовании этого метода может быть получен не ранее 6-8-й недели. Применение автоматизированных систем с использованием жидких сред – Bactec MGIT 960 (Becton Dickinson) или BacT/Alert 3D (BioMerieux) – сокращает время обнаружения возбудителя до 2-3 недель. Принципиальное решение проблемы быстрого обнаружения, идентификации возбудителя туберкулеза и определения его лекарственной чувствительности было найдено в результате разработки технологии биологических микрочипов.

Целью нашей работы являлось изучение современных тенденций применения биологических микрочипов для идентификации возбудителя туберкулеза и определения его лекарственной чувствительности.

Материалы и методы. Биологический микрочип представляет собой пластинку-носитель, на которой расположены ячейки, содержащие иммобилизованные олигонуклеотиды (зонды) с уникальной последовательностью оснований, соответствующей определенному виду микроорганизмов. Количество ячеек может достигать 1 млн на 1 см². Идентификация микроорганизма осуществляется путем гибридизации зонда со специфической мишенью — участком нуклеиновой кислоты конкретного микроорганизма. Дальнейшее сокращение размеров ячеек до ~1 микрона позволит разместить на чипе размером 1x1 см² до ~106–107 ячеек. При этом техника измерений сигналов флуоресценции с таких чипов не требует кардинальных изменений. В более отдаленной перспективе возможна работа с группами из ~10²—10⁴ макромолекул в ячейке, что потребует совершенно иных методов измерения.

Результаты исследования. В Институте молекулярной биологии им. В.А. Энгельгардта Российской академии наук (ИМБ РАН) были созданы диагностические варианты биочипов, позволяющие проводить экспресс-диагностику туберкулеза с одновременным выявлением лекарственно-устойчивых форм МБТ. Время анализа при использовании биочипов сокращается с 60 до 1 дня, что позволяет оперативно назначать резервные терапевтические средства тем больным (более 10% случаев), у которых обнаруживаются МБТ, устойчивые к обычно применяемым химиотерапевтическим препаратам. Метод сертифицирован Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития как изделие медицинского назначения. Результаты анализа более 3000 пациентов свидетельствуют о надежности метода, превышающей 95%. Созданная на основе биологических микрочипов тест-система «ТБ-Биочип» с 2005 г. поставляется в ведущие противотуберкулезные центры России по заказу МЗиСР РФ и передана для проведения медицинских исследований и диагностики в Центр по контролю над заболеваниями (США), Университет штата Арканзас.

В 2009 г в Центральном научно-исследовательском институте туберкулеза Российской академии медицинских наук отделом фтизиатрии было проведено сравнительное изучение клинико-рентгенологической динамики у впервые выявленных больных туберкулезом, выделяющих чувствительные микобактерии туберкулеза и МБТ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). Под наблюдением находилось 80 больных туберкулезом, не проходивших ранее противотуберкулезную терапию. Во всех случаях до начала химиотерапии исследовали мокроту с помощью системы «ТБ-Биочип» с целью определения лекарственной чувствительности МБТ. По результатам микрочиповой диагностики больных разделили на 2 группы: основную группу (1-ю) составили пациенты с первичной МЛУ, а группу сравнения (2-ю) - больные с МБТ, чувствительными ко всем препаратам. В 1-й группе назначали режим химиотерапии из комбинации препаратов резервного ряда, а во 2-й - стандартный режим из препаратов основного ряда. Своевременное назначение соответствующей терапии больным позволило добиться высокой эффективности лечения в короткие сроки по показателю прекращения бактериовыделения в 97,5 и 100%, а также по частоте заживления полостей распада в 92,5 и 97,5% в 1-й и 2-й группах соответственно. При этом по окончании 6-месячного курса терапии в обеих группах преобладали минимальные остаточные изменения в виде рубцов (в 37,5 и 45,0%) и фиброзных очагов (в 52,5 и 50,0%).

Так же в Институте молекулярной биологии им. В.А. Энгельгардта было проведено исследование ТБ-Биочипов, предназначенного для выявления ДНК возбудителя туберкулеза в диагностическом материале из органов дыхания человека и определения его лекарственной чувствительности к рифампицину и изониазиду. Показано, что ТБ-Биочип является чувствительным и высокоспецифичным методом определения лекарственной чувствительности к основным противотуберкулезным препаратам, при этом время исследования не превышает 72ч. Проведен сравнительный анализ результатов

определения лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза двумя ускоренными методами ТБ-Биочип и ВАСТЕС MGIT 960. Данные, полученные двумя методами, совпали в 97,6% случаев для рифампицина и в 92,1% для изониазида.

Выводы. Использование биологических микрочипов дает возможность работы с клиническими образцами и чистыми культурами для быстрого определения чувствительности *Mycobacterium tuberculosis* к основным группам противотуберкулезных препаратов. Тест-система “ТБ-Биочип” позволяет точно определять и дифференцировать конкретные мутации в наиболее значимых кодонах основных генов, ассоциирующихся с устойчивостью к RMP и INH, что способствует правильному выбору тактики лечения больных и поможет уменьшить частоту встречаемости *Mycobacterium tuberculosis* с множественной лекарственной устойчивостью. Разработка и применение биочипов дают возможность радикально трансформировать лабораторную медицину, проводить исследования массивов биомаркеров, реализуя подходы и представления персонализированной медицины.

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ МУТАЦИЙ ГЕНОВ BRCA1/2 У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КРЫМСКОМ РЕГИОНЕ

Алиев К.А.¹, Малый К.Д.²

¹аспирант кафедры онкологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

²ведущий научный сотрудник Центральной научно-исследовательской лаборатории

Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

научный руководитель: д.мед.н, профессор Олексенко В.В.

В настоящее время известно более 3000 мутаций в генах репарации BRCA1 и BRCA2. Распространенность мутаций генов BRCA1 и BRCA2 существенно варьирует в зависимости от принадлежности к этническим группам и географическому региону. Особенность спектра мутаций на территории Российской Федерации (РФ) заключается в преобладании от трех до пяти наиболее частых мутаций (5382insC, 185 delAG, 4154delA, 2080delA, C61G). Наиболее часто выявляемой мутацией в различных регионах РФ является мутация 5382insC в экзоне 20 гена BRCA1 (до 80%), при этом почти все данные, описывающие герминальные мутации, обнаруженные в отношении наследственного рака молочной железы в РФ, относятся к женщинам славянского происхождения. Есть основание полагать, что представительницы других этнических групп, населяющих РФ, имеют отличный от славян спектр мутаций в генах BRCA1 и BRCA2. Крым является особым этногеографическим регионом, в котором, в силу исторических и сопутствующих этому миграционных процессов сложилась комплексная смешанная этническая структура населения, с превалированием славянской этнической группы. Исследования частот встречаемости аллельных вариантов высокопенетрантных генов (BRCA1 и BRCA2), играющих роль в развитии РМЖ, в различных этнических группах Крымского региона до настоящего времени не проводились.

Целью исследования явился анализ частоты встречаемости наиболее распространенных в российской популяции мутаций генов BRCA1/2 (BRCA1 5382insC, BRCA1 185delAG, BRCA2 6174delT) у больных с наследственным и sporadическим раком молочной железы, проживающих на территории Крымского региона.

Методы. Проведено генотипирование 109 образцов ДНК больных раком молочной железы и 60 образцов группы контроля (здоровые женщины) на предмет выявления точечных мутаций BRCA1 (5382insC, 185delAG), BRCA2 (6174delT) с помощью Real-Time PCR с использованием конкурирующих Taq Man-зондов на термоциклере CFX-96 (BioRad, USA).

Результаты. В основной группе герминогенные мутации выявлены в 11 (10,1%) случаях рака молочной железы, в группе контроля в одном случае (1,7%)($p < 0,05$). Частота мутаций у

больных с признаками наследственного рака составила: у молодых пациенток без отягощенного анамнеза до 40 лет – 18,2%, при отягощенном семейном анамнезе – 81,8%. В исследованной выборке преобладала founder-мутация 5382insC BRCA1 – 10 пациенток(90,9%), в одном случае была выявлена мутация 185delAG BRCA1 (9,1%). В группе контроля также был выявлена мутация 5382insC BRCA1. Мутация гена BRCA2 не была обнаружена в исследуемых группах. Герминальные мутации у крымских татарок больных РМЖ в ходе исследования выявлены не были, хотя 18 пациенток имеют признаки наследственного рака.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о высокой частоте встречаемости «мутации-основателя» 5382 insC у больных РМЖ славянского происхождения и отсутствие «славянских» мутаций у больных РМЖ из крымско-татарской этнической группы. Актуальны исследования по выявлению генов наследственного рака молочной железы у представительниц данного этноса.

Работа поддержана грантом Государственного Совета Республики Крым молодым ученым Республики Крым Постановление Президиума Государственного Совета Республики Крым от 01.02.2017 г. № п368-1/17.

АНАЛИЗ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СТРУКТУРЫ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМАХ ПОДГОТОВКИ К ПЕРЕНОСУ РАЗМОРОЖЕННОЙ БЛАСТОЦИСТЫ НА ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ У ПАЦИЕНТОК С МНОГОКРАТНЫМИ НЕУДАЧНЫМИ ИМПЛАНТАЦИЯМИ

Вороная В.В.¹, Рыбалка А.Н.², Сулима А.Н.³»

¹ *ординатор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФДПО Медицинская академии им. С. И. Георгиевского (структурное подразделение)*

«КФУ им. В. И. Вернадского»

² *академик КАН, профессор, д.мед.н., заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФДПО Медицинская академии им. С. И. Георгиевского (структурное подразделение) «КФУ им. В. И. Вернадского»*

³ *д.мед.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФДПО Медицинская академии им. С. И. Георгиевского (структурное подразделение) «КФУ им. В. И. Вернадского»*

Введение. Согласно рекомендациям Российской Ассоциации Репродукции Человека (РАРЧ) оптимальная толщина эндометрия на момент переноса эмбриона в полость матки должна составлять 8-12 мм. Немаловажным аспектом является структура и эхографические особенности эндометрия: так, исследования показали, что трехслойная структура эндометрия ассоциируется с более высокой частотой наступления беременности. Пролиферация эндометрия является эстрогензависимым процессом и может быть усилена путем назначения препаратов эстрадиола в фолликулярную фазу стимулированного цикла, что и лежит в основе заместительной гормональной терапии (ЗГТ) при подготовке эндометрия к переносу размороженной бластоцисты.

Цель и задачи. Оценить толщину, эхографическую структуру и динамику роста эндометрия при различных схемах ЗГТ, в частности на препаратах, содержащих эстрадиол валерат и 17β-эстрадиол, при подготовке эндометрия к переносу селективно выбранной размороженной бластоцисты у пациенток с многократными неудачными имплантациями.

Материалы и методы. В исследовании было изучено 200 протоколов переноса размороженных эмбрионов у 49 пациенток, возрастом от 24 до 45 лет, с длительностью бесплодия от 3 до 16 лет, с двумя и более неудачными имплантациями в анамнезе, которые были разделены на две группы.

1 группа – 49 пациенток, 118 криопротоколов, в рамках которых подготовка эндометрия к переносу размороженной бластоцисты проводилась с использованием пероральной формы эстрадиола валерат (4 мг) со 2 дня менструального цикла (МЦ).

2 группа – эти же 49 пациенток, 82 криопротоколов, в рамках которых подготовка эндометрия проводилась с использованием пероральной формы 17β-эстрадиола (4 мг) также со 2 дня МЦ.

В обеих группах с 14-16 дня МЦ проводилась поддержка лютеиновой фазы дидрогестероном в дозе 60 мг в сутки, и перенос селективной размороженной бластоцисты хорошего качества (не ниже 3BB) на 5 сутки приема дидрогестерона.

Оценка толщины эндометрия в обеих группах проводилась в срединно-сагитальной плоскости для визуализации всей структуры эндометрия от дна до эндоцервикса, наиболее толстой ее части, на аппарате "Sonix SP" (Канада) трансвагинальным мультисекторным датчиком (3,5 - 7,5 МГц) в режиме сканирования в двухмерной серой шкале (B-mode) на 7-й, 10-й, 14-й дни МЦ и в день эмбриотрансфера (18-21-й день).

Результаты исследований. В ходе исследования была выявлена разница в пролиферативных изменениях эндометрия (толщине, структуре и динамике роста) в обеих группах. Эхоструктура эндометрия (утолщение с трехслойной структурой (тип В), имеющей передний и задний гипоехогенные слои, разделенные посередине яркой центральной линией) на 7-й день менструального цикла в первой группе составила $4,1 \pm 0,2$ мм, а во второй – $6,4 \pm 0,3$ мм. Отмеченная при первом ультразвуковом исследовании тенденция сохранилась и в дальнейшем: на 10-й и 14-16-й дни (поздняя пролиферативная фаза) толщина эндометрия в группе с использованием эстрадиол валерата составила $5,8 \pm 0,3$ мм и $7,3 \pm 0,1$ мм соответственно, в то время как в группе с использованием 17β-эстрадиола – $8,2 \pm 0,5$ мм и $9,2 \pm 0,2$ мм. На 14-16-й день МЦ (поздняя пролиферативная фаза) толщина эндометрия имела выраженную трехслойную структуру (тип С) в группе с использованием 17β-эстрадиола, в то время как в группе с эстрадиол валератом эти изменения были выражены слабее. В день эмбриотрансфера (19-21-й дни МЦ) толщина эндометрия характеризовалась потерей его трехслойной структуры и появлением полосы с однородной гиперэхогенностью (тип D), во второй – $9,9 \pm 0,3$ мм. а в первой группе – $8,4 \pm 0,3$ мм.

Выводы. Результаты ультразвуковой оценки толщины и структуры эндометрия демонстрируют высокую эффективность использования пероральной формы 17β-эстрадиола, по сравнению с эстрадиол валератом, в рамках ЗГТ при подготовке эндометрия к переносу размороженного эмбриона у пациенток с многократными неудачными имплантациями. При использовании 17β-эстрадиола отмечается не только быстрый, но и более «качественный» рост эндометрия с приобретением им функциональной эхографической трехслойности (фаза пролиферации), что не отмечается при использовании препарата, содержащего эстрадиол валерат, в группе пациенток с многократными неудачными имплантациями.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ ВЫРАЖЕННОСТИ МЕСТНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТЕЙ У НАРКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ МЕТОДОМ ЛДФ

Аносов М.С.¹, Саенко В.Л.²

¹ аспирант кафедры хирургической стоматологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского

² ассистент кафедры хирургической стоматологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского, к.м.н.

научный руководитель: д.м.н., профессор Безруков С.Г.

Введение. В последние годы сохраняется прирост числа пациентов с диагнозом хронический одонтогенный остеомиелит челюстей, обусловленный длительным употреблением суррогата первитина, изготовленного из эфедрин-содержащих смесей, который в среде наркоманов имеет жаргонное название «винт». Он обладает высокой токсичностью с последующим разрушительным общим действием на ткани и органы, что обусловлено высоким содержанием в суррогате первитина красного фосфора, йода и других компонентов, необходимых для выделения чистого вещества из препаратов, содержащих эфедрин. Таким образом, употребление «винта» приводит к развитию комплекса тяжелых воспалительно-дистрофических и структурных изменений в тканях организма, в том числе, остеомиелита костей лицевого скелета.

Цель и задачи. Провести анализ флоуметрических показателей у наркозависимых больных в динамике лечения хронического одонтогенного остеомиелита челюстей.

Материалы и методы. Проведен анализ показателей микроциркуляции слизистой оболочки альвеолярного отростка челюстей у 28 пациентов обоего пола в возрасте от 25 до 42 лет с диагнозом хронический одонтогенный остеомиелит наркозависимых (с «винтовой» этиологией), находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» (г. Симферополь) в период с 2010 по 2017 гг.

Все пациенты были разделены на две группы: основную - 15 человек (больные, прекратившие прием наркотических средств) и контрольную - 13 человек (продолжающие прием данных препаратов).

Показатели микроциркуляции слизистой оболочки альвеолярного отростка челюстей регистрировали с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с использованием аппарата «ЛАКК-02» («Лазма», Россия) в лаборатории кафедры «Экспериментальная физиология и биофизика» ЦКП ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского».

В основе метода лежит регистрация изменений потока крови в микроциркуляторном русле при помощи неинвазивного зондирования тканей лазерным излучением с последующей обработкой отраженного излучения, основанной на эффекте Доплера. С помощью вейвлет-преобразования возможно выявить основные гемодинамические ритмы, соответствующие факторам регуляции тканевого кровотока.

Лечение наркозависимых пациентов с остеомиелитом челюстей включало в себя хирургический и консервативный компоненты. Хирургическое лечение было направлено на удаление «причинных» зубов и нежизнеспособных фрагментов костной ткани, которые поддерживали сенсбилизацию организма и хронический воспалительный процесс. Консервативное лечение включало антибактериальную и противовоспалительную терапию, назначение иммуномодулирующих и иммуностимулирующих препаратов.

Результаты исследований. В дооперационном периоде между показателями тканевой микрогемодинамики у испытуемыми двух групп не наблюдалось статистически значимых различий. Практически у всех пациентов отмечались высокие значения уровня перфузии.

В раннем послеоперационном периоде (спустя месяц после проведения хирургического лечения) отмечались процессы регенерации преимущественно у пациентов, прекративших

прием наркотических средств. Регенерация проходила в направлении дилатации гладкомышечных прекапилляров, обладающих максимальной чувствительностью к факторам местной регуляции, что является иницирующим фактором для преобладания капиллярного кровотока и дальнейшей активации трофического снабжения тканей. У пациентов контрольной группы описываемого эффекта не было зарегистрировано.

Аналогичная динамика показателей тканевого кровотока отмечалась и в более поздние сроки регенерации (через 6 месяцев после проведения хирургического лечения): дилатация гладкомышечных прекапилляров, следствием чего является активация капиллярного кровотока наряду с депрессией шунтового. Это подтверждается приростом амплитудных значений миогенных ритмов почти в 3 раза и снижением показателя шунтирования на 27,45% относительно исходных значений соответствующих показателей. У пациентов контрольной группы подобных изменений не было выявлено.

В отдаленные сроки наблюдения (спустя год после проведения оперативного лечения) в обеих группах отмечалось снижение уровня перфузии почти в 2 раза, обусловленное рядом факторов. Формирование рубцовой ткани в месте проведения хирургического лечения сопряжено со снижением активного воспалительного процесса и реорганизацией микрососудистого русла. У пациентов, продолжающих прием наркотических средств, отмечались низкоамплитудные проявления, что свидетельствует о низкой модуляции тканевого кровотока и является признаком ригидности сосудистой стенки. У пациентов, прекративших прием наркотических препаратов, в отдаленный послеоперационный период отмечалось увеличение вклада тонус-формирующих активных компонентов в общей мощности спектра, что свидетельствует о значительной модулирующей активности компонентов сосудистой стенки.

Выводы. Динамика дистрофических изменений в микрососудистом русле соответствует выраженности воспалительных процессов, характерных для остеомиелита челюстей. При прогрессировании заболевания показатели имели тенденцию к росту в сравнении с нормой и с ранее полученными значениями. В случае положительного результата от проведенного лечения и социализации пациента (при условии отказа от вредной привычки) анализируемые параметры тканевого кровотока имели позитивную динамику, приближаясь в некоторых случаях к норме.

ВОЗДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ НА ОСНОВЕ АРТИКАИНА С ВАЗОКОНСТРИКТОРОМ НА РИТМ И ПРОВОДИМОСТЬ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ

Демьяненко С.А., Дмитров А.А., Шаблей Д.Н.

*Заведующая кафедрой стоматологии и ортодонтии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»*

*Аспирант кафедры стоматологии и ортодонтии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»*

*Доцент кафедры стоматологии и ортодонтии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»*

научный руководитель: д.мед.н., профессор Демьяненко С.А.

Введение. Большая часть стоматологических вмешательств сопровождается применением местных анестезирующих препаратов, которые являются потенциально кардиотоксичными препаратами и обладают проаритмогенным действием.

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают лидирующую позицию в мире по распространенности и летальности, манифестируя чаще всего в виде аритмий различного генеза.

Поэтому стоит учитывать все факторы, которые могут повлиять на сердечный ритм и проводимость сердца у стоматологических пациентов, в том числе и местную анестезию.

Цель и задачи – определить влияние местных анестетиков на основе артикаина с вазоконстриктором на ритм и проводимость сердца у стоматологических пациентов.

Методика исследований- В стоматологической клинике «Квалитет» г.Евпатории было обследовано 50 стоматологических пациентов. Обследование включало в себя выяснение жалоб, анамнеза, соматического статуса, исследование гемодинамики и ЭКГ (холтеровское мониторирование до, во время и после лечения). Пациенты, участвующие в исследовании ранее уже проходили стоматологическое лечение, что позволяет минимизировать психоэмоциональный фактор.

С целью выяснения влияния того, или иного вида анестетика на сердечный ритм были сформированы 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу, структуре аритмий.

Пациентам обеих групп предстояло выполнение стоматологического лечения (24 человека), с использованием местной анестезии препаратом на основе артикаина с добавлением вазоконстриктора: эпинефрин в разведении 1:100 000 пациентам первой группы (24 человека) и эпинефрин в разведении 1:200 000 пациентам второй группы (26 человек).

В двух группах обезболивание достигалось путем инфильтрации мягких тканей в области зуба раствором анестетика в количестве 1.7 мл.

Мониторинг включал в себя общее наблюдение за пациентом: его самочувствием, цветом кожных покровов и слизистых оболочек, уровнем сознания; контроль уровня артериального давления и пульса, сердечного ритма, пульсоксиметрии.

В структуре аритмий были обнаружены: синусовая брадикардия и тахикардия, АВ-блокады, мерцательная аритмия. У пяти пациентов был установлен искусственный водитель ритма в связи с АВ-блокадой 3 ст.

Результаты исследований. В первой группе после введения анестетика отмечалось учащение сердцебиения, чувство нехватки воздуха и беспокойство, подтвержденное на ЭКГ (ЧСС более 90уд/мин, изменение графика ЭКГ в виде депрессии сегмента ST и изменения формы зубца Т в сравнении с исходной ЭКГ). У пациентов с установленным ИВР (искусственный водитель ритма) с частотной адаптацией учащение ритма сердца может свидетельствовать о возникновении коронарораспазма, обусловленного попаданием вазоконстриктора в кровоток.

Во второй группе после проведения анестезии изменения практически не выходили за рамки клинических значимых как по самочувствию пациента так и по данным

функциональной диагностики (ЧСС не превышала 90 уд/мин. Изменений сегмента ST не отмечалось, в нескольких случаях отмечалось изменение зубца T в виде увеличения амплитуды).

Восстановление сердечного ритма до исходного в начале лечения происходило постепенно в течение 20-40 минут (в зависимости от концентрации вазоконстриктора).

Выводы. Препараты с разведением вазоконстриктора 1:200 000 показали лучшую переносимость пациентами, подтвержденную данными ЭКГ (в том числе холтеровского мониторинга), пульсоксиметрии.

На стоматологическом приеме пациентам с патологией сердечно-сосудистой системы целесообразно иметь результаты ЭКГ, заключение и рекомендации кардиолога.

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Демченко Д.В.

*Ординатор, старший лаборант кафедры акушерства и гинекологии №1
Медицинской академии КФУ*

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Памфамиров Ю.К.

Введение. Системная красная волчанка (СКВ) - это аутоиммунное системное заболевание соединительной ткани, характеризующиеся гиперпродукцией аутоантител различной специфичности с развитием иммунно-воспалительного повреждения тканей внутренних органов. Заболевание повреждает преимущественно молодых женщин и чаще развивается в репродуктивном возрасте, во время беременности и в послеродовом периоде. По мнению Slowse M.E., 2008 год: «Частота СКВ при гестации составляет 1 случай на 1500 – 3000 беременностей». В настоящее время с внедрением в практику иммунологических методов исследования, улучшением контроля активности заболевания и совершенствованием лечения, СКВ больше не является абсолютным противопоказанием для беременности. Несмотря на большое количество публикаций, касающихся беременности при СКВ, многие вопросы в этой проблеме остаются нерешенными. В настоящее время недостаточно оценено влияние активности СКВ на течение и исходы гестации, не разработаны вопросы ранней диагностики перинатальных осложнений и неблагоприятных исходов гестации при СКВ.

Цель и задачи. Исследование влияния беременности на течение СКВ, а также влияние данного заболевания на течение гестационного процесса, родов и исхода беременности. Данные истории болезни получены на основании данных архива ГБУЗ РК «Симферопольская городская клиническая больница №7», а также архива гинекологического отделения ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом №2». Материалами служили данные анамнеза, клинического обследования пациентки, а также результаты оперативного лечения.

Результаты исследования. Больная К. Заболела в 24 года. В 1994 году появилась артралгия суставов нижних конечностей. В 1996 году, после перенесенного ОРВИ, появились петехиальные высыпания на коже нижних конечностей, отечность голеней. Направлена на консультацию к ревматологу. Выставлен диагноз: СКВ, хроническое течение I степени активности, люпус-нефрит. Антифосфолипидный синдром. Постмиокардитический кардиосклероз. Хроническая почечная недостаточность I степени. Сердечная недостаточность I стадия. Нарушение функции суставов I степени. При обследовании выявлены LE – клетки, антитела к экстрагируемым ядерным антигенам, антитела к н-ДНК, антитела в кардиолипину, следовая протеинурия (0,033 г/л), анемия, тромбоцитопения, увеличение уровня С-реактивного белка, СОЭ – 23.

Больная принимала препараты аминохинолинового ряда, глюкокортикостероиды, цитостатические препараты (циклофосфамид), нестероидные противовоспалительные препараты. После чего наступила значительная ремиссия. В 2003 году состояние больной

ухудшилось, усилились боли в суставах, вновь появилась петехиальная сыпь и отеки нижних конечностей. Больной продолжалось проведение программной интенсивной терапии с последующим назначением преднизолона 20 мг/ день. В 2003 году признана инвалидом III группы. В 2004 году наступила беременность, во время которой возникло обострение СКВ. Родоразрешена в 41 неделю путем операции кесарево сечение в связи с развитием дистресса плода. 2005 год – медицинский аборт в сроке 6 недель беременности. Последняя госпитализация в январе 2009 года.

На учет в женскую консультацию стала в сроке беременности 9 недель. Скрыла факт наличия экстрагенитальной патологии - СКВ. Во время беременности женскую консультацию посещала регулярно. Родоразрешена 23.02.2010г. в сроке беременности 37 недель путем операции кесарево сечение здоровым новорожденным. На 8 сутки, в послеоперационном периоде, возникли осложнения: сегментарный тромбоз мезентериальных сосудов, некроз сегмента тонкой кишки, распространенный перитонит. Проведена операция: резекция 1,5 метров тонкого кишечника, сальника, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде состояние больной оставалось тяжелым. Сразившейся клиникой острой кишечной непроходимости, 14.03.2010 г. больной проведена релапаротомия, резекция тонкого кишечника (с анастомозом), канюлирование артериального ствола, дренирование тощей кишки и брюшной полости, наложение спиралевидного шва для подготовки больной к программированной релапаротомии. Ситуация расценена как прогрессирующий тромбоз ветвей верхней брыжеечной артерии с некрозом тонкой кишки. 15.03.2010 года произведена релапаротомия, наложение тонко-толстокишечного анастомоза. 19.03.2010 года произведена программированная санация брюшной полости, удаление канюли артериального ствола, ушивание лапаротомной раны. В послеоперационном периоде находилась в РАО, где получала интенсивную консервативную терапию. После стабилизации состояния переведена в ревматологическое отделение для проведения консервативной терапии.

Выводы.

1. Степень материнского и плодового риска должна устанавливаться до зачатия, поскольку надлежащая коррекция развивающихся осложнений сопряжены с большими трудностями. Важная роль отводится планированию беременности, прогнозу ее течения и исхода.

2. Весь комплекс проблем следует решать совместно акушерам, ревматологам, нефрологам, иммунологам, неонатологам.

3. Следует проводить своевременное и адекватное лечение СКВ, определять возможность вынашивания беременности без риска для матери и плода.

4. Необходимо тщательное разъяснение больным всех факторов риска, провоцирующих обострение данного заболевания.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СНА И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У КРЫМСКИХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В ПЕРИОД ЗИМНЕЙ И ЛЕТНЕЙ СЕССИИ

Жукова А.В., Кашка Л.Р., Абхаирова Э.Э., Эбубекирова Л.Ш.

Студенты кафедры физиологии нормальной Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»

научный руководитель: к.м.н., доцент Залата О.А.

Введение. Возрастающая сложность при получении медицинского образования в вузе предъявляет повышенные требования к состоянию здоровья будущих врачей. Большой объем изучаемого материала, интенсификация образовательного процесса приводят к повышению психоэмоционального напряжения обучающихся, что отражается на уровне их психического и соматического здоровья. Для поддержания состояния здоровья, как физического, так и умственного необходимым условием является соблюдение оптимального соотношения в режиме бодрствования и сна. На современном этапе исследования физиологии сна хорошо известно, что в центральной нервной системе этот процесс является активным, сложным и многофункциональным. При этом, около 25% периода сна мозг настолько же активен, как при бодрствовании, что подтверждают данные регистрации ЭЭГ. Сон важен человеку для восстановления энергетических затрат мозга, при повышенных умственных нагрузках. Последнее крайне актуально для студентов вузов в период экзаменационных испытаний с целью достижения положительных результатов. Установлено, что для взрослого человека и составляет около 8 часов, а для студентов обычной нормой считают 8–9 часов непрерывного ночного сна. По данным обследования 284-х студентов 1-2 курса медицинского факультета РУДН было установлено, что около 92% респондентов испытывают дефицит сна. При этом 69% юношей и девушек ложатся спать далеко за полночь и спят меньше нормы на два и более часа. Напряженная умственная работа перед сном часто вызывает затрудненное засыпание, что еще более сокращает продолжительность и ухудшает качество сна (Коданева Л.Н. и соавторы, 2016). Представляет интерес исследование качества ночного сна и психоэмоционального состояния у крымских студентов-медиков в наиболее напряженный отрезок учебной деятельности – сессию.

Целью настоящего исследования было выполнить сравнительную оценку качества сна и психоэмоционального состояния у крымских студентов-медиков в период зимней и летней сессии.

Методика исследований. С соблюдением биоэтических норм была выполнена процедура индивидуального тестирования студентов Медицинской академии им. С.И. Георгиевского во время зимней и летней экзаменационной сессии. Первая группа (n=30; средний возраст 20,6±0,3 лет) была протестирована в январе 2016 года, вторая (n=29; средний возраст 19,8±0,6 лет) в июне 2017 года. Характеристики сна студентов были получены с помощью Питтсбургского теста индекса качества сна (Pittsburgh Sleep Quality Index). В соответствии с методикой у студентов оценивали: время засыпания (часы, мск); длительность засыпания (минуты); время пробуждения (часы, мск); длительность сна (часы). Рассчитывали компоненты качества сна и индекс качества сна (0 – нет проблем с качеством сна; 5 – проблемы качества сна; 21 – существенные проблемы качества сна). Для оценки психоэмоционального состояния применили опросник САН (самочувствие, активность, настроение). Средний балл шкалы опросника составляет 4, оценки выше 4-х баллов свидетельствуют о благоприятном состоянии респондента, ниже 4-х баллов – о неблагоприятном состоянии. Нормальным диапазоном принято считать 5,0-5,5 балла. 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. Взаимосвязь показателей психоэмоционального состояния и качества сна устанавливали с помощью корреляционного анализа по Спирмену (r_s), при этом статистически достоверным принимали уровень различий при $p < 0,05$ (программа «Statistica» 8.0).

Результаты исследований. Были проанализированы полученные при тестировании характеристики сна крымских студентов-медиков и показатели психоэмоционального состояния, которые имели некоторые отличия в разные периоды экзаменационной сессии (таблица 1).

Таблица 1

Характеристика качества сна и психоэмоционального состояния у крымских студентов-медиков в период зимней и летней экзаменационной сессии

Показатели качества сна и психоэмоционального состояния студентов	1 группа (n=30) зимняя сессия			2 группа (n=29) летняя сессия		
	Медиана	p25	p75	Медиана	p25	p75
Время засыпания	22.30	2.00	24.00	23.00	6.00	24.00
Длительность засыпания (мин)	12,5	6,0	30,0	12,0	5,0	30,0
Время пробуждения	9.00	8.00	10.00	7.00***	7.00	9.00
Длительность сна	8,0	7,0	8,0	8,0	6,0	8,5
Индекс качества сна	5,0	3,0	8,0	7,0**	5,0	9,0
Самочувствие	4,8	4,1	5,5	5,0**	4,5	5,7
Активность	4,4	3,7	4,8	5,2***	3,8	5,7
Настроение	5,2	4,1	5,7	5,6***	5,2	6,3

Примечание: ** – достоверные различия ($p \leq 0,01$), *** – достоверные различия ($p \leq 0,001$) показателей качества сна и психоэмоционального состояния студентов в период летней сессии по сравнению с зимней сессией (критерий Манна-Уитни).

Как видно из полученных данных у крымских студентов, протестированных во время летней сессии показатели качества сна были достоверно хуже ($p \leq 0,01$), чем у студентов, опрошенных во время сдачи зимних экзаменов. При этом, несмотря на более ранний подъем утром и худший индекс качества сна, самочувствие, активность и настроение у респондентов второй группы были достоверно лучше ($p \leq 0,001$). Результаты корреляционного анализа выявили взаимосвязь характеристик качества сна с показателями психоэмоционального состояния прежде всего у студентов, сдававших экзамены летом. Самочувствие было взаимосвязано с длительностью засыпания ($r=0,49$; $p=0,005$) активность и настроение с временем пробуждения ($r=-0,46$; $p=0,01$; $r=0,44$; $p=0,01$), соответственно. В группе студентов, которых тестировали зимой была обнаружена только одна корреляция – настроение было обратно взаимосвязано с эффективностью сна ($r=-0,52$; $p=0,002$).

Выводы. Таким образом, с помощью процедуры тестирования установили, что у крымских студентов-медиков в период летней сессии ухудшаются характеристики качества сна более существенно, чем в период зимних экзаменационных испытаний. Показатели психоэмоционального состояния в целом были удовлетворительными, но у группы студентов, протестированных летом – достоверно лучше. Качество жизни студента в значительной степени определяется состоянием умственного, физического и духовного здоровья. Студенческая молодежь, особенно студенты-медики, должны понимать насколько важны для процессов восстановления организма правильное питание, физическая активность и полноценный сон. Подобные скрининговые психологические тестирования могут быть полезными для ознакомления студентов с уже имеющимися проблемами в их образе жизни и поиском доступных путей их решения.

ОБРАЗ ЖИЗНИ И ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Абхаирова Э.Э., Барсукова А.Д., Гизатуллина Г.Р., Замарина В.А., Слюсаренко А.А.,
Эбубекирова Л.Ш.

Студенты Медицинской академии имени С.И. Георгиевского,

«КФУ имени В.И. Вернадского»

кафедра физиологии нормальной

научный руководитель: к.м.н., доцент Залата О.А.

Введение. Здоровый образ жизни – признак высокой образованности и ответственности человека не только за свою жизнь, но и за будущие поколения. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни является актуальной задачей во всех развитых странах мира, а среди молодых людей, составляющих до 30% населения земного шара, особенно. В июле 2017 г. Правительство России утвердило паспорт приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни», цель которого – к 2025 году увеличить долю россиян, приверженных здоровому образу жизни, с 36% до 60%, сообщили на сайте кабинета министров 07.08 2017 г. Проект призван увеличить число граждан, ответственно относящихся к здоровью, в том числе тех, кто систематически занимается физкультурой и спортом, снизить потребления табака. Студенты являются одним из значительных резервов трудоспособного населения, здоровье которых должно соответствовать задачам как собственного профессионального совершенствования и карьерного роста, так и развития всего государства в целом. По данным ежегодного мониторинга в Российском государственном университете нефти и газа им. И.М. Губкина безопасный уровень здоровья имеют только 7% студентов, 30% – средний, 27% – ниже среднего, а 36% – низкий, отмечает автор работы «Состояние здоровья учащейся молодежи» Семенкова Т.Н. (2011 г.). Представляет интерес для исследования, какому образу жизни придерживается категория студентов, уже имеющих отклонения в состоянии соматического здоровья, среди практически здоровых сокурсников в Медицинской академии им. С.И. Георгиевского.

Целью настоящего исследования стал анализ образа жизни и некоторых характеристик личности (экстраверсии, нейротизма, тревожности, фрустрации, агрессивности, ригидности) студентов 1-5 курса с нарушениями в состоянии соматического здоровья Медицинской академии им. С.И. Георгиевского.

Методика исследований. С учетом биоэтических требований анкетировали и тестировали 111 студентов 1-5 курса специальной медицинской группы по физической нагрузке, средний возраст (19,4±0,2) лет. В связи с основным заболеванием все студенты были разделены на подгруппы: сердечно-сосудистые заболевания (38), миопия (17), костно-суставная патология (16), другие заболевания (40). Использовали анкету «Образ жизни» и два опросника Айзенка (ЕРІ и самооценки психических состояний). Статистический анализ данных выполняли с помощью методов непараметрической статистики: медианы (Me); перцентили (p25, p75), коэффициент Спирмена (r), критерий Манна-Уитни (U), программа Statistica 8,0.

Результаты исследований. По данным исследования структуры заболеваний в одном из крупных вузов РФ СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова у обследованных студентов 17-22 лет лидируют болезни костно-мышечной системы, на 2-м месте – болезни глаза и его придаточного аппарата, на 3-м месте – болезни органов дыхания, далее болезни мочеполовой системы, болезни системы кровообращения и эндокринная патология (Сивас Н.В., 2007 г.). Так как в нашей когорте статистически репрезентативными были группы студентов с заболеваниями ССС (n=38) и группа с «другими заболеваниями» (n=40), то в первую очередь мы проанализировали и сравнили особенности образа жизни этих респондентов, а затем и остальных подгрупп с миопией (n=17) и костно-суставной патологией (n=16). Результаты по

характеристике образа жизни студентов с разными нарушениями в состоянии соматического здоровья представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты анкетирования по образу жизни у студентов с различными нарушениями в состоянии соматического здоровья

Группа заболеваний	Количество	Me	p25	p75	Интерпретация
Сердечно-сосудистые	38	35,0	25,0	40,0	≤25 баллов – здоровый образ жизни; 26-50 баллов – достаточно здоровый образ жизни; ≥51 балла – неправильный, опасный образ жизни
«Другие» заболевания	40	30,0	27,0	35,0	
Миопия	17	35,0	20,0	40,0	
Костно-суставная патология	16	30,0	25,0	35,0	

Как видно из представленных данных, все студенты, независимо от нозологии, придерживаются достаточно здорового образа жизни, но который можно улучшить при его коррекции. И только среди студентов, с нарушением рефракции, часть выборки (p25) ведут здоровый образ жизни. Достоверных отличий по образу жизни между подгрупп студентов с разными заболеваниями мы не выявили.

Оценка характеристик личности показала их некоторые особенности у студентов с разными соматическим заболеваниями (табл.2).

Таблица 2

Характеристики личности студентов с различными нарушениями в состоянии соматического здоровья (медианы, p25/p75)

Характеристики личности	Нозологии			
	ССС	«Другие» заболевания	Миопия	Костно-суставная патология
Тревожность	8 (5/10)	7 (5/10)	9 (6/11)	5 (4/9)
Фрустрация	6 (5/9)	6 (4/8,5)	5 (4/7)	4,5 (3/8,5)
Агрессивность	7 (5/11)	8 (5/11)	10 (6/12)	8,5 (5,5/10,5)
Ригидность	10 (7/13)	8 (7/11,5)	10 (6/12)	7,5 (7/11)
Экстраверсия/Интраверсия	12 (10/13)	13 (10/15)	14 (10/15)	14,5 (12,5/16)
Нейротизм	13,5 (10/16)	14 (9/17)	14 (11/17)	14 (9,5/17,5)

Медианы всех психологических характеристик личности соответствовали умеренному уровню показателей. При этом достоверно менее тревожными, фрустрированными, с низкими показателями ригидности были студенты с костно-суставной патологией. Напротив, студенты с миопией характеризовались среди других более выраженной тревожностью, агрессивностью и ригидностью. Корреляционный анализ показателя образа жизни и характеристик личности выявил несколько взаимосвязей этих параметров, но не во всех подгруппах. У субъектов с нарушением рефракции образ жизни коррелировал с ригидностью ($r=0,49$; $p=0,04$) и нейротизмом ($r=0,51$; $p=0,03$). У студентов с заболеваниями СССР образ жизни был взаимосвязан с показателем экстраверсии/интраверсии ($r=0,33$; $p=0,04$), а у студентов с костно-суставной патологией только с ригидностью ($r=0,50$; $p=0,04$).

Выводы. Таким образом, на момент анкетирования все опрошенные нами студенты с нарушением в состоянии соматического здоровья вели достаточно здоровый образ жизни, но который при коррекции можно улучшить. Наименее тревожными, фрустрированными, с низкими показателями ригидности были студенты с костно-суставной патологией, а студенты с миопией – напротив, более тревожны, агрессивны и ригидны. Возможно, что взаимосвязь между образом жизни и характеристиками личности студентов является своего рода предупреждением, так как характер корреляций указывает на то, что чем хуже будет вести свой образ жизни субъект с уже имеющейся в анамнезе патологией, тем более выраженной будет в его поведении эмоциональная лабильность и затруднена переключаемость к изменяющимся обстоятельствам в социальных аспектах жизни.

ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ И ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Шавров Ю.В., Дубинина А.В.

*Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»
кафедра физиологии нормальной*

научный руководитель: к.м.н., доцент Залата О.А.

Введение. Комплексное лечение и восстановление больных невозможно без всестороннего подхода, под которым подразумевается не только выполнение медицинских манипуляций, но и оказание индивидуальной психологической помощи. Пациенты хирургического профиля, находящиеся на стационарном лечении, являются уязвимыми в плане нервно-психического здоровья. Ситуации, в которых они находятся часто являются кризисными, так как в жизни больных происходят изменения соматического, социального и психологического характера. Особый интерес представляет изучение роли психических состояний (депрессии, тревожности) в структуре личности и организации поведения больного хирургического профиля.

Цель. Изучить структуру личности у выборочной группы больных хирургического профиля (уровень экстраверсии-интроверсии, нейротизма, психотизма, искренности), определить уровень депрессии, личностной и ситуативной тревоги, оценить взаимосвязь характеристик структуры личности с показателями психических состояний.

Методика исследований. Для достижения цели работы было сформировано и протестировано 2 группы. Первую группу составили пациенты хирургического отделения ГБУЗ РК «Советской районной больницы» ($n=31$; $49,45\pm 3,57$ лет), во вторую группу вошли практически здоровые взрослые ($n=30$; $29\pm 2,11$ лет). Тестирование всех респондентов выполняли индивидуально с учетом биоэтических положений и после получения у них персонального согласия на обработку и публикацию данных.

Для определения личностных характеристик (уровень экстраверсии-интроверсии, нейротизма, психотизма, искренности) использовалась методика Айзенка EPQ (Eysenck Personality Questionnaire). С целью диагностики депрессии была применена дифференциальная диагностика депрессивных состояний по В.А. Жмурову, которая выявляет депрессивное состояние главным образом тоскливой или меланхолической депрессии, дает возможность установить тяжесть депрессивных состояний на данный момент. Для скринингового выявления тревоги и депрессии использовалась госпитальная шкала «тревога-депрессия» (HADS). Для определения и оценки уровня ситуационной и личностной тревожности применялась методика Спилберга-Ханина.

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. Взаимосвязь характеристик структуры личности и показателями психических состояний устанавливали с помощью корреляционного анализа по Спирмену (r), при этом статистически достоверным принимали уровень различий при $p<0,05$ (программа «Statistica» 10.0).

Результаты исследований. Внутригрупповой анализ полученных данных позволил выделить некоторые особенности в структуре личности пациентов хирургического профиля: с выраженной экстраверсией обнаружено 15 человек (48%), интроверсией 1 человек; нейротизм высокой степени определили у 8 человек (26%) и лишь у одного респондента показатель по шкале психотизма приблизился к границе нормы; у 3 человек обнаружены сочетанные высокие показатели по экстраверсии и нейротизму.

Оценив уровень личностной (ЛТ) тревожности по опроснику Спилберга-Ханина выявили, что у 26% был ее высокий уровень, у 58% – умеренный, а у 16% – низкий. Для ситуационной тревожности (СТ) обнаружили следующее распределение: у 13% низкий, у 52% – умеренный, а у 35% – высокий. Что касается данных полученных с помощью методики В.А. Жмурова, то мы установили, что у 23% пациентов уровень депрессии был незначительным, у 42% депрессия

была минимальна, у 29% – легкая депрессия, а у 6% – умеренная депрессия. Согласно госпитальной шкале «тревога-депрессия» (HADS) у 74% пациентов отсутствовали достоверно выраженные симптомы тревоги, у 16% была субклинически выраженная тревога, у 10% – клинически выраженная тревога; у 74% пациентов отсутствуют достоверно выраженные симптомы депрессии, у 13% субклинически выраженная депрессия и у 13% клинически выраженная депрессия.

Медианы и величины 25-го и 75-го перцентелей показателей психологических характеристик личности и психических состояний основной группы представлены в таблице.

Характеристики структуры личности, тревожности и депрессии пациентов хирургического профиля (n=31)

Показатели	Медиана	p25	p75
Экстраверсия/интроверсия	15,0	11,0	19,0
Нейротизм	11,0	7,0	17,0
Психотизм	4,0	3,0	7,0
ЛТ	39,0	34,0	48,0
СТ	39,0	32,0	46,0
Депрессия	16,0	10,0	31,0
Тревога-депрессия	5,0	3,0	9,0

Примечание: жирным шрифтом выделены значения, превышающие средний уровень показателей.

Как видно из данных таблицы все исследуемые показатели находились в пределах рекомендуемой нормы. При этом у части выборки (p75) имели место высокие уровни тревожности, нейротизма, экстраверсии, признаки легкой депрессии, субклинически выраженные признаки тревоги/депрессии. На следующем этапе анализа было выполнено межгрупповое сравнение по изучаемым характеристикам, которое не показало достоверных отличий между субъектами тестирования основной и контрольной групп.

Корреляционный анализ позволил выявить, что некоторые личностные характеристики пациентов хирургического профиля взаимосвязаны с показателями их тревожности и депрессии. Нейротизм был прямо взаимосвязан с уровнем депрессии ($r=0,87$; $p=0,001$), а также с СТ ($r=0,56$; $p=0,05$) и с ЛТ ($r=0,57$; $p=0,001$), с показателем шкалы «тревога-депрессия» ($r=0,69$; $p=0,001$). Между экстраверсией и депрессией была обнаружена отрицательная взаимосвязь ($r=-0,36$; $p=0,05$). Характер обнаруженных корреляций нейротизма с характеристиками психических состояний тревоги и депрессии указывал на усиление этих состояний у пациентов с хирургической патологией при увеличении эмоционального возбуждения.

Выводы. По результатам тестирования выборочной группы больных хирургического профиля было установлено, что 48% респондентов характеризуются выраженной экстраверсией с умеренными уровнями личностной и ситуационной тревожности. У большинства пациентов (74%) отсутствуют достоверно выраженные симптомы тревоги и депрессии. Тем не менее, установленные корреляционные взаимосвязи характеристик структуры личности (экстраверсия и нейротизм) с показателями психических состояний (тревожность, тревога, депрессия), характер этих взаимосвязей позволяют заключить, что невротические личности плохо переносят изменение привычного уклада жизни и тяжело адаптируются к условиям стационара. Невротические личности в силу их подверженности тревоге и депрессии требуют особого внимания, так как госпитализация в данном случае может стать пусковым фактором в развитии невроза.

STRESS MANAGEMENT IN STUDENT LIFE

Rajesh Kumar

student of International Medical Faculty of Medical Academy of CFU

scientific leaders: prof. Zadnipryany I.V., ass.prof. Sataieva T.P.

Background. Any situation can become stressful for the individual. G. Selye, a universally recognized expert in the study of this problem, spoke about the complexity of the definition of the very concept of stress. In the end, he concludes that "stress is a nonspecific response of the body to any demand presented to it". It is generally accepted that if a person experiences a stressful condition - this is abnormal, then he has "problems with nerves". However, following Gramlin and Auerbach, we are inclined to believe that stress is a normal reaction to the changed (and, as a consequence, become abnormal) conditions or situation. Then the emphasis shifts to the way in which the individual copes with this situation.

Aim of the research. This article discusses one of the problems is the individual's capacity for self-regulation of their emotional state in stressful situations.

Methods of research. In many aspects the success of solving a non-standard situation depends on such a personality quality as anxiety. Personal anxiety characterizes a stable tendency to perceive a large range of situations as threatening, reacting with anxiety. Reactive anxiety is characterized by stress, anxiety, nervousness. Very high reactive anxiety causes disturbance of attention, sometimes - fine coordination. Very high personal anxiety directly correlates with the presence of a neurotic conflict, emotional, neurotic disruptions and psychosomatic diseases. However, anxiety is not an initially negative phenomenon. A certain level of anxiety is a natural and indispensable feature of an active person. But high anxiety presupposes a tendency to the emergence of anxiety in a person in situations of assessing his competence. Exactly such situations include taking the exam, public speaking, interviewing the employer, listening to criticism or praise, defending your opinion, making decisions, asking for help, and others.

Results of research. The psychodiagnostic examination of 28 I-year students conducted by us in 2016 with the help of the Spielberg-Khanin Scale revealed a high level of personal anxiety in 33.5% of respondents. High anxiety presupposes a tendency to the appearance of anxiety in a person in situations of assessing his competence. Often this worsens the quality of activities, hinders self-presentation and interpersonal interaction, negatively affects self-esteem. Social situations begin to be perceived by the subject as stressors, which makes self-realization of the individual impossible in an ever-changing and developing society.

Therefore, we prepared a training, the purpose of which is to improve the quality of life by managing stressful situations. The objectives of the training were as follows:

- 1) to learn to identify the symptoms of stress;
- 2) to form an ability to classify stressful situations;
- 3) to work out techniques of prevention and optimization of stress;
- 4) learn to resist stress, restore efficiency, physical and mental strength, prevent loss of motivation;
- 5) effectively use in everyday life various methods of stress management;
- 6) to perceive any circumstances, adequately reacting to them.

The impact of self-esteem is manifested in the fact that people with low self-esteem show a higher level of fear or anxiety in a threatening situation. They perceive themselves most often as having inadequately low abilities to cope with the situation, so they act less energetically, tend to obey the situation, try to avoid difficulties, because they are convinced that they cannot cope with them. Thus, we see that stress is to a large extent an individual phenomenon.

Conclusions. An important direction of psychological care is teaching a person to certain techniques and developing skills for behavior in stressful situations, increasing self-confidence. In Selye's research and numerous subsequent works, it is shown that unpredictable and unmanageable

events are more dangerous than predictable and controllable events. When people understand how events unfold, they can affect them, or, at least partially, protect themselves from troubles, the probability of stress is significantly reduced. With regard to training activities, it can be said that if the ability to manage the situation is very low, and the tension of the work is significant, then such work itself is a stressor. and self-acceptance.

SEX EDUCATION FOR INTERNATIONAL STUDENTS

Mallaiyan Malleeswari¹, Tara Yora Narik², Bengia Nania³, Sitou Roberta Hanara⁴

¹*student of International Medical Faculty of Medical Academy of CFU*

²*student of International Medical Faculty of Medical Academy of CFU*

³*student of International Medical Faculty of Medical Academy of CFU*

⁴*student of International Medical Faculty of Medical Academy of CFU*

scientific leaders: prof. Zadnipryany I.V., ass.prof. Sataieva T.P.

Background. In the cultural history of mankind, a lot of space was assigned and is now assigned to the issue of interrelations between the sexes. And today, when in our country from the pages of newspapers and magazines, the TV screen is preached free love, permissiveness in relations, the issue of sex education of children becomes very urgent. Sex education is a system of medical-psychological, civic and pedagogical measures aimed at educating children, adolescents and youth on the right attitude to gender issues.

Aim of the research. The tasks of sex education are to contribute to the harmonious development of the younger generation and to the moral inter-sex relations, the formation of responsibility for one's own actions, to promote the strengthening of marriage and family, to cultivate respect for others and for others. Sphere of sex education is not only such a specific relationship between a man and a woman, as marital, but also any other - in public life, in work, in leisure, ie, any relationship between people of different sexes. The essence of sex education is to prepare for the adult life of healthy men and women who are able to adequately understand their physical and psychological characteristics, establish normal relations with people of their own and the opposite sex in all spheres of life, fulfill their needs in accordance with the existing moral standards in society and ethical standards.

Methods of research. By 14-16 years, adolescents should know:

- biological aspects of reproduction;
- about sexual relations, about married couples, about divorce, separation;
- know the advantages and disadvantages of family planning methods and have an idea of how to use contraception;
- be able to discuss disputable issues in pairs;
- know the basics of marital legislation;
- know the service where they can get help, advice.

These tasks of upbringing can and must be refined and supplemented.

Results of research. Among the main directions of sexual education of students can be identified:

1. Sex education, which helps the formation of psychological masculinity (femininity). Teaching normal communication with peers of the opposite sex.
2. Preparing for a conscious and responsible marriage.
3. Preparation for conscious and responsible parenting, development of optimal reproductive attitudes.
4. Forming a healthy lifestyle through explaining the relationship between sexuality, marriage, parenthood from sexually transmitted diseases, AIDS, drug addiction, etc.

The consequences of improper sex education include sexual violence and harassment, sexually transmitted diseases, early pregnancy, marriage in adolescence, etc. The need for sexual

education of students-medics is also conditioned by the specificity of the profession being acquired. According to the WHO concept, sexual education presupposes, first, the provision of reliable and scientifically sound information to adolescents, and secondly, the education of basic life skills, including communication, critical thinking, self-improvement, decision-making and taking responsibility. Third, the education of positive attitudes and values, such as self-esteem, openness, etc. Sex education is not black and not white magic, it is foolish to expect miracles from it, nevertheless it is useful and effective. The experience of countries in which it exists for a long time, dissipates both irrational fears and overestimated expectations. An expert analysis of the influence of school courses on the sexual behavior of schoolchildren proves that none of the existing programs contribute to accelerating the onset of their sexual life, but sexually active schoolchildren who have passed this course are less risky than their less educated peers, and programs that not simply called adolescents not to rush with a sexual debut, but also taught safe sex rules, more effective than those that promoted abstinence only.

Conclusions. The main advantages of sexual education are that:

1. Children and adolescents who have undergone a systematic course of sexual education are more aware of sexuality, and their knowledge is more reliable. This does not remove the problems and difficulties of psychosexual development, but it facilitates the resolution of conflicts that arise.

2. Knowledge facilitates understanding and tolerance of other people's views and behavior, which is very valuable both in personal and in public terms.

3. If the course of sexual education includes information on contraception and is taught early enough, it dramatically reduces the number of teenage pregnancies and abortions.

Almost all modern school programs of sexual education, along with sexological information, discuss a wide range of moral and psychological problems that are very important for adolescents. In addition to the immediate results that it makes teenage sex more civilized and safe, both for the adolescent and for other people, sexual education also has a long-term, historical effect.

ОСОБЕННОСТИ 3D МОДЕЛИРОВАНИЯ И 3D ПЕЧАТИ ОТСУТСТВУЮЩИХ ФРАГМЕНТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ

Османова А.А.¹

¹*студентка кафедры хирургической стоматологии и нормальной анатомии Медицинской академии им.С. И. Георгиевского*

научный руководитель: д.м.н., профессор Безруков С.Г.

д.м.н., доцент Овчаренко В.В.

Введение. Устранение дефектов и деформаций челюстей с восстановлением функции жевания, глотания и речи продолжает оставаться важной проблемой челюстно-лицевой хирургии. В настоящее время для реконструкции поврежденных челюстей используют трансплантаты и имплантаты. Их применение имеет ряд недостатков: отторжение материалов, их преждевременная резорбция и деструкция, сложность заготовки пересаживаемых тканей, технологические трудности работы с твердыми материалами (титаном), религиозные и моральные проблемы. Внедрение метода 3D печати утраченных органов и тканей позволяет решить указанные задачи.

Цель и задачи. Изучить особенности 3D моделирования отсутствующих фрагментов челюстей для повышения эффективности хирургического устранения послеоперационных дефектов костей лица.

Материалы и методы. С помощью метода компьютерной томографии, изучали послойное изображение челюстей с наличием дефекта кости в формате DICOM. Используя программу 3DSlicer, виртуально получали искусственную 3D модель в формате STL с

последующей печатью на 3D принтере макета отсутствующего фрагмента челюсти из акрилонитрилбутадиенстирола (АБС).

Результаты исследований. Полученная искусственная 3D модель фрагмента челюсти в истинных размерах позволяла определить особенности хирургического доступа, количественные и качественные характеристики металлоконструкций, фиксирующих имплантат, а в целом – повысить эффективность хирургического лечения больных с послеоперационным дефектом челюсти.

Выводы. Использование 3D моделирования отсутствующего фрагмента челюсти позволяет изготовить более точную индивидуализированную искусственную копию утраченной кости, придать ей необходимые прочностные и биологические свойства, создать условия для стабильной фиксации имплантата, снизить риск развития послеоперационных осложнений, повысить эффективность хирургического лечения больных с послеоперационными дефектами челюстей.

STRESS MANAGEMENT IN STUDENT LIFE

Rajesh Kumar

student of International Medical Faculty of Medical Academy of CFU

scientific leaders: prof. Zadnipyany I.V., ass.prof. Sataieva T.P.

Background. Any situation can become stressful for the individual. G. Selye, a universally recognized expert in the study of this problem, spoke about the complexity of the definition of the very concept of stress. In the end, he concludes that "stress is a nonspecific response of the body to any demand presented to it". It is generally accepted that if a person experiences a stressful condition - this is abnormal, then he has "problems with nerves". However, following Gramlin and Auerbach, we are inclined to believe that stress is a normal reaction to the changed (and, as a consequence, become abnormal) conditions or situation. Then the emphasis shifts to the way in which the individual copes with this situation.

Aim of the research. This article discusses one of the problems is the individual's capacity for self-regulation of their emotional state in stressful situations.

Methods of research. In many aspects the success of solving a non-standard situation depends on such a personality quality as anxiety. Personal anxiety characterizes a stable tendency to perceive a large range of situations as threatening, reacting with anxiety. Reactive anxiety is characterized by stress, anxiety, nervousness. Very high reactive anxiety causes disturbance of attention, sometimes - fine coordination. Very high personal anxiety directly correlates with the presence of a neurotic conflict, emotional, neurotic disruptions and psychosomatic diseases. However, anxiety is not an initially negative phenomenon. A certain level of anxiety is a natural and indispensable feature of an active person. But high anxiety presupposes a tendency to the emergence of anxiety in a person in situations of assessing his competence. Exactly such situations include taking the exam, public speaking, interviewing the employer, listening to criticism or praise, defending your opinion, making decisions, asking for help, and others.

Results of research. The psychodiagnostic examination of 28 I-year students conducted by us in 2016 with the help of the Spielberg-Khanin Scale revealed a high level of personal anxiety in 33.11,

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ДЕВУШЕК КРЫМСКОТАТАРСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Сеитвелиева А.С.¹, Пиватова С.С.¹, Аблитаров Т.Р.¹, Аджисалиев Г.Р.²

¹студенты 2 медицинского факультета

²Старший преподаватель

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского КФУ им. В.И. Вернадского

Научный руководитель: ст. преподаватель Аджисалиев Г.Р.

Введение: На основании антропологических исследований можно наиболее детально установить индивидуальные особенности, характерные для какой-либо этнической группы. Определение конституциональной принадлежности является одним из критериев, указывающих на различия, исторически сложившиеся в ходе развития людей в различной естественно-географической среде. На сегодняшний день очень мало данных, отражающих антропометрические особенности коренного населения Крымского полуострова. Основательные исследования в этой области были проведены лишь в 1926 году (Носов А., 1926).

Цель работы: изучить анатомо-антропометрические особенности различных конституциональных типов девушек крымскотатарской этнической группы.

Материалы и методы исследования: В ходе работы антропологические измерения были произведены на 25 студентках Медицинской академии им. С. И. Георгиевского. Большинство девушек - крымских татарок, в соответствии с возрастной периодизацией постнатального периода онтогенеза человека (Москва, 1965), были отнесены к юношескому возрасту. Данный возраст является периодом стабилизации антропометрических параметров, а также не обременен патологическими нарушениями, которые могли бы повлиять на соматотип и физическое развитие женщины. В соответствии с этим этот период является наиболее оптимальным для проведения данного рода исследований. Определение конституциональной принадлежности проводилось на основании данных метода индексов, вычислений индекса физического развития (ИП) и определения величины надчревного угла.

Результаты исследования: На основании результатов проведенного соматотипирования осуществлялось подразделение девушек между двумя из трех известных градаций: к долихоморфному типу было отнесено 16 девушек, что составило 64 %; к мезоморфному типу – 9 девушек (34 %). Было выявлено преобладание показателей длины тела у девушек долихоморфного типа телосложения, тогда как масса тела оказалась выше у представительниц мезоморфного типа. Более высокие показатели индекса массы тела выявлялись у обследуемых студенток, относящихся к мезоморфному типу ($p < 0,01$). Величина надчревного угла и окружность грудной клетки также характеризовались значительной изменчивостью. Данные показатели преобладали у девушек мезоморфного типа телосложения. Также одним из показателей, характеризующих индивидуально-типологические особенности исследуемых девушек, являлся головной указатель, при определении которого были выявлены представители всех трёх градаций. К долихоцефалам были отнесены 7 человек, которые составили 28%, к мезоцефалам 16 человек – 64% и к брахицефалам 2 человека, составившие 8%. Большинство исследуемых нами девушек характеризовались как мезоцефалы, учитывая долихоморфный тип телосложения.

Выводы: В результате полученных данных было отмечено преобладание девушек с долихоморфным типом телосложения. Также были выявлены особенности, характерные для девушек долихоморфного и мезоморфного типов телосложения. Таким образом, были установлены анатомо-антропометрические особенности, присущие девушкам крымскотатарской этнической группы.

К ВОПРОСУ ОБ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ИЗМЕНЧИВОСТИ ДОБАВОЧНЫХ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА

Резниченко Н.А.¹, Аджисалиев Г.Р.², Кульбаба П.В.²

¹студентка I Медицинского факультета

²Старший преподаватель

*Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского КФУ им. В.И. Вернадского*

Научный руководитель: ст. преподаватель Аджисалиев Г.Р.,

ст. преподаватель Кульбаба П.В.

Введение. Добавочные кости, ossa aecessoria – варианты индивидуальной анатомической изменчивости в формировании и развитии костной системы человека, выполняющие в организме вспомогательную функцию. Они являются объектом изучения различных наук, таких как анатомия человека, антропология, радиология и судебная медицина. Зачастую добавочные кости не имеют названий, так как существенно различаются в количестве и форме у разных людей. Причиной их возникновения являются генетические, механические и патологические факторы. Научные и медицинские исследования по данной теме зачастую описывают только определенные группы добавочных костей, не связывая данные с вариантами их формирования в иных топографических областях.

Цель. Целью данной работы было проанализировать представленную в научных исследованиях информацию о добавочных костях скелета.

Материалы и методы. Исследование осуществлено на основании изучения отечественных и зарубежных научных источников, посвященных теме добавочных костей, с выполнением теоретического анализа и синтеза полученной информации.

Результаты исследований. На стадии формирования скелета или в процессе онтогенеза в организме человека формируются добавочные (непостоянные) кости. В отличие от самостоятельных, добавочные кости берут на себя вспомогательную роль, дополняя функции соседних костей. Количество, форма и положение добавочных костей скелета относительно самостоятельных различно, но существуют закономерности появления добавочных костей в определенных областях тела, являющихся молодыми в филогенетическом отношении. Несмотря на то, что добавочные кости являются проявлениями индивидуальной анатомической изменчивости и мало значимы для клинической практики сами по себе, они могут стать причиной патологических состояний. Последние включают в себя травму с повреждением кости, стрессовое повреждение и псевдоартроз. Помимо этого, добавочные кости так же могут быть подвержены опухолевому перерождению, артриту, воспалительным и дегенеративным заболеваниям.

По происхождению добавочные кости можно разделить на 3 группы:

1. Неслившиеся центры окостенения отдельных частей кости, встречаются в стопе, черепе, изредка в кисти и сохраняются всю жизнь. Окостенев, они все же связаны хрящом с данной костью. В некоторых случаях появление подобных добавочных костей сочетается с задержкой и нарушением порядка окостенения.

2. Сесамовидные кости - совершенно самостоятельные кости, находящиеся в сухожилиях сгибателей в области сустава.

3. Добавочные кости, возникшие как результат травмы или воспалительных изменений костей определенной области.

Добавочные кости скелета или кости Ворма (Wormian bones) располагаются вдоль швов черепа, чаще вдоль лямбдовидного (sutura lambdoidea), реже рядом с родничками и варьируются по размеру и количеству. Так, кости Ворма с размерами менее 4 мм встречаются довольно часто, а кости более 10 мм в диаметре – крайне редко. Диагностическую значимость имеют кости Ворма количеством более 10, имеющие размеры более 6x4 мм и расположенные мозаично. Наибольшая из костей Ворма, расположенная в области лямбдовидного шва

называется костью инков, *os incae*. Согласно некоторым антропологическим исследованиям, вероятность встречаемости кости инков у различных людей зависит от их этнической принадлежности и культурных особенностей родовспоможения.

В скелете верхних конечностей встречаются добавочные кости всех типов. Кости, возникшие в результате образования добавочных центров окостенения возникают редко и представлены *os acromiale*, акромиальной костью, и шиловидными отростками как отдельными костями. Сесамовидные кости встречаются чаще, и в основном располагаются в области суставов кисти, как, например, часто присутствующие сесамовидные кости большого пальца и гороховидная кость. Наиболее вариативно расположение добавочных костей в области запястья. Каждая из них имеет весьма малую, менее процента, вероятность появления. Из них, согласно одной из классификаций, врожденными являются *os centrale*, а, так же, *os trapezioideum secundarium* и *os styloideum*. Остальные же являются результатом травмы или воспалительного процесса.

В скелете нижней конечности преобладающее количество добавочных костей являются сесамовидными и расположены в области стопы. Сесамовидные кости в дистальном отделе I пястной кости являются постоянными, вероятность их формирования в области II-V пястно-фаланговых суставов составляет менее 5%.

Наиболее часто встречающиеся добавочные кости, не являющиеся сесамовидными, это *os trigonum*, *os peroneum* и *os naviculare*. Так, *os trigonum* располагается позади *os talus*, и имеет вероятность встречаемости 7-25%, *os peroneum* располагается около пяточно-кубовидного сустава и полностью оксифицируется в 26% случаев, а добавочная *os naviculare* погружена в сухожилие *m. tibialis posterior* и присутствует у 2-21% людей, в половине случаев встречаясь с обеих сторон. При травмах треугольная кость может давать болевой синдром. У спортсменов или балерин данная проблема связана с тем, что при сильном или очень резком разгибании стопы *os trigonum* раздавливает прилежащие к ней мягкие ткани, вызывая отек и дегенерацию хряща.

Добавочные кости как неслившиеся центры окостенения также могут присутствовать в любых других отделах скелета.

Выводы. Знание возможного расположения добавочных костей может помочь избежать врачебных ошибок при постановке диагнозов, основанных на данных рентгенографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЖЕЛУДКА В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ В 2015 ГОДУ

Джемилева А.Т., Абсиметова С.Ю.

студентки 1 медицинского факультета

Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ им. В.И. Вернадского

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

Научный руководитель: ст. преп. Аджисалиев Г.Р.

Введение. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от рака желудка ежегодно в мире погибает до 800 тысяч человек. В большинстве случаев заболевание диагностируется уже на поздних стадиях, и общая пятилетняя выживаемость пациентов не превышает 15 %. Рак желудка занимает третье место по распространенности после онкологии легких и кожи, и второе место по уровню смертности после рака легких.

Цель. Изучить и проанализировать показатели заболеваемости раком желудка в Крыму у различных возрастных групп у представителей обоих полов в 2015 году.

Материалы и методы. Была проведена статистическая обработка данных по указанному заболеванию за 2015 год, предоставленная ГБУЗРК "Крымский республиканский онкологический клинический диспансер имени В.М. Ефетова". Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенной статической обработки данных ГБУЗРК «КРОКД имени В.М. Ефетова» в Крыму за 2015 год у мужчин в возрасте 35-39 лет зарегистрировано 4 случая заболевания раком желудка; в возрасте 40-49 лет – 14 случаев заболевания; в возрасте 50-54 лет – 16 заболевших; в возрасте 55-59 лет – 25 случаев заболевания; в возрасте 60-64 лет – 32 заболевших; в возрасте 65-69 лет – 28 случаев заболевания; в возрасте 70-74 лет – 25 заболевших; в возрасте 75-79 лет – 27 заболевших; в возрасте от 80 лет и старше – 14 заболевших. У женщин в 2015 году в возрасте 35-39 лет зарегистрировано 2 случая заболевания; в возрасте 40-49 лет - 11 случаев заболевания; в возрасте 50-54 лет – 10 заболевших; в возрасте 55-59 лет – 16 случаев заболевания; в возрасте 60-64 лет – 26 заболевших; в возрасте 65-69 лет – 21 случай заболевания; в возрасте 70-74 лет – 35 заболевших; в возрасте 75-79 лет – 35 заболевших; в возрасте от 80 лет и старше – 11 заболевших.

Выводы. Таким образом, самый высокий уровень заболеваемости раком желудка в Крыму в 2015 году у мужчин регистрируется в возрасте 60-64 лет, а у женщин в возрасте 70-79 лет.

ОСОБЕННОСТИ АПОПТОЗА КАРДИОМИОЦИТОВ ПЛОДА В УСЛОВИЯХ ОСТРОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ

Мовчун М.Г.

студентка кафедры топографической анатомии Медицинской академии КФУ
научные руководители: проф., д.м.н. Заднипрный И.В., доц., к.м.н. Сатаева Т.П.

Введение. Широко известным фактом является то, что апоптоз – программируемая гибель кардиомиоцитов может наблюдаться в постнатальном морфогенезе проводящей системы миокарда, тем самым играя ведущую роль в развитии ряда кардиомиопатий и нарушений ритма различного генеза. Несмотря на быстрый рост публикаций, освещающих роль апоптоза в патологии миокарда, по-прежнему остаются неясными вопросы участия апоптоза и механизмов его регуляции в процессе онтогенетического развития миокарда. Доказано, что феномен апоптоза может являться результатом воздействия различных патогенных факторов, приводящих к гибели клетки, в том числе и дородовой гипоксии. Основные механизмы индукции апоптоза в зависимости от “точки приложения” фактора, индуцирующего развитие апоптоза, можно условно разделить на 3 группы: ядерные, мембранные и митохондриальные. Таким образом, выявление и анализ процессов апоптоза в ткани миокарда в условиях острой интранатальной гипоксии являются достаточно актуальными.

Цель. Изучение закономерностей апоптоза кардиомиоцитов человека в условиях острой антенатальной гипоксии.

Материалы и методы. С целью выявления иммуногистохимических маркеров апоптоза при острой гипоксии в антенатальном периоде нами были изучены парафиновые блоки левого желудочка миокарда, полученных от 6 плодов сроком гестации 27-30 недель, погибших в результате преждевременной отслойки плаценты. В качестве первичных использовались моноклональные антитела к bcl-2 (Clone IgG1 Monoclonal [Bcl-2/100], LSBio), CD95 (Fas) Ab-3 (Clone GM30, ThermoScientific), а также к каспазе-3 Human Caspase-3 (Clone 3CSP03, ThermoScientific) в соответствующих разведениях 1:100, 1:30, 1:200.

Результаты исследований. Не вызывает сомнения тот факт, что гибель ряда кардиомиоцитов при острой перинатальной гипоксии в значительной мере может быть обусловлена процессами апоптоза. Выявлено, что в ходе реализации митохондриального пути запуска апоптоза может происходить дисбаланс антиапоптотических белков - bcl-2 в сторону проапоптотических – p53, что приводит к высвобождению факторов апоптоза из митохондрий и последующей активации основного триггера апоптоза - фермента каспазы-3, что было исследовано авторами. Установлено, что каспаза-3 экспрессировалась мозаично в некоторых эндотелиоцитах, а также в группах клеток - по 3-4 кардиомиоцита, в которых дополнительно определялась деградация ядра за счет активации каспазой-3 фермента эндонуклеазы. Очевидно, что передача апоптогенного сигнала к кардиомиоцитам осуществляется через CD95 (APO-1/Fas)-рецептор и эффекторные ферменты каспазного каскада при условии истощения защитной системы митохондриальных белков bcl-2. Интенсивность иммуноэкспрессии миокарда плодов при антенатальной гипоксии варьировалась. Наиболее выраженная экспрессия белка bcl-2 отмечалась в кардиомиоцитах и эндотелиоцитах, локализовавшихся в зонах интерстициального отека и кровоизлияний, что отражало напряженность антиапоптотических факторов защиты в местах наибольшей гипоксии клеток. Слабая экспрессия bcl-2 в ряде таких зон рассматривалась нами как реакция истощения защитных механизмов. Повышение экспрессии bcl-2 рассматривается как защитный механизм, тормозящий апоптоз в кардиомиоцитах. Существуют, однако, и каспазозависимые пути реализации программы гибели клеток при нарушении целостности наружной митохондриальной мембраны.

Выводы. Выявлено, что гибель кардиомиоцитов при острой перинатальной гипоксии в значительной мере обусловлена процессами апоптоза. Передача апоптогенного сигнала осуществляется либо за счёт Fas-рецепторов и эффекторных ферментов каспазного каскада, либо посредством некаспазных механизмов.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ГЕНОВ ФАКТОРОВ ПАТОГЕННОСТИ *C. ALBICANS* С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЦР ПРИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОМ КАНДИДИДОЗЕ

Гаффарова А.С.

студентка кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии Медицинской академии КФУ

научный руководитель: проф., д.м.н. Хайтович А.Б.

Введение. Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) – распространенное воспалительное заболевание вульвы и влагалища, занимающее 2 место по частоте заболеваемости среди женского населения. Патология выявляется у 75% женщин как минимум один раз в жизни, в 45% случаях возникают рецидивы заболевания. В то же время у 20–50% женщин грибы рода *Candida* обнаруживают среди нормальной микрофлоры влагалища при отсутствии манифестации кандидоза. Инфекционный процесс из влагалища и вульвы может распространиться на верхние отделы половых органов с развитием кандидозного цервицита, кольпита, уретрита, бартолинита и т.д.

Кандидозный вульвовагинит вызывают грибы рода *Candida*. В 85-90% случаев ВВК обнаруживают *Candida albicans*. *C. albicans* является условно-патогенным микроорганизмом, патогенные свойства которого проявляются в случае снижения иммунной резистентности хозяина. К экзогенным факторам, провоцирующим кандидозную инфекцию, относят применение антибиотиков и оральных контрацептивов, гормонозаместительной терапии, сахарный диабет. Повышенные уровни женских половых гормонов, β -эстрадиола в большей и прогестерона в меньшей степени, способствуют кандидозной инфекции женских половых органов в связи с наличием специфических рецепторов у грибка к гормонам, обеспечивающие прикрепление *C. albicans* к слизистой влагалища. Под влиянием эстрагенов происходит трансформация призматического эпителия, что в свою очередь способствует адгезии и росту *C. albicans*. Кроме того, клетки дрожжей имеют рецепторы к эстрагену, что усиливает формирование мицелия.

В то же время развитие инфекционного процесса кандидоза связано с экспрессией генов, кодирующих факторы патогенности *C. albicans*, среди которых можно выделить адгезию, инвазию, формирование гиф и биопленок, тигмотропизм и секрецию гидролитических ферментов. Адгезия и формирование гиф являются одними из основных факторов патогенности *C. albicans* и обеспечивают первые этапы кандидозной инфекции. Гены, играющие важную роль в процессах адгезии, относятся к группе ALS и HWP. Семейство генов ALS включает 9 генных детерминант (ALS1-7, ALS9), кодирующие GPI-связанные гликопротеины клеточной стенки, являющиеся адгезинами, которые играют важную роль в процессах адгезии, инвазии, формировании гиф и биопленок, а также резистентности к антимикотическим препаратам. Ген HWP1 экспрессирует гиф-специфические белки клеточной стенки, обеспечивающие процессы адгезии к эпителиальным клеткам и формирование гиф. Гены группы SAP подразделяются на 10 представителей, кодирующие секретируемые аспарагиновые протеазы, обеспечивающие адгезию, поступление питательных веществ, разрушение клеток хозяина, участвуют в формировании биопленок и гиф, а также уклонении *C. albicans* от иммунного ответа организма хозяина.

Колонизация эпителия *C. albicans* или заболевания влагалища могут быть следствием одновременного или самостоятельного воздействия эстрагенов хозяина или других экзогенных провоцирующих факторов, а также непосредственного влияния клеток возбудителя.

Факторы патогенности *C. albicans* играют определяющую роль в развитии инфекции, вульвовагинального кандидоза в частности. Данные факторы закодированы в геноме в виде генных детерминант. Выявление с помощью метода ПЦР экспрессии генов, кодирующих факторы патогенности, может быть применено в диагностике с целью идентификации *C. albicans*. Наибольшее значение играют гены, кодирующие такие факторы патогенности, как

адгезия, инвазия, формирование биопленок и гиф, к которым относятся гены группы ALS, SAP и ген HWP1.

Цель работы: изучение экспрессии генов факторов патогенности с применением молекулярно-генетического метода ПЦР в реальном времени для идентификации *C. albicans* в качестве возбудителя вульвовагинального кандидоза у беременных, женщин постменопаузального и репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Анализ литературы, посвященной экспрессии генов факторов патогенности *C. albicans* с изучением праймеров данных генов, используемые с целью ПЦР-идентификации возбудителя вульвовагинального кандидоза для последующего экспериментального изучения.

Результаты. Наиболее высокая экспрессия для ВБК была выявлена по отношению к ALS1, ALS2 и ALS3, а также ALS9, что подтверждает их специфичность к поверхностным инфекциям слизистой влагалища. При этом обнаруживаются более низкие уровни экспрессии ALS4-5, экспрессия которых увеличена у небеременных пациенток без проявлений симптомов, что, вероятно, указывает на их ингибирующее действие на экспрессию ALS1-3 и ALS9. У беременных женщин экспрессия ALS1 составляет 80%, такие же значения экспрессии обнаруживаются для генов ALS2 и ALS3, в то время как уровень экспрессии ALS9 составил 60% случаев. В 20% случаев выявлялась экспрессия ALS4-7. У женщин репродуктивного возраста выявление данных генов для ALS1 достигало 92%, ALS2 – 77%, ALS3 – 62%, ALS9 – 77%. Как и у беременных женщин, экспрессия ALS4-7 была снижена со следующими показателями – 38%, 31%, 8% и 31% соответственно.

Экспрессия HWP1 составила 60% для беременных, 25% - для женщин постменопаузального периода и 73% - для женщин репродуктивного возраста, при чем для экспрессии данного гена необходима ассоциированное присутствие продуктов экспрессии генов ALS1 и ALS2. Мутации в гене HWP1 приводила к снижению вирулентности *C. albicans* в очаге инфекции.

Экспрессия генов SAP при вагинальном кандидозе составила для SAP4, SAP7, SAP9 и SAP10 100% случаев, в то время как остальные гена семейства SAP – SAP1-3, SAP5-6 и SAP8 обнаруживались у 90% исследуемых последовательностей. При этом наибольшая частота выявления выявлена для SAP4-6, которая составляет 100%, и для гена SAP 2 – 98%. Для SAP1 частота выявления составила 94%, для SAP8 – 96%. Менее часто экспрессировались SAP3 и SAP10 – 80% и 88% соответственно. Реже всего выявлялись гены SAP7 и SAP9 – в 66% и 70%. Высокая частота генов SAP позволяют предположить о существовании нескольких профилей экспрессии генов SAP. В случае вагинальной инфекции наибольшая частота экспрессии SAP2 и SAP4-7 может быть связана с тем, что гены SAP4-6 играют значительную роль в избегании иммунного ответа во время активной инфекции, что защищает *C. albicans* от фагоцитоза. Одновременно выше упомянутые гены участвуют в формировании гиф, что позволяет прикрепляться к слизистой влагалища за счет секреции продуктов данных генов.

Выводы. Экспрессия ALS, HWP и SAP играют ключевую роль в активации вагинального кандидоза и могут играть значительную роль в клинических проявлениях вагинитов, вызванных *C. albicans*.

В результате изучения экспрессии генов факторов патогенности методом Real time PCR в случае вагинальной инфекции было установлено, что среди генов ALS наиболее часто экспрессируются ALS1, ALS2, ALS3 и ALS9, среди генов семейства SAP – SAP2, SAP4-7, а также ген HWP1.

Таким образом, наиболее высокая эффективность идентификации *C. albicans* в случае вагинальной инфекции может быть достигнута в случае применения праймеров данных генов, кодирующих факторы патогенности, выявляемые с применением высокочувствительного и специфического RT-PCR анализа.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА И ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ НЕЙРОНАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ В С ПРИМЕНЕНИЕМ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Гаффарова А.С.

студент кафедры патологической анатомии с секционным курсом

Медицинской академии КФУ

научный руководитель: доцент Филоненко Т.Г., Ермола Ю.А.

Введение. Болезнь Гиршпрунга (БГ) является хирургической патологией детского возраста, характеризующейся аганглиозом (отсутствием ганглиоцитов) в сплетениях Ауэрбаха и Мейснера в дистальных отделах кишечника, что соответственно приводит к их денервации.

Распространенность заболевания составляет 1 на 5000 новорожденных. Соотношение встречаемости БГ среди лиц мужского и женского пола составляет 4:1. Неспецифическая клиническая симптоматика заболевания в виде тяжелых констипаций, нарушений кишечной проходимости, вздутия и других диспептических расстройств может мимикрировать проявления интестинальной нейрональной дисплазии В (ИНД В). Морфологическая суть ИНД В заключается в гиперплазии ганглиоцитов и парасимпатических волокон дистального отдела кишечника. БГ требует немедленного хирургического вмешательства с целью резекции участка аганглиоза, в то время как лечение ИНД В может ограничиться медикаментозной терапией, вследствие чего необходима дифференциальная диагностика данных патологий.

Дифференциальная диагностика БГ и ИНД В может быть построена на основе гистологического, гистохимического и иммуногистохимического исследования. Гистологическое исследование колоректальных образцов, направленное на обнаружение ганглиозных клеток остается стандартным методом диагностики БГ. В то же время постановка диагноза БГ на основе данного метода затруднена в связи со сложностью интерпретации результатов. Гистохимическое исследование ацетилхолинэстеразой (АХЭ) может применяться и быть информативным только среди пациентов старше шестимесячного возраста. Наиболее точный патоморфологический диагноз может быть установлен с применением современного иммуногистохимического исследования (ИГХИ).

Цели исследования – определить и оптимизировать патоморфологические критерии дифференциальной диагностики БГ и ИНД В.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ пациентов с использованием архивных материалов - биоптатов слизистой толстой кишки, которые разделены на 3 группы: 1) болезнь Гиршпрунга (n=10), 2) интестинальная нейрональная дисплазия (n=10), 3) контрольная группа в виде аутопсийного материала больных, умерших от патологии, не связанной с ЖКТ (n=10).

Проведено гистологическое исследование – стандартная окраска гематоксилин-эозин, гистохимическое исследование с применением ацетилхолинэстеразы и ИГХИ с моноклональными антителами Calretinin (экспрессируется клетками периферических ганглиев и нервных волокон), PGP9.5 (маркер нейроэндокринных клеток), S100 (маркер клеток нейроэктодермального происхождения) с последующим морфометрическим и статистическим анализом количества позитивных клеток в ганглиозных сплетениях Ауэрбаха и Мейснера.

Результаты. В результате гистологического исследования срезов биоптатов дистальных отделов толстого кишечника были выявлены характерные признаки болезни БГ в виде отсутствия ганглиозных клеток в подслизистом и межмышечном сплетениях. ИНД В в свою очередь морфологически проявляется гиперганглиозом со значительным увеличением количества ганглиозных клеток. В связи с возможностью попадания среза на участок гипоганглиоза с целью верификации диагноз подтверждают методами гистохимической и иммуногистохимической диагностики.

При гистохимическом исследовании в группе контроля и в случае ИНД В в мышечной и собственной пластинке слизистой оболочки не выявлены позитивно окрашенные нервные волокна. В сплетениях Ауэрбаха и Мейсснера определяются ганглиоциты, цитоплазма которых окрашивается позитивно, а ядра остаются негативно окрашенными. При БГ нервные волокна дают позитивную гистохимическую реакцию на АХЭ, при этом определяют отсутствие ганглиоцитов.

Число иммунопозитивных PGP9.5 клеток во внутреннем циркулярном слое в среднем при БГ составило $16.94 \pm 0,03$, при ИНД В – $25.81 \pm 0,01$ and $22.06 \pm 0,05$ в контрольной группе соответственно, а в наружном продольном $8.09 \pm 0,02$, $11.32 \pm 0,03$ и $8.82 \pm 0,02$ соответственно.

Количество иммунопозитивных S100 клеток во внутреннем мышечном слое при болезни Гиршпрунга, ИНД В и группы контроля составило $160,86 \pm 0,04$; $281.13 \pm 0,01$ и $275.58 \pm 0,02$ соответственно; а в наружном продольном мышечном слое – $72.51 \pm 0,03$, $129.34 \pm 0,05$ и $117.58 \pm 0,01$ соответственно.

При болезни Гиршпрунга не обнаруживаются Calretinin-позитивные ганглиозные клетки ни в одном из образцов, нормально иннервированной ткани, а при ИНД В и группе контроля экспрессия биомаркера составляет 91,6% и 100% соответственно. Таким образом, при болезни Гиршпрунга, характерно полное отсутствие окрашивания кальретинином, в то время как в группе контроля и ИНД В данный ИГХ маркер экспрессируется с высокой частотой.

Вывод. Гистологические методы диагностики теряют свою актуальность в связи с развитием современных методов патоморфологии, обладающие высокой специфичностью и точностью в определении диагноза. Высока вероятность ошибочной постановки диагноза болезни Гиршпрунга в связи с редкой встречаемостью данной патологии и схожестью клинических проявлений с интестинальной нейроной дисплазией В. Гистохимическое исследование может быть эффективным только среди пациентов моложе шестилетнего возраста, что значительно ограничивает его применение среди пациентов более молодой возрастной категории. Для дифференциальной диагностики данных патологий наиболее эффективно применение современного иммуногистохимического исследования с использованием высокоспецифических нейроэктодермальных биомаркеров, таких как PGP9.5, S100 и Calretinin, в частности. Окраска Calretinin обладает наиболее высокой специфичностью в выявлении ганглиозных клеток, что доказано в литературе по сравнению с другими биомаркерами нейроэктодермальных тканей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ХИМИОИНДУЦИРОВАННОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ В ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Зоркин Е. К.¹, Зинченко А. А.²

¹студент кафедры нервных болезней и нейрохирургии I медицинского факультета
Медицинской академии им. С. И. Георгиевского КФУ

²студентка кафедры нервных болезней и нейрохирургии I медицинского факультета
Медицинской академии им. С. И. Георгиевского КФУ

Научный руководитель: к. мед. н., доцент Мещерякова А. В.

Введение. Большинство применяемых медицинских препаратов, используемых при стандартной терапии онкогематологической патологии, могут оказывать нейротоксическое действие. Наиболее уязвимой является периферическая нервная система, лишенная защитной функции гематоэнцефалического барьера. Данная проблема является междисциплинарной и требует комплексного подхода к медикаментозной терапии онкогематологических заболеваний при клинической манифестации химиоиндуцированной полинейропатии.

Цель и задачи исследования. Изучить влияние противоопухолевых препаратов на периферическую нервную систему. Оценить особенности клинической картины химиоиндуцированной полинейропатии в онкогематологической практике.

Методика исследования. В качестве источника информации были исследованы и проанализированы доступные в открытом доступе научные материалы, связанные с изучаемой тематикой. В качестве средств поиска использовались электронные базы данных eLibrary, GoogleScholar, CyberLeninka, PubMed, а также запросы в поисковых системах Google и Яндекс.

Результаты исследования. По данным ряда авторов именно химиоиндуцированная полинейропатия занимает первое место в структуре поражения периферической нервной системы, возникающая при терапии онкогематологических заболеваний, и составляет в среднем около 40%. Наиболее часто полинейропатии развиваются при применении препаратов винкаалкалоидов, бортезомиба, препаратов платины, реже – этопозида, пуриновых аналогов и ингибиторов кальцинейрина. Большинство химиоиндуцированных полинейропатий имеют прямой дозозависимый эффект и возникают индивидуально после 1–3 циклов противоопухолевой терапии, в отдельных случаях – через несколько месяцев или лет. Так, кумулятивная доза для цисплатина составляет 300–400 мг/м², карбоплатина – 300–400 мг/м², оксалиплатина – 800 мг/м², бортезомиба – 1–1,3 мг/м². Токсические полинейропатии, вызванные применением цитостатиков, являются в основном аксональными и представляют собой преимущественное поражение сенсорных волокон с антероградной дегенерацией аксонов. Их особенностью является сохранность на ранних стадиях сухожильных рефлексов. Первым проявлением химиоиндуцированной полинейропатии являются гипестезии и парестезии в дистальных отделах конечностей. Для полинейропатий, вызванных цисплатином, патогномоничен симптом Лермитта. В ряде случаев нарушается глубокая чувствительность, значительно позже угнетаются сухожильные рефлексы. В тяжелых случаях возможно развитие моторных нарушений в виде парезов, чаще в дистальных отделах нижних конечностей. Для таких препаратов, как кладрибин, характерно преимущественно проксимальное поражение с развитием мышечной слабости в мускулатуре бедер. Ожидаемое время уменьшения или нивелирования клинических проявлений полинейропатии — от момента прекращения введения цитостатика до 6 месяцев с момента окончания лечения. Следует отметить, что в редких случаях в основе поражения периферических нервов лежит аутоиммунный процесс. Аутоиммунные полинейропатии развиваются в течение нескольких недель или месяцев, чаще через 3–8 мес. от начала лечения. Чаще развиваются преимущественно тяжелые мотосенсорные полирадикулонейропатии с развитием восходящих парезов, поражением краниальных нервов, автономной дисфункцией и тазовыми нарушениями. При вовлечении диафрагмальных мышц возможен летальный исход.

Выводы. Химиоиндуцированная полинейропатия занимает ведущее место в структуре осложнений со стороны периферической нервной системы во время проведения химиотерапии. Манифестация в виде сенсорных нарушений не всегда вовремя обращает на себя внимание, а дальнейшее прогрессирование значительно снижает качество жизни пациентов и вероятность благоприятного исхода.

ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ИДЕАЛИЗАЦИИ ПРОФЕССИИ ВРАЧА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Ковтун Е.Р.¹, Василенко Е.О.²

^{1, 2}студенты кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Медицинской академии КФУ

научный руководитель: доцент, к.м.н. Махкамова З.Р.

liloonigiri@gmail.com

Введение. Выбор профессии является актуальной проблемой в жизни каждого человека. В России высшее образование получает 54 % населения в возрасте от 25 до 64 лет. Рабочие условия оказывают прямое влияние на психическое и физическое здоровье человека. Идеалистическое отношение к профессии - один из факторов риска возникновения синдрома эмоционального выгорания. Хронический стресс, возникающий при разочаровании в выбранной специальности, подвергается соматизации и вызывает ухудшение физического состояния субъекта. В США за 2015 г. 28 % работников столкнулись с данным диагнозом. Невротическая реакция на стресс имеет место в каждом четвертом случае производственных травм. Экономика страны теряет более 320 млрд. долларов в год. Работа медицинского персонала является одной из наиболее напряженных. От физического и морального благополучия врача зависит качество оказания медицинской помощи. В современном мире наблюдаются негативные тенденции, характеризующиеся обесцениванием труда врача, что является дополнительным стрессовым фактором у работников данной сферы.

Цель и задачи исследований. Провести анализ степени идеализации профессии врача у студентов медицинских ВУЗов.

Методика исследований. В исследовании применялся социологический метод онлайн анкетирования с помощью «Google Формы» по специально разработанной анкете. В число опрошенных вошли 280 студентов 1, 3, 4 и 6 курсов в возрасте от 17 до 31 года, обучающихся в Медицинской академии им. С.И. Георгиевского (55 %), Башкирском государственном медицинском университете (20 %) и Казанском государственном медицинском университете (25 %). Женщины и мужчины составляют равное количество (по 140 чел.). Также определялся тип профессиональных наклонностей студентов по опроснику Л. Йовайши в модификации Г.В. Резапкиной. Статистический анализ проведен в MS Excel.

Результаты исследований. Анализ результатов показал, что большинство (76,4 %) респондентов получают медицинское образование после окончания школы, 12,9 % - медицинского колледжа, 10,7 % имели опыт работы в данной области.

Каждый третий респондент (38,0 %) мечтал о профессии врача с детства. 19,0 % выбрали специальность из-за желания помочь себе и близким, 13,0 %- из-за интереса к строению организма человека, 11,0 % поступили из-за желания родителей, 9,0 % - из-за имиджа профессии, 9 % не видят себя в другой отрасли. Оставшийся 1 % опрошенных обосновывает свое решение протекцией со стороны семьи или знакомых.

Основная часть (87,5 %) студентов находят специальность привлекательной для себя по следующим причинам: 36 % - из-за возможности помогать людям, 14 % хотят продолжить семейное дело, 13,2 % желают понять аспекты функционирования организма человека, 9,0 % считают профессию престижной, 7,0 % сделали акцент на большом заработке, 7,3 % опрошенных руководствуются перспективой научной деятельности и необходимостью постоянного самосовершенствования и 1 % - из-за уверенности в будущем в силу протекции семьи или знакомых. В то же время 12,5 % студентов заявили, что профессия врача их не привлекает.

Позитивным является то, что 61,0 % респондентов не разочарованы в том, что остановились на врачебной специальности, однако 16 % студентов свой профессиональный выбор считают ошибкой. 12,0 % анкетированных озабочены состоянием медицины в

современной России, что наталкивает их на мысль о возможной смене будущей сферы деятельности и у 11,0 % изначально не было интереса.

Выявлена обратная сильная связь ($r = -0,97$) с высокой степенью достоверности ($p < 0,01$) между временем обучения респондентов и количеством разочарованных в собственном выборе: чем старше курс, тем больше студентов, считающих профессию врача своим призванием и меньше уровень идеализации условий работы медицинского персонала. Из общего числа студентов, чьи ожидания в ходе учебы не оправданы, в 47,0 % - студенты 1-го курса, 28,0 % - 3 курса, 16,0 % - 4 курса и только 9 % составляют шестикурсники.

В результате определения профессиональных способностей 54,0 % опрошенных склонны к работе с людьми, 25,0 % - к исследовательской деятельности. Студенты, имеющие данные склонности, являются лучшими кандидатами для работы в медицинской сфере: 80,0 % из них довольны своим выбором. Из остальных респондентов (21,0 %): 8,0 % расположены к работе на производстве, 6 % к эстетическим видам деятельности, 3 % к экстремальной работе, 4 % к планово-экономической деятельности.

Наблюдается обратная сильная ($r = -0,90$) связь с высокой степенью достоверности ($p < 0,01$) между возрастом тестируемых и степенью идеализации профессии: чем старше по возрасту студенты, тем более их представления о работе врача соответствуют действительности.

Выводы. Большинство студентов приходят в медицинский ВУЗ после школы, не зная о трудностях выбранной профессии, что может привести к последующему разочарованию при ознакомлении с реальными условиями работы. Все случаи, в которых ожидания студентов не были оправданы (16 %), составили именно бывшие школьники, не имеющие возможностей окунуться в трудовые будни медицинского персонала. Немаловажным представляется изучение профессиональных склонностей субъекта для определения возможных вариантов будущей работы: в большей степени данная специальность подходит тем, кто расположен к работе с людьми и к исследовательской деятельности.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИРУСА ГЕПАТИТА С КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ И КОНТРОЛЯ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Колесникова И.О.

*кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии
Медицинской академии им. С.И. Георгиевского*

научный руководитель: профессор, д.м.н. Хайтович А.Б.

Введение. Вирус гепатита С является антропонозной инфекцией с парентеральным механизмом передачи и преимущественным поражением печени. На сегодняшний день в мире инфицировано 130-150 млн. человек вирусом гепатита С. Среди них 350 000 инфицированных ежегодно умирают от данного заболевания. В последние годы наблюдается снижение заболеваемости острым гепатитом С, с повышением регистрации хронических форм инфекции. Повсеместное распространение, тяжесть течения заболевания и вовлечение в эпидемиологический процесс молодого поколения приводит к социально-экономическому ущербу. Ранняя диагностика вируса гепатита С является главной мерой в борьбе с эпидемией инфекции.

Главной клинической особенностью вирусного гепатита С является бессимптомное течение в 85% случаев. При этом у 70% отмечается хронизация инфекционного процесса, в 30% случаев – острая форма. Наиболее грозными осложнениями приводящие к летальному исходу являются вирусный декомпенсированный цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома.

В основную группу риска входят доноры и реципиенты крови, наркоманы, медицинские работники.

Цель. Оценить методы специфической лабораторной диагностики вируса гепатита С и значение в установлении формы инфекционного процесса.

Методика исследований. Для проведения научного исследования было отобрано 65 пациентов. Скрининг обследования включал специфические и неспецифические методы исследования. К первым относят молекулярно-генетические и серологические анализы, ко вторым – общий анализ крови, УЗИ печени, биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ).

Молекулярно-генетический метод является наиболее точным исследованием, так как основан на выявлении вирусной РНК в крови пациента. Анализ позволяет выявить инфицированность через несколько дней от момента заражения. Метод включает в себя полимеразную цепную реакцию (ПЦР) и генотипирование. ПЦР подразделяется на качественную (определяет наличие инфицированности пациента) и количественную (регистрирует низкую и высокую степень вирусной нагрузки). Генотипирование выявляет генотип вируса гепатита С, необходимый для анализирования территориальной распространенности генотипов, а также создания схемы противовирусного лечения.

Серологическая диагностика включает иммуноферментный анализ, который определяет специфические антитела против вируса гепатита С в сыворотке пациента. Является первым скрининговым методом для выявления инфицированности. Диагностика информативна через 1-2 месяца от момента заражения, так как за этот промежуток времени начинают вырабатываться антитела.

Все 65 пациентов прошли анкетирование, которое позволило дополнить клиническую картину заболевания, выявить основные места заражения и пути инфицирования, социально-психологическую адаптированность инфицированных.

Результаты исследований. Распределение по половому признаку показало следующее: пациенты мужского пола составили 62% (40/65), женского – 38% (25/65). Средний возраст больных – 33 года ($\sigma = 8,41$, $Me = 33$, $Mo = 38$).

Полимеразной цепной реакцией исследованы все пациенты (65/65). Качественный метод выявил вирусную РНК в крови всех больных (65/65). Количественная ПЦР определила группу с высокой вирусной нагрузкой – 42% (27/65), и низкой - 58% (38/65). Степень нагрузки характеризует вирусную реактивность в организме пациентов.

Генотипирование позволило выявить среди пациентов самый распространенный вариант вирусного гепатита – 1b (47%, 29/65).

Противовирусные специфические антитела классов М и G, выявленные в серологических реакциях, характеризуют клинические формы инфекционного процесса. У 31% пациентов (20/65) выявлен IgG, 35% случаев – антитела двух классов IgM и IgG (23/65), 34% - Анти core-IgG и Анти NS-IgG (22/65), у оставшихся 31% - IgM (20/65) не обнаружен.

Исследование ферментов АЛТ и АСТ в биохимическом анализе позволяет дифференцировать острые и хронические формы инфекционного процесса. 3% (2/65) пациентов находятся в острой фазе заболевания, в связи с повышением показателей более чем в 10 раз и установленном факте инфицирования менее 6 месяцев назад. В 32% (21/65) случаев характерно обострение хронического процесса, а 65% (42/65) – скрытое хроническое течение.

Общий анализ крови показал снижение количества тромбоцитов – тромбоцитопению в 12% (8/65), и лимфоцитоз в 15% (10/65).

УЗИ печени зарегистрировало гепатомегалию (31% - 20/65), гепатомегалию в сочетании со спленомегалией (6% - 4/65), оставшиеся 63% пациентов без патологии.

Анкетирование позволило проанализировать ряд важных вопросов. Основным путем заражения является парентеральный – 62% (40/65), половой путь в 3% случаев (2/65), остальные пациенты (35% - 23/65) не смогли ответить на данный вопрос.

Места заражения распределились следующим образом: 14% (9/65) – лечебно-профилактические учреждения, 35% (23/65) – заражение произошло на улице, 95 (6/65) – в домашних условиях. Группа из 42% пациентов (27/65) не указали место заражения.

Характерные клинические проявления отсутствуют у 85% больных (55/65), что свидетельствует о длительном бессимптомном течении с хронизацией инфекции.

Латентное протекание инфекционного процесса приводит к потенциальному заражению здорового населения вирусом гепатита С. В связи с этим, незащищенные половые акты имелись у 82% (55/65), среди которых только 74% партнёров (48/65) проводило скрининговое обследование на наличие инфицированности вирусом. Из 74% у 6% (4/48) подтвердился половой путь передачи гепатита С.

Статистический анализ определил сильную корреляционную связь (0,78) между результатами ПЦР-исследований и показателем АЛТ в остром процессе. При этом определяется статистически значимая разница между ферментами АЛТ в остром и хроническом процессах ($p < 0,05$, $p = 0,000$), и количественными показателями ПЦР в остром и хроническом процессах ($p < 0,05$, $p = 0,014$).

Выводы. Следует отметить, что методы специфической диагностики вируса гепатита С играют ключевую роль в распознавании и профилактике заболевания. Молекулярно-генетический и серологический методы являются базисными в диагностике вирусного гепатита С, а ПЦР-исследование – золотым стандартом. Благодаря качественному обследованию пациентов можно контролировать течение инфекционного процесса, схему лечения, эффективность/неэффективность противовирусных препаратов.

COMPARATIVE STUDY OF ADVERSE EFFECTS OF SOCIAL MEDIA ON YOUTHS IN AFRICA, ASIA, EUROPE AND AMERICA.

Mukoro Precious¹, Ewang Sube Simon²

¹Student of Public Health department, Medical Academy, CFU.

*²Medical Doctor and researcher, General Hospital Douala, Cameroon
Scientific Supervisor: Sukhareva I. A. Ph.D. Associate Professor*

Background. Over 2.3 billion people make use of social media platforms. 91% of retail brands make use of 2 or more social media channels. Internet users have an average of 5.54 social media accounts. Total world population as of August 2016 according to the Population Reference Bureau is 7.4 billion. An analysis from the last year, social media users have increased by 176 million. Social media comprises several online networks aimed at having comprehensive data sharing input, large scale communication and collaboration as well as multiple interactions with regards to various spheres such as health, family, business and finance, education, politics, and so on. That is why an approximately 1 million users of social media are added every single day. There are a lot of underdeveloped and developing countries in Africa but here we get to see more adverse effects of social media in Africa, followed by Asia, then, Europe which already has a lot of technology. This has peculiar challenges and benefits. One of the benefits is that people are better connected than before, while one of the major adverse effects, according to social media analyst is that personal data of everyone subscribed, their photos, messages, bank accounts details and many more sensitive documents are at risk of exploitation by cyber criminals, who can hack into people's accounts.

Aim and Tasks. To evaluate and analyze the adverse effects of social media as a whole and to identify the continent with the highest adverse effects of the overuse of social media on youths. To evaluate the most rampant adverse effect. Method of research. We carried out a survey using questionnaires that comprises of 22 questions (77 sub-questions). 304 respondents from Africa, Europe, Asia and America participated in the survey (male: 52.4% and female: 47.6%). The

questionnaire was shared among youths through social media platforms. We used variation statistics with the program Microsoft Excel 2013.

Result of research. The average age of the responders is 22±3 years. The most visited social media websites were whatsapp with 45.1%, facebook 22.4%, V Kontakte 17.5%, Instagram 11.4% and other 3.6%. It was also noticed that everyone had a facebook account, although facebook was not their most visited social media platform. 62.9% of the survey population spent 1 - 4 hours per day surfing the internet or visiting social media platforms. This means youths spend 15-60 days per year visiting social media platforms. By the time the average aged responder of 22 years reaches 40 years old, he or she must have spent almost 1 year on social media websites. 26.5% spent 5 - 8 hours, 5.5% spent 9 - 12 hours and 5.2% spent more than 12 hours a day. 47.1% of responders agreed to the fact that the most appealing reason as to why they visit these platforms often is instant messaging(chats) followed by pictures and videos for leisure (28.3%) research and information (21.7%) other reasons (2.8%). With respect to the positive effects these sites have on youths, 51% chose improve communication, followed by 39.7% agreed to being updated while 5.4% found love and companionship, 3.9% chose other effects. 63.4% agreed to the fact that the most negative effect on the overuse of social media sites is waste of too much time, followed by procrastination 12.5%, fake and convenient friendship 11.6%, decreased eye vision 11.6%, and other's 0.9%. For mental health, 66.7% agreed that overuse of social media has an adverse effect while 33.3% disagreed. For those who agreed 44.9% chose isolation as the negative effect, 30.5% chose comparison with others, 16.8% chose seek for approval, 6% bitterness and aggressiveness, 1.8% other reasons. The most common mental health effect is dependence with 42.8%, lose of self esteem and fear 25.7%, depression 17.6%, anxiety 12.6%, others 1.3%. 21.5% responders have experienced online harassments (78.5% have not) 40.2% chose that overuse of social media has affected the educational learning process of youths negatively and 81% approve that overuse of social media has increased the average expenditure of youths by a minimum of 25%, while 19% disagreed. 92.1% agreed to the fact that social media is growing too fast in our time, while 7.9% disagreed. 55.5% concurred that youths are being exposed to social media too fast while 44.5% disagreed. 86.4% of youths are aware of the existence of cyber criminals while 13.6% aren't aware. Also, 13.6% have been duped by them, while 86.4% haven't been duped. Finally, 43.2% recommended creating awareness on the positive use of social media as a solution to cut down its overuse, 22.9% approved of meeting people face to face, 22% agreed to implementing age limits on websites and 11.9% consented to banning of certain social media websites.

Conclusion Evidently, the overuse of social media platforms has more negative adverse effects on the economic, social and psychological well being of youths. Respondents from the African continent showed the highest adverse effects of social media overuse, followed by Asia, then, Europe. Total dependence on social media had the highest adverse effect with respect to mental health. Economically youths spend up to an additional 25% of their revenue on the use of social media. This no doubt will increase the youth's budget drastically. Therefore, awareness on the positive use of social media is one way to reduce the adverse effects of its overuse. The implementation of age limits and banning of certain social media websites can help in this regard also. Parents should be able to supervise how their children use the internet as a whole and social media websites in particular. Cyber bullying can be resolved by the government and private social media companies investing in cyber security and protecting the accounts of individuals.

ПОДРОСТКОВЫЙ СУИЦИД В КРЫМУ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Долгополов В.П.

студент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии КФУ
научный руководитель: д.м.н., профессор Третьякова О.С., к.м.н., доцент Махкамова З.Р.

Введение. Вопрос о суицидах в современном мире является важной социальной проблемой мирового масштаба. По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире по причине самоубийства умирает более 800 000 человек. В Российской Федерации, начиная с пика в 2000-х годах и до сегодняшнего дня уровень смертности в результате суицида остается одним из самых высоких в мире. Однако общее число самоубийств снижается, составляя 16,5 на 100 тыс. населения в 2016 году, что на 44,4% меньше, чем в 2000г (29,7 на 100 тыс. населения). Но вышеперечисленные показатели могут не отражать реальную значимость проблемы суицидов, так как в них указываются лишь завершённые и подтвержденные патологоанатомическим исследованием случаи. Несмотря на снижение показателей смертности в результате самоубийств в общей популяции, высоким остается уровень суицидов среди подростков. Наиболее подверженной среди молодежи является возрастная группа от 12 до 16 лет. За последние несколько лет все чаще причиной самоубийств являлась интернет зависимость, в частности чрезмерная увлеченность подростков социальными сетями. Для современной молодежи коммуникация посредством социальных сетей часто превосходит по значимости реальную жизнь. Подросток углубляется в интернет-общение, вступает в сообщества, где компенсирует недостаток живого общения. Однако социальные сети не всегда пропагандируют только полезную информацию. В настоящее время на просторах интернета имеется большое число закрытых групп со специфической тематикой, склонной к сатанизму, культуре смерти, способные довести до суицида.

Цель исследования. Изучить динамику смертности в результате самоубийств среди подростков в Республике Крым (РК) за 2013-2015 гг.

Методика исследований. Проведен анализ литературных источников (30) по изучаемой проблеме, данных ГБУЗ РК «Крымское республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы» по суицидам за последние 2013-2015 года в РК. Выполнена статистическая обработка данных.

Результаты исследования. На протяжении трех лет в РК было зарегистрировано 908 случаев суицида, завершившихся смертельным исходом. В 2013 году было зарегистрировано 313 случаев официально зарегистрированных случаев самоубийств (0,8 на 100 тыс. населения). В 2014 году уровень смертности в результате самоубийств в РК снизился на 7% по сравнению с 2013 годом, и составил 291 случай (0,75 на 100 тыс. населения). В 2015 году также отмечается снижение уровня самоубийств на 4,8% по сравнению с предыдущим годом (0,7 на 100 тыс. населения). Однако не смотря на уменьшение общего количества суицидальных случаев в популяции, доля подростковых суицидов остается на высоком уровне, лишь незначительно снижаясь. Так в 2013 году было зарегистрировано 10 случаев суицида среди подростков в возрасте от 13 до 18 лет, что составляет 3,19% от общего числа, в 2014 году - 9 случаев самоубийств (3,09% от общего числа), в 2015 году доля подростковых суицидов продолжает незначительно снижаться и достигла 2,89% от общего числа (8 случаев).

Анализируя гендерную структуру подросткового суицида можно отметить, что наиболее часто встречаются случаи среди мальчиков. В среднем за исследуемый период суицид среди юношей встречался в 81% случаев всех самоубийств среди подростков. По территориальной распространенности чаще встречаются случаи подросткового суицида в крупных городах: Симферополь, Евпатория, Ялта, Судак, Керчь. Во многом это связано со смещением ориентиров ценностей для подростка в сторону важности социального положения в обществе. Проблему составляет возможность детей бесконтрольно пользоваться ресурсами интернета не только дома, но и чаще на уроках в школе используя смартфоны и планшеты. По результатам социологических опросов Максимова А.А. Голубевой Н.М. 2010 и 2014 годов, все больше детей пользуются различными социальными сетями, такими как Вконтакте, Twitter, Facebook, Одноклассники и т.д.

и все меньше из них осознают свою зависимость, которая у некоторых доходит до уровня психологических расстройств. Такие дети не могут отказаться от пребывания в виртуальной сети в пользу реального общения, особенно в случае частых семейных конфликтов, недостатка внимания. В подростковом возрасте дети отличаются большей внушаемостью и восприимчивостью к различным проблемам, и часто не способны давать реальную оценку сложившейся ситуации, что может привести к трагическим последствиям.

Согласно исследованиям Дехтеревой Л.В., Емельяновой Д.С., дети, совершившие самоубийство, воспитываются в неполноценных семьях, имеют регулярные конфликты с родителями и друзьями.

Выводы. Проблема подросткового суицида является актуальной в Российской Федерации и в частности в Крыму. Полученные результаты показывают тенденцию к снижению общего числа самоубийств, однако уровень подросткового суицида лишь незначительно снижается за исследуемый период, оставаясь на высоком уровне. При анализе литературных источников было отмечено, что многие авторы относят проблему распространения социальных сетей среди детского населения, бесконтрольное пользование интернетом и в последствии возникновение интернет зависимости, что может привести к ещё большему росту числа суицидальных попыток.

ПРОБЛЕМА ИНСТИТУТА СЕМЬИ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Махмудова Л. Ш.

Студентка кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии КФУ
Научные руководители: к.м.н. доц. Махкамова З.Р., ассистент Санина Г.Н.

Введение. Ситуация современного общества характеризуется кризисом в разных сферах: политической, экономической, социальной и др. Это оказывает влияние на развитие государства и качество жизни населения. Демографическая ситуация является одним из важных индикаторов благополучия страны, которая сегодня характеризуется низкими показателями рождаемости и высокой смертностью населения. Процессы депопуляции негативно сказываются во всех сферах общества, но наиболее чувствительно это отражается на экономическом благополучии. Вопросы воспроизводства населения являются актуальными и находятся в тесной связи с внутрисемейными установками. Однако и общество, а вместе с ним и семья за последнее время претерпели коренные изменения. Эти трансформации носят глобальный характер, охватывая многие страны, в том числе и наше государство. Современные тенденции обуславливают доминирование ценности малодетной семьи или отказ от семьи, увеличением числа неполных семей, разводов, откладыванием рождения первого ребенка, ростом внебрачной рождаемости, низким уровнем репродуктивного здоровья, высоким числом аборт. К тому же, происходит сокращение репродуктивного периода в связи с увеличением среднего возраста матери при рождении детей и соответственно сдвигом рождаемости на более старшие возрасты. Растет количество бездетных браков, официально существуют гомосексуальные пары, появляются новые репродуктивные технологии, распространяется суррогатное материнство.

Все эти вопросы отражают возникшую социальную проблему и кризис, который обусловлен как общемировыми тенденциями, так и специфическими социально-культурными факторами, характерными для истории нашей страны. Этот кризис неразрывно связан с демографическими проблемами, которые он обуславливает и усугубляет.

Цель исследования. Изучить отношение к институту семьи и оценить уровень репродуктивных установок населения Республики Крым.

Материалы исследования. В исследовании был использован социологический метод с применением анонимного онлайн-анкетирования 226 человек, из них 69,9% (158) женщин и

30,1% (68) мужчин в возрасте от 18 лет и выше. Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе Microsoft Office Excel.

Результаты исследования. Данные анкетирования показали, что более половины респондентов (79,9%; 95%ДИ 74,5;85,3) имеют неполное высшее и высшее образование. Каждый второй респондент (53,5%; 95%ДИ 46,9;60,1) ответственно подходит к вопросу о заключении брака и считает, что он должен быть официально зарегистрирован, кроме того 31,2%(95%ДИ 25,2;37,2) пойдут на заключение брака и по религиозным обрядам. Каждый третий (34,5%; 95%ДИ 28,3;40,7) считает гражданский брак неприемлемым, в то же время половина опрошенных (50%; 95%ДИ 43,3;56,7) относятся к этой форме семьи нейтрально, 35,0% (95%ДИ 28,7;41,3) относятся к гражданскому браку положительно, хотя среди опрошенных только 8,0%(95%ДИ 4,4;11,6) находятся в гражданском браке.

По официальным статистическим данным можно наблюдать изменение установок населения в плане оптимального возраста для создания семьи: для мужчин – 35 лет и более, для женщин – не моложе 25 лет. Все чаще молодые люди откладывают время вступления в официально зарегистрированный брак, так как важным условием является получение образования (43%; 95%ДИ 36,4;49,6), наличие высокооплачиваемой работы и финансовое благополучие (54,6%; 95%ДИ 48;61,2), собственное жилье (47,7%; 95%ДИ 41,1;54,3). В настоящее время наравне с заключением брака по значимости стоит и бракоразводный процесс. По данным Крымстата около 50% браков населения Республики Крым заканчиваются разводом: в 2016 году на 13493 брака приходится 6275 разводов.

Детей имеют 30,0% (95%ДИ 24;36) респондентов. Из них двоих детей имеют 13,3% (95%ДИ 8,8;17,8), одного ребенка 8,9% (95%ДИ 5,1;12,7), троих детей – 6,2% (95%ДИ 3;9,4), больше трех детей имеют 1,3% (95%ДИ 0,17;2,8). Каждый третий ребенок воспитывается в полноценной семье (27,4%; 95%ДИ 21,4;33,4) При этом, родить еще ребенка хотели бы 17,3% (95%ДИ 12,3;22,3) опрошенных, имеющих детей. Наиболее оптимальный возраст деторождения, по мнению большинства (49,1%; 95%ДИ 42,5;55,7) от 18 до 25 лет, хотя по официальным статистическим данным за последние годы возрастной коэффициент рождаемости растет: по сравнению с 2000 годом на 2016 год коэффициент рождаемости у женщин от 15 до 19 лет снизился с 25 до 22, в то же время у женщин от 25 до 29 лет увеличился с 55,2 до 112,1, от 30 до 34 лет – до 76,9 при исходном 28, от 40-44 лет увеличился с 1,9 до 8,4. Желаемое число детей является основным компонентом репродуктивных установок населения. Более 2 детей планируют иметь лишь 33,8%(95%ДИ 27,5;40,1). Несомненно, на репродуктивное поведение населения влияют государственные меры демографической политики. В качестве государственных мер для поддержания семьи респонденты предложили жилищные субсидии (42%; 95%ДИ 35,4;48,6), материнский капитал (38,3%; 95%ДИ 31,8;44,8), единовременное пособие по рождению ребенка (39,8%; 95%ДИ 33,3;46,3) и налоговые льготы (34,6%; 95%ДИ 28,3;40,9).

Выводы. В современном обществе, безусловно, существует кризис института семьи, который выражается в том, что семья все хуже реализует свою главную функцию – рождение и воспитание детей. Репродуктивные установки у опрошенных остаются заниженными: значительная часть нацелена на 1-2 детей. С развитием индустриальной цивилизации значительная часть населения все больше внимания уделяет получению образования, финансовому благополучию и самореализации. Увеличение количества разводов и так называемых гражданских браков оказывает негативное влияние на восприятие семьи как таковой не только современного общества, но и будущих поколений. Несомненно, на рост демографических показателей влияет экономическое положение страны, общество нуждается в поддержке государства в плане содержания и развития семьи. Таким образом, для формирования благоприятных установок на повышение рождаемости и улучшение демографических процессов необходимы усилия всего общества.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ БОЛЕЗНИ КРЕЙТЦФЕЛЬДТА – ЯКОБА

Ирсмамбетова Е.Ю.

студент 4 курса Медицинской академии им С. И. Георгиевского

научный руководитель: ассистент Пилипенко Е.Б., кафедра нервных болезней и нейрохирургии Медицинской Академии им С. И. Георгиевского

Введение. Болезнь Крейтцфельдта-Якоба (БКЯ) или коровье бешенство относится к прионным болезням человека – группе фатальных нейродегенеративных заболеваний. Заболевание характеризуется когнитивными нарушениями с последующей быстро прогрессирующей деменцией, миоклонусом, корковыми нарушениями зрения, экстрапирамидными и/или пирамидными нарушениями. Продолжительность заболевания – от 3-6 месяцев до 2 лет. БКЯ чаще начинается в возрасте 60–65 лет, однако возможно более раннее и более позднее начало. Клинически выделяют следующие морфологические формы: sporadicкую (идиопатическую), приобретенную и наследственную. Приобретенные заболевания связаны с инфекционной трансмиссией возбудителя от человека человеку или от крупного рогатого скота человеку. Большинство случаев sporadicкие, но 5-15% случаев имеют семейный характер (аутосомно – доминантный тип наследования).

Цель и задачи исследований. Провести анализ клинической картины БКЯ.

Методика исследований. Изучены данные отечественных и зарубежных литературных источников за последние 5 лет и выписной эпикриз пациента с вероятной БКЯ.

Результаты исследований. Пациент X, 59 лет был госпитализирован в неврологический стационар. Впервые жалобы появились три месяца назад, беспокоила головная боль. Месяц спустя появилась неустойчивость при ходьбе, снижение памяти. За медицинской помощью не обращался. Состояние пациента постепенно ухудшалось – появилось нарушение функции тазовых органов по типу недержания мочи. Обратился за медицинской помощью, прошел курс лечения по месту жительства, без улучшения. Состояние продолжило ухудшаться (нарастали когнитивные нарушения, появились нарушения походки – шаткость) в связи с чем больной был госпитализирован в неврологический стационар. При осмотре: пациент в сознании, продуктивному контакту не доступен, из-за выраженных когнитивных расстройств. Односложно отвечает на простые вопросы. Выполняет простые команды. Перкуссия черепа, пальпация точек Керера безболезненны (не сопровождаются гримасой боли). Мененгиальных знаков нет. Зрачки D=S, глазные щели D=S, реакция зрачков на свет сохранена, определяется слабость конвергенции, нистагма нет. Легкая асимметрия оскала. Рефлексы мягкого нёба и глоточный сохранены. Фонация не нарушена. Грубая туловищная атаксия. Самостоятельно не садится, не встает. Движения в конечностях ограничены, больше в ногах. Сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей без четкой разницы сторон. Положительный симптом Бабинского с двух сторон. Периодические спонтанные миоклонии. Нарушение функции тазовых органов по типу недержания мочи. Убедительных чувствительных нарушений выявить не удалось. В условиях стационара пациенту был произведен ряд клинических исследований: МРТ головного мозга, транскраниальное дуплексное сканирование, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, ЭЭГ. По результатам МРТ головного мозга определяется МР-картина структурных изменений в области базальных ядер. МР – картина «пустого» турецкого седла. Наружная гидроцефалия. При транскраниальном дуплексном сканировании выявилось, что кровоток в интракраниальных сосудах не нарушен. При дуплексном сканировании брахиоцефальных артерий был выявлен атеросклероз экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий без стеноза. Функция экстракраниальных артерий не нарушена. На ЭЭГ преобладает бета-активность. Зональные различия альфа-ритма сглажены, отмечается его дезорганизация. Диффузные изменения с признаками снижения биоэлектрической активности головного мозга. Эпилептиформные феномены не зарегистрированы. На основании клинической картины и данных клинических исследований был поставлен диагноз: возможная болезнь Крейтцфельдта – Якоба, возможный

спорадический вариант; лобно-подкорковая деменция; спастический тетрапарез; мозжечковая атаксия; экстрапирамидный гиперкинетический синдром с невозможностью самостоятельного движения и ходьбы; нарушение функции тазовых органов по типу недержания мочи. Нуждается в постоянном постороннем уходе. Диагноз основывается на клинических данных, а окончательно может быть подтвержден на основании данных биопсии мозгового вещества. Этиотропная терапия отсутствует, возможно только симптоматическое лечение.

Выводы. Основными клиническими проявлениями спорадической БКЯ являются прогрессирующая деменция, зрительные или мозжечковые нарушения, экстрапирамидная и/или пирамидная дисфункция, миоклонус, на поздних стадиях – акинетический мутизм. БКЯ относится к фатальным нейродегенеративным заболеваниям. Клиническая диагностика достаточно сложна, в связи с отсутствием достоверных прижизненных методов исследования. Лечение заболевание невозможно в связи с отсутствием этиотропной терапии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ МЕДИКО – ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УЗБЕКИСТАНА ЗА ПЕРИОД СУВЕРЕНИТЕТА

Олимжонов Д.Д.

Студент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии КФУ
Научный руководитель: к.м.н.доц. Махкамова З.Р.

Введение. Благополучие любого государства зависит от множества факторов. Одним из важных индикаторов развития страны являются медико-демографические процессы, на которые оказывают радикальные изменения, прежде всего экономические. Современная демографическая ситуация в мире характеризуется процессами активизации миграционных процессов, быстрый рост населения в развивающихся и бедных странах, что ведет к нехватке ресурсов и снижению качества жизни. И сегодня одной из составляющей национальной безопасности все чаще называют демографический фактор. Именно численность населения и его воспроизводство, размещение, половозрастная структура определяют экономическое развитие и социальную стабильность любой страны.

Цель и задачи исследования. Провести сравнительный анализ некоторых медико-демографических показателей в Республике Узбекистан (РУ) за период независимости (1991-2016гг) для выявления основных тенденций.

Методика исследования. Проведен анализ данных Фонда ООН в области народонаселения, регионального бюро ПРООН за 2016 г.

Результаты исследования. Узбекистан является одной из крупных стран, где проживает около 45% всего населения Центральной Азии (ЦА). По численности населения (32,121 млн) республика занимает 3-е место среди стран СНГ (после России и Украины), 43-е место в мире и 18-е место в Азии и очень высокой плотностью населения (68,3 человека на квадратный километр) в регионе. За период 1991-2016 гг численность населения Узбекистана увеличилось на 11 млн (20,857 млн в 1991г. и 32,121 млн в 2017 г.). Тем не менее, темп прироста населения в последние годы снизился до 1,47 -1,49% против 2,2-2,3% в начале 1990-х гг., что свидетельствует о замедлении демографических процессов. Это связано с негативными процессами в социально-экономической сфере, происходящие в регионе, в большей степени из-за трудовой миграции. Основной страной, куда выезжают мигранты, является Российская Федерация. Так по данным Федеральной миграционной службы РФ, в марте 2016 года в России находились 3,8 млн граждан Узбекистана, или 20% трудоспособного населения страны в возрасте 18–60 лет.

Узбекистан имеет высокий демографический потенциал и в общемировом демографическом развитии, по уровню рождаемости занимает срединную позицию между

странами с высоким (свыше 25,0 ‰) и низким (до 15,0 ‰) показателями. Однако общий коэффициент рождаемости и суммарный коэффициент воспроизводства в РУ существенно сократился за годы независимости. Если в начале 90-х годов уровень рождаемости был 34,0‰ и 4,199 ребенка на одну женщину фертильного возраста, то в 2016 г - 22,9‰ и 2,35 соответственно.

Показатель общей смертности за годы суверенитета снизился и имеет низкое значение (6,2‰ и 4,8‰ соответственно). Это возможно связано с возрастной структурой населения, где преобладает молодое поколение, средний возраст которых составляет 28,1 лет. Уровень младенческой смертности (МС), за исследуемый период, снизился практически в 4 раза (35,1 в 1991 до 8,6‰ 2016 г.). Однако по данным ООН в рейтинге стран по уровню МС Узбекистан занимает 140 место с показателем 41,5‰, что свидетельствует о занижении данного показателя. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни возросла с 67,2 лет в 1991 г. до 72,5 лет в 2016 г.

Возрастная структура населения в РУ имеет прогрессивный тип народонаселения. Тем не менее, удельный вес детей и подростков до 14 лет снизился — с 43,2 в 1991 г. до 26,5% в 2016 г., доля трудоспособного контингента возросла (с 49,1% до современных 68,8% соответственно). Процессы старения происходят почти незаметно, наблюдается незначительное снижение удельного веса пожилых людей (с 7,7% до 4,7%).

Выводы. Таким образом, демографическая ситуация в Узбекистане претерпела ряд изменений. В целом высокий уровень рождаемости и низкий показатель смертности, высокая ожидаемая продолжительность жизни, современная возрастная структура населения и ее динамика свидетельствуют о потенциальных возможностях благоприятного развития демографической ситуации с позиций демографической безопасности республики в будущем. Тем не менее, необходим постоянный мониторинг медико-демографических процессов с учетом общемировых тенденций.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА В ЭПИДСЕЗОН 2016-2017 ГГ. У ДЕТЕЙ

Сейтягаева С.Э., Мефаева С.И.

*студенты кафедры педиатрии с курсом детских инфекционных болезней
Медицинской академии КФУ*

научные руководители: д.м.н., доцент Рымаренко Н. В., к.мед.н.,
доцент Крюгер Е.А., асс. Халилов Э.Я.

Введение. По данным Роспотребнадзора рост заболеваемости гриппом и ОРВИ в Республике Крым начался с первых чисел декабря 2016 г. Пик заболеваемости пришелся на 52 – 53 недели 2016 года (19.25.16 – 31.01.16), когда уровень эпидемического порога был превышен на 67,4% в большинстве административных округов, с вовлечением в эпидемический процесс всех возрастных групп населения. Удельный вес детей, от общего количества заболевших, составил 67,5%, при этом наиболее часто ОРВИ и грипп регистрировались у детей в возрасте 7-17 лет. С первой недели 2017 началось снижение уровня заболеваемости по всем возрастным группам. В ходе лабораторного мониторинга респираторных вирусов выявлено преобладание на полуострове гриппа H3N2 (A/HongKong). В целом, за прошедший эпидсезон, в РК и г. Севастополе лабораторно подтверждены 330 случаев гриппа.

Цель: Изучить особенности клинической картины, осложнений, лабораторных показателей у детей, с подтвержденным гриппом H3N2, госпитализированных в ГБУЗ РК «Республиканская детская инфекционная клиническая больница» в декабре – январе 2016/2017гг.

Материалы и методы. Было обследовано 25 детей, из них 12 мальчиков и 13 девочек, в возрасте: 0-3 года – 5 детей (20%), 3 – 7 лет – 7 детей (28%), 7-17 лет – 13 детей (52%). Предшествующий заболеванию контакт с больным ОРВИ отмечался у 15 детей (60%). В 2 (8%) случаях дети поступали из семей, где болели абсолютно все члены семьи. Все 100% обследованных детей не были привиты от гриппа.

Результаты исследования. Из всех обследованных, в 1 сутки от начала заболевания были госпитализированы 2 (8%), на 2 – 11 (44%), на 3 – 12 (48%) детей. В первые сутки от начала заболевания у всех 25 больных наблюдались признаки поражения верхних дыхательных путей и развитие катарального синдрома: заложенность носа, чувство першения в горле, сухой кашель, насморк, слезотечение. Интоксикационный синдром проявлялся повышением температуры тела, головной болью, ломотой в мышцах, резкой слабостью и отказом от еды, рвотой (у 4 детей (16%)). Тяжелые формы болезни чаще встречались у детей 7 – 17 лет ($p \leq 0,05$) и были обусловлены выраженностью интоксикационного синдрома и развитием осложнений. Так, повышение температуры тела до 39-40⁰С встречалось у 10 (40%) больных из этой возрастной группы и только у 3 (12%) детей из других возрастных групп. Кроме того, развитие осложнений наблюдалось у 9 (36%) больных старше 7 лет и у 3 (12%) детей до 7 лет. Структура осложнений включала: судорожный синдром у 2 (8%) детей, носовое кровотечение – 1 (4%), тромбоцитопения – 1 (4%), бронхит – 3 (12%), ларингит – 1 (4%), евстахиит – 1 (4%), острый катаральный отит – 1 (4%), пневмония – 3 (12). Уровень лейкоцитов при анализе периферической крови больных колебался в пределах 3,2 - 15, 9 $\times 10^9$ /л. Диагноз был выставлен на основании клинико – лабораторных данных, подтвержденных методом ПЦР. Лечение гриппа и осложнений проводилось противовирусными препаратами (арпефлю, виферон, амиксин) и антибактериальными препаратами из группы цефалоспоринов III-IV поколения (цефтриаксон, цефепим, цефтазидин), также применялась дезинтоксикационная и симптоматическая терапия. Все больные выписаны с выздоровлением.

Выводы. В эпидсезоне 2016-2017 гг. в Республике Крым в сезоне 2016 – 2017 превалировал штамм Гонконгского гриппа (H3N2). Среди заболевших преобладали дети в возрасте от 7 до 17 лет. Все 25 обследованных нами детей с вирусологически подтвержденным диагнозом не были вакцинированы от гриппа. Наиболее тяжелое течение отмечалось у детей старше 7 лет за счет выраженного интоксикационного синдрома и осложненного течения болезни.

АНАЛИЗ ТРАВМАТИЗМА И ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У СПОРТСМЕНОВ.

Матвеева Н.В.¹, Матвеев А.В.², Чернобрывый В.И.³

¹ *доцент кафедры ЛФК и СМ, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ;*

² *доцент кафедры внутренней медицины №1 с курсом клинической фармакологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ.*

³ *студент кафедры: ЛФК и СМ, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ;*
научный руководитель: доц., к.мед.н. Матвеева Н.В.

Введение: Травмы опорно-двигательного аппарата, полученные во время занятий спортом, представляют собой все более актуальную проблему. Повреждение связок голеностопа – самая распространенная травма, которую можно получить занимаясь спортом. В 70% случаев разрыв связок происходит у лиц, ранее уже получавших растяжение. Это связано с тем, что частое растяжение связок приводит к нестабильности голеностопа, а, следовательно, повышает риск повторного травматизма, и как следствие, развитию остеоартроза в будущем. Поэтому необходимо более серьезно подходить к вопросу профилактики развития этого заболевания и реабилитации, занимающихся спортом.

Цель и задачи исследования: Проанализировать спортивный травматизм для определения вида наиболее распространенных травм, изучить эффективность реабилитационного курса, как метода скорейшего восстановления спортсменов, определить рекомендации по повышению эффективности восстановительной терапии и профилактике остеоартроза у спортсменов.

Методика исследований: Нами было проведено анкетирование 150 спортсменов и мониторинг травматизма на протяжении 1 года с последующим применением реабилитационного

комплекса. Были использованы: клинические субъективные методы: жалобы, анамнез жизни, шкала оценки боли по ВАШ; клинические объективные методы: осмотр, пальпация, определение подвижности и амплитуды движения в градусах голеностопного сустава, рентгенологическое исследование; статическая обработка данных: определяли среднее арифметическое (М) и ошибку средней арифметической (m). Тип распределения параметров в вариационном ряду устанавливали по критерию Шапиро-Уилка, значимость различий - Т-критерий Вилкоксона и независимых выборок - U-критерий Манна-Уитни. Достоверность различий определялась вычислением t-критерия Стьюдента. Критерием достоверности оценок служил уровень значимости с указанием вероятности ошибочной оценки (p). Оценка разности средних считалась значимой при $p < 0.05$.

Результаты исследований: Проанализированы травмы полученные занимающимися спортом и выявлено, что из 150 человек (100%) у 80 (53%) раз или два в год отмечается растяжение связок голеностопа. После полученной травмы ранее, лечение в 40% случаев не проводилось, а заключалось только в использовании льда и фиксации голеностопа эластичным бинтом. При этом длительность полного восстановления составляла 6-8 недель. При обращении к нам, спортсменам с растяжением связок, на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов и анальгетиков, был проведен курс реабилитации: охлаждающие компрессы в острой стадии, затем – лечебный массаж, УВЧ терапия и парафинотерапия 10 сеансов, фиксации голеностопа тейп лентой, а также специально индивидуально подобранный (с учетом клинической картины и физиологических возможностей организма) курс ЛФК. Восстановление движений в полном объеме на фоне полного отсутствия боли отмечалось уже на 2-4 неделе лечения.

Выводы: Таким образом можно сделать вывод, что применение разработанного реабилитационного курса способствует сокращению сроков восстановления движений в поврежденной области у спортсменов, это позволяет рекомендовать реабилитационный курс как метод по повышению эффективности восстановительной терапии и профилактике развития посттравматического остеоартроза у спортсменов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА И ДИЗЕНТЕРИИ В Г.ЯЛТА И Г.ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗНАЧЕНИЯ СЕВАСТОПОЛЬ

Бондаренко А.Д.¹, Слета А.Д.¹, Иванов С.В.²

¹ студентка первого медицинского факультета Медицинской академии им. С.И. Георгиевского

² старший преподаватель кафедры гигиены общей и экологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского

научный руководитель: зав. кафедрой, профессор Шибанов С. Э.

Введение. Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости среди населения острыми кишечными инфекциями в стране и республике напряжена. Проблема сальмонеллезов и дизентерии продолжает оставаться высоко актуальной для большинства регионов Республики Крым. Хотя заболеваемость и носит преимущественно спорадический характер, динамика заболеваемости имеет тенденцию к увеличению заболеваемости, особенно большой рост, наблюдается в тёплое время года. Проблема рассматривается в настоящее время как одна из самых серьезных не только с медицинской, но и с экономической точки зрения. Связано это с высокой заболеваемостью, существенными изменениями характера эпидемического процесса.

Цель и задачи. Дать сравнительную оценку интенсивности, территориальной распространенности и структуры эпидемического процесса сальмонеллезной и дизентерийной инфекции в городе Ялта и городе Севастополь, и рекомендовать профилактические мероприятия по борьбе с сальмонеллезной и дифтерийной инфекцией.

Методика исследований. Нами были изучены результаты бактериологических исследований всех обратившихся пациентов в инфекционное отделение больницы в городе Ялта и городе Севастополь, и выбраны все положительные результаты анализов с диагнозами сальмонеллез и дизентерия.

Результаты исследований. В последнее время пошло увеличение случаев выявления кишечной палочки, однако случаев с дизентерией, вызванной *S. sonnei* почти не зафиксировано. Всего за 2016 год, в городе Ялта зарегистрировано 3 случая бактериальной дизентерией. (1,2 на 50 тыс. населения). По городу Севастополю, в 2016 году зарегистрировано 6 случаев (2,6 на 100 тыс. населения) заболевания, вызванных *S. sonnei* (в 2015 г. – 0 в городе Ялта и городе Севастополь).

В Ялте значительно увеличилось количество случаев заболевания сальмонеллезом. Заболевание сальмонеллезом стало значительно больше по сравнению с 2015 годом. Если в 2015 году с таким диагнозом в Ялте было госпитализировано 17 человек, то в 2016 году — уже 37.

Заболеваемость сальмонеллезом в целом возросла. Причина этого явления, по мнению инфекционистов, связана с интенсификацией животноводства на промышленной основе, изменившимся характером и масштабами реализации пищевых продуктов, значительным увеличением экспортно-импортных связей между странами, интенсификацией миграционных процессов.

Наиболее часто, сальмонеллезом заражаются после употребления немытых овощей и фруктов и плохо обработанных термически утиных и куриных яиц. В последнее время пошло увеличение случаев выявления кишечной палочки, однако случаев с дизентерией почти не зафиксировано.

Аналогичная ситуация наблюдалась и в г. Севастополе. В 2016 году зарегистрировано 119 случаев сальмонеллеза (28,9 на 100 тыс. населения), что в 1,5 раза выше по сравнению с 2015 годом (70 случаев, 17,8 на 100 тыс. населения). В возрастной группе заболевших удельный вес взрослого населения (18 лет и старше) составил 67,0 %. Показатель заболеваемости среди детей был в 1,7 раза выше, чем среди взрослых (56,94 на 100 тыс. детей от 0-17 лет).

В группе риска оказались дети до 2 лет, показатель заболеваемости среди которых в 4 раза превышал обще возрастной (120,4 на 100 тыс. детей до 2-х лет) поскольку ими чаще всего не соблюдаются элементарные правила личной гигиены. Наиболее податливы инфекции дети первых месяцев жизни в не зависимости от искусственного или естественного вскармливания, поскольку у малышей еще не успевает вырабатываться стойкий иммунитет.

Основной путь передачи заболевания - алиментарный. Наиболее распространёнными продуктами являлись: яйца, приобретенные на рынках у частных лиц, 35 %, мясные продукты 30 %, молочные продукты, 17 %, мясные изделия собственного приготовления 14 % , а также несоблюдение населением условий хранения и сроков годности продуктов до их использования, мер личной гигиены и правил ухода за детьми 10 %.

Выводы, результаты исследований свидетельствуют о росте распространения сальмонеллеза в 2016 году, по сравнению с 2015 годом, а также появлению заболеваемости дизентерией, так как в 2015 году ни в городе Ялта, ни в городе Севастополь не было зафиксировано ни единого случая.

На основе проделанной работы мы можем сформулировать ряд профилактических мероприятий по предупреждению сальмонеллеза и дизентерии, которые включают в себя выявление больных сельскохозяйственных животных, постоянный бактериологический контроль кормов, ветеринарный контроль над убоем, соблюдение гигиенических требований при переработке продуктов на мясокомбинатах, молокозаводах, домашних и фермерских хозяйств. Осуществляют своевременный бактериологический контроль продуктов животноводства. Необходимо тщательное соблюдение правил обработки и приготовления птицы, в частности после разделки сырого мяса и тушек птицы следует тщательно вымыть руки, посуду, разделочные доски, поверхности столов; хорошо проваривать (прожаривать) мясо, тушки птиц; не употреблять сырых яиц, предпочтительно варить их в кипящей воде 7-10 мин, предварительно тщательно вымыть.

Соблюдать правила личной гигиены, как со своей стороны, так и контролировать их соблюдения у детей и подростков, особенно в детских коллективах.

ИСТОРИЧЕСКИЙ РАКУРС НАПРАВЛЕНИЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В КРЫМУ

Перескокова А.А.¹, Соболев А.А.²

¹ Студентка кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Медицинской академии КФУ

² Студент кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Медицинской академии КФУ

научный руководитель: к.м.н., доцент Махкамова З.Р., асс. Санина Г.Н.

Введение. Крым является уникальным местом не только для отдыха и туризма, но и для оздоровления. Мягкий климат, море, воздух, минеральные источники, лечебные грязи, и естественная природа, тесного общения с которой так не хватает современному человеку, создают условия, не имеющие аналогов в мире. Уникальность полуострова как курорта заключается в многоплановости и разнообразии применяемых оздоровительных методов. Особое внимание уделяется воздействию на организм естественных факторов. Лекарственные средства в санаториях Крыма либо исключаются совсем, либо применяются лишь в случае крайней необходимости. Профиль лечения в здравницах полуострова зависит от региона, в котором они расположены. Такой подход был выработан на основании исторического опыта и доказал свою эффективность.

Цель и задачи исследований. Провести системно-исторический анализ применения различных методов оздоровления в Крыму в конце XIX начале XX веков.

Методика исследований. Для поставленной цели использовались сравнительно-исторический и ретроспективный методы анализа архивных документов библиотеки Медицинской академии им. С.И. Георгиевского.

Результаты исследований. Крым не всегда рассматривался как место для отдыха и оздоровления. Из-за уникальности географического положения этот регион долгое время воспринимался важнейшим стратегическим пунктом, дающим выход к морю и владение флотом на Черном море. Однако еще древние греки упоминали о целительных возможностях древней Тавриды. Именно бальнеологическое направление сделало Крым наиболее популярным и он стал обретать известность как курорт именно с освоения лечебных грязей Сакского озера. В 1827 году на берегу озера Саки была основана и открыта одна из первых в России грязелечебниц, где лечили также и рапой. Считалось, что она обладает гораздо более выраженным эффектом. Хотя чаще рапу всё же разводили грязью. Применялось такое лечение при ревматизме, подагре, артритах, сахарном диабете, ожирении, заболеваниях мужских и женских половых органов, нервных и кожных болезнях. Д. Филимонович в своем труде о крымских минеральных грязях говорит, что такой метод лечения в его примитивных вариациях использовался еще во времена крымских ханов. Самыми популярными были Чокракское и Сакское соляные озера. Лечение происходило не только стационарно, но грязи посылались больным в такие города, как Ростов, Таганрог, Киев, Одесса, Бердянск, Николаев и др.

В журнале Русского общества охраны народного здоровья за 1894 г. описывается преимущество Крымского побережья Черного моря. Исследователи полагали, что в Черном море содержится то необходимое количество солей, чтобы оказывать целебное действие на организм путем полезного раздражения кожи. По всему Крыму располагались специализированные купальни, в которых отдыхающим предлагались необходимые для плавания принадлежности, вспомогательные средства для неплавающих, а также души для смывания остатков соли. В этом издании описаны 4 такие купальни в Ялте: Саглын-Су, заведение Кошурина, купальня городского управления, купальня в имении Чукурлар. Последняя считалась особенно пригодной для водных процедур, так как имелся удобный вход в море без крупных камней, а вода всегда была чиста.

Особое направление получило гелиотерапия. С середины девятнадцатого века наука с новой силой обратилась к изучению этого метода лечения, и уже тогда Крым стал одним из ведущих курортов, где можно было поправить здоровье путем солнечных ванн. Доктор А.Н. Бобров в своем очерке «Купание в солнечных лучах» (Феодосия, 1915 г.) приводит следующие показания для гелиотерапии: анемия, неврастения и невралгия, сахарный диабет, туберкулез, подагра, ревматизм, экзема, отрубевидный лишай, угревая болезнь, ожирение, хронические отравления ртутью, свинцом, табаком, рахит. Д-р Бобров говорит о таких способах принятия солнечных ванн, как общие и местные, отвлекающие ванны и «для потения», приводит схемы их принятия для взрослых и детей с различной патологией.

Лечение виноградом – один из самых древних способов лечения. Оно привлекло внимание врачей южного берега Крыма ещё с шестидесятых годов девятнадцатого века. Южный берег Крыма по мягкости климата, благодатным условиям почвы и высокой культуре виноградарства является старейшей и известнейшей станцией такого способа лечения. Сезон длился с 1 сентября по 1 ноября. Ялтинские врачи Дмитриев, Иванов, Бялокур в своих работах указывали на научную обоснованность способа. Показаниями к виноградному лечению являлись болезни лёгких (туберкулёз, хронические бронхиты, бронхиальная астма), болезни желудочно-кишечного тракта (функциональные расстройства, хронические гастриты, запоры, хронические колиты), болезни почек (хронический гломерулонефрит), болезни обмена веществ (мочекислый диатез, подагрические состояния, оксалурия), малокровие, нервные болезни. В еженедельном журнале «Спутник Здоровья» 10 августа 1901 года наряду с виноградными курортами Германии, Австро-венгрии, Швейцарии, Франции, Италии рекомендуют посетить Алупку, Алушту, Балаклаву, Гурзуф, Симеиз, Ялту, Феодосию.

Выводы. Для оздоровления населения в Крыму широко использовались природно-географические и климатические особенности полуострова. Гелиотерапия, бальнеологические процедуры, виноградолечение и многие другие направления начали активно и успешно применяться ещё в прошлые столетия, но, к сожалению, некоторые из них неоправданно забыты. Поэтому необходимо изучать опыт крымских врачей прошлых столетий для использования его сегодня.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ БАЗИСНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

Чопикян А.А.¹, Кирилюк Т.И.²

¹ студент 2-го медицинского факультета Медицинской академии им. С.И. Георгиевского,
КФУ им. В.И. Вернадского

² студентка 2-го медицинского факультета Медицинской академии им. С.И.
Георгиевского, КФУ им. В.И. Вернадского

научный руководитель: к.м.н., доцент, завуч кафедры дерматовенерологии и косметологии
Прохоров Д.В.

Введение. Меланома – злокачественная опухоль, имеющая нейроэктодермальное происхождение, характеризующаяся быстрым регионарным и полиорганным метастазированием, сложностью прогноза на ранних стадиях и высокими показателями летальности. При злокачественных новообразованиях наблюдаются изменения в системе гемостаза, при этом, в процессах опухолевой прогрессии и диссеминации определенное значение принадлежит системе тромбоцитарно-сосудистого гемостаза, частью которых является микроциркуляторное русло сосудов кожи. Микротромбообразование создает предпосылки для микроэмболии сосудов, приводит к нарушению перфузии жизненно важных органов, а злокачественные клетки, содержащиеся в эмболах, к диссеминации опухоли. С другой стороны, микротромбоз нацелен на препятствование миграции атипичных клеток по кровеносному руслу, метастазированию. Крайним проявлением активации системы гемостаза

с включением всех его звеньев является развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС).

Цель и задачи исследования включали в себя выявление особенностей изменений базисных показателей гемостаза у больных меланомой кожи (МК);

- методика исследований: обследовано 56 больных в возрасте от 34 до 75 лет (29 женщин и 27 мужчин), из них 30 больных МК и 26 пациентов с невусами кожи на базе «КРОКД им. В.М. Ефетова». Контрольная группа состояла из 25 сопоставимых по полу и возрасту с группой больных практически здоровых лиц. План обследования включал лабораторные исследования (коагулограмма, активность антитромбина III (АТIII), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), коаиновое время (ЧТВ), протромбиновый индекс (ПТИ), концентрация фибриногена (ФГ), растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК). Анализ полученных данных осуществлен в программе Statistica 9.0.

Результаты исследований. В ходе проведенной работы определили, что уровень АЧТВ увеличивался у больных МК (+123,4%), что свидетельствует о развитии гипокоагуляции, реализуемой за счет дефицита XII фактора свертывания крови, на что указывает увеличение ЧТВ (+120,5%). Исследования концентрации ФГ не выявили достоверных изменений данного показателя у больных МК. Анализ количества РФМК показал выраженный рост у больных МК (+189,1%). Исследование плазмы крови продемонстрировало весомое снижение уровня АТIII у больных МК (-41,1%). Определение ПТИ свидетельствовало о достоверном снижении индекса у больных МК (-43,9%), что указывает на развитие гипокоагуляции.

Выводы. Таким образом, изменения параметров коагуляционного гемостаза, имеющие выраженные изменения у больных МК – развитие системной гипокоагуляции, о чем свидетельствует повышение АЧТВ и ЧТВ, и одномоментный гиперфибринолиза (достоверно повышается уровень растворимых фибрин-мономерных комплексов, снижается уровень антитромбина III), что указывает на необходимость их определения для дифференциальной диагностики с другими пигментными новообразованиями и для осуществления контроля комплексного лечения.

ЧУВСТВО КВОРУМА У МИКРООРГАНИЗМОВ

Мурейко Е.А.

студентка кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии 2 медицинского факультета Медицинской академии КФУ

научный руководитель: д.м.н., профессор Хайтович А.Б.

Введение. Известно, что многие бактерии способны координировать свое поведение, за счет чувства кворума. Процессы, контролируемые этой системой, имеют большое значение не только для выживаемости бактерий, но и для увеличения их вирулентности, патогенности и резистентности к различным препаратам.

Цель и задачи. Целью данного исследования является анализ литературных источников, описывающих разные виды и механизмы систем кворума у условно – патогенных, патогенных бактерий и грибов. В задачу входило: определение роли чувства кворума в процессах вирулентности микроорганизмов, систематизация известных аутоиндукторов и установление их принадлежности к разным системам чувства кворума микроорганизмов, а также изучение методов исследования чувства кворума у различных видов микроорганизмов.

Результаты исследований. Принципиальный механизм чувства кворума однотипен для всех микроорганизмов и заключается в реагировании микроорганизмов лишь на определенную концентрацию аутоиндукторов во внешней среде, которые он сам же микроорганизм и выделяет. При увеличении плотности микроорганизмов и достижении необходимого количества сигнальных молекул запускается механизм общения.

Анализ информационных источников показал, что существуют несколько различных систем кворума, характеризующихся определенной принадлежностью к тому или иному виду микроорганизма. Например, для грамположительных бактерий характерна система кворума состоящая из олигопептидов в качестве аутоиндукторов, а процессы запускающие «общение» происходят посредством фосфорилирования, как правило в стационарной стадии роста бактерий. Грамотрицательные бактерии, в свою очередь, используют ацилгомосеринлактоновые системы, которые состоят из аутоиндуктора, фермента его синтезирующего и рецептора, запускающего механизм транскрипции. В последние годы чаще указывается влияние чувства кворума бактерий на развитие онкологических заболеваний. Так установлено, что некоторые пептиды – аутоиндукторы влияют на прогрессирование опухоли.

Все большую известность приобретает тот факт, что бактерии способны общаться не только между собой, но и с человеком-хозяином. Например, взаимодействия кишечной палочки с катехоламинами (адреналином и норадреналином) человека и лактобацилл, продуцирующих аутоиндуктор ГАМК, принимают участие во многих процессах функционирования головного мозга человека.

Доказано, что бактерии за счет чувства кворума способны определять свое количество и плотность, это помогает им на начальных этапах образовывать биопленки, при этом увеличивается патогенность микроорганизма. Изучение отдельных представителей патогенных микроорганизмов (золотистый стафилококк, синегнойная палочка, энтерогеморрагическая кишечная палочка) показал, что система кворума так же контролирует экспрессию некоторых факторов патогенности: токсины, белки – адгезины, ферменты защиты и агрессии.

Выводы. Чувство кворума является важным звеном в жизнедеятельности микроорганизмов. В результате проведенных исследований доказан факт, что явление чувство кворума увеличивает вирулентность и резистентность микроорганизмов. На данном этапе активно исследуются методы терапии, направленные на подавление чувства кворума. Идут активные поиски ингибиторов аутоиндукторов, различных механизмов разобщения системы, веществ вступающих в конкурентные отношения и аутоиндукторами. Следует обратить внимание на то, что чувство кворума способно стимулировать образование биопленки из различных микроорганизмов, что на фоне внедрения высокотехнологичной медицины с использованием вспомогательных медицинских изделий, которые вводятся в организм человека, может представлять определенную опасность и негативно влиять на исход лечения. Результаты анализа показывают, что физиологическое свойство микроорганизмов – чувство кворума представляет важное свойство, которое кроме регулирующей функции может существенно влиять на развитие инфекционного процесса.

ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ - ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ.

Румянцева З.С.¹ Абибуллаева Н.К.²

¹ – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 Медицинской академии КФУ

² – студентка кафедры акушерства и гинекологии №1 Медицинской академии КФУ

Введение. Одной из наиболее частых патологий с которой встречается практикующий гинеколог являются заболевания шейки матки, при этом на долю морфологических изменений шейки матки приходится около 27-30% . Согласно данным статистики цервикальная интраэпителиальная неоплазия является причиной рака шейки матки в 70%. При этом у 95% пациенток был обнаружен высокоонкогенный тип ВПЧ 16/18, что можно достоверно считать пусковым механизмом заболевания. На 1 млн. женского населения приходится 1500 выявленных случаев дисплазий. Трансформация CIN I в CIN II составляет 9%, CIN II в CIN III – 23%, CIN III в рак шейки матки – 31% . Учитывая такие высокие показатели перехода 70% интраэпителиальной неоплазии в рак шейки матки требует использования современных высокоэффективных методов лечения .

Цель и задачи. Определить наиболее эффективный электрохирургический метод терапии интраэпителиальных неоплазий.

- методика исследований. Проведен ретроспективный анализ с помощью программы TransCounter с разделением пациенток по возрасту, гистологической картине, стадии, типу лечения.

Результаты исследований. В исследовании участвовало 74 пациентки. Возрастная группа до 45 лет составила 57 женщин (77%), >45 лет – 17 (23%). По результатам кольпоскопии и гистологической картины CIN I диагностирован в 45 (60,8%) случаях, CIN II – в 19 (25,7%), CIN III – в 10 (13,5%). Изучив общее состояние пациенток, показания и противопоказания, были назначены электрохирургические методики: криокоагуляция – 16, аргоноплазменная абляция – 13, петлевая эксцизия – 18, электроэксцизия – 18, лазерная вапоризация – 9. Контрольное исследование через 1 месяц показало полное отсутствие CIN у 62 (83,8%) пациенток. Остаточные участки дисплазии наблюдались у 5 (6,8%) женщин (CIN I – 2, CIN II/CIN III – 3). Осложнения в виде коагулированного цервикального канала наблюдались у 1-ой пациентки с ЛВ, у 5-ых с криокоагуляцией, у 2-их с лазерной вапоризацией, у 4-их с электроэксцизией; в виде стеноза и стриктуры наружного зева- у 4 пациентов с техникой криокоагуляции, у 2-их – лазерная вапоризация; холодное поражение близко расположенных тканей - у 1-ой пациентки, кровотечение из-под струпа – у 1-ой – лазерная вапоризация, у 5-ых с электроэксцизией.

Выводы. Мониторинг результатов демонстрирует эффективность в 95% с лазерной вапоризацией, в 75% - с криокоагуляцией, в 95% - с аргоноплазменной абляцией у женщин с CIN I, у пациенток с CIN II и CIN III – 90% - ЛВ, 90% - АРА, 85% - петлевая ЭЭ, 70% - криодеструкция, 70% - электроэксцизия. К тому же, нужно отметить и то, что кроме самых низких результатов эффективности электроэксцизии, при ее использовании отмечалась самая высокая встречаемость осложнений, а это указывает на необходимость перехода к более современным высокоэффективным методам лечения, таким как лазерная вапоризация.

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПРЕДОПЕРАЦИОННЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ

Хожирахимов М. Х.¹, Сердюкова А. С.¹

ординаторы кафедры хирургических болезней Медицинской академии КФУ
научный руководитель: к.мед.н., доцент Бутырский А. Г.

Введение. Как указывают Kennedy J.M., Robinson R.A. (2016), узлы в щитовидной железе (ЩЖ) достаточно распространены в человеческой популяции, от 3 до 8% взрослых имеют бессимптомные пальпируемые узлы, а частота непальпируемых узлов, выявляемых только при УЗИ, составляет до 60% от численности населения. Чаще всего узлы подвергаются тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАПБ) под УЗ контролем, чтобы решить вопрос о характере узла и предложить больному оперативное лечение. Несмотря на имеющиеся литературные данные об ограниченной диагностической ценности ТАПБ, реальная необходимость в нем все еще существует.

Цель и задачи. Выявить, при каких обстоятельствах хирургам необходима ГЭД при наличии предоперационной ТАПБ, как поступают хирурги, получив результаты ГЭД, и в каких случаях это действительно необходимо.

Методика исследований. Мы провели ретроспективный анализ 217 историй болезни пациентов, лечившихся в клиниках г. Симферополя (ГБУЗ РК ОКБ им. Н.А. Семашко, ГКБ №7, ГКБ №6 СМП), в которых есть результаты ТАПБ, ГЭД и ОГИ узлов ЩЖ. Период анализа историй – с января 2011 по декабрь 2015 года, в течение которого было выполнено 217 операций на ЩЖ, включая гемитиреоидэктомии (ГТЭ), ТТЭ и окончательную ТЭ. Мы провели сравнительный анализ цитологических заключений, предоперационного плана действий, результатов ГЭД, влияния результата ГЭД на изменения плана операции, результатов окончательного гистологического исследования после проводки (ОГИ).

Результаты цитологического исследования были распределены по принципу Bethesda. Результаты ГЭД были стратифицированы на следующие категории: доброкачественный узел, фолликулярная неоплазия или подозрение на нее (включая Hürthle-клеточные опухоли), подозрение на рак, рак (папиллярный, фолликулярный, медуллярный и пр.). Кроме того, мы стратифицировали результаты ГЭД как "определенные" (доброкачественный или злокачественный узел) и "неопределенные" (все виды подозрительных узлов). Эти 2 категории были созданы, потому что точный диагноз более всего помогает хирургу сориентироваться в выборе тактики – должна ли ГТЭ конвертироваться в ТТЭ. Именно оценка узла является наиболее существенным моментом, а не обнаружение лимфоузлов в срезах при ГЭД.

Результаты исследований. Цитологические заключения после ТАПБ распределились следующим образом: доброкачественное (1) – 78, фолликулярная неоплазия /подозрение на фолликулярную неоплазию (2) – 14, подозрение на рак (3) – 11, рак (4) – 68, неинформативное заключение (5) – 68. Распределение результатов ГЭД имеет следующий вид: доброкачественные (1) – 100, фолликулярная неоплазия /подозрение на фолликулярную неоплазию (2) – 37, подозрение на рак (3) – 5, рак (4) – 75. Из всех результатов проводки рак был выявлен в 136 случаях: папиллярный рак (классический вариант) - 37, папиллярная микрокарцинома – 16, папиллярный рак (фолликулярный вариант) – 20, Hürthle-клеточный рак – 1, медуллярный рак – 6, недифференцированный и анапластический рак – 2.

По результатам статистических исследований, ТАПБ имеет чувствительность 51%, специфичность – 91%, прогностичность положительного результата – 91%, прогностичность отрицательного результата – 53%, точность – 66%. ГЭД имеет чувствительность 55%, специфичность – 96%, прогностичность положительного результата – 96%, прогностичность отрицательного результата – 56%, точность – 71%. Комбинация ТАПБ и ГЭД имеет чувствительность 79%, специфичность – 95%, прогностичность положительного результата – 96%, прогностичность отрицательного результата – 73%, точность – 85%.

Выводы.

1. ГЭД должна иметь решающее значение в интраоперационном выборе оперативной тактики при предшествующей ТАПБ, если заключение цитолога соответствует типам (2), (3) и (5) по Bethesda. В остальных случаях результат ГЭД практически не имеет влияния на выбор объема операции и утрачивает свою полезность при заключениях (1) и (4), лишь затягивая продолжительность операции.
2. Низкая чувствительность цитологического исследования диктует необходимость внедрения в практику цитохимических методов, значительно повышающих его эффективность.
3. Высокая точность комбинации ТАПБ и ГЭД делает ее единственно возможным методом верификации диагноза и выбора тактики хирургического лечения в сомнительных случаях.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТАГОНИСТОВ ЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Лунева М.В., Левина В.И.

студент кафедры внутренней медицины №2 2-го медицинского факультета Медицинской академии им.С.И. Георгиевского КФУ

научный руководитель: к.м.н., доцент Шадчнева Н.А.

maria.luneva606@yandex.ru

Введение. По результатам исследований Bousquet J., Khaltaev N., Cruz A., распространенность аллергического ринита (АР) у взрослых больных бронхиальной астмой (БА) варьирует от 24% до 94%, а длительность заболевания составляет от 50 до 100% по отношению к продолжительности жизни. Частота ассоциации аллергической БА с АР составляет более 80%. АР, как показали Shaaban R., Zureik M., Soussan D., является независимым фактором риска развития БА, увеличивающим шанс заболеть БА более чем в 3 раза. Нарушение дыхательной и защитной функций верхних дыхательных путей и блокада носового дыхания при АР способствует увеличению контакта нижних дыхательных путей с сухим холодным воздухом и аллергенами, что приводит к увеличению частоты приступов БА, обращений за неотложной помощью, госпитализаций и повышению потребности в глюкокортикоидах (ГКС). В исследовании, приведенном в Великобритании Clatworthy J., Price D., Ryan D., было выявлено, что при сочетании с АР, БА имела неконтролируемое течение в 4-5 раз чаще, чем у пациентов с изолированной БА. Исследования Ненашевой Н.М. обосновали рациональность применения единой системной терапии этих заболеваний. Среди фармакологических препаратов этому требованию наиболее полно удовлетворяют антагонисты лейкотриеновых рецепторов. Как известно, в основе БА и АР лежит аллергическое воспаление, в формировании которого помимо гистамина и цитокинов участвуют цистеиниловые лейкотриены. Эти липидные медиаторы, образующиеся из арахидоновой кислоты под действием 5-липооксигеназы, являются мощными провоспалительными медиаторами, вызывающими бронхоконструкцию, гиперсекрецию слизи и нарушение её клиренса, усиливают приток эозинофилов, повышают проницаемость кровеносных сосудов в 100 раз эффективнее гистамина, стимулируют пролиферацию и дифференцировку миофибробластов, способствуя развитию субэпителиального фиброза.

Цель работы - оценка клинической эффективности антагониста лейкотриеновых рецепторов монтелукаста при его применении в комплексной терапии пациентов, страдающих БА в сочетании с АР.

Материалы и методы. Проанализировано 25 историй болезни пациентов (19 женщин и 6 мужчин), средний возраст которых составил 45 лет (от 28 до 53 лет). Большинство больных – 20 пациентов (80%) страдали БА тяжелого и среднетяжелого течения. На момент госпитализации все пациенты находились в стадии обострения или стихающего обострения

БА. У всех пациентов на основании ЛОР-обследования был диагностирован АР, симптомы которого (постоянная заложенность носа, обильные слизистые выделения из носа, приступы чихания) отмечались у 6 пациентов более 10 лет, у 13 пациентов – 5-8 лет, у 6 пациентов – до 5 лет.

При анализе осложнений БА у 12(48%) пациентов выявлена эмфизема легких, у 15 пациентов (60%) – пневмосклероз, у 5 пациентов (20%) – хроническое легочное сердце. При этом в большинстве случаев (у 53% пациентов) отмечалась дыхательная недостаточность (1-й степени – у 9, 2-й степени – у 16 пациентов). Среди сопутствующих заболеваний отмечены артериальная гипертензия (40% пациентов), ишемическая болезнь сердца (25% пациентов). Среди больных 15 человек курили более 10 лет, 9 продолжали курить на момент госпитализации. Практически у всех пациентов в анамнезе отмечены аллергические реакции (на бытовые аллергены, домашнюю пыль, пыльцу растений). Анализ клинической симптоматики показал, что в большинстве случаев пациенты предъявляли жалобы на приступы удушья, кашель и затруднение носового дыхания. До начала лечения в стационаре 50% пациентов отмечали наличие приступов удушья ежедневно, 25% – более 1 раза в неделю и 25% – менее 1 раза в неделю. Ночные приступы отмечены у 25% пациентов ежедневно.

Всем пациентам было проведено обследование, включавшее физикальный осмотр, исследование клинического и биохимического анализов крови, анализ мокроты, рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания.

Учитывая тяжесть течения БА и наличие сопутствующей патологии, всем пациентам проводилась бронхолитическая и базисная противовоспалительная терапия ингаляционными и интраназальными ГКС. В клинике всем пациентам в составе комплексной терапии назначен монтелукаст в дозе 10 мг в сутки в течение 10-14 дней.

Результаты. Оценку результатов лечения проводили на основании объективных и субъективных показателей. На момент выписки из стационара у всех больных наблюдался положительный терапевтический ответ с уменьшением симптомов БА и АР с улучшением объективных показателей. Отмечалось снижение частоты дневных приступов удушья (уменьшились у 25%, прекратились – у 50%), снижение частоты ночных приступов удушья (уменьшились у 40%, прекратились – у 20%), уменьшение интенсивности кашля (75%) или его исчезновение (25%), улучшилось отхождение мокроты у 75% пациентов. Отмечено улучшение аускультативной картины в легких: у 50% уменьшились и у 40% исчезли сухие хрипы в легких, одышка стала менее выражена у 75%. Практически у всех пациентов (23 человека) наблюдали уменьшение выраженности симптомов АР (улучшение носового дыхания, снижение интенсивности ринореи, прекращение приступов чихания). Положительная динамика отмечена также со стороны показателей функции внешнего дыхания: прирост ОФВ₁ с 63,7% до 74,5%, прирост форсированной жизненной емкости легких с 75,4% до 79,7%. У всех пациентов отмечена хорошая переносимость монтелукаста: не выявлено никаких побочных эффектов или отрицательного взаимодействия с другими лекарственными препаратами.

Заключение. Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о высокой клинической эффективности и хорошей переносимости антагониста лейкотриеновых рецепторов монтелукаста при его применении у пациентов с БА в сочетании с АР.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ЦЕФАЛГИИ

Кириллюк Т.И.¹, Чопикян А.А.²

¹ студентка 2-го медицинского факультета Медицинской академии им. С.И. Георгиевского, КФУ им. В.И. Вернадского

² студент 2-го медицинского факультета Медицинской академии им. С.И. Георгиевского, КФУ им. В.И. Вернадского

научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии
Ткач В.В.

Введение. Термин "коморбидность", введенный Файнштейном в 1970 году описывает наличие "любых клинических единиц, которые были или есть в анамнезе заболевания у пациента". Анализ клиники коморбидных состояний необходим для дифференциальной диагностики болезней, поскольку коморбидные патологии часто видоизменяют клинические проявления друг друга, зачастую они определяются случайно при рутинном или скрининговом исследовании. При первичной цефалгии коморбидные нарушения чаще остаются не диагностированными, поскольку обследование больных с первичной цефалгией основывается на сборе анамнестических данных, неврологическом осмотре, при этом практически не используются инструментальные и лабораторные методы исследования.

Цель и задачи исследований: определение и изучение наиболее распространенных коморбидных заболеваний у пациентов с первичной цефалгией, поиск общих патогенетических основ развития и влияние коморбидной патологии на клиническую картину первичной цефалгии;

- методика исследований: осуществлен анализ специальной периодической литературы последних пяти лет по вопросам мигрени и сопутствующих состояний.

Результаты исследований. В ходе анализа литературных источников выявлено, что у пациентов с эссенциальным тремором (ЭТ) частота первичной цефалгии выше популяционной 35% и 24% соответственно, а частота ЭТ у больных с первичной цефалгией в три раза выше общепопуляционной. Коморбидная связь двух описанных заболеваний подтверждается эффективностью лечения β -блокаторов в обоих случаях. Синдром Рейно у больных первичной цефалгией выявляется в 20-30% случаев, что объясняется общностью патогенетических механизмов возникновения, связанных с вазоспастическими нарушениями. Последние исследования обнаружили наследственную предрасположенность к трем состояниям - феномену Рейно, мигрени, ангиопатии сетчатки. По данным Ф. Андермана, частота эпилепсии при мигрени почти в 10 раз выше, чем в популяции (5,9% и 0,5% соответственно). Четверть больных эпилепсией имеют в анамнезе первичную цефалгию, а эпилепсия повышает риск возникновения мигрени в 2,5 раза не только у пациентов, но и у их родственников. Генетический фактор или/и факторы внешней среды, которые повышают нейрональную активность могут снижать порог возбудимости, создавая условия для развития как эпилептического, так и мигренозного приступа. В некоторых случаях мигренозные боли и эпилептические припадки могут быть симптомом одного заболевания. Однако с учетом того, что первичная цефалгия и эпилепсия - одни из наиболее распространенных неврологических заболеваний, описываются лишь единичные случаи истинной мигрени-эпилепсии. Большинство исследователей считает истинное сочетание мигрени и эпилепсии следствием органического поражения мозга. Среди коморбидных психопатологических проявлений при мигрени чаще всего встречается депрессия и тревожные расстройства. Многими исследованиями подтверждено, что тревожность, чаще всего, предшествует мигрени, а депрессия присоединяется к клинической картине мигрени на более поздних этапах. По результатам работы Н. Бреслау и соавторов в группе детей и подростков выявлена тревога, далее - первичная цефалгия и в зрелом возрасте - депрессия. В некоторых работах отмечено, что у пациентов с первичной цефалгией достоверно чаще встречаются биполярные и панические расстройства, в одной из них описывается особая форма мигрени - "паническая" -

на высоте мигренозного приступа возникает типичная паническая атака. Учитывая схожесть развития мигрени и панических атак и их тесную связь с тревожными нарушениями, можно предположить наличие тройной коморбидной связи между первичной цефалгией, паническими атаками и тревожностью. Высказывается предположение связи гипервентиляции с первичной цефалгией, поскольку сосудистые и биохимические факторы, связанные с гипервентиляцией и те, что приводят к сосудистым спазмам и повышенной нервно-клеточной возбудимости могут подключаться к патогенетическим механизмам мигрени. Ведутся попытки установить связь мигрени с артериальной гипер- и гипотензией. Если на данный момент связь мигрени с артериальной гипертензией установить не удалось, то зависимость между первичной артериальной гипотензией и первичной цефалгией прослеживается в ряде работ. Подчеркивается важнейшая роль биологической предрасположенности и выраженного психовегетативного синдрома, значение депрессивных проявлений в формировании клинической картины мигрени и первичной артериальной гипотонии, определена недостаточность вегетативной регуляции в симпатической системе. Эти данные позволяют предполагать коморбидную связь между первичной цефалгией и первичной артериальной гипотонией. Проплапс митрального клапана (ПМК) - наиболее часто встречаемая патология митрального клапана в популяции. В прицельном исследовании, направленном на поиск коморбидности между первичной цефалгией и ПМК, которое проводилось посредством стандартных эхокардиографических критериев у 100 больных с первичной цефалгией и 100 лиц без головной боли. Достоверный и возможный ПМК у больных с первичной цефалгией выявлялся в два раза чаще, чем в контрольной группе. Предположительно, механизм, объединяющий ПМК и мигренозные цефалгии - расстройство вегетативной регуляции в сердечно-сосудистой системе.

Выводы. Анализ результатов исследований коморбидности первичной цефалгии позволяет сделать ряд важных заключений. Изучение коморбидной патологии при цефалгии в настоящее время требует усовершенствования методического подхода с целью не только уменьшения частоты и тяжести болевых приступов, но и улучшения общего состояния пациентов и качества их жизни. Использование комплексной терапии первичной цефалгии и коморбидных состояний должно позволить уменьшить частоту и тяжесть атак.

ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Симоненко Е.В., Махотин А.А.

*студенты кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Медицинской академии КФУ*

научный руководитель: к.м.н. доцент Махкамова З.Р., асс. Санина Г.Н.

Введение. Онкопатология занимает второе место среди основных причин смерти в мире. Среди онкологических заболеваний у женщин рак молочной железы (РМЖ) в структуре заболеваемости и смертности устойчиво занимает ведущие позиции. (16% всех случаев рака). По данным ВОЗ в мире ежегодно отмечается более 1 млн случаев данного заболевания и погибают от него около 250 тыс. женщин. Рак груди встречается во всех возрастных группах. По статистике, каждая 8-я женщина имеет риск заболеваемости РМЖ. Пик заболеваемости РМЖ приходится на активный трудовой возраст (45-59 лет) и занимает лидирующую позицию по утрате трудоспособности у женщин. Экономический ущерб рака значителен, и с каждым годом он возрастает. ВОЗ оценивает общий годовой экономический ущерб от рака примерно в 1,16 трлн долларов США. Онкологические заболевания могут быть выявлены на ранней стадии. Это возможно, прежде всего, при достаточной осведомлённости каждой женщины о факторах повышенного риска и проведении скрининга. Ранняя диагностика рака молочной железы является действенной мерой по улучшению эффективности лечения и предупреждению смертности. Причина позднего выявления

заключается в недостаточной грамотности женского населения о методах профилактики и методики их проведения.

Цель. Изучить некоторые эпидемиологические показатели по РМЖ в период 2006-2016 у женщин в Республике Крым.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ статистических данных заболеваемости, смертности и догодовой летальности за 2006-2016 гг. ГБУЗ РК "Крымский республиканский онкологический клинический диспансер имени В.М. Ефетова". Статистический анализ проведен с помощью статистического пакета Microsoft Excel 2016.

Результаты исследований. Анализ заболеваемости РМЖ выявил, что средний показатель в РК составил - 38,6 на 100 000 населения. Однако отмечается неуклонный рост показателя за исследуемый период на 25% (33,8 на 100 000 населения в 2006г., и 48,5 на 100 000 населения в 2016 году). Пики заболеваемости приходятся на 2012г. и на 2016 г (40,7 и 48,5 на 100 000 населения соответственно). Данная тенденция характерна для многих стран, в том числе и Российской Федерации. Несмотря на положительную динамику, остается высоким показатель смертности женщин с РМЖ. Средний показатель смертности РМЖ в РК составляет 16,2 на 100 000 населения. Показатель смертности на протяжении исследуемого периода времени на 100 000 населения значимо не изменился (в 2007 г -16,6, в 2016 – 15,0). Тем не менее динамика смертности имеет волнообразный характер, выявлены несколько всплесков увеличения показателя смертности в 2009 г (17,6 на 100 000 населения), наивысший пик приходится на 2012 г (19,6 на 100 000 населения) с последующем снижением к 2015 г (17,2 на 100 000 населения). Динамику изменений показателей заболеваемости и смертности можно связать с улучшением методов диагностики, в частности маммографического скрининга, который позволяет выявить новообразование на ранних стадиях, до появления первых симптомов. Тем не менее, нестабильный тренд снижения показателя смертности свидетельствует о недостаточном уровне профилактических мероприятий, на что указывает анализ догодовой летальности. В среднем за 2006-2016 гг он составил 8,2% и имеет тенденцию к снижению (темп убыли 22,9 %.). Если в 2006 г процент умерших женщин на первом году от впервые выявленных больных РМЖ составлял 22,2%, то в 2016 он составил уже 8,6 %. Однако снижение данного показателя шло до 2010-2011 гг (5,4%), с последующим незначительным ростом (8,6% в 2016 г.).

Выводы. Анализ динамики показателей РМЖ в РК отобразил тенденцию к росту заболеваемости и несмотря на скачкообразные изменения - снижение смертности и догодовой летальности. Это связано с ранней диагностикой, применением скрининговых методов, в частности маммографии, улучшением диспансерного наблюдения. Тем не менее, пики роста смертности и замедление снижения догодовой летальности показывает о недостаточном использовании методов профилактики и ранней диагностики РМЖ.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ВИЛЛИСА-ЭКБОМА

Эмирсалиева Н.С.

студент 4 курса Медицинской Академии им С. И. Георгиевского

научный руководитель: ассистент Пилипенко Е.Б., кафедра нервных болезней и нейрохирургии Медицинской Академии им С. И. Георгиевского

Введение. Синдром беспокойных ног (СБН), также известный как болезнь Виллиса-Экбома – хроническое заболевание нервной системы, характеризующееся в основном чувствительными расстройствами нижних конечностей. Неприятные ощущения у больных появляются в покое, чаще всего в ночь, что приводит к хроническому нарушению сна, снижению работоспособности и внимания, изменению эмоционального состояния, недомоганию, утомляемости.

Цели и задачи исследований: провести анализ клинической картины болезни Виллиса-Экбома

Материалы и методы: изучены данные зарубежной и отечественной литературы за последние 5 лет.

Результаты. В медицинской практике различают идиопатический (по другой классификации - первичный) и вторичный синдромы беспокойных ног, имеющие, вероятно, разную этимологию. Первичный формируется в условиях отсутствия иных неврологических и соматических заболеваний. Синдром вторичной природы зачастую возникает у больных старше 50 лет вследствие уже определенного у пациента соматического или же неврологического расстройства. Более частые этиологические факторы развития – беременность, железодефицитная анемия, нефропатия, сахарный диабет, амилоидоз, фолиевой кислоты, тиамина, магния, алкоголизм, гипотиреоз и тиреотоксикоз, ревматоидный артрит, болезнь Шегрена, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, эссенциальный тремор, болезнь Гентинктона, приобретенные и наследственные полиневропатии.

Для диагностики необходимо наличие у пациента:

1) Сенсорных симптомов – неприятные скребущие, зудящие, колющие, давящие и распирающие ощущения. Иногда пациенты могут характеризовать их как шевеление муравьев под кожей, легкое жжение и т.п., а иногда - как дискомфорт. Если говорить о локализации, то преимущественно это голень, в стопах и бедрах ощущения слабее и возникают реже. В тяжелых случаях дискомфорт может возникать и в области рук или туловища. Проявление ощущений симметричное, но может быть и асимметричным.

2) Условием появления симптомов является покой. В положении лежа они со временем только усиливаются, вынуждая пациента к двигательной активности.

3) Еще одним характерным признаком является циркадность, симптоматика более выражена в вечернее и ночное время.

4) Неприятные ощущения больного облегчаются и устраняются во время движений, поэтому такие больные вытягивают и сгибают конечности, встряхивают, растирают, массируют их, ходят по комнате.

Подтверждающих клинические признаки:

1. Положительный семейный анамнез
2. Положительная реакция на дофаминергическую терапию
3. Периодические движения ногами

Сопутствующие клинические признаки:

1. Хроническое течение (стационарное или медленно прогрессирующее)
2. Расстройства сна
3. Отсутствие изменений при физикальном и неврологическом осмотре (кроме случаев вторичного СБН).

Выводы: Заболевание затрагивает разные возрастные группы, и может иметь разную этимологию. Наиболее трудным оказывается заболевание, возникшее после 50 лет на фоне других заболеваний. Существуют две группы признаков для диагностики расстройства — объективные (связанные с двигательной активностью больного) и субъективные (основаны на ощущениях пациента).

Точная постановка диагноза требует дифференцировки СБН от таких заболеваний, как акатизия, ночные крампи, облитерирующий эндартериит и атеросклероз нижних конечностей, полиневропатии, «болезненные ноги-движущиеся пальцы».

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Чопикян А.А., Кирилук Т.И.

студенты 2-го медицинского факультета Медицинской академии им. С.И. Георгиевского, КФУ им. В.И. Вернадского

научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры внутренней медицины №2 Шадчнева Н.А.

Введение. Хронический атрофический гастрит - это воспалительный процесс слизистой оболочки желудка с ее структурной перестройкой, прогрессирующей атрофией, истончением слизистой оболочки, уменьшением количества желез и секреторной недостаточности желудка при хроническом течении. По данным ВОЗ, в развитых странах хронический гастрит фиксируется у 75—85% больных, а атрофический гастрит встречается в 5% случаев — у лиц моложе 30 лет, в 30% случаев у лиц в возрасте от 31 до 50 лет и в 50—70% случаев — у лиц старше 50 лет. Актуальность для участкового врача-терапевта обусловлена широкой распространенностью данного заболевания, его длительным течением, постепенным прогрессированием, повышенным язвцерогенным и онкогенным риском и, следовательно, значительным влиянием на качество жизни больных.

Цель и задачи исследований включали в себя оценку влияния хронического атрофического гастрита на качество жизни больных и определение основного спектра жалоб до и через две недели после проводимого лечения согласно стандарту оказания медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией (приказ Минздравсоцразвития РФ №248 от 22 ноября 2004 года);

- методика исследований: исследование проводилось в рамках производственной практики на базе поликлиники №1 ГБУЗ Севастополя «ГБ №2» путем анкетирования 38 больных (средний возраст 56,7±8,2 года, 63,1% мужчин и 36,9% женщин) хроническим атрофическим гастритом по стандартному опроснику SF-36, состоящему из 10 вопросов при первичном обращении после постановки диагноза и после двух недель амбулаторного лечения. План обследования больных включал физикальные, лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи, определение уровня альфа-амилазы и инструментальные (электрокардиография, эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки, УЗИ органов брюшной полости) методы исследования. План лечения включал в себя назначение диеты №2, ингибитор протонной помпы (рабепразол 10 мг 2р/д), для стимуляции железистого аппарата – магнитотерапия (10 сеансов по 10 минут) и прокинетики – итоприд 50 мг 2 р/д.

Анализ полученных данных осуществлен в программе Microsoft Office 2016 Excel.

Результаты исследований. На момент постановки диагноза у 97,3% пациентов отмечалась боль, у 92,1% - чувство переедания (переполнения желудка), у 89,5% - отрыжка пищей и воздухом, у 84,2% - неприятный вкус во рту, у 76,3% - снижение аппетита, 73,7% - метеоризм. Показатели клинического и биохимического исследований, результаты ультразвукового исследования были в пределах нормы. При эндоскопическом исследовании отмечалась сглаженность рельефа слизистой, ее истончение, просвечивание сосудов подслизистого слоя, очаговые и/или диффузные серовато-белые участки атрофии. Тест на

хеликобактерную инфекцию был отрицательным. Диагноз хронического атрофического гастрита был верифицирован морфологическим исследованием биоптатов – наблюдалось уплощение эпителия, уменьшение количества главных и добавочных клеток, а также появление участков кишечной метаплазии.

Анализ данных анкетирования по стандартному опроснику SF-36 после постановки диагноза и до назначенного лечения показал следующие значимые признаки снижения качества жизни пациентов: уменьшение суммарного физического компонента здоровья до 59,3, в частности, ограничение физического функционирования – до 78,5; ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием – до 52,4; интенсивность боли – 90,1, оценка общего состояния здоровья - 62,7). Суммарный психологический компонент здоровья составил 62,1, том числе по компонентам: психическое здоровье – 96,2; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием – 94,1; социальное функционирование – 79,3; жизненная активность – 62,7.

После двухнедельной терапии выраженность симптомов существенно снизилась, боль в эпигастрии сохранилась у 22,1% больных, чувство переедания (переполнения желудка) – у 12,1%, отрыжка пищей и воздухом – 17,4%, неприятный вкус во рту – 19,6%, снижение аппетита – 6,2%, метеоризм – 12,8%.

Проведенная после 14 дней амбулаторного лечения оценка качества жизни показала положительную динамику: суммарный физический компонент здоровья вырос на 9,8% и составил 69,1. При этом улучшились все исследуемые параметры: физическое функционирование выросло до 66,5; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – до 58,4; интенсивность боли снизилась и составила 56,1; общее состояние здоровья – 69,9. Суммарный психологический компонент здоровья возрос до 78,5, в том числе психическое здоровье – до 98,1; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием – до 97,2; социальное функционирование – до 85,2; жизненная активность – до 76,4.

Выводы. Хронический атрофический гастрит оказывает значительное отрицательное влияние на качество жизни больных.

Выполнение стандарта оказания медицинской помощи (приказ №248 МЗ РФ) приводит к значительному снижению выраженности симптомов, улучшению как физического, так и психического суммарных компонентов здоровья пациентов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА-МЕДИКА. РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Гизатуллина Г.Р.

*Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»
кафедра физиологии нормальной*

научный руководитель: к.м.н., доцент Залата О.А.

Введение. Переходный период в Автономной Республике Крым начался с 18 марта 2014 года и длился до 1 января 2015 года, в течение которого, в соответствии с Договором о принятии Республики Крым в Российскую Федерацию (РФ), требовалось урегулировать вопросы интеграции новых субъектов РФ (Республики Крым и города федерального значения Севастополя) в экономическую, финансовую, кредитную и правовую систему РФ, в систему органов государственной власти РФ [1]. Известно, что система высшего образования является неотъемлемой частью социально-экономического сектора региона и насколько она соответствуют потребностям проживающего на данной территории населения, в том числе потребности полноценного, квалифицированного и современного медицинского обслуживания, зависит успешность развития такого региона.

Студенческая молодежь, особенно медицинских вузов, относится к достаточно уязвимой группе населения в связи с высоким риском развития психоэмоциональных расстройств из-за высокой интенсивности учебного процесса. В связи с этим студенты-медики требуют особого внимания и наблюдения за их психологическим состоянием. Мониторинг прямых и косвенных признаков психоэмоциональных расстройств дает возможность своевременного предотвращения негативных последствий в виде формирования функциональных расстройств психической сферы (невроты напряжения). В связи с изменениями в статусе Республики Крым представляет интерес проведение ретроспективного анализа показателей психоэмоционального состояния студентов-медиков в зависимости от условий поступления, которые претерпевали изменения в переходном периоде и после него.

Целью настоящего исследования стал анализ психических свойств, состояний и характеристик личности студентов-медиков; сравнительный анализ этих показателей у студентов, поступивших в Крымскую медицинскую академию им. С.И. Георгиевского в разные периоды становления Республики Крым как субъекта Российской Федерации.

Методика исследований. В период с 2014 по 2017 год тестировали 466 студентов-добровольцев (средний возраст $19,23 \pm 1,7$ лет): 166 юношей и 300 девушек. На втором году обучения было протестировано 230 студентов:

- в сентябре-ноябре 2014 года – 55 второкурсников, поступивших в 2013 году по результатам Внешнего Независимого Оценивания, когда Крым входил в состав Украины (группа А);
- в осеннем семестре 2015 года – 50 второкурсников, поступивших в 2014 году по результатам вступительных экзаменов во время переходного периода (группа Б);
- в осеннем семестре 2016 года – 125 абитуриентов 2015 года, поступление которых регламентировано по правилам, установленным в РФ - вступительные экзамены или результаты ЕГЭ (группа В).

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). Оценку психических характеристик личности выполнили с помощью опросника Айзенка (EPI), степень враждебности и агрессивности определяли с помощью опросник Басса-Дарки (BDHI), уровни личностной (ЛТ) и ситуационной тревожности (СТ) оценивали посредством опросника Спилбергера-Ханина, для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения применяли опросник самочувствие-активность-настроение (САН). Проверив полученные данные на характер распределения, для анализа использовали непараметрические методы статистического анализа, программа Statistica 8,0.

Результаты исследований. Вся когорта студентов характеризовалась склонностью к экстраверсии ($Me=13$, $p_{25}=11$, $p_{75}=16$), со средним уровнем нейротизма ($Me=13$, $p_{25}=9$, $p_{75}=16$). Уровни как ЛТ, так и СТ, интегральные показатели агрессивности и враждебности не выходили за пределы средних значений нормы. Уровень нейротизма у девушек ($Me=14$) был достоверно выше, чем у юношей ($Me=11$) ($p=0,000$). Отличались показатели СТ и ЛТ, которые были выше так же у девушек ($p=0,04$; $p=0,0002$). Самочувствие и активность, в свою очередь, у них были ниже, чем у юношей ($p=0,03$; $p=0,000$). Корреляционный анализ показал прямую взаимосвязь уровня нейротизма с косвенной агрессией, раздражительностью, подозрительностью, чувством вины и обидой ($0,23 \leq r \leq 0,55$; $p=0,000$). Уровень личностной и ситуационной тревожности опосредовал косвенную агрессию, раздражительность, обиду, чувство вины ($0,22 \leq r \leq 0,44$; $p=0,000$). Сравнительный анализ групп показал: уровень СТ и косвенной агрессии студентов группы А. был достоверно выше, чем у студентов группы Б. ($p=0,0002$; $p=0,02$). Согласно результатам опросника, студенты группы В. были менее активны, чем студенты группы А. ($p=0,02$), и более тревожны в сравнении с группой Б. ($p=0,002$).

Выводы. Таким образом, все протестированные крымские студенты-медики оказались преимущественно экстравертами, психоэмоциональные показатели которых не выходили

за пределы нормальных, чей уровень нейротизма и тревожности был взаимосвязан с показателями агрессивности и враждебности. Обнаружили убывание ситуативной тревожности между сравниваемыми группами: наименее тревожными оказались студенты, поступившие в 2014 году, а наиболее – поступившие в 2013 году.

Договор между Российской Федерацией и Республикой Крым о принятии в Российскую Федерацию Республики Крым и образовании в составе Российской Федерации новых субъектов от 18 марта 2014 года.

ОЦЕНКА ДНЕВНОЙ СОНЛИВОСТИ И ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Воровский В.С.

*Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»
кафедра физиологии нормальной*
научный руководитель: к.м.н., доцент Залата О.А.

Введение. Сон и бодрствование являются функциональными состояниями, в которых происходит жизнь человека. Любые расстройства сна негативно отражаются на здоровье индивидуума, тем более если уже имеет место какая-либо патология. В литературе описаны нарушения сна у больных с сердечно-сосудистой патологией, изменениями в состоянии функционирования дыхательной системы. Представляет интерес оценка и анализ качества сна и характеристик личности пациентов с хирургической патологией, которая, как известно, является достаточно психотравмирующим обстоятельством.

Целью настоящей работы явилась оценка дневной сонливости и уровня тревожности у выборочной группы больных хирургического профиля.

Методика исследований. С соблюдением биоэтических норм была выполнена процедура индивидуального тестирования пациентов, находящихся на лечении в хирургическом отделении одной из клиник города Симферополь (n=30; 19 женщин и 11 мужчин; средний возраст $47,4 \pm 2,20$). Характеристики дневной сонливости группы были получены с помощью Шкалы сонливости Эпворта (Epworth Sleepiness Scale, ESS). Ранг оценки по шкале соответствовал: 0-5 низкая дневная сонливость; 6-10 умеренно высокая дневная сонливость, 11-12 средне избыточная дневная сонливость; 13-15 повышенная дневная сонливость, 16-24 сильно выраженная дневная сонливость. Оценку уровня тревожности (личностной и ситуативной) выполнили с помощью опросника Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), считая до 30 баллов уровень тревожности низким, 31-45 – умеренным уровнем, а 46 и более – высоким уровнем тревожности. Поскольку исследуемые показатели не соответствовали закону нормального распределения, для анализа использовали медианы (Me) и величины интерквартильного размаха (p25; p75), а взаимосвязь между показателями устанавливали с помощью корреляционного анализа по Сирмену (r) программа «Statistica» 8.0. Работа соответствует Федеральному закону РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральному закону «О персональных данных» от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ, включая изменения.

Результаты исследований. Были проанализированы характеристики дневной сонливости и тревожности, полученные с помощью тестирования у пациентов с хирургической патологией (таблица 1).

Характеристика дневной сонливости и тревожности
у пациентов с хирургической патологией

Показатели	Медиана	Min	Max	p25	p75
Личностная тревожность	42,0	23,0	64,0	35,0	46,0
Ситуационная тревожность	41,0	20,0	66,0	34,0	54,0
Дневная сонливость	6,0	0,0	16,0	3,0	8,0

Как видно из полученных данных, у пациентов, проходящих лечение в клинике в связи с острой хирургической патологией показатель дневной сонливости соответствовал умеренно высокому. Уровень личностной (ЛТ) и ситуационной (СТ) тревожности был умеренным. Корреляционный анализ показал, что уровень тревожности прямо опосредует состояние дневной сонливости (ЛТ $r=0,58$, $p=0,006$; СТ $r=0,51$, $p=0,003$). Другими словами, у пациентов с более высоким уровнем тревожности, личностной или ситуационной, следует опасаться риска перехода дневной сонливости в категорию опасной. По данным исследований это является признаком наличия у больного обструктивного апноэ. Такое предположение дает основание рекомендовать пациенту, независимо от основного диагноза, дополнительные методы исследования: кардиореспираторный мониторинг или полисомнографию.

Выводы. У пациентов с хирургической патологией, находящихся на стационарном лечении, с помощью психологического тестирования установили, что уровни личностной и ситуационной тревожности были умеренными, а дневная сонливость соответствовала умеренно высоким значениям. При этом обнаружили тесную прямую взаимосвязь между состоянием тревожности и уровнем дневной сонливости. Такая связь свидетельствует о риске развития синдрома обструктивного апноэ у более тревожных больных, в том числе с острой хирургической патологией.

СИСТЕМА РЕДАКТИРОВАНИЯ ГЕНОМА CRISPR/CAS

Фалис В.В.

студентка кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии Медицинской академии КФУ

научный руководитель: д.м.н., профессор Хайтович А.Б.

Введение. Актуальность темы обусловлена стремительным развитием современных генно-инженерных технологий и их внедрением в микробиологию и другие сферы медицины. В данной работе рассматривается принцип работы CRISPR/Cas - системы защиты бактерий, а также проблемы применения данной системы и перспективы ее использования.

Цель и задачи. Целью данной работы - изучение системы CRISPR/Cas. Задачами исследования явились: изучение механизма CRISPR/Cas и определение сфер применения системы; изучение перспектив использования данной системы и поиск дальнейших направлений исследований. Методы исследований – изучение и анализ литературы по данной проблеме.

Результаты исследований. CRISPR (от англ. clustered regularly interspaced short palindromic repeats - короткие палиндромные повторы, регулярно расположенные группами) – отрезки ДНК прокариотов, представляющие собой короткие повторяющиеся последовательности, разделенные спейсерами (уникальными последовательностями). Она обнаружена у прокариотов и зубактерий. Впервые CRISPR locus был выявлен в 1987 году у *Escherichia coli*. Дальнейшие исследования показали, что CRISPR – это система памяти о контактах бактерии с чужеродными агентами – вирусами. CRISPR-структуры чаще располагаются на основной бактериальной хромосоме, но иногда входят в состав

внехромосомных факторов наследственности - плазмиды. Локусы CRISPR представлены короткими (около 30 - 40 нуклеотидов) прямыми повторами, которые отделяются друг от друга неповторяющимися спейсерами, произошедшими из ДНК тех чужеродных генетических элементов (вирусов), с которыми сталкивалась клетка или её предшественники. Наборы спейсеров у штаммов одного вида могут различаться. Благодаря высокой вариабельности, задолго до того, как изучена роль CRISPR в клетках прокариот, их стали использовать для быстрого типирования штаммов бактерий: *Yersinia pestis*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Campylobacter jejuni*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Streptococcus pyogenes* и др. Транскрипция повторов и спейсеров CRISPR начинается с лидерной последовательности промоторов, находящихся с ряда повторов и спейсеров. Локусы CRISPR могут выполнять функцию защиты только при наличии генов cas. Различные системы CRISPR-Cas объединяют три ключевых этапа работы: адаптация, экспрессия и интерференция.

Первый этап - адаптация связан с приобретением спейсеров, когда клетку с CRISPR-системой заражает вирус и происходит копирование, вставка чужеродных генетических элементов в CRISPR в качестве новых спейсеров, называемых протоспейсерами. Протоспейсеры - это не случайные последовательности. В вирусных геномах рядом с протоспейсерами находятся короткие (обычно длиной в два-три нуклеотида) PAM-мотивы (от. англ. protospacer adjacent motif). Это участки выщепления протоспейсера, то есть своеобразные подсказки для CRISPR-системы, что найденный участок относится к чужеродной ДНК. За приобретение новых спейсеров отвечает комплекс из белков Cas1 и Cas2, который сканирует чужеродную ДНК в поисках PAM-последовательности, вырезает протоспейсер, распознает лидерную последовательность и интегрирует новый спейсер с дополнительной копией повтора рядом с ней.

Второй этап - экспрессия заключается в копировании CRISPR-кассеты с образованием пре-crPHK, который далее разрезается на короткие crPHK. Параллельно синтезируются Cas-белки, из которых строится скелет активного эффекторного комплекса. Субъединицы этого комплекса расположены в пространстве так, что между ними образуется бороздка, в которую помещается crPHK.

Третий этап – интерференция. Эффекторный комплекс нацеливается на участок нуклеиновой кислоты чужеродного агента, содержащий ген-мишень (протоспейсер), который связывается с этим фрагментом, и белок Cas9 производит двухцепочечные разрывы цепи ДНК.

С 2012 году в геномной инженерии появились принципиально новые методы работы с генетическим материалом, основанные на применении систем CRISPR-Cas. Данные методы пригодны для целенаправленного редактирования геномов прокариот и эукариот. Хотя эукариоты не имеют собственных систем CRISPR-Cas, вскоре выяснилось, что введённые в эукариотическую клетку в лабораторных условиях элементы системы CRISPR-Cas бактериального происхождения способны функционировать в новой среде. При этом используется белок Cas9, одинаковый для всех мишеней, а специфичность действия системы определяется crPHK. Экономичность, простота и одновременно эффективность методов на основе CRISPR-Cas9, вывели их на ведущее место среди методов для целенаправленного редактирования генома. При редактировании генома эукариот результатом работы CRISPR-Cas9 является не разрушение всей молекулы ДНК, а репарация двуцепочечного разрыва. Множество двуцепочечных разрывов могут привести к появлению крупных делеций и даже инверсий. В 2015 году китайские ученые попытались исправить геном человеческого эмбриона. Они взяли зиготу с испорченным геном, приводящим к болезни крови бета-талассемии. В клетку были введены белок Cas9 и РНК-гид, которые должны были найти и «вырезать» ген, несущий информацию о заболевании, с последующей репарации по здоровой матрице. В результате эксперимента в 10% эмбрионов мутация действительно была исправлена. Плохая новость заключалась в том, что во всех клетках «исправленных» эмбрионов присутствовало большое количество мутаций, которые появились вовсе не там, где предполагалось. В настоящее время большое количество исследователей работают над улучшением системы и повышения эффективности редактирования. Это значит, что

практическое внедрение технологии по изменению генома человека пока не реализуется, что связано с несовершенством техники и не позволяет гарантировать положительного результата. Серьезной проблемой остаются этические аспекты медицины, которые пока не позволяют использовать этот инструмент в изменении генома человека. Несмотря на сложности в применении системы CRISPR/Cas относительно человека, существуют не менее важные сферы, где данная система нашла свое применение. Это, в первую очередь, маркировка и типирование штаммов бактерий; формирование у бактерий «противофагового иммунитета» для защиты заводских штаммов; фаготерапия и др.

Выводы. Система CRISPR/Cas является прорывом в микробиологии и медицине в целом. Ее открытие дало огромный толчок развитию наиболее перспективных методов генной инженерии, дало новые возможности в идентификации штаммов бактерий, а также позволило применять ее в защите заводских штаммов бактерий от вирусов. И это не все области, где CRISPR-система нашла применение. Таким образом, исследования в области молекулярной генетики продолжают оставаться одними из наиболее перспективных для медицины.

ОСТРАЯ АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Тарасова Е.С.

*студентка кафедры пропедевтики педиатрии Медицинской академии
им. С.И. Георгиевского, КФУ*

научный руководитель: к. м. н., доцент Гостищева Е.В.

Введение. По данным ВОЗ, более 15% детей во всем мире страдают от аллергических заболеваний. Наиболее часто к педиатру обращаются по поводу крапивницы, отека Квинке и токсикодермии. В последнее время наблюдается учащение случаев сочетанной патологии. Острые аллергические реакции встречаются у детей любого возраста и места проживания, т.к. наиболее значимые аллергены (пищевые аллергены, лекарственные препараты, вакцины, яды насекомых и др.) встречаются повсеместно и во все периоды жизни ребенка. Часто педиатру не удается выявить причину аллергии ребенка в связи с поверхностным сбором данных анамнеза у родителей.

Цель и задачи исследований: Изучение и анализ частоты встречаемости и этиологически значимых факторов острых аллергических реакций у детей г. Симферополь, выявление связи аллергии со временем года и наследственностью.

Методика исследований: Клиническому анализу были подвергнуты 226 истории болезни пациентов от 3 до 17 лет, проходивших курс лечения по поводу острой аллергической патологии в детской городской клинической больнице г. Симферополь. Анализ результатов проводился с помощью программы «Excel-Office, 2003» фирмы Microsoft (США).

Результаты исследований: Проанализировав 226 историй болезни было установлено, что в 74.78% (у 169 детей) острая аллергическая патология проявлялась в виде крапивницы, в 8.85% (у 20 детей) крапивница сочеталась с отеком Квинке, в 12.83% (у 29 детей) была диагностирована токсикодермия, отек Квинке наблюдался в 3.54% случаев (у 8 детей). Нами было замечено, что гендерные различия проявлялись только у детей до года (чаще у девочек (в 65% случаев)). Наиболее часто аллергические реакции были обнаружены у детей в группе от года до семи лет — 57.96% (131 случай), что предположительно связано с критическими периодами в развитии иммунной системы ребенка (в 2–3 года и 6–7 лет). Фактор наследственности был этиологически значим только в 16.3% (37 случаев). В 83.7% (190 случаев) родители отрицали отягощенную наследственность. Однако, полученные данные, скорее всего свидетельствуют об отсутствии информации у родителей о разнообразии аллергических проявлений в целом и их проявлении у близких родственников.

Достоверно установленной причиной острых аллергических реакций были пищевые продукты — 63,4% ($p < 0,001$ — достоверно по отношению к пищевому триггеру), из которых лидировали сладости, цитрусовые, яйца, овощи, выращенные в тепличных условиях и красные фрукты.

Анализ историй болезней выявил высокую частоту развития аллергических реакций в весенние и летние месяцы с наибольшим числом обращений за помощью в июнь и июль. Мы предполагаем, что это было связано с массовой аллергенной нагрузкой, поступающей в организм с пищей и учащением укусов детей насекомыми.

У детей первого года жизни наиболее частой патологией, по нашим данным, является крапивница — 65% (13 случаев), токсикодермия встречается в 25% (5 случаев), а сочетание крапивницы и отека Квинке лишь в 10% (2 случая). В 35% случаев причиной оказались продукты прикорма (молочные каши и овощные пюре). Необходимо отметить, что в этой категории пациентов прикорм вводился после 6 месяцев жизни. В 25% случаев острая аллергическая реакция отмечалась после приема лекарственных препаратов в форме сиропа или антибактериальных препаратов, в 25% случаев родители не могли указать точно на причину возникновения аллергии, в 10% случаях аллергия возникла на фоне нарушения диеты кормящей матерью, в 5% случаев крапивницу родители связывали с укусом насекомого.

Выводы: Острая аллергическая патология чрезвычайно распространена в детской популяции и наиболее часто выражается проявлениями крапивницы (более чем у 60% детей). Достоверно чаще причиной являются именно продукты прикорма и питания. Несмотря на низкую частоту выявления отягощенной наследственности, врачу - педиатру необходимо производить более тщательный сбор анамнеза для выявления причины развития острых аллергических реакций, регулярно проводить просветительную работу о правильном и рациональном питании детей и кормящих матерей с целью профилактики возникновения аллергии.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ КСЕНОГЕННОГО ЛИКВОРА В ЮВЕНИЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПОСТАНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА

Комаров К.В.¹, Бессалова Е.Ю.² Макалиш Т.П.³ Береза П.В.⁴

^{1,4}студенты кафедры нормальной анатомии Медицинской академии КФУ

²профессор кафедры нормальной анатомии Медицинской академии КФУ

³аспирант кафедры нормальной анатомии Медицинской академии КФУ

научный руководитель: д.м.н., профессор Пикалюк В.С.

Введение. Цереброспинальная жидкость (ЦСЖ) является гуморальной средой центральной нервной системы. Содержит множество органических соединений, в том числе и биологически активные вещества: факторы роста, гормоны, нейропептиды и при парентеральном введении оказывают воздействие на различные системы органов. Изучено влияние ликвора на легкие, селезенку, брыжеечные лимфатические узлы, костный мозг и органы репродуктивной системы.

Цель и задачи. Изучение вопроса строения щитовидной железы крыс при введении ксеногенной спинномозговой жидкости в ювенильный период онтогенеза.

Материалы и методы. Исследование было проведено на 18 крысах линии Wistar обоих полов неполовозрелого возраста. Животные были разделены на контрольную (1-я группа) и экспериментальную (2-я группа) группы. Животным 1 группы вводился 0.9% раствор NaCl 3-х и 10-тикратно, животным 2 группы экзогенный ликвор 3-х и 10-тикратно внутримышечно каждые вторые сутки в дозе 2 мл/кг живого веса. Крыс выводили из эксперимента через сутки после последней инъекции, методом декапитации под эфирным наркозом. Щитовидную

железу фиксировали в 10% растворе формалина. Морфометрические характеристики изучали на серийных срезах окрашенных гематоксилин-эозином. На светооптическом уровне изучали относительные площади эпителия и коллоида, фолликулярно-коллоидный индекс. Так же были изучены литературные источники и произведена обработка информации по данной теме.

Результаты исследований. У крыс контрольной и экспериментальной групп щитовидная железа располагалась с обеих сторон трахеи, ниже гортани, на уровне четвертого-шестого трахеальных колец. По литературным данным введение ликвора не приводит к статистически достоверным изменениям размеров органа. Наблюдалась структурная асимметрия (правая больше левой). При многократном введении СМЖ у самцов и самок выявлены схожие изменения в строении щитовидной железы – увеличение относительной площади эпителия (на 13,3-20,2%, $P < 0,05$), уменьшение относительной площади коллоида (на 34,4-32,0%, $P < 0,05$) и как следствие с увеличением фолликулярно-коллоидного индекса (на 73,0-75,7%, $P < 0,05$). Данная реакция на введение ксеногенного ликвора объясняется регуляторным воздействием цереброспинальной жидкости в обход гемато-энцефалического барьера. По литературным данным увеличение относительной площади железистого эпителия характерно и для других органов эндокринной системы. Перспективно исследование изменений щитовидной железы при гипо- и гиперфункции с коррекцией ксеногенным ликвором.

Заключение. Введение экзогенного ликвора оказывает стимулирующий эффект на паренхиматозные структуры щитовидной железы

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПЕЧЕНИ КРЫС ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЭКЗОГЕННОГО ЛИКВОРА В ЮВЕНИЛЬНЫЙ ЭТАП ОНТОГЕНЕЗА

Берёза П.В.¹, Комаров К.В.² Макалиш Т.П.³

^{1,2}студенты кафедры нормальной анатомии Медицинской академии КФУ

³аспирант кафедры нормальной анатомии Медицинской академии КФУ

научный руководитель: д.м.н., профессор Пикалюк В.С.

Введение. Из всего многообразия функций, выполняемых печенью, ее основная роль заключается в поддержании гомеостаза. Нарушение функционирования клеток печени в рамках системы поддержания постоянства внутренней среды организма может привести к развитию печеночной недостаточности, а также дезадаптации систем организма. Были проведены исследования показывающие, что влияние отдельных экзогенных факторов могут привести к истощению органа и в конечном итоге развитию различных патологических состояний. Однако изучение влияния ксеногенного ликвора как экзогенного фактора не проводилось.

Цель и задачи: изучить морфологические характеристики печени крыс под действием спинномозговой жидкости (СЖ) ювенильного возраста.

Материалы и методы. Эксперимент проводили на 24 крысах линии Wistar обоих полов, ювенильного возраста. Животные были разделены на две серии: контрольную (1-я серия) и экспериментальную (2-я серия). Крысам 1-ой группы вводился 0,9% раствор NaCl 3-х 10-тикратно, животным 2-ой группы экзогенный ликвор 3-х и 10-тикратно внутримышечно каждые вторые сутки в дозе 2мл/кг живого веса, на протяжении 7 до 30 суток жизни. Крыс выводили из исследования через сутки после последней инъекции (декапитировали под эфирным наркозом). Применялись морфологические методы: макроскопический (органомерия), гистологические (окраска гематоксилином и эозином), гистоморфометрический (количественная оценка структурных изменений печеночных долек). Изучены литературные первоисточники по теме исследования.

Результаты исследования. У крыс контрольной и экспериментальной групп печень располагалась под диафрагмой, делилась на шесть хорошо различимых долей. В 1-й группе

масса органа составляла (6.32 ± 0.62 ; 7.23 ± 0.34) после 3-х и 10-ти кратного введения NaCl соответственно. Во 2-й группе при введении СМЖ у крыс обоих полов выявлены схожие изменения в строении органа: увеличение массы печени (7.41 ± 0.54 ; 8.23 ± 0.62) после 3-х и 10-ти кратного введения ликвора соответственно. Перспективно исследование структурных изменений печени при гипо- и гиперфункции с коррекцией ксеногенным ликвором.

Заключение. Введение экзогенного ликвора оказывает выраженный стимулирующий эффект на значения массы крыс в ювенильном периоде.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ CAD/CAM-СИСТЕМ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ВКЛАДОК

Османова А.А.¹

¹студентка кафедры ортопедической стоматологии стоматологического факультета

Медицинской академии им. С. И. Георгиевского

научные руководители: к.м.н., доцент Ирза О.Л.

к.м.н., доцент Непрелюк О.А.

Введение. В настоящее время, компьютерные технологии развиваются довольно стремительно, вследствие чего CAD/CAM-системы широко используются в практике врача стоматолога-ортопеда. На данный момент, на мировом рынке известно более 70 систем, 12 из которых уже используются в России.

Применение CAD/CAM-систем при изготовлении таких несъемных конструкций, как вкладки, давно пользуется популярностью и доказало свою долговечность и надежность. Однако, проведенные рядом авторов исследования, показали, что изготовление вкладок по данной технологии могут возникать определенные трудности, связанных с таким этапом, как сканирование. Так при сканировании отпрепарированной полости ее наиболее глубокие участки могут выпадать из поля сканирования. В результате не будет получено четкого изображения дна полости, а это приведет к расхождениям реальной и виртуальной моделей, а в конечном итоге скажется на точности самой вкладки.

Цель исследования: определить точность воспроизведения различных полостей зубов, отпрепарированных под вкладки при использовании сканирующих устройств систем CEREC IN LAB, KaVo Everest, Hint-Els.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие такие представители CAD/CAM-систем, как: CEREC IN LAB (SIRONA, Германия), KaVo EVEREST (KAVO, Германия), HINT ELS (HINT ELS GmbH, Германия).

Для проведения исследования были использованы модели челюстей с полостями 1 класса по Блеку различной глубины (от 4 до 8 мм) – всего 14 полостей. Исследуемые полости были разделены на три группы в зависимости от их глубины: 1 группа - 5 полостей глубиной 8 мм, 2 группа - 4 полости глубиной 6 мм, 3 группа - 5 полостей глубиной 4 мм.

Рабочие двухслойные оттиски были получены с использованием А-силиконового материала «Express» фирмы «3M ESPE», для изготовления моделей применяли супергипс IV класса ELITE ROCK (фирмы «Zhermack»).

Качество сканирующих систем оценивалось по трехбалльной системе с учетом следующих параметров:

- 1) дно полости отображается в полном объеме, изображение четкое, плоской формы на всем протяжении, стенки не просматриваются (3 балла);
- 2) частичное отображения дна полости не на всем протяжении (2 балла);
- 3) дно не просматривается, определяются стенки полости, поверхность дна полости отображается как сквозное отверстие на всем протяжении (1 балл).

Результаты исследований. При использовании сканирующего устройства системы Cerec полостей глубиной 8 мм отмечалось четкое изображение дна полости (3 балла) в 4

полостях из пяти, систем KaVo Everest и Hint-Els - в 3 полостях из пяти. Частичное отображение дна полости (2 балла) при использовании сканирующего устройства Cerec было получено при исследовании 1 полости, Hint-Els – 2 полостей и KaVo Everest– 1 полости. Дно не просматривалось (1 балл) при исследовании 1 полости системой KaVo Everest .

При глубине полости 6 мм – сканирующее устройство системы Cerec - 3 балла в 4 исследуемых полостях, Hint-Els – в 3 полостях отображение в 3 балла и 1 полости в 2 балла; при использовании системы KaVo Everest – в 2 полостях четкое отображение дна на всем протяжении (3 балла) и 2 полостях – частичное отображение (2 балла).

При глубине 4 мм четкое отображение дна исследуемых полостей на всем протяжении (3 балла) наблюдался при использовании всех трех систем.

Выводы. Проведенное исследование позволяет нам сделать вывод о том, что лучшей точностью воспроизведения дна полости при наибольшей ее глубине обладает система CEREC IN LAB, что может служить основанием для рекомендации данной системы к использованию при изготовлении вкладок методом компьютерного фрезерования.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА РАЗНЫЕ СТАДИИ КРОВЕТВОРЕНИЯ У КРЫС

Долгополов В.П.¹, Крамарь Т.В.²

¹ студент кафедры гигиены общей и экологии Медицинской академии КФУ

² студент кафедры медицинской физики и информатики Медицинской академии КФУ

научные руководители: к.м.н., доцент Яценко С.Г., к.б.н., доцент Рыбалко С.Ю.

Введение. В современном мире мобильные средства коммуникации широко распространились по всему миру. По последним подсчетам в 2016 году их количество составляло 98.622 на 100 человек населения. Несмотря на то, что мы постоянно подвергаемся воздействию электромагнитных полей данных средств связи, открытым остается вопрос об их воздействии на организм человека. Согласно последним научным исследованиям стало известно об изменении показателей периферической крови под влиянием излучения мобильных телефонов, однако ее качественный состав, а также изменения в костном мозге остаются не изученными.

Цель и задачи. Изучить воздействие электромагнитных полей мобильных телефонов на изменения качественных и количественных показателей гемопоэза у крыс.

Материалы и методы. В экспериментах использовали крыс линии Вистар неинбредного разведения. Животных содержали по 3 особи, количество животных в каждой группе составляло 3 особей. Опытную группу крыс облучали электромагнитным излучением мобильного телефона в течении 60 суток. Все животные содержались в стандартных условиях вивария. Работа с животными проводилась в полном соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных» (Приказ МЗ СССР от 12.08.1977 г. № 755).

В качестве источника электромагнитного воздействия использовали мобильный телефон (МТ) Nokia 3410 с удельным коэффициентом поглощения электромагнитного излучения организмом (SAR) равным 0,81 Ватт/килограмм. МТ располагали под центром клетки с экспериментальной группой крыс. МТ был подключен при помощи специального устройства (программируемого таймера) позволяющего вызывать абонента каждые 5 минут в течении 12 часов в сутки. Вызов абонента происходил на фиксированной частоте 925 МГц (глубина модуляции 217 Гц) в течении 90 секунд. При помощи измерителя уровня электромагнитных излучений ПЗ-41 была замерена плотность потока мощности при вызове в различных точках клетки с экспериментальными крысами. Значения максимальной плотности потока мощности (ППД) в центре клетки достигали значения 97,8 мкВт/см² , у ближнего края (расстояние от центра 0,18м) 3,75 мкВт/см² , у дальнего края (расстояние от центра = 0,26м) 1,96

мкВт/см². Таким образом среднее интегральное значение ППД = 22 мкВт/см². С учетом спадающего характера амплитудного значения ППД была рассчитана индивидуальная дозовая электромагнитная нагрузка на одну экспериментальную крысу в сутки ИЭДН = 35,5 Дж/сутки, что примерно совпадает с среднесуточной электромагнитной нагрузкой для человека, равной = 20-40 Дж/сутки.

После дачи эфирного наркоза крысы были декапитированы, были взяты образцы периферической крови и костного мозга. Мазки крови и костного мозга окрашивали по Паппенгейму.

Результаты исследований. При морфометрическом анализе мазков периферической крови отмечается достоверное снижение количества нейтрофилов и тромбоцитов в поле зрения, и увеличению количества лимфоцитов в экспериментальной группе по сравнению с контрольной.

При подсчете эритроцитов не было выявлено достоверного изменения их количества в опытных группах, однако при качественном анализе периферической крови было отмечено изменение размеров эритроцитов. В различных полях зрения наблюдаются макро- и микроциты. Некоторые клетки подвергались деформации, было отмечено явления акантоцитоза.

При анализе костного мозга показательным является изменение количества полихроматофильных эритроцитов. Их уменьшение по сравнению с контрольной группой свидетельствует о цитотоксической активности электромагнитного излучения на красный росток крови.

Выводы. По результатам проведенного исследования можно говорить о значительных изменениях в красном и белом ростках крови под влиянием электромагнитного излучения. В костном мозге и периферической крови было обнаружено увеличение числа лимфоцитов, что может свидетельствовать о двойственной природе действия радиочастотного излучения на клетки гемопоэза. При микроскопии мазков костного мозга были обнаружены полихроматофильные эритроциты, количество которых в экспериментальных группах было выше, чем в контрольных, что свидетельствовало о неправильном накоплении и распределении гемоглобина в эритроцитах. В подтверждение этой теории в мазках периферической крови были обнаружены патологические формы эритроцитов – пойкилоциты. Полученные результаты доказывают цитотоксическую активность электромагнитного излучения на клетки гемопоэза в красном костном мозге крыс.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ MELAS СИНДРОМА

Данько А.В.¹, Бочко А.Д.²

^{1,2}студент кафедры неврологии, медицинской генетики и нейрохирургии Медицинской академии КФУ

научный руководитель: к.м.н. Воронова А.В.

Введение. Митохондриальные болезни – очень редкие патологические состояния организма человека, вызванные энергетической недостаточностью клетки при нарушении биохимических процессов в митохондриях. Митохондрии – это органеллы, которые обеспечивают окисление жирных кислот и фосфолипидов, вносящие большой вклад в деятельность головного мозга, печени, поперечнополосатой и сердечной мускулатуры. Поэтому выделяют отдельную группу метаболических (митохондриальных) миопатий, количество которых возрастает ежегодно. На данный момент известно более 40 клинических форм митохондриальных патологий, характеризующихся молекулярно-генетическим и биохимическим повреждением в митохондриях. Для часто встречающихся типов данных болезней характерны точковые изменения ядерной ДНК с материнским типом наследования (MERRF, MELAS, NARP), для остальных – делеция или дупликация (перераспределение мтДНК), без передачи генетической информации – спорадический тип.

Цель. Изучить неврологические проявления MELAS синдрома, диагностику и лечение данной патологии.

Материалы и методы. Обзор научных и интернет публикаций.

Результаты исследований. Синдром MELAS — Mitochondrial Encephalopathy, Lactacidosis, Stroke like-episodes (митохондриальная энцефалопатия, миопатия, лактат-ацидоз, инсультоподобные состояния) – тяжелое прогрессирующее заболевание, передающееся по материнской линии и определяющееся точковыми мутациями мтДНК.

Перестройка мтДНК, которая контролирует дыхательную цепь митохондрий, ведет к сбою окислительного фосфорилирования. Точковые изменения мтДНК, влияющие на деятельность транспортной РНК, повреждают целостность многих энзимов, кодируемых мтДНК, и это ведет к их совместному дефекту.

Первые признаки митохондриальной энцефалопатии приходятся на возраст 5 - 35 лет и характеризуются инсульто-подобными эпизодами (кортикальный или субкортикальный инфаркт) или злокачественной мигренью. На КТ или МРТ головного мозга хорошо видна локализация очага поражения – височная, теменная или затылочная область. Чаще всего для них свойственны гемипарезы и гемипарезии.

Ведущие признаки неврологических повреждений: эпилептические приступы (фокальные, вторично генерализованные, диалептические и др.), нарушения координации, миоклоническая эпилепсия, корковая агнозия, мигрень, подкорковые нарушения (мышечная дистония, гиперкинезы), сенсоневральная тугоухость. Реже наблюдаются аритмии, кардиомиопатия, тубулопатия и периферическая невропатия. Нейропатологические преобразования головного мозга характеризуются отмиранием нейронов, демиелинизацией и разрастанием астроглиоцитов. Инсульто-подобные эпизоды – исход митохондриальных ангиопатий, при которых во время проведения некропсии в стенках мелких менингеальных сосудов, в эндотелиальных и гладкомышечных клетках выявляют увеличение количество митохондрий. Нарушения эндокринной системы включают в себя недостаток соматотропина и сахарный диабет.

Увеличение содержания лактата и пирувата в крови и ликворе – типичный признак для людей, страдающих митохондриальной энцефалопатией. На электромиографии – первичные мышечные нарушения, на компьютерной томографии — атрофия коры головного мозга, в тяжелых случаях лейкоэнцефалопатия, кальцификаты базальных ганглиев.

Терапию начинают с выдерживания рационального пятиразового приема пищи. В меню уменьшают количество жиров и увеличивают употребление углеводов. Медикаментозная

терапия митохондриальных патологий и их неврологических проявлений основывается на принципах патогенетического и симптоматического лечения. Обязательно назначают препараты, которые корректируют и восполняют энергетические нарушения: карниэль, коэнзим (кудисан, нобен); цитофламин, никотинамид и нейропротектры - мильгамма.

Выводы. Митохондриальные патологии человека относятся к наследственным заболеваниям, при которых происходят изменения функций митохондрий – определенных органелл, содержащихся фактически во всех клетках нашего организма и отвечающих за энергетический обмен. Дифференциальная диагностика базируется на изучении родословной, потому что патология, которая связана с точковыми мутациями мтДНК, передается по материнской линии. На сегодняшний день митохондриальные болезни почти не подлежат лечению, но есть возможность либо приостановить развитие заболевания, либо предотвратить передачу мутировавшей мтДНК.

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК И ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ КОМОРБИДНОСТЬЮ ПОЛЛИНОЗА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Усаченко Ю.В.

*аспирант кафедры внутренней медицины №2 Медицинская академия имени
С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени
В.И.Вернадского»*

научный руководитель: д.мед.н., профессор Белоглазов В.А.

Введение. Во всем мире сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают первое место среди причин смерти.

В формировании структуры заболеваемости и смертности от патологии сердечно-сосудистой системы значимую роль играют артериальная гипертензия (АГ) и ее осложнения. Это обусловлено как широким распространением данного заболевания (около 40% взрослого населения РФ имеют повышенный уровень артериального давления (АД)), так и тем, что АГ является ведущим фактором риска атеросклероза и его основных осложнений ССЗ, приводящих к ишемической болезни сердца и мозга – к инсульту и инфаркту миокарда – главным образом определяющих высокую смертность в РФ.

За последние годы также возросло число аллергических заболеваний. Около 30% населения планеты страдает аллергическими заболеваниями, по данным института Иммунологии в России – от 17,5% до 30%.

В настоящее время аллергия рассматривается как системная патология. Согласно данным предыдущих исследований существует связь между аллергией и повышенным риском ССЗ, вследствие гиперактивности иммунной системы при аллергических заболеваниях, связанных с усиленным синтезом провоспалительных медиаторов.

Цель исследования изучить влияние поллинозиса причинно-значимого аллергена на уровень С-реактивного белка (СРБ), как маркера системного воспаления, частоту сердечных сокращений (ЧСС) и уровень артериального давления (АД) у пациентов с коморбидным течением поллиноза и эссенциальной артериальной гипертензии.

Результаты исследований. У пациентов страдающих поллинозом и наличием коморбидной патологии в период обострения симптомов поллиноза в группе А и В ЧСС составила $88,5 \pm 1,38$ ($p < 0,001$) и $84,1 \pm 1,29$ ($p < 0,001$), что достоверно выше показателей ЧСС периода ремиссии. При сравнительном анализе в группе пациентов с поллинозом и без артериальной гипертензией в период поллинозиса причинно-значимого аллергена также имела тенденцию к увеличению ЧСС – $81,0 \pm 1,72$, $p < 0,001$ согласно критерию Стьюдента.

В группе пациентов с коморбидной патологией (артериальная гипертензия и поллиноз) в период поллинии ЧСС выше, в сравнении с группой пациентов только лишь с поллинозом, что свидетельствует об активации симпатической нервной системы.

На фоне получаемого лечения гипертонической болезни при сравнительном анализе в группе пациентов принимающих только и-АПФ в период обострения симптомов поллиноза отмечается достоверное увеличение ЧСС – 88.5 ± 1.38 , $p=0.028$ согласно критерию Стьюдента. Следовательно, из полученных данных лицам с артериальной гипертензией необходим контроль ЧСС и назначение бета-блокаторов для лечения артериальной гипертензии.

Анализируя данные суточного мониторирования АД у представленных подгруппах пациентов было выявлено, что у лиц страдающих артериальной гипертензией и с наличием симптомов поллиноза в период поллинии причинно-значимого аллергена САД – $142,5 \pm 2,13$, $p_2 < 0,001$ и $143,5 \pm 1,35$, $p_2 < 0,001$ выше в сравнении с данными у пациентов с поллинозом без артериальной гипертензии в анамнезе за указанный период.

Было выявлено, что у лиц страдающих артериальной гипертензией и поллинозом в период обострения САД выше в сравнении с периодом ремиссии, что указывает на преобладание симпатической нервной системы в данном периоде. Систолическое артериальной давление в период поллинии причинно значимого аллергена у лиц в подгруппе А и В с коморбидной патологией выше, чем у пациентов страдающих только лишь поллинозом и не имеющих артериальной гипертензии в анамнезе.

Согласно полученных данных результатов мы видим, что в период поллинии причинно-значимого аллергена пациенты с наличием коморбидной патологии имеют тенденцию к появлению тахикардии и повышенному АД, об это свидетельствуют увеличение ЧСС, САД. Таким образом, в период обострения поллиноза можно судить о преобладании активности симпатической нервной системы. Текущая активность симпатического отдела нервной системы (НС) изменяет во времени свои параметры для достижения оптимального ответа, который отражает адаптационную реакцию целостного организма.

В настоящее время С-реактивный белок (CRP) является одним из наиболее широко изучаемых системных маркёров воспаления. В мировой литературе неоднократно освещалась неблагоприятная прогностическая роль СРБ в отношении развития и течения сердечно-сосудистой патологии.

У пациентов с наличием коморбидной патологии в подгруппе А и В в период обострения поллиноза отмечается достоверное увеличение уровня СРБ – $4,9 \pm 0,93$ ($p < 0,001$) и $5,2 \pm 0,78$ ($p < 0,001$). При сравнительном анализе в группе пациентов с коморбидной патологией в период поллинии причинно-значимого аллергена отмечается повышенный уровень СРБ в подгруппе А и В, в отличие от группы лиц с поллинозом без эссенциальной артериальной гипертензии в данный период согласно критерию Стьюдента, $p_2 = 0,025$ и $p_2 = 0,003$ соответственно.

Согласно полученных данных по содержанию СРБ можно судить о наличие системного воспалительного процесса у пациентов, страдающих коморбидной патологией: поллиноз и эссенциальная артериальная гипертензия. Таким образом, повышение СРБ свидетельствует о значимой роли этого маркёра в патогенезе артериальной гипертензии и ее осложнений. Поэтому пациентам страдающих аллергическими заболеваниями с наличием коморбидного заболевания в период поллинии причинно-значимых аллергенов требуется коррекция не только симптомов аллергии, но и контроль АД и ЧСС для выбора необходимого вида терапии у данной группы лиц.

Выводы. Отмечается повышенный уровень СРБ у пациентов с коморбидной патологией в период поллинии причинно-значимого аллергена, что свидетельствует о наличии системного воспалительного процесса.

В период поллинии причинно-значимого аллергена отмечается повышение ЧСС и АД, что свидетельствует об активации симпатической нервной системы.

Пациентам страдающим коморбидной патологией необходимо в лечении назначения не только и-АПФ, но и бета-блокаторов для коррекции уровня ЧСС под контролем спирограммы с целью исключения бронхообструктивного синдрома.

МЕТОД ЭКСФОЛИАТИВНОЙ ЦИТОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.

Бакланова А.Г.

студентка кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии имени С.И.Георгиевского КФУ

научный руководитель: к.мед.н., доцент Колесник В.М.

Введение. Нарушение созревания эпителия слизистой оболочки полости рта – ведущее звено патогенеза лейкоплакии. Степень зрелости эпителия (индекс созревания) определяется балансом эпителиальных клеток. В эпителии полости рта выделяют базальные, парабазальные, промежуточные и поверхностные клетки, а в ороговевающих участках – роговые чешуйки. Базальные клетки могут оказаться в мазке при глубоких воспалительных процессах в эпителии или при его травме. Присутствие парабазальных клеток свидетельствует о резко выраженной атрофии. Признаком созревания эпителия является преобладание в мазке промежуточных клеток. В неороговевающих участках СОПР максимальному уровню созревания эпителия соответствует появление поверхностных клеток, а в ороговевающих – роговых чешуек.

Цель и задачи нашего исследования: определение степени зрелости эпителия слизистой оболочки полости рта при различных формах лейкоплакии.

Материал и методы. Нами было проведено клинико-лабораторное исследование 58 человек с лейкоплакией СОПР. Плоская форма лейкоплакии 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%). Для изготовления цитологических препаратов забор материала из очага поражения осуществляли несколькими способами: прямым отпечатком, мазком – отпечатком или соскобом. Препараты фиксировали в смеси Никифорова. Окраску проводили по Папаниколау. В мазках изучали соотношение эпителиальных клеток.

Результаты исследований. У больных с плоской формой лейкоплакии среди эпителиальных клеток в мазке преобладали роговые чешуйки (51,5%) и поверхностные клетки (31%). Содержание промежуточных клеток было снижено до 17,5%. Это можно трактовать как нарушение созревания эпителия, гиперкератоз и хроническое воспаление.

У больных с возвышающейся лейкоплакией нарушение дифференцировки эпителия усугублялось: соотношение парабазальные/ промежуточные/ поверхностные клетки/ роговые чешуйки составило: 0/25/29/46. Анализ результатов цитологического исследования больных с бородавчатой лейкоплакией позволил выявить более выраженное нарушение созревания эпителия – так называемый «сдвиг влево». При этом в мазке появлялись базальные (3,0 %) и парабазальные клетки (10,5%), отмечались явления дискариоза, что свидетельствует об усилении повреждающего действия на СОПР.

Результаты цитологического исследования у больных с эрозивно-язвенной формой лейкоплакии характерны для значительной травмы эпителия и поражения его глубоким воспалительным процессом. По сравнению с бородавчатой формой лейкоплакии в мазках было отмечено увеличение базальных (4,0 %) и парабазальных клеток (15,5%).

Выводы. Степень зрелости эпителия уменьшается по мере утяжеления формы лейкоплакии. Определение степени дифференцировки эпителия СОПР с помощью метода эксфолиативной цитологии является вспомогательным диагностическим тестом для постановки диагноза «лейкоплакия» и может использоваться в комплексе с другими методами исследования. Метод эксфолиативной цитологии отличается простотой, безопасностью, быстротой получения результатов и играет значительную роль в диагностике различных форм лейкоплакии.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

Лаврухина М.А.¹, Шейко В.В.²

¹студентка кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии С.И. Георгиевского

²студентка кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии С.И. Георгиевского

научный руководитель: старший преподаватель Кульбаба П.В.

Введение. Отслойка сетчатки — это процесс отделения сетчатой оболочки глаза от сосудистой оболочки. Отслоение сетчатки приводит к снижению зрения и слепоте. Чаще она возникает при травмах и близорукости, а также при диабетической ретинопатии, внутриглазных опухолях, дистрофиях сетчатой оболочки и других заболеваниях. Нас заинтересовала данная проблема, и мы провели исследование по Ростовской области. Статистику предоставили больницы Ростовской области: Городская больница №7 г. Таганрог, МБУЗ ГБ СМП г. Новочеркасск, МБУЗ имени В.И. Ленина офтальмологическое отделение г. Шахты, Детская областная глазная больница г. Ростов-на-Дону.

Цель и задачи: целью нашего исследования является изучить процентное соотношение людей у которых встречается заболевание «отслоение сетчатки глаза» и выяснить причины возникновения этого.

Результаты исследований. В ходе работы мы получили результаты. Общее количество населения по Ростовской области за 2011-2016 гг. 4260792-4260643 человек.

Пациенты были разделены по возрастам, чтобы выяснить встречаемость патологии в разных возрастных группах. У новорожденных и до у молодых людей до 20 лет процент болеющих: 5,2% (67573 человека) прирост заболевания не наблюдается. В возрасте от 20-40 лет процент болеющих 2011-2014 гг. -23,2% (228336 человек). С 2014-2016 гг. -31,2% (307072 человека). Данные показывают, что произошел прирост заболеваемости на 8%. От 40 лет и старше, -40,3% (796706 человек), что говорит о большом риске возникновения отслоения сетчатки глаза у людей этой группы.

Исследуя анамнез взятый у пациентов, было выяснено, что люди, чья работа считается тяжелым трудом, более уязвимы к данному заболеванию. Среди мужчин 64% занимаются тяжелым физическим трудом, 24% трудом средней тяжести, и 12% легким физическим трудом. При различной физической нагрузке у женщин: 30% тяжелый физический труд, 47% труд средней тяжести и 23%- легкий физический труд.

Часто встречаемые заболевания, которые способствуют образованию отслоения сетчатки глаза:

1 Сахарный диабет встречается как у взрослых, так и у детей

2 Миопией страдает более 50% молодежи, так как в настоящее время инновационных технологий, что является однозначно плюсом, но пагубно сказывается на организме, а в частности у юного поколения.

3 Хронические воспаления чаще встречаются у людей пожилого возраста.

4 Нарушения кровообращения в основном встречается у людей после 40 лет.

5 Вирусные заболевания одинаково независимо от возраста и пола распространены.

Вывод. В ходе данного исследования выяснилось, что заболевание (отслоение сетчатки глаза) характерно как для мужчин так и для женщин всех возрастов. Более того, все чаще она распространяется среди молодых пациентов (20 и старше), а так же у людей страдающих близорукостью высокой степени. В группу риска входят пожилые люди, которые перенесли операцию по экстракции катаракты. Сфера деятельности влияет на риск данного заболевания, например, у людей, чья профессия связана с возможностью травмировать глаз. Помимо этого, люди, чья профессия связана с большими физическими нагрузками склонны к данному заболеванию. Сопутствующие заболевания так же влияют на возникновение данной патологии, например:

1) сахарный диабет может способствовать отслойке сетчатки, которое в следствии нарушения обмена глюкозы, что в дальнейшем может послужить отслоению без предварительного разрыва.

- 2) миопия высокой степени
- 3) хронические воспаления глаз
- 4) нарушение кровообращения
- 5) вирусные заболевания

Данные показали, что наследственный фактор так же влияет на развитие отслойки сетчатки глаза. При сборе анамнеза у некоторых пациентов выявленное данное заболевание, которое передавалось из поколения в поколение. Некоторые лекарственные препараты пагубно влияют на состояние сетчатки глаза. Доказано, что препарат «Пилокарпин», служащее для борьбы с глаукомой негативно действует на сетчатку и приводит к ее отслоению.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Сахарова В.М.¹, Шавров Ю.В.²

¹студентка кафедры топографической анатомии Медицинской академии имени С. И. Георгиевского КФУ

²студент кафедры топографической анатомии Медицинской академии имени С. И. Георгиевского КФУ

научный руководитель: старший преподаватель Можаяев П.Н.

Введение. В период с 50-х до 90-х годов XX века плановые операции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки применялись весьма часто. Открытие хеликобактерной инфекции как причины язвенной болезни в 1980-х годах значительно изменило подходы к лечению язвенной болезни. В настоящее время исключительно терапевтическое лечение даёт в большинстве случаев хорошие результаты, однако и хирургическому лечению принадлежит значительная роль (ему по-прежнему нет альтернативы при наличии различных осложнений язвенной болезни). В последнее время количество пациентов с данной патологией остаётся стабильным, однако частота осложнений (таких как перфорация, кровотечение, стеноз привратника) заметно снизилась. Также заметно снизилось число послеоперационных осложнений, но в силу распространённости язвенной болезни проблемы её лечения и выбора наиболее адекватных методик оперативных вмешательств по-прежнему остаются весьма актуальными.

Цель и задачи исследования. Изучить заболеваемость язвой желудка и двенадцатиперстной кишки среди пациентов различных половых групп, определить частоту встречаемости язв различной локализации и их осложнений. Определить аспекты лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и осложнений после полученного лечения. Оценить, как изменилась тактика хирургического лечения язвенной болезни за последние годы.

Методика исследований. Исследование проведено на основании статистических данных, полученных в отделении гастрохирургии ГБУЗ РК (Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым) «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко». Использованы статистические данные за период 1996–2009 годов; во внимание принимались истории болезней, в которых основным диагнозом являлись язва желудка (код K25 по МКБ-10) и язва двенадцатиперстной кишки (код K26 по МКБ-10).

Результаты исследований. В процентном соотношении язвенная болезнь чаще встречается у мужчин: 70 % больных составляют мужчины, 30 % – женщины. По локализации

преобладают язвы пилорического канала и дуоденальные язвы – 80 %, тогда как 20 % составляют язвы тела желудка. Осложнения язвенной болезни по частоте распределяются следующим образом: наиболее часто встречается прободение язвы (60 % случаев), за ним следуют язвенные кровотечения (15 %), пенетрация язвы (10 %), язвенный стеноз (10 %), малигнизация (5 %).

За исследованный период в клинике было выполнено 750 операций на желудке, из них: гастрэктомия и субтотальная резекция желудка – 270, один из видов ваготомии с пилоропластикой – 250, ушивание язвы при пенетрации и остановка кровотечения с прошиванием сосуда – 110, операции при язвенном стенозе – 75, другие операции – 45 (дуоденотомии, удаление полипов). В настоящее время плановые операции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в отделении не выполняются (операции по поводу осложнений выполняются в экстренном порядке в клинике скорой помощи и в районных больницах). Осложнения после проведенного лечения возникли у 8 % больных, а именно: у 0,5 % больных наблюдалась несостоятельность швов, у 2 % – рецидивы кровотечения, анастомозиты и стенозы, гнойно-септические осложнения со стороны раны и брюшной полости встречались у 2 % больных, послеоперационные панкреатиты – у 2 %, осложнения со стороны других органов и систем – у 1,5 %. Послеоперационная летальность составила 1,5 %. Средняя продолжительность лечения при язвенной болезни согласно проанализированным данным составила 20-25 дней (столь длинный период связан с необходимостью в длительной предоперационной подготовке больных при язвенных стенозах), средняя продолжительность послеоперационного периода составила 15 дней.

Выводы. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки чаще встречается у мужчин. По локализации преобладают язвы пилорического канала и дуоденальные язвы. Наиболее частым осложнением язвенной болезни является прободение. Несмотря на постепенное снижение количества осложнений, меры по дальнейшему улучшению как консервативных, так и оперативных методов лечения данной патологии остаются крайне необходимыми.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ НИМАННА-ПИКА, ТИП С

Бочко А.Д.¹, Данько А.В.²

¹ студентка кафедры нервных болезней и нейрохирургии Медицинской академии КФУ

² студентка кафедры нервных болезней и нейрохирургии Медицинской академии КФУ

научный руководитель: к.м.н. Воронова А.В.

Введение: Болезнь Ниманна-Пика, тип С (БНП-С) – редкое прогрессирующее наследственное аутосомно-рецессивное невровисцеральное заболевание из группы лизосомных болезней накопления, а именно сфинголипидозов, обусловленное изменением внутриклеточного липидного транспорта. Трудность постановки клинического диагноза БНП-С состоит в том, что заболевание характеризуется обширным фенотипическим полиморфизмом, дебютом в любом возрасте и мультисистемностью клинических проявлений. Доминирующими признаками со стороны нервной системы являются: вертикальный надъядерный паралич зрения, геластическая катаплексия, мышечная дистония, атаксия, дизартрия, нарушения психо-речевого развития и эпилептические приступы. По ориентировочной оценке данная патология в современном мире встречается с частотой 1 : 120000–1 : 150000, это можно сравнить с частотой многих форм прогрессирующих наследственных атаксий, что делает актуальным владение информацией об этой лизосомной патологии для каждого практикующего невролога.

Цель: Выяснить основные клинические особенности болезни Ниманна-Пика, тип С.

Материалы и методы: Нами была обследована (осмотр больной, изучение истории болезни) 1 пациентка, с диагнозом дегенеративное заболевание нервной системы, болезнь

Ниманна-Пика, тип С, находящаяся на лечении в ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница», в возрасте 11 лет. Также были использованы данные литературы (статей, тезисов, справочников) по данной патологии.

Результаты: Болезнь Ниманна-Пика, тип С является мультисистемной патологией с наиболее частым поражением нервной системы. При ранней манифестации мультисистемность отслеживается четко, а при позднем проявлении болезни, доминирующими становятся прогрессирующие неврологические и психиатрические расстройства.

Заболевание обусловлено мутациями в гене NPC1 (95% случаев) и NPC2 (4% случаев), не исключены и другие, еще не идентифицированные, мутантные аллели (1%). Мутации в генах приводят к клеточному дефекту, включающему патологическую эстерификацию холестерина и интрацеллюлярный транспорт липидов, стимулируют развитие апоптоза. Это является пусковым механизмом внутриклеточного накопления липидов и вторичному нарушению метаболизма сфинголипидов с последующей гибелью клеток органов-мишеней, преимущественно ЦНС и ретикулоэндотелиальной системы, что объясняет развитие фенотипа заболевания.

В ходе клинико-неврологического обследования пациентки нами были выявлены следующие симптомы:

Вертикальный надъядерный паралич взора, характеризующийся задержкой саккадических движений глаз в вертикальной плоскости, говорит о поражении надъядерных мозговых структур.

Атаксия, является результатом ранней гибели клеток Пуркинье, считается умеренным предиктором БНП-С. Симптом становится более значимым в сочетании с дистоническими поражениями в руках и лице. Отличительной особенностью атаксия при БНП-С является медленное прогрессирование, походка сохраняется на ранней стадии заболевания.

Геластическая катаплексия, проявляется кратковременной приступообразной утратой мышечного тонуса, в редких случаях приводящей к резкому падению больного с сохранением сознания и как правило возникающей на фоне сильных эмоциональных потрясений.

Дистония – неврологическое нарушение, которое характеризуется спонтанными мышечными сокращениями, что говорит о поражении базальных ганглиев, в меньшей степени мозжечка.

Дизартирия, проявляется прерывистой и замедленной речью.

Дисфагия, характеризуется затруднением глотания и поперхиванием пациентки жидкой и твердой пищей, обусловлена дисфункцией структур ствола мозга и патологическими изменениями в коре лобных долей.

Нарушения психо-речевого развития, выступает дополнительным критерием в диагностике БНП-С.

Эпилептические приступы, у нашей пациентки носили симптоматический характер, на ЭЭГ регистрируются выраженные общемозговые изменения с признаками локальной патологии в левой задневисочно-затылочной области.

Выводы: Таким образом, клиническая диагностика БНП-С представляет значительные трудности. Они связаны с чрезвычайной редкостью форм, выраженным клиническим полиморфизмом, наличием атипичных форм болезней. Для постановки точного диагноза следует воспользоваться дополнительными методами диагностики, самым достоверным методом верификации диагноза является ДНК-диагностика. В настоящее время ДНК-анализ предоставляет возможность своевременно установить диагноз и провести пренатальную диагностику в семьях с отягощенным анамнезом по данному заболеванию.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ АНТАГОНИСТА ИМИДАЗОЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ МОКСОНИДИНА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГРЫЖ ЖИВОТА

Абухадиджа Амид Б.А., Абохадиджих Мохаммед Б.А.
Студенты кафедры Внутренней Медицины №2
Медицинская академия им.С.И.Георгиевского КФУ
Научный руководитель: К.М.Н, Доцент Шадчнева Н.А.

Введение: наиболее частыми осложнениями со стороны сердечно-сосудистой системы является развитие во время и после операции артериальной гипертензии, ишемии миокарда, аритмий. Вследствие активаций симпато-адреналовой системы.

Цель: изучить клинические, электрокардиографические, спектральные показатели variability сердечного ритма больных вентральными грыжами в пред- и послеоперационном периоде,

Объект: на основании анализа карт пациентов архивного материала кафедры было выделено 2 группы пациентов с вентральными грыжами, диаметр грыжевого выпячивания у которых был 15 см и более (n=32). Опытную группу (n=20) составили больные, которым был назначен моксонидин в суточной дозе 0,2-0,4 мг в предоперационном (5-7 дней) и послеоперационном периоде (7-10 дней). Всем больным проводилось радикальное оперативное вмешательство в хирургической клинике г. Симферополя.

Методы: суточный мониторинг электрокардиограммы (ЭКГ) с использованием аппарата Meditech Cardio Tens (Венгрия), оценка variability сердечного ритма (BCP) путем анализа спектральных (HF, LF, LF/HF) параметров. Электрокардиограмма (ЭКГ) в 12 отведениях в предоперационном и раннем послеоперационном периоде.

Результаты: выявлены значительные изменения характера сердечной деятельности в послеоперационном периоде. Оперативное лечение грыж живота связано с вправлением в брюшную полость большого объема грыжевого содержимого и пластикой передней брюшной стенки. Вследствие резкого возрастания внутрибрюшного давления с значительным подъемом диафрагмы изменяется электрическая ось сердца и резко ограничивается амплитуда дыхательных движений, что приводит к возникновению транзиторной острой дыхательной недостаточности и нарушению гемодинамики в виде послеоперационной гипертензии. У 15% пациентов в предоперационном периоде были обнаружены синусовая тахикардия - 8,8%, экстрасистолическая аритмия - 5,7%, причинами которых были не только имеющиеся заболевания сердца (ИБС, вторичные кардиомиопатии), но и рефлекторные влияния самой грыжи. В структуре электрокардиограммы (ЭКГ)- изменений преобладали депрессия сегмента ST (у 21,3% контрольной и 1,7% пациентов основной группы, достоверность отличий между группами $p_1 < 0,01$), появление отрицательного зубца T в отведениях V₁-V₃ (у 18,5% и 3,1% пациентов соответственно, $p_1 < 0,001$), патологического Q в III отведении (у 9,2% и 0,6% пациентов соответственно, $p_1 < 0,001$), смещение переходной зоны влево (у 13,3% и 4,4% пациентов соответственно, $p_1 < 0,001$). С целью подавления патологической эфферентной симпатической импульсации, и, как следствие, профилактики послеоперационной гипертензии и нарушений ритма, пациенты получали агонист I₁-имидазолиновых рецепторов моксонидин. Также отмечается увеличение частоты регистрации синусовой тахикардии (у 53,4% контрольной и 11,7% пациентов основной группы, достоверность отличий между группами $p_1 < 0,001$, с исходными значениями $p_2 < 0,001$) и экстрасистолической аритмии (у 32,0% и 6,4% пациентов соответственно, $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$). В связи с тем, что указанные электрокардиографические изменения могут наблюдаться при таких опасных для жизни пациента состояниях, как инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, «немая» ишемия миокарда, настороженность врача относительно этих осложнений и тщательное проведение дифференциальной диагностики с использованием дополнительных исследовательских приемов не вызывают сомнений.

Низкочастотные колебания (LF) и особенно отношение LF/HF отображают уровень симпатической активности. По нашим данным, LF оказался повышенным в активный и в пассивный периоды суток. У пациентов контрольной группы симпато-парасимпатический коэффициент был стабильно высоким во все периоды суток (LF/HF превысил среднесуточные контрольные значения на 46,4%, в активный период – на 57,3% и в пассивный период – на 74,1%). Причем, такая перестройка вегетативного гомеостаза была предопределена не только повышением уровня LF, но и угнетением HF части спектра.

На фоне улучшения гемодинамической ситуации под воздействием антигипертензивной терапии наблюдались и позитивные сдвиги в показателях ВСР. По нашим данным, под воздействием приема моксонидина появилась тенденция к снижению среднесуточных значений LF и повышению HF, при существенном снижении симпато-парасимпатического коэффициента (LF/HF) вплоть до его нормализации в группе больных, получавших моксонидин. Об уменьшении активации симпатического звена вегетативной нервной системы (ВНС) и повышении реактивности парасимпатической ВНС на фоне терапии моксонидином свидетельствовали повышение мощности спектра HF-колебаний в активном периоде на 53,2%. В активный период симпато-парасимпатический коэффициент нормализовался у больных, получавших моксонидин (LF/HF $1,71 \pm 0,09$) за счет более существенного снижения LF, чем прироста HF. У больных контрольной группы даже при большом приросте HF не удалось достичь нормальных величин коэффициента в связи с недостаточным угнетением LF модуляций (LF/HF $2,64 \pm 0,11$). В пассивный период перестройка вегетативного гомеостаза в обеих группах не привела к позитивным изменениям (LF/HF составил 2,31 и 2,61 соответственно в опытной и контрольной группах).

Таким образом, у пациентов обнаружены существенные нарушения вегетативного баланса, которые проявляются угнетением парасимпатической активности и активизацией симпатических влияний, более выраженные в пассивный период. При анализе динамики спектральных характеристик вегетативной нервной системы (ВСР) под воздействием терапии моксонидином выявлена разнонаправленность изменений LF и HF, что способствовало нормализации среднесуточных и дневных уровней симпато-парасимпатического коэффициента.

Выводы: для послеоперационного периода после вправления в брюшную полость больших объемов грыжевого содержимого характерно появление зубца Q в III отведении, отрицательного зубца T в отведениях V₁-V₃, смещение переходной зоны влево, увеличение частоты синусовой тахикардии и экстрасистолической аритмии; моксонидин статистически значимо снижает частоту патологических электрокардиограмм (ЭКГ)-изменений и может быть рекомендован для предоперационной подготовки больных с большими грыжами живота.

Обнаруженные нарушения вегетативного гомеостаза наиболее выражены в пассивный период суток; применение моксонидина в послеоперационном периоде приводит к позитивным сдвигам показателей вегетативной нервной системы (ВСР).

ОСОБЕННОСТИ БИОРИТМОВ У ПОДРОСТКОВ

Карих Д.М.¹, Мудрик В.С.¹, Захарчук Ю.В.¹, Кизиченко М.С.¹

¹студент кафедры биологии медицинской Медицинской академии имени С.И. Георгиевского (структурное подразделение) ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

научный руководитель: доц., к.м.н. Сатаева Т.П.

Введение. Биологические ритмы - это регулярное периодическое повторение во времени характера и интенсивности жизненных процессов, отдельных состояний и событий. Поскольку каждый живой организм по-своему уникален, для него будет характерен соответствующий только ему оптимальный образ жизни: время сна и бодрствования, режим и состав питания, соответствующая окружающая среда, необходимые физические нагрузки и

многое другое. Изучение биоритмов организма человека позволяет научно обосновать особенности жизнедеятельности человека, дать рекомендации по улучшению его здоровья. Проблема с подростковыми биоритмами возникла только в последнее столетие. До этого тинейджеры считались юными взрослыми: они должны были поддерживать семью, работали либо на ферме, либо в торговле (если жили в городе). Они сами могли формировать свое расписание. В 1900 году только у 8 процентов восемнадцатилетних были аттестаты об окончании школы. К 1940 году их число увеличилось до 30 процентов, а в 1960-м уже 70 процентов американских подростков оканчивали среднюю школу. За это время качество государственного образования значительно улучшилось, однако школы оставались жесткими по отношению к подростковому организму.

Цель работы - определить особенности биоритма учеников средней школы 8 - 10 классов методом анкетирования.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели проводили тестирование школьников медико-биологического лицея г. Симферополь посредством модифицированного теста Остберга. В опросе приняли участие 20 учеников 8 класса, 18 учащихся 9 класса и 16 учеников 10 класса. Определяли процентное соотношение учащихся по принадлежности к различным суточным биоритмам.

Результаты исследования. Полученные результаты показали, что у 8-классников 37,6 % учеников имеют слабо выраженный утренний тип и 48,3% - аритмичный тип, 14,1% - имеют слабо выраженный вечерний тип. Чётко выраженный утренний и вечерний типы выявлены не были. Среди учеников 9 класса 35,9% школьников имеют слабо выраженный утренний тип, 58,8 % аритмичный тип, 5,3% - имеют слабо выраженный вечерний тип. Чётко выраженный утренний и вечерний типы выявлены не были. У учеников 11 класса выявлены 2 суточных типа: 21 % имеют слабо выраженный утренний тип и 79% принадлежат к аритмическому типу. Таким образом, среди учеников 8, 9 и 10 классов выявлены три типа суточных биоритмов. К слабо выраженному утреннему типу относится 33% учеников. Наибольшую группу составляет аритмический тип - почти 61%, 6% учеников приходится на слабо выраженный вечерний тип.

Выводы. Полученные результаты позволяют заключить, что по мере перехода в более старший класс, увеличивается количество учеников с аритмическим типом. При этом уменьшается количество учащихся, принадлежащих к слабо выраженному утреннему и вечернему типам. Мы полагаем, что подобное изменение распределения детей по хронотипам связано с нарушением режима дня, а также с образом жизни, свойственным их родственникам и друзьям. Кроме того, большинство учащихся имеют аритмичный тип - это люди с невыраженным биоритмом, что свидетельствует о формировании десинхроноза, который приводит к сниженным показателям работоспособности, учёбы и творческих возможностей.

В среднем старшеклассники спят всего шесть с половиной часов, то есть три четверти необходимого для их возраста времени. Многие ученики все равно засыпают на первых уроках, во сколько бы они ни легли спать накануне. Существует красноречивое доказательство того, как раннее начало занятий влияет на учебу: исследователи выяснили, что ученики получают более высокие отметки на уроках, которые проходят днем, так как в это время они уже способны долго оставаться сосредоточенными. Дефицит сна отражается на подростках так же, как и на взрослых, даже сильнее. Хроническое недосыпание приводит к тому, что мозг подростков хуже запоминает новую информацию, оно также влияет на эмоции, вызывая депрессию или агрессию.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА *V. CHOLERAЕ O1* В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Хайтович А.Б.¹, Петренко Е.В.²

^{1,2}*Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии 2-го лечебного факультета
Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ
khaytovych@rambler.ru*

Введение. Проблема борьбы с холерой не теряет своей актуальности с 1961 г., когда ВОЗ объявило о начале 7 пандемии холеры. Почти 60 лет происходит пандемия, уровень заболеваемости остается высоким и имеет тренд на расширение пандемического процесса. Такой длительный срок уникален в современной истории борьбы с пандемическими процессами. Поэтому важно мониторировать факторы патогенности пандемических и не пандемических клонов у штаммов *V. cholerae O1* и изучать механизмы их формирования.

Целью и задачами исследования является изучение с помощью молекулярно-генетического метода наличие генов, кодирующие факторы патогенности, которые определяют патогенез патологического процесса, клинические проявления заболевания, потенциал эпидемического процесса и формирование пандемических и не пандемических клонов у штаммов *V. cholerae O1*.

Материалы и методы. В работе использовали полимеразную цепную реакцию в системе Real-time на аппарате Rotor-Jine с праймерами 11 генов патогенности. Были изучены гены входящие в «остров патогенности» (*wbeT*-ген и *wbfR*-ген кодирующий антигенные свойства *O1*, *O139* соответственно), «остров персистенции» (*mshA*-ген кодирующий маннозочувствительные гемагглютинирующие пили адгезии IV типа), «кассету вирулентности» (*ctxA*-ген кодирующий холерный токсин; *ace*-ген кодирующий синтез ACE токсина; *zot*-ген, кодирующий синтез токсина зонального поглощения ZOT; *rstR*-ген профага RS2, репрессор фага CTXφ; *rstC*-ген профага RS1, репрессор гена *rstR*; *rtxC*-ген регуляторный кластера RTX), «остров патогенности VPI» (*tcpAF*-ген кодирующий синтез основной субъединицы токсин–корректирующий пилей адгезии и *toxR*-ген - основной регуляторный), а также 2 гена, кодирующие ферменты патогенности: термолабильного гемолизина, который относится к порообразующим токсинам, вызывающим энтеротоксигенную активность у всех видов, относящихся к *V. cholerae* (*Hly*-ген кодирующий синтез гемолизина) и гемагглютинин/протеаза - термолабильный белок с протеолитической активностью, который расщепляет различные субстраты - муцин, фибронектин, лактоферин (*hapA* - ген кодирующий синтез растворимого гемагглютинин/протеазы). Исследовано 104 штамма *V. cholerae O1*, выделенных от людей в различные периоды эпидемических процессов: 69 штаммов – в период эпидемических проявлений и 35 – в межэпидемический период.

Результаты исследований. При изучении 69 штаммов *V. cholerae O1*, выделенных от людей в период эпидемических процессов было выявлено, что возбудитель в составе генома содержит основные гены, кодирующие факторы патогенности и ферменты патогенности - *ctxA*, *ace*, *zot*, *rstR*, *rstC*, *rtxC*, *tcpAE*, *toxR*, *mshA*, *wbeT*, *hapA*, *Hly*. Однако у 7 штаммов *V. cholerae O1* не было выделено несколько генов: у одного штамма *V. cholerae O1* не выявлено три гена – *rstR*, *rstC*, *tcpAE*; у четырех штаммов - отсутствовало по два гена *rstR*, *rstC* ; у двух штаммов - по одному из генов *tcpAE* и *rstC*. Кроме того, у одного штамма не выявлялся ген *rstR*. Полученные результаты показали, что в период эпидемических проявлений основное количество штаммов обладает генами, которые детерминируют факторы патогенности и ферменты патогенности. Штаммы, содержащие набор генов в геноме возбудителя, определяют эпидемическую заболеваемость и способствуют развитию тяжелых клинических проявлений заболевания, в том числе алгидных состояний. Однако у некоторых штаммов, выделенных в период эпидемических проявлений выявлены особенности, связанные с нарушениями в репликации, интеграции, регуляции фага *rstR*; транскрипцией гена *rstC* у

СТХф в «кассете вирулентности»; нарушениями в геноме в «острове патогенности VP 1», где детерминирован ген *tcpAE*. Причины особенностей в геноме штаммов, выделенных в период эпидемических проявлений вероятно связаны с влиянием факторов окружающей среды и организма человека (мутациями и генетическими рекомбинации), которые приводят к формированию измененных форм микробной популяции в двух направлениях: с отсутствием некоторых генов, кодирующие факторы патогенности и которые не способны вызывать интенсивные эпидемические процессы и тяжелую клинику заболевания и так называемых предпандемических вариантов, которые приводят к изменениям в одном из основных генов патогенности (ген *ctx*), которых в настоящее время известно около десяти вариантов.

При изучении 35 штаммов, выделенных в межэпидемический период от людей установлено, что 3 штамма в геноме имели 10 основных генов кодирующих факторы патогенности: *ctxA*, *ace*, *zot*, *rstR*, *rstC*, *tcpAE*, *rtxC*, *toxR*, *mshA*, *wbeT* и 2 гена – ферменты патогенности: *hapA*, *Hly*, т.е. были идентичны большинству штаммов циркулирующие в период эпидемических проявлений. Однако 32 штамма *V.cholerae O1*, выделенные в межэпидемический период, не имели в геноме основных генов патогенности – *ctxA*, *ace*, *zot*, которые создают «кассету вирулентности» и входят в профаг СТХф и поэтому у них отсутствуют генетические локусы RS2 та RS1(гены *rstR* и *rstC*). 27 штаммов *V.cholerae O1*, выделенных в межэпидемический период не имели гена *tcpAE*, т.е. у них отсутствовали токсин–коррегирующие пили адгезии IV типа – TCP. 35 штаммов *V.cholerae O1*, изолированные в межэпидемический период, содержали гены кодирующие функции жизнеобеспечения – *hapA*, *toxR*, *Hly*, *rtxC*, которые имеются у всех представителей *V.cholerae O1*, независимо от того они обладают токсигенностью, адгезией пилей или не способны вырабатывать холерный токсин и адгезироваться в тонком кишечнике. Полученные результаты показали, что в межэпидемический период могут циркулировать небольшое количество штаммов с полным набором генов, детерминирующих факторы патогенности и ферменты патогенности. Штаммы с такими свойствами продолжают циркулировать среди людей и потенциально имеют способность вызвать эпидемию при реализации факторов и путей передачи и тяжелые клинические проявления при попадании в организм человека. В межэпидемический период доминировали штаммы *V.cholerae O1* с другими свойствами: 32 штамма *V.cholerae O1* не содержали в геноме основных генов патогенности – *ctxA*, *ace*, *zot*, которые создают «кассету вирулентности» и входят в профаг СТХф и поэтому отсутствуют генетические локусы RS2 та RS1 (гены *rstR* и *rstC*); 27 штаммов *V.cholerae O1* не содержали в геноме ген *tcpAE*, т.е. у них отсутствуют токсин–коррегирующие пили адгезии IV типа - TCP. Не имея в генетическом аппарате микробной клетки генов, кодирующих основные факторы патогенности, такие штаммы не могут вызвать эпидемические процессы и тяжелую клинику, поскольку в этих штаммах отсутствуют ведущие факторы патогенности *V.cholerae O1*. У этих штаммов, также как и у эпидемически опасных, присутствуют гены жизнеобеспечения *hapA*, *toxR*, *Hly*, *rtxC* и поэтому они могут циркулировать как среди людей, так и в объектах окружающей среды. В межэпидемический период формируется популяция, которая циркулирует в объектах окружающей среды и среди людей, но вызывает легкие формы холеры, т.к. штаммы лишены генов, кодирующих основные факторы патогенности входящие в «кассету вирулентности» (ген *ctx*) и «остров патогенности VPI» (ген *tcp*).

Заключение. Изучение наличие комплекса генов факторов патогенности и генов ферментов патогенности с помощью молекулярно-генетического метода позволяет объективно на современном методическом уровне своевременно выявить эпидемические опасные штаммы *V.cholerae O1*, что открывает возможность адекватно провести комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.

МЕХАНИЗМЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ РЕПЕРФУЗИОННОМ СИНДРОМЕ

Мневек Р.А.

студент кафедры общей и клинической патофизиологии Медицинской академии КФУ
научный руководитель: д.мед.н., профессор Харченко В. З.

Введение. Изучение механизмов развития экстремальных состояний является одним из наиболее перспективных направлений современной медицины. Среди этих состояний особый интерес представляет реперфузионный синдром как патология, характеризующаяся высокой летальностью. Известно, что в основе развития постишемических нарушений лежит поступление в системный кровоток скопившихся в ранее ишемизированных тканях токсических метаболитов, что впоследствии приводит к дисбалансу в системе протеолиза, нарушению гемодинамики и развитию полиорганной недостаточности. Особый интерес представляет изучение роли кишечника как потенциального шокового органа, который может усиливать постишемическую интоксикацию организма. При этом происходит нарушение гемодинамики кишечника, что приводит к снижению его барьерной функции, что, вероятно, может усугублять генерализованную интоксикацию за счет поступления в системный кровоток кишечных токсинов и диссеминации бактериальной флоры. В настоящее время, несмотря на многочисленные исследования интестинальных ишемических патологий, вопрос о влиянии на кишечник токсических продуктов, поступающих в него из ранее ишемизированных тканей, а также о его роли в патогенезе реперфузионного синдрома, изучен недостаточно, что делает эту проблему актуальной.

Цель. Определить основные механизмы развития органопатологии кишечника при реперфузионном синдроме.

Задачи:

1. Изучить характер изменений в системах протеолиза и гемодинамики и их роль в повреждении кишечника при реперфузионном синдроме.
2. Оценить динамику изменений, происходящих в кишечнике при реперфузии ранее ишемизированных конечностей различной продолжительности и их роль в развитии реперфузионного синдрома.

Методика исследований. Исследования проводились на 40 крысах-самцах линии «Wistar» массой 180-200 грамм, которые были разделены на 4 серии: контрольную (n=10, интактные животные) и три экспериментальные, в которых моделировался реперфузионный синдром путем наложения жгутов на обе задние конечности крыс на уровне паховой складки сроком на 2 часа (n=10), 4 часа (n=10) и 6 часов (n=10) соответственно с последующим их снятием, используя методику профессора В. З. Харченко. Эвтаназию крыс экспериментальных серий проводили через 3 (n=5 в каждой из серий) и 6 часов (n=5 в каждой из серий). Для изучения состояния животных производились прижизненные измерения гемодинамических показателей, а также взятия образцов крови, тканей, кишечных смывов и мезентериальной взвеси тучных клеток.

Результаты исследований. Установлено, что после реваскуляризации конечностей у крыс отмечается тенденция роста активности протеолитических ферментов и падения активности их ингибиторов в сыворотке крови (после 2-, 4-, 6-часовой ишемии). Подобные биохимические нарушения приводили к усугублению циркуляторной гипоксии и, как следствие, резкому снижению ударного объема сердца и увеличению удельного и общего периферического сопротивления сосудов.

При этом наблюдались и значительные расстройства местной гемодинамики кишечника. Так, через 6 часов после снятия жгутов, кишечный кровоток у крыс, которым моделировалась шестичасовая ишемия, составлял 42,8% от исходного уровня. Установленная гипоперфузия кишечника приводила к повреждению его клеток и, как следствие, биохимическим расстройствам, которые выражались в повышении активности протеиназ и недостаточности их ингибиторов в супернатанте гомогената и смывах тонкой кишки (после 6-часовой ишемии),

что усугубляло гемодинамические нарушения. При этом отмечено значительное уменьшение количества тучных клеток в мезентериальных смывах, что, на наш взгляд, связано с участием мастоцитов в активации протеолиза.

Указанное гиперпротеолитическое повреждение кишечника приводило к его ультраструктурным изменениям, которые через 3 часа после реперфузии тканей заключались в набухании, отеке и разрушении апикальной части ворсин, а также гидропической дистрофии кишечного эпителия, полнокровии и спазме артерий. К 6 часам наблюдений после моделирования шестичасовой ишемии происходили дальнейшие патоморфологические изменения, что проявлялось тотальной гидропической дистрофией ворсин, развитием отека подслизистой основы, десквамацией энтероцитов, формированием мелких экстравазатов в мышечной оболочке. При этом на отдельных участках сохранялась только основа ворсинчатого аппарата, а в отдельных сосудах обнаруживались признаки агрегации форменных элементов крови и участки обширных кровоизлияний.

Следовательно, протеолитическая деструкция гистологических компонентов стенки кишечника приводит к нарушению его барьерной функции и повышению активности протеиназ, что способствует отягощению реперфузионной интоксикации и может приводить к развитию септических осложнений. Таким образом, дальнейшее изучение данной проблемы и поиск путей коррекции реперфузионного синдрома с учетом патогенетической роли «шокового» кишечника является актуальным и перспективным направлением экспериментальной медицины.

Выводы:

1. Нарушение динамического равновесия в системе протеиназ и их ингибиторов в сыворотке крови, смыве и супернатанте гомогената кишечника способствует расстройству системной и местной гемодинамики при реперфузионном синдроме, что усугубляется увеличением содержания биологически активных веществ в результате дегрануляции тучных клеток и приводит к повреждению ворсинчатого аппарата и оболочек стенки органа.

2. В результате развивающихся биохимических, гемодинамических и морфологических нарушений кишечник при реперфузионном синдроме не только подвергается значительным повреждениям, но и является источником интоксикации всего организма. При этом степень тяжести этих состояний прямо пропорционально связана с длительностью как ишемического, так и постишемического периода.

ОЦЕНКА ПРОТИВООТЕЧНОГО ДЕЙСТВИЯ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ТРИАЗОЛА ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

Мельникова В.М.

ассистент кафедры фармакологии Медицинской академии КФУ
научный руководитель: д.м.н., профессор Сапегин И.Д.

Введение. В настоящее время заболевания, связанные с нарушением мозгового кровообращения, занимают одно из лидирующих мест среди общей заболеваемости населения. Зачастую нарушения гемодинамики головного мозга сопровождаются нарушением водно-электролитного баланса мозга и, в том числе, развитием отека.

В результате исследований, проведенных Сапегиним И.Д., установлено, что общая широкополосная вибрация (ОШВ) вызывает нарушения водно-электролитного баланса в тканях мозга лабораторных животных. Это позволило выбрать ОШВ в качестве экспериментальной патологической модели для оценки противоотечной активности новых химических соединений - производных 1,2,4-триазола (АПК-38, ЮПК-2, тиометризол).

Учеными *Запорожского* государственного медицинского университет был разработан и введен в медицинскую практику препарат тиотриазолин, который широко исследован на

кафедре фармакологии Крымского государственного университета и показал высокую противоотечную активность. Именно этот препарат и был выбран в качестве сравнения в данном исследовании.

Цель и задачи исследований. Целью нашего исследования являлась оценка противоотечного действия новых производных 1,2,4-триазола (АПК-38, ЮПК-2, тиометризола) и препарата сравнения тиотриазолина при отеке мозга у кроликов, вызванном воздействием общей широкополосной вибрацией.

Методика исследований. Исследования проводились на бодрствующих кроликах с предварительно вживленными электродами в кору, таламус и гипоталамус. Общую широкополосную вибрацию моделировали при помощи специального стенда, разработанного на кафедре фармакологии. Исследуемые субстанции (АПК-38, ЮПК-2, тиометризол) и препарат сравнения тиотриазолин вводили внутривенно из расчета 25 мг/кг массы тела. Изучение водно-электролитного баланса в тканях коры, таламуса и гипоталамуса проводили методом высокочастотной электроимпедансометрии. Было выполнено 5 серий экспериментов на фоне четырехчасового воздействия ОШВ: на фоне каждого действующего вещества и контрольные исследования без применения препаратов.

Результаты исследований. ОШВ без применения препаратов вызывало достоверное развитие внеклеточного отека. Препараты сравнения тиотриазолин уменьшал проявления внеклеточного отека. Исследуемые субстанции по активности в отношении внеклеточного отека соответствовали тиотриазолину. Вибрация вызывала также достоверное развитие внутриклеточного отека. Тиотриазолин и все исследуемые соединения полностью предупреждали развитие внутриклеточного отека в коре, таламусе и гипоталамусе.

Выводы. Общая широкополосная вибрация вызывает внеклеточный и внутриклеточный отек в коре полушарий, таламусе и гипоталамусе. Противоотечная активность новых производных триазола – высокая и существенно не отличается от активности препарата сравнения тиотриазолина.

Заключения. Данные, полученные в результате исследования, свидетельствуют о целесообразности дальнейшего изучения новых производных триазола АПК-38, ЮПК-2 и тиометризола в качестве потенциальных средств профилактики цереброваскулярных нарушений.

ДИРОФИЛЯРИОЗ ОКОЛОГЛАЗНИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Рогова И.В.

студентка кафедры офтальмологии Медицинской академии КФУ
научный руководитель: асс. Савченко А.В.

Введение. Дирофиляриоз (*Dirofilariasis*, от лат. «*diro, filum*» — «злая нить») — заболевание, вызываемое паразитированием нематоды рода *Dirofilaria* в организме человека. Это гельминтоз, характеризующийся медленным развитием и длительным хроническим течением. Человек является случайным, тупиковым хозяином, его заражение происходит трансмиссивным путем через укусы комаров, в организме которых находятся инвазионные личинки дирофилярий (микрофилярий). Источник заражения комаров - инвазированные бездомные собаки и кошки, являющиеся окончательным хозяином гельминта. Наиболее типична локализация дирофилярий в окологлазничной области, так как это место наиболее доступно укусам комаров. Характерны припухлость в месте укуса, образование узелка, его миграция и неспецифическая отечность в месте локализации. Гранулема дирофилярии может маскироваться под воспалительные заболевания придаточного аппарата глаза или объемные образования орбиты, что приводит к постановке ошибочного диагноза. Актуальность темы обусловлена возрастанием заболеваемости дирофиляриозом более чем в 7 раз в период с 1998 года по 2014 год в Крыму. Всего за это время зарегистрировано 77 случаев заболеваний дирофиляриозом.

Цель и задачи исследований. Анализ клинических случаев дирофиляриоза окологлазничной локализации.

Методика исследований. Случай № 1. Больной, 38 лет, обратился с жалобами на уплотнение, мигрировавшее в течение 8 месяцев в область нижне-наружного края орбиты правого глаза. УЗИ: по нижнему краю правой орбиты гипоэхогенное образование с капсулой 1 мм и диаметром 15 мм, неоднородной структуры: линейные трубчатые образования толщиной 2 мм, осуществляют хаотические движения. Из анамнеза: больной не покидал территорию полуострова в течение 5 лет, экзотические страны никогда не посещал. Физикально: в области нижне-наружного угла орбиты правого глаза определяется плотно-эластическое образование не спаянное с кожей и хрящом, размером около 2 см в диаметре, при пальпации уходящее в орбиту. Объективно: VOD=1,0 VOS=1,0. ВГД OD=20,0 мм. рт. ст. ВГД OS=21,0 мм. рт. ст. Произведено удаление кисты орбиты правого глаза. При вскрытии капсулы удаленного новообразования из него был извлечен белый нитеподобный гельминт длиной 14 см и диаметром 1 мм. Паразитологом установлено, что это неполовозрелая самка *Dirofilaria repens*.

Случай № 2. Больная, 25 лет, жалобы на покраснение и отек левого глаза в течение недели. Проведение УЗИ и МРТ не выявило отклонений от нормы, и больной рекомендовали наблюдение. Из анамнеза: территорию полуострова не покидала на протяжении 3 лет, экзотические страны не посещала. Объективно: отек и гиперемия кожи верхнего века левого глаза, под кожей века определяется подвижное нитеподобное образование длиной 7 см и диаметром 2 мм. Умеренная конъюнктивальная инъекция. Поставлен диагноз: Гельминт верхнего века левого глаза. Проведена операция: удаление гельминта верхнего века левого глаза. При паразитологическом исследовании идентифицирована неполовозрелая самка *Dirofilaria repens*.

Результаты исследований. В данных клинических случаях правильный сбор анамнеза и необходимые методы диагностики помогли заподозрить данную патологию, а хирургическое вмешательство привело к подтверждению диагноза, а так же полной санации и выздоровлению пациентов.

Выводы. Данные случаи интересны в связи с учащением дирофиляриоза у людей. Республика Крым является эндемичной по данному заболеванию. Часто гельминтоз остается не диагностированным из-за исключения данной патологии из поля зрения врачей. Единственное возможное лечение – хирургическое и, к сожалению, без четкой визуализации гельминта его практически невозможно удалить. Поэтому, необходимо проведение профилактических мероприятий: выявление и лечение дирофиляриоза у животных, борьба с переносчиками (использование фумигаторов, противомоскитных сеток и репеллентов, деларвация).

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Малев А.Л.¹, Репинская И.Н.², Мельник Н. Ю.³, Бекирова Э.Э.³, Афанасьева Я. А.³,
¹к.мед.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и
медицинской психологии Медицинской академии КФУ

²ассистент кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии КФУ

³студент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и медицинской
психологии и кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии КФУ

научный руководитель: к.мед.н., доцент Малев А.Л., ассистент Репинская И.Н

Введение. Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) являются актуальной медико-социальной проблемой современного общества в связи с ростом их распространенности и осложнений в виде дисфункций соматического, репродуктивного и психического здоровья населения. При первичном гипотиреозе (ПГ) отмечаются разной степени выраженности дисгормональные и дисметаболические процессы, вследствие чего часто диагностируется синдром энцефалопатии, проявлениями которого являются когнитивные расстройства.

Цель. Изучить заболеваемость ПГ в Крыму и степень выраженности когнитивных расстройств у данных пациентов. Обосновать необходимость мониторинга когнитивных функций у пациентов с ПГ.

Методика исследования. В исследовании приняли участие 36 женщин с ПГ в возрасте 45-65 лет – пациентов эндокринологического отделения ГБУЗ РК «РКБ имени Н.А.Семашко» с ПГ. Контрольную группу составили 20 психически и соматически здоровых женщин того же возраста, проживающих в Крыму. Для оценки психического состояния и когнитивных функций использовались методы: клиничко-anamnestический, клиничко-психопатологический и психометрический (шкала FAB, MMSE, таблица Шульте, тест рисования часов). Для обработки и анализа полученных данных использовались методы графического анализа, описательной статистики и непараметрические методы определения критерия значимости различия (Колмогорова-Смирнова, U-тест Мана-Уитни).

Результаты исследований. Анализ распространенности эндокринной патологии, проведенный по архивным историям болезни эндокринологического отделения ГБУЗ РК «РКБ имени Н.А.Семашко», показал, что патология ЩЖ занимает второе место – 391 пациент за 2016 год, из них 326 человек (83,4%) с гипотиреозом.

По шкале MMSE когнитивные расстройства наблюдались у 55% пациентов с ПГ. В их структуре преобладали легкие когнитивные расстройства (26-27 баллов) – 60%, а также умеренные когнитивные расстройства (24-25 баллов) – 20% и легкая дисмнестическая деменция (20-23 балла) – 20%. После лечения отмечалось улучшение показателей до нормальных у 11% в группе пациентов с легкими когнитивными расстройствами, при этом количество умеренных когнитивных расстройств и легкой деменции осталось неизменным.

По шкале FAB лобные дисфункции отмечались у 56% пациентов, что сопоставимо с показателями шкалы MMSE. В их структуре преобладали легкие лобные дисфункции (14-16 баллов) – 50%. Умеренные лобные дисфункции (11-13 баллов) составили 39%, а легкая лобная деменция (10 баллов и менее) – 11%. После лечения число опрошенных с лобной дисфункцией сократилось на 11%. Пациенты с показателями, соответствующими легкой лобной деменции отсутствовали, на 5% уменьшилось число респондентов с умеренной лобной дисфункцией, количество опрошенных с легкой лобной дисфункцией не изменилось.

По таблице Шульте у 83% пациентов до лечения обнаружены расстройства внимания: легкое (40-60 секунд) – 60%, умеренные (60-100 секунд) – 40%. После лечения они уменьшились и составили 72% (легкие расстройства внимания уменьшились на 6%, умеренные – на 5%).

Тест рисования часов, проведенный до лечения, показал расстройства зрительно-пространственного гнозиса и конструктивного праксиса у 50% опрошенных: легкие (7-8

баллов) – 44%, умеренные (5-6 баллов) – 56%. После лечения данные когнитивные расстройства уменьшились и составили 39% от общего числа опрошенных (умеренные сократились на 17%, легкие – на 6%).

Результаты контрольной группы соответствуют нормальным показателям когнитивных функций (MMSE – 29-30 баллов, FAB – 17-18 баллов, тест рисования часов – 9-10 баллов, таблица Шульте – меньше 40 секунд).

При сравнении показателей группы контроля и пациентов с гипотиреозом критерий значимости различий для всех психометрических методик составил $p < 0,05$.

Выводы. Патология щитовидной железы является вторым по распространенности эндокринологическим заболеванием в Крыму, среди которого превалирует гипотиреоз. Все пациенты с первичным гипотиреозом имеют когнитивные расстройства разной степени выраженности. При этом в процессе лечения отмечается положительная динамика по всем скрининговым психометрическим шкалам в виде перехода расстройств в более легкую форму или к показателям, соответствующим норме. На основании полученных психометрических данных, свидетельствующих о наличии когнитивных расстройств при первичном гипотиреозе, можно рекомендовать для практического здравоохранения внедрение регулярного когнитивного мониторинга для данных пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Студентка кафедры внутренней медицины №2 Медицинской Академии КФУ
Научный руководитель: доцент, к.м.н. Шадчнева Н.А.

Введение. По данным статистики сегодня в мире насчитывается около 300 млн больных бронхиальной астмой (БА). К 2025 г., по мнению экспертов, эта цифра увеличится до 400 млн (GINA 2016). По распространенности астма превосходит такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца (в 300 раз), рак легких (в 33 раза), рак молочной железы (в 20 раз), инсульт (в 15 раз) и ВИЧ-инфекция (в 5 раз).

Нельзя забывать о том, что БА встречается во всех возрастных группах. Так, по данным Емельянова А.В. бронхиальная астма наблюдается у 1,8 - 14,5% лиц пожилого возраста (65 – 74 года). В пожилом возрасте заболевание протекает в тяжелой форме, что требует большего внимания пульмонологов. Трудности выявления БА обусловлены мультиморбидностью и снижением восприятия больными симптомов болезни, а гиподиагностика является одной из причин неадекватного лечения. Врачам-терапевтам необходимо помнить о возможности как дебюта бронхиальной астмы в пожилом возрасте, так и прогрессирования заболевания, выявленного ранее.

Цель: изучить особенности функциональных показателей внешнего дыхания и оценить качество жизни у пожилых больных с бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Обследован 21 пациент с бронхиальной астмой, в том числе 11 больных 65 - 74 лет и 10 больных 19 – 35 лет, послуживших контрольной группой. Всем пациентам проведено исследование функции внешнего дыхания (ФВД) с определением объема форсированного выдоха в секунду (ОФВ₁%), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), модифицированного индекса Тиффно (ОФВ₁/ФЖЕЛ). С целью оценки качества жизни использованы опросники: Asthma Control Test (ACT), исходный индекс одышки (BDI). Диагноз

БА установлен в соответствии с Российскими и Международными рекомендательными документами GINA 2016.

Результаты.

При оценке клинических данных было выявлено, что у пациентов от 19 до 35 лет отмечается более выраженная картина бронхиальной астмы, чем у пациентов группы от 65 до 74 лет.

Таблица

Симптомы	Контрольная группа, %	Пожилые, %
Экспираторная одышка	100	27**
Кашель	90	82*
Обращаемость за медицинской помощью и госпитализация	40	91**
Ошибки при использовании ингаляторов	20	55**

Примечание: * $p < 0,01$, ** $p < 0,001$ – достоверность различий между пациентами молодого и пожилого возраста.

У 7 из 11 пациентов пожилого возраста отсутствовали классические приступы экспираторного удушья. Пароксизмальная одышка, приступообразный кашель, стеснение в грудной клетке, свистящее дыхание нередко воспринимались самим больным и лечащим врачом как признаки старения, заболеваний сердца.

Важное значение в диагностике БА имеет исследование функции легких с тестом на обратимость обструкции всем пациентам с клиническими проявлениями бронхо-обструктивного синдрома.

В нашем исследовании при изучении показателей ФВД выявлено снижение спирометрических показателей, соотношение ОФВ1 к ФЖЕЛ менее 70% с обратимой обструкцией. В среднем показатели ОБО у пациентов контрольной группы составили 34%, а у пожилых больных - 18,45 %, ОФВ1 – 62% и 58 %, ФЖЕЛ - 85% и 81,64 %, индекс Тиффно – 63% и 53,79% соответственно.

Всем больным проведена оценка качества жизни. По АСТ тесту наблюдался недостаточный контроль астмы у пожилых людей (в среднем 16 баллов) по сравнению с молодыми (в среднем 22 балла), по mMRC -у группы пациентов от 65 до 74 наблюдалась тяжелая (у 55% пациентов) и средняя (у 45% пациентов) степени одышки, а у пациентов от 19 до 35 – наблюдалась легкая степень одышки. Особенность течения БА у пожилых заключается в том, что она труднее контролируется. Таким образом, заболевание значительно снижает качество жизни в обеих возрастных группах, в большей степени у пожилых людей.

Пожилые больные достоверно чаще обращаются за медицинской помощью и имеют более высокий риск госпитализации по сравнению с пациентами молодого возраста (в 2 и более раз).

При оценке правильности использования ингаляторов, было отмечено, что пациенты пожилого возраста значительно чаще - в 55% случаев допускают ошибки (не соблюдают синхронизацию с дыханием, нарушают последовательность шагов при использовании ингаляторов), что в свою очередь снижает эффективность лечения и контроля бронхиальной астмы у данной группы по сравнению с молодыми пациентами (20%).

Выводы.

1. Таким образом, БА часто встречается у больных пожилого возраста и имеет важные особенности течения, связанные с инволютивными изменениями органов дыхания и морфологическими особенностями самого заболевания.

2. Пожилые пациенты имеют более низкое качество жизни, чаще госпитализируются, чем люди молодого возраста.

3. Всем пациентам пожилого возраста с клиническими и спирометрическими признаками бронхообструктивного синдрома необходимо выполнять тест на обратимость обструкции.

4. При ведении больных пожилого возраста большую роль играет их обучение правильному использованию доставочных устройств, их рациональный выбор (с меньшим числом шагов, без синхронизации с дыханием).

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С OVERLAP-СИНДРОМОМ

Соломенная В.С.¹, Феськова К.В.¹

¹Студентка кафедры внутренней медицины №2 Медицинской Академии КФУ
Научный руководитель: доцент, к.м.н. Шадчнева Н.А.

Введение. В настоящее время сочетание бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является важной проблемой в современной пульмонологии. По данным статистики ВОЗ ХОБЛ страдают 230 млн человек, бронхиальной астмой — 300 млн человек в мире. Каждому заболеванию присущи свои фенотипы, но у 10–20% больных присутствуют признаки как хронической обструктивной болезни лёгких, так и бронхиальной астмы (GINA, 2016).

Сочетанные формы БА и ХОБЛ чаще всего развиваются при суммировании нескольких факторов риска, наиболее значимые из которых — курение, неадекватная терапия БА в дебюте заболевания, рецидивирующие респираторные инфекции, профессиональные вредности. Однако реализация каждого отдельно взятого фактора зависит от генотипа пациента. Сочетание нескольких факторов приводит к значительному снижению показателей ФВД, частым обострениям, ранней летальности и значительному снижению качества жизни пациентов (по материалам совместного документа рабочих групп экспертов GINA и GOLD). По данным различных наблюдений (О.М. Урясьев, С.В. Фалетрова, Л.В. Коршунова; Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, г. Рязань, Россия) при присоединении БА к ХОБЛ появляются волнообразные симптомы, связанные с бронхиальной обструкцией, пароксизмальные ночные симптомы, повышается потребность в бронходилататорах.

Табачный дым, являющийся источником оксидантов, вызывает оксидативный стресс, необратимо повреждая паренхиму лёгких вследствие дисбаланса в системе «протеолиз-антипротеолиз», приводя к гиперинфляции, нарушая местный иммунный ответ. Эти механизмы составляют основу развития ХОБЛ и способствуют формированию необратимого компонента обструкции при БА (Кузьмина Л.П.).

Изучение особенностей сочетания БА и ХОБЛ поможет практическому врачу в идентификации таких пациентов и дифференцированному подходу к адекватной терапии.

Цель: изучить особенности функциональных показателей внешнего дыхания и оценить качество жизни больных с сочетанием БА и ХОБЛ.

Материалы и методы. Обследовано 25 больных (возраст 40 до 77 лет) с сочетанием БА и ХОБЛ. Проведено исследование функции внешнего дыхания (ФВД) с определением объема форсированного выдоха в секунду (ОФВ₁%), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), модифицированного индекса Тиффно (ОФВ₁/ФЖЕЛ), использованы опросники: Asthma Control Test (ACT), Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test (CAT), исходный индекс одышки (BDI). Диагнозы БА и ХОБЛ были установлены в соответствии с Российскими и Международными рекомендательными документами GINA 2016 и GOLD 2016.

Результаты.

В ходе исследования было установлено, что среди всех пациентов клинический класс В по GOLD составил 28%, класс D – 72%, легкая степень течения БА - 32%, средней степени тяжести - 84%, тяжелой степени - 4%.

Стаж курения у обследуемых пациентов варьировал от 15 до 30 лет, индекс курильщика – от 15 до 20, что является весьма значимым фактором формирования микст-синдрома.

При изучении показателей ФВД выявлено снижение спирометрических показателей, соотношение ОФВ₁ к ФЖЕЛ составило менее 70% с обратимой обструкцией. Показатели ОБО составили 23,5±10%, ОФВ₁– 50,5±20%, ФЖЕЛ – 76 ± 24%, индекс Тиффно – 50±17%.

Все пациенты получали тройную комбинированную терапию: β 2-агонисты длительного действия, М-холинолитики длительного действия и топические стероиды. У 85% пациентов клиническое течение характеризовалось частыми обострениями (более 2 раз в год) с применением антибактериальных препаратов и системных стероидов.

Всем больным проведена оценка влияния исследуемой патологии на качество жизни. По АСТ тесту наблюдался недостаточный контроль астмы от 14 до 18 баллов, по САТ тесту - выраженные клинические проявления от 21 до 30, по mMRC -тяжелая степень одышки.

Таким образом, сочетание БА и ХОБЛ характеризуется более тяжелыми проявлениями и значимым влиянием на качество жизни пациентов.

Выводы. Таким образом, результаты исследования продемонстрировали, что сочетание БА и ХОБЛ проявляется низким качеством жизни, прогрессирующим снижением ОФВ₁, низкой переносимостью физической нагрузки, что требует большего внимания лечащего врача.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Дубровина-Парус Т.А.¹, Белалов С.Р.², Шевкетов М.Э.³

¹- ассистент кафедры терапевтической стоматологии стоматологического факультета Медицинской академии им. С.И.Георгиевского КФУ

²- студент кафедры терапевтической стоматологии стоматологического факультета Медицинской академии им. С.И.Георгиевского КФУ

³ - студент кафедры терапевтической стоматологии стоматологического факультета Медицинской академии им. С.И.Георгиевского КФУ

научный руководитель: ассистент Дубровина-Парус Т.А.

Введение. В современной терапевтической стоматологии все чаще при лечении острых форм пульпитов, гингивитов, пародонтитов врачи-стоматологи сталкиваются с проблемой капиллярного кровотечения из корневого канала и десны. На рынке стоматологических материалов для устранения проблемы кровотечения большой выбор препаратов и средств, но актуальность и эффективность этих материалов в практической стоматологии до конца не изучена.

Цель и задачи исследования: провести сравнительный анализ эффективности применения гемостатика «Гемостаб» при различных заболеваниях зубов и слизистой оболочки.

Нами были поставлены следующие задачи:

- 1.определить и оценить эффективность остановки кровотечения из корневого канала при острых формах пульпита
- 2.определить и оценить эффективность остановки кровотечения из десны при острых формах локального гингивита
- 3.определить и оценить эффективность остановки кровотечения из парадонтального кармана при острых формах локального парадонтита.

Методика исследования: для проведения исследования в нашей работе был использован гемостатический препарат «Гемостаб» (ОмегаДент). Этот препарат, предназначен для остановки капиллярных кровотечений и разработан для применения в стоматологической практике. Препарат оказывает выраженное кровоостанавливающее действие при апикальных кровотечениях после удаления пульпы из корневых каналов, при удалении зубных отложений и проведении кюретажа парадонтальных карманов.

Гемостатик прозрачен, не раздражает слизистую оболочку полости рта, не окрашивает ткани зуба, что дает возможность его использование при препарировании и пломбировании полостей в пришеечной области и при кариозных поражениях корней зубов.

Клиническое исследование эффективности применения препарата было проведено у 5 больных с острыми формами пульпита (3 мужчин и 2 женщины); 5 больных с острыми формами локализованного гингивита (2 мужчин и 3 женщины) и 5 больных с острыми формами локализованного парадонтита (4 мужчин и 1 женщина). Для остановки кровотечения после экстирпации пульпы препарат вводили в корневые каналы с помощью пипетки или ватной турунды. Для остановки кровотечения и «отжатия» десны, прилегающей к зубу, использовали тугой ватный тампон или скрученную в виде нити ватную турунду, смоченную в растворе гемостатика. Тампон вводили в межзубной промежуток, а турунду – в десневую бороздку или пародонтальный карман. Для остановки кровотечения при удалении зубных отложений десневой край обрабатывали тампоном, смоченным данным составом. Клиническую эффективность «Гемостаб» оценивали непосредственно после его применения по специально разработанному стандарту.

Результаты исследования: При применении гемостатика «Гемостаб» у 5 пациентов с острыми формами пульпита после витальной экстирпации во всех случаях после однократного применения гемостатика был получен положительный результат остановки кровотечения. При однократном применении гемостатика «Гемостаб» у 4 пациентов с острыми формами гингивита был достигнут необходимый результат, а в одном клиническом случае необходимо было повторное применение гемостатика. У пациентов с острыми формами локализованного парадонтита при однократном введении гемостатика «Гемостаб» положительный результат был достигнут только у 3 пациентов, оставшиеся два клинических случая нуждались в повторном применении «Гемостаб».

Анализ полученных результатов, свидетельствует, что в подавляющем большинстве случаев было достаточно однократного применения препарата для полной остановки кровотечения. Таким критерием считали отсутствие следов крови на введенной в корневой канал турунде или сухом ватном тампоне.

Выводы:

Таким образом, полученные результаты позволяют рекомендовать «Гемостаб» (ОмегаДент) для широкого применения с целью остановки кровотечения при стоматологических манипуляциях.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСПРЕСС-СКРИНИНГОВЫХ СИСТЕМ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА

Дурягина Л.Х.¹, Абдуллаева В.Д.², Седых В.П.³

¹- д. мед. н., доцент, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского".

²- студентка 4 курса, кафедра терапевтической стоматологии стоматологического факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского".

³-ассистент кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского".

научный руководитель: д.мед.н., доцент Дурягина Л.Х

Введение. По данным статистики, на 1 января 2017 года в Крыму численность населения вместе с Севастополем составила 2,341 млн человек. Среди причин смертности на втором месте после заболеваний сердечно-сосудистой системы – злокачественные новообразования, от которых в 2016 году умерло 4,3 тыс. крымчан, что превышает средний

показатель по Российской Федерации на 27,1%, причем мужчин умерло на 15 % больше, чем женщин. Рост смертности, по сравнению с предыдущим годом составил 7,5%. По общероссийским данным Федеральной службы государственной статистики, доля мужской смертности от новообразований полости рта составляет 5,3%, что связано как с преобладанием факторов риска у мужского населения РФ, так и с поздней диагностикой таких заболеваний.

ель работы. Показать необходимость экспресс-скрининговых методов ранней диагностики злокачественных новообразований полости рта на стоматологическом приеме.

Материалы и методы. Для оценки эффективности быстрой и достоверной визуализации злокачественно перерожденных клеток полости рта применяли систему «Визилайт Плюс», рассчитанную на 10 пациентов.

Результаты исследования. Традиционно, при первичном осмотре стоматологического пациента, применяют сбор анамнеза, осмотр, пальпацию, инструментальное обследование, оценка состояния десен, физические методы. Реже к данному списку добавляют лабораторные исследования, специальные тесты, анализы крови, мочи, слюны. Одним из быстрых скрининговых методов ранней диагностики злокачественных новообразований полости рта, который еще не получил достаточного распространения в Крыму, но заслуживает пристального внимания стоматологов, является система «Визилайт Плюс». Она представляет собой набор одноразового излучателя хемилюминесцентного света, три одноразовых упаковки с тампонами (два из которых с 1% раствором уксусной кислоты, а третий тампон с раствором «Ти-Блю»). На стоматологической установке, пациенту предлагалось полоскание полости рта 1% раствором уксусной кислоты около 40 секунд. Затем доктор осматривал полость рта пациента с помощью излучателя «Визилайт». При обнаружении участков полости рта, светящихся ярко-белым цветом, врач применял вторую часть скрининговой системы - тест «Ти-Блю». Область участков которые светились, обрабатывалась тампоном содержащим 1% раствор уксусной кислоты; затем тампоном с раствором «Ти-Блю» (около 20 секунд); заключительная обработка тампоном 1% раствора уксусной кислоты (около 20 секунд). В ряде случаев, при сохранении синей окраски после заключительной отмычки слабым раствором уксусной кислоты, была рекомендована прицельная биопсия из патологического очага, и повторный скрининг тест через 2 недели.

Выводы. Метод «Визилайт Плюс» для быстрой и эффективной визуализации потенциально злокачественного очага полости рта позволяет решить проблему ранней диагностики озлокачествления достаточно распространенных заболеваний населения, таких, как герпес, вирус папилломы, лейкоплакия и другие поражения челюстно-лицевой области. Это позволит проводить операционное вмешательство в более ранние сроки и снизить смертность от злокачественных новообразований полости рта. Система «Визилайт Плюс», на наш взгляд, должна получить широкое распространение в Крыму, и стать обязательной в рутинной практике стоматологов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ДЕЗАДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Ольшевский Н.А.

студент стоматологического факультета Медицинской академии им. С.И. Георгиевского
Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и медицинской психологии Ольшевская Н.С.

Введение. В настоящее время актуальной проблемой современной психиатрии является повышение частоты возникновения аффективных, невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств в молодежной, в том числе, студенческой среде. Факторами риска указанных состояний являются значительные интеллектуальные и эмоциональные нагрузки, конкуренция, рейтинговая система образования, психотравмирующие события, связанные с процессом обучения (некурабельные состояния, смерть больных), интроекция страданий. Сочетание неблагоприятных биологических и психосоциальных факторов часто приводит к дезадаптации студентов-медиков.

Цель и задачи исследований. Целью настоящего исследования явилось изучение уровней депрессии, невротизации, психопатизации и дезадаптации студентов медицинского университета.

Методика исследований. В исследовании участвовало 38 человек, средний возраст – $20,9 \pm 1,4$ лет. Использовались следующие методики: анонимная анкета социально-демографических факторов; опросник определения уровня невротизации и психопатизации, методика определения уровня депрессии В.А. Жмурова, опросник для оценки проявлений дезадаптации.

Результаты исследований, их краткий анализ. Выявлено: отсутствие депрессии у 21,1 % студентов, симптоматика минимальной, легкой, умеренной и выраженной депрессии – у 34,2 %, 34,2 %, 7,9 %, 2,6 % соответственно. Неопределенный уровень невротизации обнаружен у 23,7 %, очень низкий – у 42,1 %, низкий и высокий – по 15,8 % соответственно, очень высокий – у 2,6 % учащихся. Неопределенный уровень психопатизации выявлен у 44,7 %, очень низкий – у 15,8 %, низкий – у 13,2 %, и высокий – у 15,8 %, очень высокий – у 10,5 % респондентов. Низкая степень дезадаптации отмечалась у 34,2 %, умеренная – у 52,6 %, выраженная – у 13,2 % студентов медицинского университета.

Выявлено, что дезадаптация статистически значимо коррелирует (ранговые корреляции Спирмена) с выраженностью депрессии ($r=0,77$, $p<0,001$) и невротизации ($r=-0,36$, $p<0,05$).

Заключение. В результате пилотажного исследования выявлено, что у 44,7 % учащихся выявлена симптоматика депрессии разной степени выраженности. Значительная степень невротизации представлена у 18,4 %, психопатизации – у 26,3 %, дезадаптации – у 65,8 % студентов медицинского университета. Показана обусловленность выше представленных показателей влиянием ряда социально-демографических факторов.

Для профилактики возникновения аффективных и пограничных психических расстройств у студентов и повышения эффективности учебного процесса в медицинских ВУЗах целесообразно осуществлять психологическое сопровождение (психокоррекция, психотерапия) студентов.

ОЦЕНКА ВРАЧАМИ СОСТОЯНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

Кумельский Е.Д.¹, Расулов Н.А.¹, Ганиева Л.С.-А.¹

¹студенты кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Медицинской академии имени С.И.Георгиевского КФУ

Научный руководитель: д.м.н., профессор Третьякова О.С.

Введение. Согласно экспертным мнениям и оценкам федеральных и региональных СМИ, здравоохранение в Крыму сегодня не соответствует общероссийским и мировым критериям и стандартам. Большинство экспертов отмечают низкое качество оказываемых медицинских услуг вследствие не только недостаточного уровня квалификации, но и халатности медицинского персонала, их загруженностью и низкой мотивацией.

Цель. Оценка состояния здравоохранения Республики Крым врачами.

Материалы и методы исследования. Для изучения мнения врачей использовалась анкета, которая состояла из 7 вопросов. В анкетировании приняло участие 92 врача Республики Крым. При этом 84 (91,3%) врачей работают в городе, а 8 (8,7%) - в сельской местности. Среди них было 68 (73,9%) женщин и 24 (26,1%) мужчин. По стажу работы анкетированные распределились следующим образом: стаж до 10 лет имели 25(27,2%) врачей, 10-30 лет - 45 (48,9%) и 22 (23,9%) - свыше 30 лет. В опросе приняло участие 37 (40,2%) врачей первичного звена, 51 (55,4%) врачей стационара и 4 (4,4%) – организатора здравоохранения. Анализ результатов проводился с помощью программ Microsoft Office Excel 2007, Statistica for Windows v.6.0.

Результаты исследования. При оценке состояния системы здравоохранения в Крыму, мнения врачей разделились: 35 (41,7%) опрошенных отмечают, что ситуация в целом спокойная, а 38 (45,2%) все же считают, что имеются трудности в работе медицинских организаций Республики, требующие принятия управленческих решений. При оценке удовлетворенности работой федеральных и региональных органов управления здравоохранением, 48 (56,7%) опрошенных оказались полностью неудовлетворенными качеством их работы, однако, 35 (41,7%) были удовлетворены ими частично и считали, что эти органы выполняют свои функции в меру возможного.

Необходимость модернизации материально-технической базы медицинских организаций и принятия новых грамотных управленческих решения для повышения качества оказываемых медицинских услуг поддержала большая часть респондентов – 61 (71,4%). Как известно, такая модернизация действительно сейчас проводится в Крыму под патронатом президента РФ Путина В.В. Однако, практически каждый второй опрошенный - 41 (48,8%) не увидел результатов после реализации первой волны данной модернизации.

Как известно, немаловажным фактором улучшения качества работы, является достойная оплата труда. При оценке изменения уровня заработной платы врачей за период внедрения программы модернизации мнение респондентов разделилось: треть из них (30-35,7%) считает, что зарплата снизилась, еще треть (28-33,3%) не отметила изменений, и лишь 26 (31,0%) отметили ее повышение. При этом ни один опрошенный не остался доволен уровнем своей заработной платы: 37 (44,5%) респондентов полностью не удовлетворены, треть 25 (29,8%) - удовлетворена частично. Более половины опрошенных (55 - 66,9%) имеют уровень заработной платы в пределах 20-30 тысяч рублей. При оценке оптимального уровня заработной платы врача мнения респондентов распределились таким образом: 31 (36,9%) из них считают оптимальной зарплату 30-50 тысяч рублей, еще 49 (58,3%) высказали мнение, что зарплата должна составлять 50-80 тысяч рублей.

Заключение. Согласно результатам исследования врачи Крыма не довольны системой здравоохранения в Республике, качеством работы федеральных и региональных органов управления здравоохранением; отмечают, что материально-техническая база медицинских организаций устарела и требует скорейшей реновации; считают, что имеющийся уровень

заработной платы не соответствует их нагрузке и должен быть пересмотрен в сторону повышения. Таким образом, существует немало проблем, которые можно решить преимущественно путём принятия грамотных управленческих решений как со стороны региональных властей, так и на федеральном уровне.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ

Ольшевский Н.А.

*студент стоматологического факультета Медицинской академии им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ «КФУ имени В.И.Вернадского»*

научные руководители: к.б.н., доцент кафедры физиологии нормальной Зинченко С.А.,
ассистент кафедры пропедевтики стоматологии Полещук О.Ю.

Введение. Эпидемиологические стоматологические обследования населения России свидетельствуют о том, что доля детей, страдающих зубочелюстными аномалиями, составляет до 75 % и имеет тенденции к дальнейшему росту. В отечественной и зарубежной литературе до сих пор обсуждается вопрос о том, участвуют ли нарушения физиологических функций в этиопатогенезе зубочелюстных аномалий.

Цель нашего исследования – изучение нарушений физиологических функций у детей как фактора формирования зубочелюстных аномалий, возникающих на основе вредных привычек.

Методика исследования. Проведение литературного обзора с использованием отечественной базы данных eLIBRARY.RU (режим доступа: elibrary.ru) и PubMed (режим доступа: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed).

Результаты исследований. Вредные привычки являются одним из наиболее частых факторов, выявленных ортодонтами, которые влияют на нормальный рост и развитие мышц и челюстных костей в детстве и подростковом возрасте. И.А. Рублевой (2015) показано, что наличие устойчивых вредных привычек тесно взаимосвязано с психоневрологическими нарушениями (тревожные расстройства, синдром гиперактивности и дефицита внимания). Вначале они осознаются, а затем в определенный момент развития ребенка они становятся бессознательными.

Формирование прикуса и функций челюстно-лицевой области (ЧЛО) охватывает 6 общепринятых периодов, начинаясь во внутриутробном периоде и завершаясь, в основном, к 15-летнему возрасту. Наиболее существенными из ряда постнатальных факторов, влияющих на формирование прикуса, являются следующие физиологические функции ЧЛО: жевание, глотание, дыхание, речь.

Изучению функций зубочелюстной системы посвящено значительное количество работ отечественных и зарубежных авторов. Проблемы диагностики, лечения, нормализации функций обсуждаются в работах А.Ю. Насонова (2016), К.А. Колесник (2017) и др.

При анализе данных анамнеза и клинического исследования Л.С. Персин (2014) особое внимание уделил изменениям функций зубочелюстной системы, имеющим первостепенное значение в развитии аномалий прикуса: нарушения дыхания были у 67 % пациентов, глотания – у 61 %, речи – у 15 %, жевания – у 24 %. Вредные привычки способствовали изменению формы и размеров зубных рядов, челюстей, нарушениям прикуса. Так, у 36 % пациентов была вредная привычка сосать палец, у 26 % – сосать и прикусывать губу, реже – с прикусыванием языка (14 %), щеки и других предметов (9 %), давить языком на зубы (5 %), смещать нижнюю челюсть (4 %). При аномалиях окклюзии функциональные изменения круговой мышцы рта наблюдались у 68 % обследованных, при физиологической окклюзии – лишь у 12,4 %. К функциональным нарушениям относят дискоординацию мышечной деятельности.

Нарушение функции жевания. Возникающее при жевательной нагрузке функциональное раздражение является стимулом для правильного роста и развития челюстных и других костей лицевого отдела черепа. Одним из отклонений является привычка жевания на одной стороне. Одностороннее жевание в сочетании с нарушением прикуса может вызывать различное слуховое восприятие правым и левым ухом. Снижение высоты нижней части лица является одним из признанных факторов, вызывающих снижение уровня слухового восприятия. Жевание зависит также от аномалий зубных рядов и челюстей, при которых снижается эффективность жевания, увеличивается количество жевательных движений, время жевания, нарушается ритм, соотношение между общим временем возбуждения мышц и временем их физиологического покоя, удлиняется время формирования пищевого комка и его глотание.

Нарушения функции глотания и вредная привычка давить языком на зубы являются важными этиологическими факторами в развитии зубочелюстных аномалий. Глотание – важное звено в приеме пищи. Начало глотания находится под контролем ЦНС. Дальнейшая последовательная, координированная работа мышц осуществляется при участии ЦНС, ее определенных ганглиозных участков, которые в течение всего периода находятся под воздействием импульсов, поступающих от соответствующих периферических рецепторов.

Нарушения функции дыхания. Затрудненное носовое или ротовое дыхание характеризуется не смыканием губ, изменением положения языка, что влияет на формирование зубных рядов и прикуса.

Нарушения функции речи. Нечеткое произношение, расположение кончика языка между зубными рядами свидетельствуют о неправильных контактах языка с зубами, губами, небом, что нередко сочетается с наличием щели между зубными рядами. Перечисленные сведения о морфологических и функциональных нарушениях в зубочелюстно-лицевой области важны для постановки диагноза, выбора плана лечения и оценки его результатов.

Выводы. Нарушения физиологических функций челюстно-лицевой области, возникающие на основе вредных привычек, оказывают существенное влияние на возникновение зубочелюстных аномалий. Учет и дальнейшее исследование вышеизложенных факторов могут способствовать оптимизации профилактических и лечебных мероприятий в различные возрастные периоды и применению комплексных методов их устранения.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, РАБОТАЮЩЕГО С БОЛЬНЫМИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ И ПРЕДСТАВЛЯЮЩИМИ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, С ПРИЗНАКАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Гуменюк Л.Н.¹, Недождий П.П.,² Волоцкая Н.И.²

¹- д.мед.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и медицинской психологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ

²- студенты кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и медицинской психологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ

Введение. Одно из первых мест по риску возникновения синдрома профессионального выгорания занимает квалифицированный средний медицинский персонал (СМП). Поэтому именно эта профессия требует постоянной интенсивной рефлексии на содержание предмета своей деятельности, что, по мнению современных авторов, и является одним из источников стрессогенности.

Цель. Установить особенности психоэмоционального состояния среднего медицинского персонала, работающего с больными социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями (СЗПОЗ), в зависимости от наличия и продолжительности профессиональной дезадаптации.

Материалы и методы. На основании информированного согласия в соответствии со стандартами Этического комитета Российской Федерации осуществлено обследование 163 медицинских сестер, работающего с больными СЗПОЗ (вирус иммунодефицита человека, туберкулез легких, гепатит В, С). Из них основную группу составили 110 человек, у которых была выявлена профессиональная деформация (ПД): 60 человек с продолжительностью ПД до 1 года (острая дезадаптация) и 50 с продолжительностью ПД от 2 до 5 лет (хроническая дезадаптация). Контрольную – 53 медицинских сестры без признаков ПД. Контингент обследованных по социально-демографическим показателям был относительно однородным, что позволило изучить проблему, а результаты исследования считать репрезентативными, отражающие генеральную совокупность. В работе использовали клинико-психологический, психодиагностический (опросник «Уровень профессиональной дезадаптации», шкала выраженности депрессии (HDRS) и тревожных расстройств (HARS), социально-демографический и статистический методы исследования.

Результаты исследований. В ходе проведенного анализа выявлено, что высокий уровень дезадаптации имели 46,6% СМП с острой и 54,0% с хронической ПД; выраженный- 43,3% и 34,0%, соответственно; умеренный уровень ПД регистрировался у 13,3% лиц с острой и 12,0% с хронической ПД. При этом наиболее высокие значения в группе с острой ПД отмечались по показателям когнитивных, эмоциональных и соматовегетативных нарушений; в группе с хронической ПД – эмоциональных, поведенческих и соматовегетативных расстройств. Согласно результатам анализа симптоматической структуры депрессивных и тревожных состояний, у СМП, работающего с больными СЗПОЗ, наибольшая частота встречаемости и степень выраженности расстройств депрессивного спектра регистрировалась в группе лиц с острой ПД, патологические тревожные состояния – с хронической ПД. В группе лиц с острой ПД преобладал блок психических симптомов тревоги, с хронической ПД – «соматический кластер реагирования». При изучении содержательного наполнения признаков профессиональной дезадаптации СМП, работающего с больными СЗПОЗ, выделены общие и специфические особенности, присущие данному контингенту. Общими симптомами профессиональной дезадаптации установлены эмоциональный «вакуум», хроническая усталость, астеническая бескомпромиссность, снижение способности к состраданию и сопереживанию, ослабление партнерских интеракций, самоизоляция, некооперативность, появление химических и нехимических аддикций (кофеин содержащие продукты, никотин, алкоголь, пищевые излишества).

Специфическими симптомами острой ПД верифицированы: изменение паттернов высших эмоциональных форм поведения; появление аутоагрессивных интрапунитивных и экстрапунитивных реакций; стыд и стеснительность, снижение профессиональной компетенции и кризис служебного «рвения». Для лиц с хронической ПД были характерны: экзистенциальный «крах гармонии мира», опустошенность, констатация ничтожности и бессмысленности бытия; чувство беспомощности, социальная отстраненность; истощение, агрессивность, астения и хроническая усталость; цефалгический и вегетативно-дистонический синдромы, инсомнический синдром; метаболические изменения веса, расстройства пищевого поведения в виде колебаний аппетита и вкусовых предпочтений; сексуальные дисфункции. Дифференциация признаков в структуре ПД у СМП, работающего с больными СЗПОЗ, позволила выделить ключевые расстройства в зависимости от ее продолжительности: для острой ПД ведущими являлись расстройства эмоционального кластера и нарушение социальных интеракций, для хронической ПД – расстройства поведения и соматовегетативные дисфункции.

Выводы. Клинически выраженная депрессия выявлена у 92,0% СМП с острой и 88,0% с хронической ПД. У 75,0% СМП с острой ПД и 89,0% с хронической ПД диагностированы клинически выраженные тревожные расстройства. Специфическими симптомами острой ПД СМП, работающего с больными социально-значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями, являются расстройства эмоционального кластера и нарушение социальных интеракций, для хронической ПД – расстройства поведения и соматовегетативные дисфункции.

ХРОНИЧЕСКИЙ АПИКАЛЬНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ: МЕТОД ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ОКОЛОВЕРХУШЕЧНЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА.

Дегтярева Л.А.¹, Давлетова Л.К.²

¹доцент кафедры терапевтической стоматологии стоматологического факультета
Медицинской академии КФУ

²студентка кафедры терапевтической стоматологии стоматологического
факультета Медицинской академии КФУ

Введение. Хронический верхушечный периодонтит относится к распространенной стоматологической патологии. Широкая вариабельность данных о частоте хронического верхушечного периодонтита обусловлена тем, что объективная оценка его распространенности затруднена из-за необходимости выполнения рентгенологических исследований. Отсутствие единых критериев диагностики при проведении эпидемиологических обследований затрудняет возможность сравнения результатов, полученных разными исследователями.

D.Orstavik, K.Kerekes и H.Eriksen для оценки состояния околоверхушечных тканей зубов целой предложили периапикальный индекс (РАI), базирующийся на данных о зависимости между рентгенологической картиной и результатами гистологического исследования околоверхушечных тканей. А.М. Соловьёвой была предложена модификация этого индекса путем введения дополнительной оценочной категории верхушки корня.

Однако индексы, предложенные D.Orstavik и А.М.Соловьёвой базируются на результатах рентгенологического исследования и не учитывают особенностей течения хронического верхушечного периодонтита. Согласно данным Н.А.Рабухиной при диагностике периапикальных деструктивных поражений необходимо учитывать взаимосвязь клинических, рентгенологических и морфологических изменений.

В связи с изложенным, для определения состояния околоверхушечных тканей зуба был предложен комплексный апикальный индекс (КАИ).

Для определения комплексного апикального индекса (КАИ) оцениваются клинико-анамнестические и рентгенологические характеристики зубов.

Для каждого обследуемого пациента по значению клинико-анамнестических и рентгенологических оценок каждого зуба и последующего их суммирования определяется соответствующий комплексный апикальный индекс (КАИ), характеризующий интенсивность поражения хроническим верхушечным периодонтитом.

Кроме того, по значению КАИ и числу зубов с хроническим верхушечным периодонтитом, а также удаленных по поводу данного заболевания, определяют показатель активности течения хронического верхушечного периодонтита (АП).

По значению показателя АП оценивается степень активности течения хронического верхушечного периодонтита. При значении АП от 0,08 до 0,33 диагностируется легкая степень активности, от 0,34 до 0,66 – средняя степень, от 0,67 до 1,0 – тяжелая степень активности течения хронического верхушечного периодонтита.

Цель и задачи исследований. Оценить частоту и клинические характеристики зубов с хроническим верхушечным периодонтитом с помощью предложенного комплексного апикального индекса (КАИ).

Методика исследований. Обследовано 387 студентов 2-5 курсов стоматологического факультета, среди которых 157 мужчин и 230 женщин в возрасте от 17 до 32 лет. Средний возраст – 20 лет. Диагноз ставился на основании анамнестических данных, клинически выраженных симптомов, данных электроодонтодиагностики и данных рентгенографии (по показаниям). Результаты проведенного исследования оценивались с помощью индекса КПУз, среднего числа зубов с хроническим верхушечным периодонтитом в полости рта, среднего

числа удаленных зубов, общего числа удаленных зубов и зубов с хроническим верхушечным периодонтитом в полости рта и комплексного апикального индекса (КАИ).

Результаты исследований. У обследованных 387 студентов-стоматологов кариес выявлен в 90,4% случаев. Интенсивность кариеса, оцениваемая с помощью индекса КПУз, составила 7,15. Зубы с хроническим верхушечным периодонтитом обнаружены у 210 студентов (54,3%). Среднее количество зубов, пораженных этим заболеванием у одного человека составляло 1,95, среднее количество удаленных зубов – 0,39.

С учетом предложенного комплексного апикального индекса КАИ обследуемые студенты по степени активности течения хронического верхушечного периодонтита распределились следующим образом. Легкая степень активности выявлена у 49,5 %, средняя степень – у 37,6% и тяжелая – у 12,9% обследуемых.

Необходимо отметить, что среднее число зубов с хроническим верхушечным периодонтитом у лиц со средней степенью активности достоверно больше, чем при легкой и тяжелой. Превалирование показателей в группе со средней степенью активности характерно также для индекса КПУз. Однако тяжелая степень активности течения хронического верхушечного периодонтита не всегда сопровождается большим количеством пораженных зубов. Так, в группу лиц со средней степенью активности течения были включены обследованные с большим количеством пораженных зубов, но с более благоприятным течением хронического верхушечного периодонтита по сравнению с группой лиц с тяжелой степенью активности течения. На это указывает также и увеличение в 2,8 раза количества удаленных зубов в группе с тяжелой степенью активности течения (1,48) по сравнению с группой со средней степенью активности течения хронического верхушечного периодонтита (0,52) ($P < 0,001$).

Важно отметить, что при использовании комплексного апикального индекса (КАИ) производится не механическое подсчитывание зубов с хроническим верхушечным периодонтитом, а каждому зубу дается индивидуальная оценка в соответствии с особенностями течения хронического верхушечного периодонтита. Так, среднее число удаленных зубов без учета степени активности течения составило 0,39, что не совсем адекватно отражает стоматологический статус пациентов, так как только 26% обследуемых имеют удаленные зубы, и среднее число удаленных зубов у них составило 1,47.

Выводы. Комплексный апикальный индекс (КАИ) дает количественную характеристику патологического процесса, а определяемый с его помощью показатель активности периодонтита (АП) отражает качественную характеристику течения хронического верхушечного периодонтита.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ ЯИЧНИКОВ

Румянцева З.С.¹, Волоцкая Н.И.², Неждий П.П.²

¹ - к.мед.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

² - студенты кафедры акушерства и гинекологии №1 Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

Введение. Заболеваемость эндометриозом занимает одну из лидирующих позиций в структуре гинекологической патологии. По статистическим данным наблюдается устойчивая тенденция к росту данного заболевания у женщин молодого возраста. У каждой второй женщины, страдающей бесплодием, диагностируется эндометриоз. По распространенности, основную локализацию наружного генитального эндометриоза составляют яичники. Снижение овариального резерва, высокая частота рецидивов и риск малигнизации указывают на необходимость детального изучения и определения эффективной тактики лечения данной патологии.

Целью данной работы стало изучение условий возникновения, особенностей течения заболевания и дифференцированного подхода к диагностике и лечению эндометриоза яичников.

Материалы и методы. Работа выполнялась на базе гинекологического отделения ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом №2». Проведен ретроспективный анализ историй болезни женщин в возрасте 20 – 40 лет, с установленным клиническим диагнозом «Эндометриоз яичников», за период 2016-2017 г. Выборку составили 60 случаев заболевания. Статистический анализ проводили согласно общепринятым методам, используя программное обеспечение MS Excel, Statistica 6.0. Также были изучены отечественные и зарубежные публикации за последние 5 лет.

Результаты исследования. В результате анализа анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных данных установлено, что 85% случаев первичного обращения связаны с проявлениями синдрома хронической тазовой боли. В литературе указано, что болевой синдром свидетельствует о прогрессировании заболевания и пролиферации эндометриоидных очагов. Второй, по частоте, причиной обращаемости составило нарушение фертильности – 45% всех случаев. В ряде ситуаций причины обращения комбинировались, поэтому каждый параметр был рассчитан исходя из общего количества случаев. Установлено, что у 20% женщин патология диагностировалась повторно, с подтверждением рецидива, бесплодие в этой ситуации было вторичным. По данным анамнеза: в 11,7% - выкидыш на малом сроке, 5% - неудачные попытки ЭКО, 15% - несостоявшийся выкидыш. В процессе диагностики была установлена локализация эндометриоидных кист – 45% в левом яичнике, в 26,7% - патологический процесс имел двусторонний характер. Оценка овариального резерва проводилась до и после оперативного лечения, включая в себя определение АМГ, уровня гипофизарных гонадотропных гормонов - фолликулостимулирующего и лютеинизирующего, а также проведение УЗИ. У женщин с рецидивом заболевания, или двухсторонней локализацией эндометриоидных кист, показатели овариального резерва были значительно ниже, чем в других случаях. Лечебная тактика подразумевала оперативное лечение путем энуклеации гетеротопных образований или резекцию яичника в сочетании с предоперационной и послеоперационной гормональной терапией. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Выводы. Оперативное лечение эндометриоза яичников не исключает возникновения рецидивов, однако индивидуальный подход к выбору тактики лечения, гормональной терапии, своевременный контроль эффективности лечения позволяет достичь значительного улучшения качества жизни женщин, способствует восстановлению нормальной менструальной и детородной функции.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЁГочНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бекирова Э.Э.

*Студент кафедры внутренней медицины № 1 с курсом клинической фармакологии,
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО "Крымский федеральный
университет им. В.И. Вернадского"*

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Легконогов А.В.

Введение. Лёгочная гипертензия (ЛГ) характеризуется прогрессирующим повышением лёгочного сосудистого сопротивления, что приводит к развитию нарастающей правожелудочковой недостаточности. В настоящее время различают артериальную, венозную, гипоксическую, тромбоэмболическую и смешанную (многофакторную) лёгочную гипертензию.

Цель исследования. Оценка клинико-эхокардиографических проявлений лёгочной гипертензии (ЛГ) при различной кардиальной патологии.

Материал и методы. Проведены клиническая оценка и анализ результатов 34000 доплер-эхокардиографических исследований, выполненных в Крымском кардиологическом диспансере. Умеренной ЛГ соответствовал уровень среднего давления в лёгочной артерии (ЛА) до 50 мм рт.ст., тяжёлая ЛГ характеризовалась средним давлением в ЛА свыше 50 мм рт.ст.

Результаты и исследования. Клинически значимая умеренная и тяжёлая ЛГ была установлена у 212 пациентов, что составило 0,62% обследованных. Тяжелая ЛГ была выявлена у 80 больных, в том числе у 23 мужчин и 57 женщин, средний возраст которых составил $43,2 \pm 1,8$ года в возрастном диапазоне 14-75 лет. Большую часть пациентов с тяжёлой ЛГ составили больные с врождёнными пороками сердца (ВПС) – 39 человек (8 мужчин и 31 женщина, средний возраст $43,1 \pm 1,8$ года в возрастном диапазоне 14-69 лет), в том числе 13 с дефектом межжелудочковой, 7 с дефектом межпредсердной перегородки, 5 с транспозицией магистральных сосудов, 5 с открытым общим атриовентрикулярным каналом, 2 с корригированной транспозицией магистральных сосудов, 2 с двойным отхождением магистральных сосудов от правого желудочка, 2 с общим артериальным стволом, 2 с двустворчатым аортальным клапаном, 1 с аномалией Эбштейна. Тяжёлая ЛГ была также установлена у 16 больных с рецидивирующей тромбоэмболией лёгочной артерии (ТЭЛА), 9 пациентов с идиопатической ЛГ, 7 – с приобретёнными клапанными пороками сердца (в 5 наблюдениях с тяжёлым митральным стенозом, 2 – с тяжёлым аортальным стенозом), у 5 больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), осложнённым аневризмой левого желудочка, 3 пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ), 2 – с дилатационной кардиомиопатией. Умеренная ЛГ была установлена у 132 пациентов (74 мужчины и 58 женщин, средний возраст $60,4 \pm 1,3$ лет в возрастном диапазоне 21-87 лет), в том числе у 40 больных дилатационной, 21 – ишемической кардиомиопатией, 30 с приобретёнными клапанными пороками сердца, 18 с ТЭЛА, 13 с ПИКС, 7 с ВПС, 5 – ХОБЛ.

Выводы. Таким образом, наиболее выраженные проявления ЛГ наблюдались при артериальной ЛГ преимущественно у больных ВПС с артериально-венозным и на далеко зашедшей стадии заболевания венозно-артериальным сбросом крови, идиопатической и тромбоэмболической ЛГ. Для преимущественно венозной ЛГ характерны менее выраженные клинические проявления ЛГ, чаще встречающиеся у больных ишемическими и некоронарогенными заболеваниями и поражениями миокарда и клапанного аппарата сердца, а также с патологией лёгких, сопровождающейся гипоксемией.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ В ВОПРОСАХ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ С ПОЗИЦИИ ДОНОРА И РЕЦИПИЕНТА

Кириллюк Т.И.¹, Чопикян А.А.²

¹ студентка кафедры кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии им. С.И. Георгиевского, КФУ им. В.И. Вернадского

² студент кафедры кафедры общественного здоровья и Медицинской академии им. С.И. Георгиевского, КФУ им. В.И. Вернадского

научный руководитель: к.м.н., доцент, Сухарева И.А.

Введение. Трансплантация - хирургическая операция по пересадке органов от донора к реципиенту, донором может выступать как живой, так и умерший человек. По данным Всемирного трансплантационного реестра за последние пять лет число трансплантаций в мире увеличилось на 13,5%, средний ежегодный прирост - 2,7%. На первом месте по числу проведенных операций стоит Испания, где в 2014 году было сделано 4360 операций по пересадке органов (36 на 1 млн. человек), что 2 раза больше среднего значения в Европе (19,6 доноров на 1 млн. человек) и в 10 раз больше, чем в России (3,3 на 1 млн. человек). Таких высоких результатов Испании удалось добиться благодаря централизованной системе получения органов, проведением информационно-просветительской работы с населением и официальной поддержке донорства католической церковью. Ведущие страны Европы полностью или частично переняли "испанскую модель" системы донорства и трансплантации. В то время как в Российской Федерации на данный момент действуют только законы о трансплантации органов и тканей человека: Закон РФ от 22 декабря 1992 г. N 4180-I "О трансплантации органов и (или) тканей человека", Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ, статья 47, которые регулируют правовые аспекты передачи донорских органов. В настоящее время возможна не только пересадка органа от донора, но и пересадка искусственных (небиологических) органов. Особый интерес представляют "выращенные" в лаборатории органы, однако такие технологии все еще недоступны в системе здравоохранения и применяются только в рамках экспериментальных исследований.

Цель и задачи отношения населения Республики Крым к операции по трансплантации органов, знание о последних научных достижениях в области "выращивания" органов, выяснение готовности/неготовности стать донорами/реципиентами органов и мнения по поводу успеха трансплантаций в европейских странах;

- методика исследований: проведено анкетирование 97 граждан Республики Крым (56% женщин и 44% мужчин, средний возраст 35,6±9,6 лет) по специально составленному опроснику, состоящему из 18 вопросов, с последующим анализом полученных данных с помощью программ Microsoft Office Excel 2013 и Statistica 9.0.

Результаты исследований. Подавляющее большинство опрошенных состояли в браке (84,2%) и имели детей (70,1%). Высшее образование имели 79,4%. 77,3% респондентов проживали в городской местности. Положительное отношение к трансплантации донорских органов выразили 92,8%, однако, согласились бы выступить донором для родственников только 51,5%, а для незнакомых людей лишь четверть опрошенных, остальные решительно отказались от донорства. Около трети анкетированных знали о том, что можно законодательно завещать свои органы для трансплантации, но сделали бы это 17,5%. Неожиданным стал тот факт, что подавляющая часть опрошенных 92,7% в курсе научных достижений в области "выращивания" органов в лабораторных условиях и относится положительно (73,3%) к пересадке нуждающимся в этом больным. Также, большинство респондентов знали об искусственных (небиологических) органах (92 человека) и выразили позитивное отношение к их трансплантации (86,9%). Отвечая на вопрос о том, реципиентами каких органов опрошенные предпочли бы стать, только четверть согласились бы стать реципиентами

донорских органов, в то время как большинство предпочтительным посчитали пересадку лабораторно "выращенных" органов - 33,3 %, а небιологических - 39,7%. Только 2,1% опрошенных заявили, что отказались бы получить любой орган. По мнению респондентов, большее число проведенных операций в Европе связано с: 51,5% - иным менталитетом, 22,6% - уровнем квалификации врачей и материально-технической базой, 14,6% - активным информированием населения, 11,3% - другое.

Выводы. В ходе проведенного исследования выяснено, что большая часть опрошенных положительно относится к трансплантации органов, и знает о том, что их можно законодательно завещать, однако, выразили готовность стать донорами только для родственников. При этом почти все респонденты стали бы реципиентами, но предпочли бы пересадку лабораторно выращенных или искусственных (небиологических) органов. А успех трансплантации в европейских странах связывают преимущественно с особенностями менталитета людей-доноров и лучшим уровнем оказания медицинской помощи.

ГЕСТАЦИОННЫЙ ДИАБЕТ, КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ МАТЕРИНСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Румянцева З.С.¹, Волоцкая Н.И.², Абибуллаева Н.К.²

¹ - к.мед.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

² - студенты кафедры акушерства и гинекологии №1 Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

Введение. Возникновение дисфункций метаболизма на разных сроках беременности, представляет собой отдельную медико-социальную проблему и, в целом, отрицательно влияет на здоровье населения. Гестационный диабет, не менее чем в 80% случаев приводит к различным осложнениям беременности, со стороны матери и плода. Также, наличие гестационного диабета в анамнезе, становится фактором риска для возникновения его при последующих беременностях и заболеваемости сахарным диабетом II типа в дальнейшем. Для плода существенный риск составляют метаболические нарушения, возникающие при данной патологии, особенно в сочетании с погрешностями в диете, нарушением активного двигательного режима матери, вредными привычками, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Все эти факторы, как отдельно, так и в сочетании могут приводить к различным перинатальным осложнениям.

Цель исследования. Изучение особенностей возникновения и течения гестационного диабета у женщин с первично установленным диагнозом. Оценка роли данной патологии в возникновении материнских и перинатальных осложнений.

Материалы и методы. Работа выполнялась на базе ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом №2». Проанализированы истории болезни женщин, которые находились на обследовании и лечении в отделении патологии беременных с установленным диагнозом «Сахарный диабет, развившийся во время беременности». Данные о новорожденных, а также о течении родов, осложнениях, методе родоразрешения в дальнейшем были получены при анализе документации родильного отделения, а именно «Журнал регистрации родов», «История родов». Выборку составили 23 случая заболевания, за период 2015 – 2017 гг. Репрезентативность выборки была обеспечена методом отбора анализируемых параметров. Для оценки осложнений со стороны матери использовали следующие патологии: многоводие, маловодие, крупный плод, преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды. Группу перинатальных осложнений составили: синдром задержки развития плода, дистресс плода в родах, асфиксия новорожденного.

Статистический анализ проводили согласно общепринятым методам, используя программное обеспечение MS Excel, Statistica 6.0. Достоверность данных оценивали при помощи t – критерия Стьюдента.

Результаты исследований. При проведении статистического анализа выяснено, что у 15 (65,2%) беременных был отягощен акушерско-гинекологический анамнез, а у 3 (13,1%) наблюдались случаи заболевания диабетом в семье. В развитии гестационного диабета также важен возраст беременных – 17 (73,9%) женщин были старше 30 лет. Маловодие наблюдалось у 2 (8,6%) беременных, практически во всех остальных случаях (82,6% - 19 женщин) преобладало многоводие. У 9 (39,1%) оно сочеталось с крупным плодом, в 4 случаях (17,3%) - крупный плод был единственным манифестирующим признаком. Преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось в 11 (47,8%) из всех случаев. Преждевременные роды наблюдались у 1 (4,3%) женщины, что не является статистически достоверным. По полученным результатам можно судить, что гестационный диабет является фактором риска, как в синдроме задержки развития плода, который наблюдался у 2 новорожденных (8,7%), так и в развитии дистресса плода в родах, с последующим изменением тактики родоразрешения на оперативную - 5 (21,7%). 13 новорожденных (56,5%) имели оценку ниже 8 баллов по шкале Апгар на первой минуте.

Выводы. Анализ результатов изучения анамнеза, клинико-лабораторных данных, документации дает основание полагать, что гестационный диабет является фактором риска в развитии материнской патологии. На исходы беременности влияли также наличие отягощенного анамнеза, избыточная масса тела, гиподинамия, возраст и прочие факторы. Гестационный диабет является причиной развития многоводия, крупного плода, преждевременного излития околоплодных вод, а также является фактором риска развития перинатальных осложнений.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРДОКСА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Ермола Ю.А.¹, Волоцкая Н.И.², Неждий П.П.²

¹ - к.мед.н., доцент кафедры патологической анатомии с секционным курсом
Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

²- студенты кафедры патологической анатомии с секционным курсом Медицинской
академии имени С.И. Георгиевского КФУ

Актуальность: Острый перитонит является одним из наиболее опасных последствий как острых деструктивных процессов, так и травматических повреждений органов брюшной полости. Распространенность и частота возникновения заболевания, а также высокие показатели летальности, составляющие от 9 до 67%, определяют актуальность его изучения. Патоморфологические изменения, возникающие при перитоните, часто приводят к генерализации процесса, что выражается формированием разлитого воспаления, сепсиса и септического шока. Основное деструктурирующее действие на ткани в очаге воспаления, оказывают нейтральные протеиназы - коллагеназа, эластаза и др. Повышение активности протеиназ приводит к повреждению клеточных мембран и необратимым изменениям клеточного метаболизма. С целью направленной коррекции метаболических дисфункций рекомендовано применять препараты, обладающие мембраностабилизирующими свойствами, ингибиторы протеиназ.

Цели исследования: Оценка изменения показателей свободно-радикального окисления липидов и оценка эффективности применения ингибитора протеиназ Гордокса при экспериментальном перитоните у крыс.

Материалы и методы: Для моделирования патологического процесса использовали 30 белых крыс линии Wistar, массой 180 – 200 г. После приготовления 15% каловой взвеси, полученный субстрат вводили внутривентриально, 20 крысам экспериментальной группы. 10 крыс оставались интактными. В первой подгруппе (n=10) специфическая медикаментозная коррекция не проводилась. 10 экспериментальным животным второй подгруппы проводили специфическую терапию путем интраперитонеального введения Гордокса в дозе 20000 КИЕД/кг массы тела. Интенсивность свободнорадикального окисления липидов в сыворотке крови определяли по накоплению вторичных продуктов реакции (тиобарбитурат-активных продуктов). Изучали пероксидазоподобную и каталазоподобную активность сыворотки крови. Животных выводили из эксперимента через 24 часа методом декапитации под тиопенталовым наркозом.

Результаты исследований: Моделирование перитонита приводит к активации перекисного окисления липидов в сыворотке крови, которое проявлялось повышением уровня ТБК-активных продуктов, каталазной активности и снижением пероксидазной активности по сравнению с показателями в контрольной группе. Активация свободнорадикального окисления липидов при перитоните, приводит к энергетическому дисбалансу и влияет на направленность клеточного метаболизма. Кроме того, гиперактивация свободнорадикального окисления поддерживает и усугубляет метаболические нарушения при перитоните, образуя порочный круг, состоящий из элементов клеточных и гуморальных реакций, потенцирующих друг друга. Применение Гордокса привело к снижению уровня ТБК-активных продуктов в сыворотке крови и нормализации процессов перекисного окисления.

Выводы: Применение гордокса при развитии перитонита приводит к снижению уровня окислительных процессов в крови. Это позволяет сделать выводы о том, что использование ингибиторов протеиназ может быть перспективным, патогенетически обоснованным подходом в комплексном лечении перитонита.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АДАЛИМУМАБА (ХУМИРЫ) У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕЖИМА ДОЗИРОВАНИЯ

Кириллюк Т.И.¹, Чопикян А.А.²

¹ студентка кафедры кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии им. С.И. Георгиевского, КФУ им. В.И. Вернадского

² студент кафедры кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии им. С.И. Георгиевского, КФУ им. В.И. Вернадского

научный руководитель: д.м.н., профессор Кошукова Г.Н.

Введение. Псориазический артрит (ПсА) - хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов из группы спондилоартритов, развивающееся у больных псориазом. В последние годы в России регистрируется учащение числа тяжелых и резистентных к общепринятой терапии форм заболевания с увеличением количества случаев развития ранней инвалидизации молодого трудоспособного населения. Лечение генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) - самостоятельное направление терапии ПсА и псориаза. ГИБП рекомендуются при периферическом артрите, преимущественном поражении позвоночника, генерализованной энтезопатии, в случаях отсутствия эффекта от предшествующей адекватной терапии. В настоящее время в РФ среди ГИБП для лечения ПсА зарегистрированы ингибиторы ФНО- α (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб) и моноклональные антитела к интерлейкинам (ИЛ) 12/23 - устекинумаб. Адалимумаб представляет собой ГИБП группы ФНО- α , рекомбинантное моноклональное антитело,

имеющее аналогичную пептидную последовательность с IgG1 человека и способное нейтрализовать биологические эффекты ФНО- α .

Цель и задачи включали проведение анализа эффективности и безопасности терапии Адалимумабом («Хумирой») больных ПСА в зависимости от длительности лечения и режима дозирования.;

- методика исследований: проведен анализ карт динамического наблюдения 14 больных, (9 - мужчин, 5 – женщин, средний возраст пациентов - $47,3 \pm 9,8$ лет), которые проходили лечение на базе ревматологического отделения ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко». Средняя продолжительность заболевания составила $7,6 \pm 3,9$ лет. По рентгенологическим стадиям пациенты распределились следующим образом: 28,6% пациентов имели II стадию, 57,1% - III стадию и 14,3% - IV стадию. Всем пациентам назначались стандартные клинические и лабораторные исследования, определялась интенсивность боли и общая оценка заболевания по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), самостоятельно заполняемой пациентом. Также определялись острофазовые показатели, индексы DAS28, BASDAI для объективизации активности воспалительного процесса в суставах и позвоночнике и индекс тяжести поражения кожи – PASI. Всем пациентам проводилась комплексная терапия с включением метотрексата 10-20 мг/неделю в комбинации с фолиевой кислотой 5 мг/неделю, половина исследуемых пациентов дополнительно получала низкодозовую глюкокортикоидную (ГК) терапию (2,5-7,5 мг/сутки). В связи с недостаточной эффективностью проводимой терапии пациентам дополнительно назначалась терапия ГИБП – Адалимумаб (Хумира) в дозировке 40 мг/0,8 мл п/к 1 раз в 2 недели. С целью определения эффективности и безопасности проводимой терапии все индексы рассчитывались в динамике - перед началом терапии Адалимумабом и спустя 3, 6, 9 и 12 месяцев лечения. Оценка функции почек проводилась на основании расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI, функциональное состояние печени – на основании динамики показателей АЛТ, АСТ. Полученные результаты проанализированы в Microsoft Office Excel и в пакете программ Statistica 9.0.

Результаты исследований. На фоне проводимого лечения у большинства пациентов (92,9%) был отмечен значительный положительный эффект в виде улучшения общего самочувствия, уменьшения кожных проявлений псориаза и снижения активности артрита и спондилита. Зафиксировано выраженное снижение интенсивности боли по шкале ВАШ более чем в 3,5 раза - $70,40 \pm 4,14$ мм до инициации Адалимумаба (Хумиры) и $18,50 \pm 3,51$ мм через 12 месяцев терапии ГИБП ($p < 0.001$). Максимальное уменьшение площади кожных псориазных поражений зафиксировано в течение 1-го месяца лечения – на 36,1% по индексу PASI по сравнению с исходными показателями, с последующим постепенным замедлением регресса и стабилизацией кожных проявлений на 3-м – 9-м месяцах терапии. К 12-му месяцу наблюдалось незначительное увеличение площади кожных проявлений (+12,3%) в сравнении с первым месяцем, что может быть связано с развитием эффекта «ускользания» и требует дальнейшего динамического наблюдения. Уменьшение воспалительного процесса отражалось в снижении СОЭ на фоне терапии Адалимумабом (Хумирой). Так, на момент включения в терапию Адалимумаба (Хумиры) средний показатель СОЭ составил $20,08 \pm 4,92$ мм/час, через три месяца - $7,52 \pm 3,23$ мм/час, спустя 9 месяцев - $4,91 \pm 2,57$, через год - $7,11 \pm 5,90$ ($p=0,01$). Также позитивный эффект терапии подтверждался снижением индексов активности заболевания DAS28 ($6,84 \pm 2,36$; $3,24 \pm 2,18$; $3,07 \pm 1,93$; $2,86 \pm 2,08$ и $3,19 \pm 2,21$) и BASDAI ($77 \pm 0,40$; $3,54 \pm 0,31$; $3,11 \pm 1,12$ и $3,68 \pm 1,34$), т.е. отмечено достоверное уменьшение активности спондилита в 2,5 раза ($p < 0,001$). За весь период наблюдения у пациентов не обнаружено статистически значимого повышения уровня печеночных ферментов: АЛТ - 28,1 МЕ/л, 35,0 МЕ/л, 32,00 МЕ/л, 33,75 МЕ/л; АСТ - 23,3 МЕ/л, 29,0 МЕ/л, 23,0 МЕ/л, 27,8 МЕ/л (инициация терапии, спустя 3, 6 и 12 месяцев соответственно), а также СКФ - $80,33 \pm 4,17$ мл/мин/1,73м перед инициацией лечения, $82,85 \pm 12,99$ мл/мин/1,73м через 6 месяцев и $81 \pm 12,92$ мл/мин/1,73м спустя 12 месяцев ($p=0,175$). Стабильные показатели СКФ позволяют отметить отсутствие негативного влияния на функцию почек при длительном

применении препарата. У 2 больных (14,3%) на фоне проводимого лечения возникали нежелательные явления в виде частых ОРВИ (более 7 за год терапии Адалимумабом), что указывает на дополнительный иммуносупрессивный эффект блокатора ФНО- α и согласуется с литературными данными. У 57,14% пациентов отмечены кратковременные артралгии, успешно купируемые коротким курсом приема НПВП, что объясняется сложным патогенетическим каскадом течения ПсА. Возникшие нежелательные реакции не расценивались как серьезные и не потребовали прекращения или прерывания проводимого лечения. Два пациента прекратили лечение Адалимумабом (Хумирой) в связи с отсутствием закупки препарата по Территориальной льготе с последующим возобновлением терапии. При возобновлении терапии Адалимумабом (Хумирой) после кратковременного перерыва (2-5 мес.) отмечено снижение эффективности терапии ГИБП, что требует дальнейшего изучения проблемы.

Выводы. У 13 из 14 пациентов за период 12-ти месячного приема Адалимумаба наблюдалось значительное улучшение как в виде регрессии кожных проявлений псориаза, так и в уменьшении активности ПсА практически в 2,5 раза по индексу BASDAI с максимальным уменьшением к 3-му месяцу и последующей стабилизацией данного показателя. Терапия ГИБП группы ФНО- α в целом хорошо переносилась больными, нежелательных явлений, относящихся к градации «серьезные» зафиксировано не было, что показывает высокую эффективность и безопасность данного лечения у пациентов с ПсА.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТАЦИДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОПАТИЙ, ИНДУЦИРОВАННЫХ ПРИЕМОМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.

Горбач Ю.В.¹, Дротенко А.А.²

*¹ студентка кафедры внутренней медицины №2 2го медицинского факультета
Медицинской академии КФУ*

*² студент кафедры внутренней медицины №2 2го медицинского факультета
Медицинской академии КФУ*

научный руководитель: к.м.н., ассистент Шадчнева Н.А.

Введение. Актуальность проблемы гастропатий, индуцированных приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС), объясняется высокой частотой применения с профилактической целью ацетилсалициловой кислоты (75-100 мг) при ишемической болезни сердца (ИБС). Длительный, а иногда и пожизненный прием данного препарата способен привести к возникновению у пациента побочных эффектов в виде эрозивно-язвенных изменений слизистой желудка. Согласно проведенным исследованиям Ярустовского М.Б на базе Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева Российской академии медицинских наук, при предоперационном обследовании 240 больных ИБС у 30% выявлена гастропатия, связанная с приемом аспирина (из них язвы – у 23,6%, эрозии – у 76,4%). В клинической практике препаратами первой линии для лечения НПВС-индуцированных гастропатий являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Особенности фармакодинамики и фармакокинетики данной группы препаратов заключаются в длительном латентном периоде, что исключает возможность их применения в качестве препаратов "скорой помощи". По данным Richter J., даже на фоне приема ИПП у части больных сохраняется чувство боли и дискомфорта в эпигастриальной области, что приводит к низкой приверженности лечению, а также возникновению ночных кислотных пробывов. Распространенность этой проблемы требует поиска новых препаратов для предупреждения и лечения данной патологии. Таким образом, применение антацидов не теряет своей

актуальности в связи с более быстрым по сравнению с ИПП повышением рН желудочного содержимого, что обуславливает быстрое купирование симптомов.

Цель и задачи. Изучить эффективность применения антацидного препарата для лечения НПВС-индуцированных гастропатий.

Материалы и методы. Истории болезни 30 пациентов терапевтического отделения, получающих стандартную терапию ИБС, включающую в себя ацетилсалициловую кислоту (которую они получали также длительно и на догоспитальном этапе), статины, антигипертензивные препараты, омепразол и предъявляющих жалобы на боль и чувство дискомфорта в эпигастральной области, изжогу. По результатам проведенной фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) были выявлены изменения, характерные для НПВС-гастропатии. Пациентам к лечению добавлен комбинированный антацидный препарат, содержащий 680 мг кальция карбоната и 80 мг магния карбоната в режиме "по требованию": 1-2 таблетки при появлении симптомов.

Результаты исследований. В исследуемую выборку вошло 18 мужчин и 12 женщин, в возрасте от 45 до 62 лет. По данным анамнеза длительность приема ацетилсалициловой кислоты в среднем составила 6 лет. 15 пациентов получали ИПП омепразол в дозе 20 мг в сутки, из них 10 – нерегулярно (по требованию). При анализе жалоб пациентов при поступлении были выявлены: боль в эпигастральной области - у 27, изжога - у 19, чувство дискомфорта в эпигастральной области - у 17 пациентов. При объективном исследовании у 28 пациентов выявлена болезненность в эпигастральной и пилородуоденальной областях.

На 2-3 сутки пребывания в стационаре всем пациентам была проведена ФГДС, по результатам которой у 22 пациентов выявлена гиперемия и отек слизистой оболочки желудка, у 8 пациентов - единичные эрозии слизистой желудка, что с учетом длительного приема ацетилсалициловой кислоты в анамнезе было расценено нами как проявления НПВС-гастропатии.

В комплекс лечения добавлен комбинированный антацидный препарат, содержащий 680 мг кальция карбоната и 80 мг магния карбоната на 10-12 дней.

Анализ состояния пациентов проводился на 3-4 и 9-10 сутки назначенной терапии, после чего проанализированы изменения в характере жалоб. Так, на 3-4 сутки у 25 больных отмечается значительное уменьшение интенсивности болевого синдрома в эпигастральной области, у 14 пациентов - отсутствие чувства дискомфорта в области проекции желудка, жалобы на изжогу и болезненность при пальпации не предъявлял ни один из пациентов. На 9-10 сутки проводимой терапии у всех больных было достигнуто полное купирование болевого синдрома, лишь у двоих сохранялось чувство дискомфорта в эпигастральной области. Таким образом, применение антацида, содержащего карбонат кальция и магния, оказывает положительное влияние на симптоматику НПВС-гастропатии.

Выводы. Применение антацида, содержащего карбонат кальция и магния, приводит к быстрому (на 3-4 сутки) уменьшению выраженности клинических проявлений НПВС-гастропатии. Применение антацидов может быть рекомендовано для симптоматической терапии болевого и диспептического синдромов у пациентов, страдающих ИБС и длительно получающих ацетилсалициловую кислоту.

ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕГЕНЕРАЦИИ

Абляметова Ф.А.¹, Мельничук А.В.²

¹ - студентка второго курса 1-го медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ имени В.И. Вернадского

² - студентка второго курса 1-го медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ имени В.И. Вернадского

научный руководитель: старший преподаватель кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Кульбаба П.В.

Введение. Наиболее часто за помощью к врачам-травматологам обращаются люди, получившие травмы кисти руки. Главной опасностью травмы в нижней трети предплечья является повреждение локтевого сосудисто-нервного пучка. Согласно статистическим данным в Российской Федерации, динамика травматизма на сегодняшний день составляет 86,6%. Количество пострадавших с повреждениями периферических нервов верхней конечности достигает 6–7 % всех открытых травм кисти, при этом число неудовлетворительных результатов лечения составляет до 43 % случаев. Правильная диагностика повреждений нервов и их лечение является залогом сохранения функциональности кисти.

Цель. Изучить наиболее эффективные методы оперативных вмешательств по восстановлению периферических нервов. В связи с поставленной целью были определены задачи исследования: проанализировать результаты регенераций восстановленных периферических нервов верхней конечности.

Материалы и методы. Основными источниками, использованными при написании работы, были публикации журнала «ТРАВМА» том 14, №5, 2013. Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения (Анкин Л.Н., Анкин Н.Л.). Проведён анализ статистических данных за 2015-2017 гг. полученных из ГБУЗ РК "РКБ им.Н.А. Семашко". В исследовании приняли участие 17 пациентов с повреждениями периферических нервов верхних конечностей: 7 пациентов – 2015г, 5 – 2016г., 5 – 2017г. Пациентам было проведено через 2 и 4 месяца электронейромиографическое исследование в динамике как поврежденной, так и здоровой кисти.

Описание и обсуждение результатов.

Оперативное лечение путем наложения первичного шва проведено 8 пациентам, которые составили первую (основную) группу. Вторую (контрольную) группу составили 9 пациентов, с оперативным лечением путем наложения отсроченного раннего шва.

Показаниями к оперативному вмешательству на поврежденных периферических нервах являются наличие двигательных выпадений, нарушение чувствительности и вегетативно-трофические расстройства.

Оперативное лечение повреждённых периферических нервов выполнялось с помощью наложения эпинеуральных и перинеуральных швов.

Эпинеуральный шов является классическим и наиболее распространенным методом реконструкции периферических нервов. Однако его наложение не рекомендуется при восстановлении смешанных нервов, где необходимо сопоставление однородных интраневральных пучков. Ход операции:

1. Выделение проксимального конца нерва в направлении повреждения.
2. Поврежденные концы нерва иссекают лезвием безопасной бритвы.
3. На расстоянии 2 мм от края нерва перпендикулярно к его поверхности вводят атрауматическую иглу, проводя через эпинеурий.
3. Иглу выводят через противоположный конец нерва изнутри.
4. Концы нитей связывают.

5. Между швами держалками накладывают еще 2-3 шва на передней и задней полуокружности, не допуская заворачивания эпинеурия.

6. Сшитый нерв укладывают в ложе из неповрежденных тканей.

Периневральный шов показан при восстановлении смешанных нервов, так как после освежения концов нерва топография их внутривольных срезов не совпадает. Ход операции:

1. Выделение нерва.

2. Иссечение поврежденных концов нерва лезвием безопасной бритвы.

3. Удаляют эпинеурий на расстоянии 5-6 мм на обоих концах нерва, для открытия доступа к пучкам.

4. Отдельно прошивается каждая группа пучков за периневрий

5. Восстановление начинается с наиболее глубоко расположенных пучков. На каждый пучок накладывается 2-3 шва.

Всем пациентам было проведено электронейромиографическое исследование в динамике через 2 и 4 месяца, для оценки результатов операций.

Как у первой (основной), так и у второй (контрольной) группы наблюдалась положительная динамика регенерации периферических нервов. Однако репаративные процессы в поврежденных нервах идут активнее у первой (основной) группы, чем у второй (контрольной).

Вывод. В ходе исследования мы выяснили, что эффективным является как первичный шов, так и отсроченный ранний шов. Репарация проходила успешно у всех пациентов, однако активнее она была у пациентов первой (основной) группы, данный эффект связан с безотлагательным проведением операции. О чём свидетельствуют меньший промежуток времени восстановления нерва, а также более выраженное течение регенераторных процессов, восстановление протекает более качественно. Касаемо пациентов второй (контрольной) группы, нужно отметить, что динамика регенерации так же положительна, но регенераторные процессы протекали менее выражено и промежуток времени восстановления более длительный.

РЕАКТИВНОСТЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У КРЫМСКИХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В СВЯЗИ С КЛИМАТИЧЕСКОЙ АНОМАЛИЕЙ СЕНТЯБРЯ 2017 ГОДА

Пасечникова И.А.¹, Микульская А.С.¹, Сеферова Л.Ф.¹, Тымченко С.Л.², Залата О.А.²

*1 – студентки стоматологического факультета, 2 – доценты кафедры физиологии
нормальной МА им. С.И. Георгиевского*

*Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, «КФУ имени В.И. Вернадского»
кафедра физиологии нормальной*

Введение. Организм человека представляет собой сложную согласованную систему различных ритмов – сердечного, сосудистого, дыхательного, которые тесно связаны с деятельностью высшей нервной системы. Резкая смена температуры воздуха, атмосферного давления или силы ветра, повышенная солнечная активность могут стать причиной физического и эмоционального дискомфорта. В сентябре 2017 года на территории Республики Крым были зарегистрированы аномально высокие температурные показатели. В связи с этим представляли интерес оценка и анализ изменений в психоэмоциональном состоянии учащихся вуза в период отклонений значений климатических элементов от принятых для текущего сезона года.

Целью настоящего исследования было с помощью психологического тестирования определить и оценить психоэмоциональное состояние студентов-медиков в начале учебного

года (сентябре) в динамике, установить степень зависимости самочувствия, активности и настроения от показателей погоды в связи с климатической аномалией сентября 2017 года.

Методика исследований. С соблюдением биоэтических принципов тестировали 38 студентов второкурсников-добровольцев Медицинской академии им. С.И. Георгиевского, юношей и девушек 18-19 лет. Факторы погоды в дни и часы тестирования фиксировались по метеосводкам интернет ресурса (<https://rp5.ru>). Изучали динамику атмосферного давления на уровне метеостанции (P), атмосферного давления на уровне моря (Po), температуру воздуха в течение дня (T, T min, T max), влажность воздуха (U, U min, U max), скорость ветра (Ff). Для оценки психоэмоционального состояния применили тест-опросник «Самочувствие-Активность-Настроение» (САН), разработанный сотрудниками Московского медицинского института имени И.М. Сеченова В.А. Доскиным и соавторами (1973 г.). При интерпретации: самооценку считали низкой при результате менее 3,0 баллов; от 3,0 до 5,0 баллов – средней; более 5,0 баллов – высокой. Тестирование выполняли в первой половине дня и соотносили с показателями погоды, заносая данные в таблицу. Опрос респондентов и фиксация показателей погоды были выполнены дважды: в период с 11.09. по 15.09 2017 и с 18.09 по 22.09 2017 г. Статистический анализ данных осуществляли с помощью методов непараметрической статистики: медианы (Me); перцентили (p25, p75), коэффициент Спирмена (r), критерий Вилкоксона (W), программа Statistica 8,0.

Результаты исследований. Были проанализированы полученные при тестировании показатели психоэмоционального состояния студентов-медиков и факторы погоды, которые имели некоторые отличия в разные дни обследования респондентов (таблица 1).

Как видно, показатели психоэмоционального состояния студентов соответствовали средним и высоким уровням, достоверно не отличались при повторном тестировании. При этом стоит отметить, что показатель «самочувствия» через неделю несколько снизился, но на уровне тенденции ($p \geq 0,05$). Что касается показателей погоды, то с 18.09.17 г. достоверно большими по сравнению с первой неделей были показатели атмосферного давления и влажности воздуха ($p \geq 0,001$). Температура воздуха и скорость ветра повысились, но на уровне тенденции ($p \geq 0,05$).

Таблица 1

Характеристика самочувствия, активности, настроения у студентов-медиков, полученная в период климатической аномалии сентября 2017 года

Показатели Психоэмоционального состояния студентов	Me	p25	p75	T, C ⁰	Po мм.рт.ст	P мм.рт.ст	U %	Ff м/с
11.09-15.09 2017								
С	5,3	4,4	5,7	27	744,7	760,0	28	4,5
А	4,4	4,0	5,2					
Н	5,5	4,9	6,1					
18.09-22.09 2017								
С	5,1	4,5	5,6	29	758,2***	742,9***	52***	6,0
А	4,5	3,8	5,0					
Н	5,4	4,9	6,3					

Примечание: *** – достоверные различия ($p \leq 0,001$) показателей погоды (W - критерий).

С помощью корреляционного анализа Спирмена установили ряд взаимосвязей в разные дни тестирования. Так, на первой неделе «самочувствие» респондентов было опосредовано такими показателями погоды, как влажность воздуха (U min $r=0,34$, $p=0,03$; U $r=0,40$, $p=0,006$), атмосферным давлением (P $r=0,31$; $p=0,06$), и скоростью ветра (Ff $r=0,47$, $p=0,003$), а «настроение» – влажностью воздуха (U $r=0,32$, $p=0,06$) и скоростью ветра (Ff $r=0,38$, $p=0,02$).

Повторное тестирование респондентов показало, что более реактивной показателем психоэмоционального состояния была «активность» студентов, которая обнаружила

разнонаправленные достоверные взаимосвязи с температурой воздуха ($T \min r=0,32, p=0,05$; $T r=0,34, p=0,03$), минимальной влажностью воздуха ($U \min r=-0,32, p=0,04$), атмосферным давлением ($P_0 \min r=0,40; p=0,01$; $P \min r=0,40; p=0,01$). «Самочувствие» и «настроение» обратно были взаимосвязаны со скоростью ветра ($Ff r=-0,49, p=0,001$; $Ff r=-0,40, p=0,01$, соответственно).

Выводы. Таким образом, оценка психоэмоционального состояния показала, что самочувствие, активность и настроение респондентов было удовлетворительным и достоверно в динамике не отличалось. При этом результаты корреляционного анализа позволяют констатировать, что показатели погоды оказывали прямое влияние на самочувствие студентов при исходном обследовании и разнонаправленное на активность в первую очередь, при повторном тестировании, когда достоверно изменились давление воздуха и его влажность. Считаем, что для окончательных выводов по исследуемой проблеме необходимо продолжить обследование и тестирование выборочной группы студентов. Синхронный мониторинг погодных факторов и показателей психоэмоциональной сферы позволит отследить и проанализировать реакцию высшей нервной деятельности в условиях климатических изменений окружающей среды.

STRUCTURE OF TYROTROPHS AT LEAD INTOXICATION

Muratova R.R.¹, Petrova K.I.¹, Bolshakova O.V.²

¹*students of the 2-d year of Medical Academy named after S.I. Georgievsky, CFU*

²*associate professor of Histology and Embryology department, Medical academy named after S.I. Georgievsky, CFU*

Introduction. Anthropogenic pollution of the environment by salts of heavy metals, among which lead compounds occupy a priority place, continues to grow progressively. Effects of general toxic effects of lead on the body are identified as man-caused diseases and form a nosological group of trace elements. An important place in the regulation of these processes is taken away from the pituitary gland, which takes a direct part in the realization of phylogenetically determined reactions of stress in mammals.

The purpose: to study morphological changes in thyrotrophs of the pituitary gland during chronic intake of lead compounds into the organism of experimental animals.

Materials and methods. The studies were performed on male mice of the BALB / c line. The first group of animals consisted of 5 intact males (control), which received distilled water. A second group of 5 mice received oral aqueous lead acetate solution at a dose of 0.01 mg / g for 90 days per day. All material is poured into epon-araldite blocks with the subsequent manufacture of semi-thin and ultra-thin sections.

To study the structure of the pituitary gland, electron microscopy and morphometry were used. Identification of thyrotrophs was carried out according to the size, structural features and arrangement of granules in the cytoplasm.

Results of the study. On the 90th day of intoxication among thyrotrophs, 2 groups of cells are detected. Some are darker with better preservation of the ultrastructure and a large amount of secretory granules, others - bright - with significant dystrophic changes. The population of cells of type 1 is small, about 16% of all thyrotrophs. The cells are small and retain a round-polygonal shape. Nucleoli have minor invaginations of karyolemma. The nucleolus is usually one small, attached to the nuclear membrane. The perinuclear space is unevenly widened and continues in a number of areas in the cytoplasm vacuole. Small dark mitochondria are found in the near-nuclear zone. Tanks of the endoplasmic reticulum are represented by separate fragments, in most cases they are considerably expanded and continue in the vacuole. The hormone-containing granules are located along the

plasmolemma, forming one intermittent series, and in separate small areas are grouped in 2 rows. A significant part of the cytoplasm is vacuolated and contains small and medium vacuoles.

Thyrotrophs of the second type are subjected to balloon dystrophy with the formation of very large discharge vacuoles, or 2-3 large vacuoles and many small ones in the rest of the cytoplasm (thyroidectomy cells). The total area of vacuoles increases by 13.06 times in comparison with the control. In the cytoplasm, organelles are almost completely destroyed: single small mitochondria with destructed cristae, fragments of granular endoplasmic reticulum nets, ribosomes are found.

The hormone-containing granules form one row of sparsely distributed granules along the plasmolemma, among which approximately equally half-empty and full are found.

Conclusions. Lead intoxication leads to complex morphological changes in the parenchyma, stroma, vascular bed of the pituitary gland. Variability of changes in thyrotrophs is manifested by balloon dystrophy (thyroidectomy cells) to cells with a well-preserved structure.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Колесникова И.О.

студентка кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии им. С.И. Георгиевского

научный руководитель: д.м.н., профессор Третьякова О.С.

Введение. В Российской Федерации на протяжении последних 4-х лет отмечается естественный прирост населения, который составляет 0,2‰. В Республике Крым наблюдается иная ситуация. Регистрируется прогрессирующая естественная убыль населения: 2015г. -2,7‰, 2016г. -3,2‰.

Перинатальная смертность – один из главных демографических показателей, отражающий качество оказания медицинской помощи беременным женщинам и детям. Показатель имеет 3 составляющие: антенатальная гибель плода (начиная с 22-й недели беременности до начала родов), интранатальная (в период родов) и ранняя неонатальная смертность (от момента рождения ребенка до первых семи полных суток жизни новорожденного).

В Российской Федерации наблюдается постоянное снижение коэффициента перинатальной смертности, в 2001г. – 12,8‰, в 2015г. – 8,29‰.

Цель. Изучить и проанализировать перинатальную смертность в Республике Крым за период 2010-2016гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных официальной статистики за 2010-2016 гг. «Крымский медицинский информационно-аналитический центр» с использованием метода описательной статистики при помощи Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования динамики перинатальных потерь за период 2010-2016гг. в Республике Крым выявлено снижение коэффициента на 38,3%. Начиная с 2010г. показатель постепенно уменьшался, так в 2010г. он составлял 11,87‰, а к 2014г. достиг 8,21‰, его пик наблюдался в 2015г.- 9,41‰, (показатель вырос на 14,6%), с последующим спадом в 2016г. до 7,7‰.

При анализе вклада отдельных компонентов перинатальной смертности выявлено, что за период 2010-2014гг. удельный вес антенатальной гибели плода в Республике Крым увеличился: 2010г. – 49,1%, 2011г. – 53,5%, 2012г. – 52,7%, 2013г. – 62,8%, 2014г. – 67,6%, с незначительным снижением в 2015г. до 64,2%. При этом основными причинами внутриутробной гибели плода являются: 56% - асфиксия, 15% - внутриутробная гипоксия, 12% - родовые травмы, 10% - пороки развития, 4% - гемолитическая болезнь новорожденных, 3% - врожденные пороки развития. Высокий удельный вес антенатальной гибели плода

свидетельствует о недостаточном качестве оказанной медицинской помощи беременным на уровне женской консультации.

В тоже время такой показатель как интранатальная гибель плода в Крыму стремительно снижается: в 2010г. – 12,3%, 2013г. – 7,5%, с уменьшением в 1,6 раза, 2014г. – 6,5%, 2015г. – 6,6%, что свидетельствует об улучшении качества оказания медицинской помощи акушерами-гинекологами в период родов.

Анализ динамики ранней неонатальной смертности демонстрирует ее снижение за период 2010г. – 2014г. в 1,5 раза (38,6% и 25,9% соответственно), с повышением в 2015г. до 29,2%, что отражает качество оказанной медицинской помощи врачами-неонатологами в первые 7 дней жизни новорожденного.

Выводы.

1. Показатель перинатальной смертности в Республике Крым имеет положительную динамику за период 2010-2016гг.

2. Наиболее весомый вклад в структуру перинатальной смертности вносит антенатальная гибель плода, при соответствующем уменьшении интранатальной и ранней неонатальной смертности.

3. Преобладание антенатальной гибели плода в структуре показателя перинатальной смертности требует повышения качества оказания медицинской помощи, как женщинам, так и детям на всех ее этапах.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА.

Саиднабиев С.С.

Студент кафедры лучевой диагностики Медицинской академии КФУ

Научные руководители: ассистент кафедры лучевой диагностики Швед А. В., к.м.н, доцент
Прокопенко О. П.

Введение. Рассеянный склероз это хроническое демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы, все чаще встречающееся в возрасте 20-30 лет. Специфических клинических симптомов у рассеянного склероза нет и в основном диагностика проводится, инструментальным путем. Метод магнитно-резонансной томографии (МРТ) признан золотым стандартом для диагностики и мониторинга течения рассеянного склероза (РС), при этом выявляются очаги демиелинизации, обнаружение которых явно свидетельствуют об этом грозном дегенеративном заболевании нервной системы. Количество больных с РС растет год от года не только в странах Европы, но и в Крыму.

Цель. Изучить МР-признаки РС, оценить роль и уточнить при этом преимущество исследования после введения контрастных препаратов.

Методика исследований. Проведен анализ данных МРТ у 19 больных с подтвержденным диагнозом рассеянного склероза. Среди пациентов с рассеянным склерозом было, 11 мужского пола и 8 женского пола. По возрасту они распределялись следующим образом: 20-25 лет – 4 больных; 26-30 лет – 6 больных; 31-40 лет -7 больных; и 2 - старше 40 лет.. У всех пациентов эта патология, с типичной симптоматикой. Клинические проявления заболевания начинались исподволь, но иногда отмечалась внезапная потеря зрения на один глаз и пациент с жалобами на ухудшения зрения обращался к окулисту а затем попадали на консультацию к неврологу. Часто наблюдалась слабость в нижних конечностях, потеря поверхностной чувствительности конечностей, общая слабость и шаткость при ходьбе. Ухудшался общий психоэмоциональный статус в виде нарушений памяти, внимание, изменялось поведение человека. Все эти симптомы проявлялись вместе или по отдельности, в зависимости от локализации патологии в нервной системе. Исследования были проведены на

высокопольном магнитно-резонансном томографе «SIEMENS MAGNETOM ESSENZA» мощностью магнита 1,5 Т. После проведения основной части исследования в виде изучения изображений, у всех пациентов исследовали головной мозг после введения контрастного вещества. Контрастный препарат (гадовист), обладающий парамагнитными свойствами, вводился внутривенно 0,1-0,2 мг/кг, непосредственно перед проведением диагностического исследования. МР-исследование обязательно включала в себя изучение головного мозга в режиме FLAIR (fluid attenuation inversion recovery). Этот режим представляет собой поэтапное инверсию-восстановления с длинным T1, используемая для устранения влияния жидкости в получаемом МР изображении. Патологические процессы, при которых увеличивается содержание воды в тканях, как правило, гиперинтенсивны на FLAIR изображениях., особенно при корковой локализации то есть появляется возможность визуализировать очаговые изменения которые или не видны или плохо определяется при других режимах метода МРТ.

Специалисты утверждают что режим FLAIR полезен не только при исследовании больных с РС но и пациентов с субарахноидальными кровоизлияниями, ишемическими нарушениями, черепно-мозговыми травмами, а постконтрастные FLAIR изображения включены в протоколы для таких заболеваний как менингит. Полученные МР – изображения анализировались обязательно в трех проекциях. Все исследования соответствовали стандартизированному протоколу при РС.

Результаты исследования. При магнитно-резонансной томографии было выявлено наиболее типичное расположение очагов, а именно: на рогах боковых желудочков, во внутренней капсуле, мозолистом теле, мосту, на ножке среднего мозга и в мозжечке. Белое вещество ствола, вокруг водопровода и дно IV-го желудочка, наиболее часто подвержено патологическим изменениям. При исследовании характерные изменения демиелинизации, в белом веществе головного мозга, определялись во всех случаях на T2 взвешенных изображениях, в виде очагов повышенной интенсивности. Для оценки активности рассеянного склероза использовались препараты Гадолиния. У 60% пациентов при контрастном усилении была определена активная фаза заболевания, которая проявляется лучше всего на 10-15 минуте после введения гадолиния. При фазе активности происходит активное выработка антител против собственных белков. А именно против миелиновых оболочек нервных волокон. Разрушения проявляется в различных локализациях головного мозга и вследствие этого наблюдается типовые клинические признаки свойственного рассеянному склерозу и при мрт исследовании наблюдается гиперинтенсивные очаги контуры которых становятся не четкими. В последствии, в результате адекватного лечение интенсивность очагов уменьшается иногда они даже исчезают, при этом контуры приобретают определенную четкость. К этому времени интенсивность изображений этих очагов становится более значительными. Было выявлена МР-исследовании типичная локализация очагов демиелинизации в головном мозге – перивентрикулярные зоны, чаще в углу между хвостатым и мозолистым телом, в зонах, прилегающих к верхнелатеральному углу боковых желудочков, в белом веществе семиовального центра, височных долях, а также в стволе головного мозга и мозжечке. На границе серого и белого вещества или в сером веществе находится небольшая доля очагов (5-10%). Размер их от 0,2 см до 3,0 см, чаще овальной или округлой формы

Выводы. Стандартная МРТ с контрастированием, обладая высокой информативностью, выявляет в подавляющем большинстве случаев специфические признаки РС. Введение препарата позволило определить активность патологического процесса, что так же позволяет диагностировать РС на ранних стадиях развития заболевания. Flair режим позволяет лучше выявлять очаговые изменения в головном мозге при РС.

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТОДА ГЛУБОКОГО ФТОРИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА «ГЛУФТОРЭД» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА

Османова А.А.¹, Андрианова И.И.²

¹студентка кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии КФУ

²ассистент кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии КФУ
научный руководитель: асс. Андрианова И.И.

Введение. Распространённость кариеса среди жителей Крыма в различных возрастных группах составляет от 82,7% до 98,1%. Полученные данные характеризуют высокий уровень заболеваемости, что обуславливает необходимость совершенствования используемых методов профилактики и лечения кариеса, особенно начальной формы. Особый интерес представляет метод глубокого фторирования, который был предложен А.Кнаппвостом. При глубоком фторировании образуется высокодисперсный фтористый кальций (средний диаметр частиц 50 ангстрем), обладающий высокой растворимостью в порах зоны размягчения и позволяющий полностью восстановить кариозный участок. Благодаря этому нововведению как в интактных, так и в проблемных зонах инициируется мощный и продолжительный процесс реминерализации, вследствие чего помимо профилактики возможно так же неинвазивное или слабо инвазивное лечение начальных видов кариеса.

Цель и задачи исследований. Оценка эффективности метода глубокого фторирования с использованием препарата «Глуфторэд» фирмы «ВладМива» для лечения острого начального кариеса.

Материалы и методы. В данном исследовании мы наблюдали за 30 пациентами с острым начальным кариесом в возрасте от 18 до 32 лет. Все обследуемые были разделены на две равные группы. В основной группе находилось 15 больных, которым проводилась терапия с использованием «Глуфторэда». В контрольной группе (15 человек) применялся фторлак. При обследовании пациентов, диагностике и лечении начального кариеса, обучении индивидуальной гигиене полости рта использовались стандартные методики.

Для оценки состояния твердых тканей зубов использовали такие методы: определение гигиенического индекса по Федорову-Володкиной, теста эмалевой резистентности по В.С. Окушко (ТЕР-тест) и витального окрашивания 2% раствором метиленового синего. Контрольные обследования проводили через 6 и 12 месяцев.

Результаты исследований. Анализ полученных результатов позволяет отметить положительную динамику показателей в обеих исследуемых группах с более выраженной клинической эффективностью «Глуфторэда». Изначально гигиенический индекс в основной и контрольной группах был равен 2,2. Спустя 6 месяцев, данный показатель в основной группе понизился до 1,5, а в контрольной – до 1,7. Также улучшились показатели ТЕР-теста (исходный показатель 5): в основной группе он понизился до значения 2, а в контрольной – до 4. Витальное окрашивание в основной группе было отрицательным, в контрольной – положительным. Через год гигиенический индекс в основной группе стал равен 1,2, а в контрольной – 1,4. Показатели ТЕР-теста изменились до значения 1 в основной группе, до 3 – в контрольной. Показатели витального окрашивания не изменились.

Выводы. Оценивая и сравнивая полученные данные, можно сделать вывод о том, что применение глубокого фторирования с использованием «Глуфторэда» от «ВладМива» достаточно эффективно при лечении острого начального кариеса и может широко использоваться в практическом здравоохранении.

МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЙ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ МИЕЛОИДНОЙ ЛЕЙКЕМИЕЙ

Гордиенко Ан.И.¹, Гордиенко Ал.И.², Химич Н.В.³

¹ к.б.н., ведущий научный сотрудник ЦНИЛ Медицинской академии
имени С.И. Георгиевского КФУ

² д.б.н., зав. лабораторией онкогематологии государственного учреждения «Институт
гематологии и трансфузиологии НАМН Украины»

³ к.б.н., старший научный сотрудник ЦНИЛ Медицинской академии
имени С.И. Георгиевского КФУ

Введение. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лечении острой миелоидной лейкемии (ОМЛ), в клинической практике часто встречаются резистентные формы данного заболевания, а также наблюдается высокий риск развития рецидива. В связи с этим повышение эффективности терапии ОМЛ и улучшение качества жизни пациентов непосредственно связано с дальнейшим изучением патогенетических механизмов, лежащих в основе возникновения и прогрессии данного заболевания. Важной функциональной особенностью злокачественных клеток при ОМЛ является прекращение их дальнейшей дифференцировки, в результате чего в костном мозге и периферической крови происходит накопление незрелых гемопоэтических клеток. Считается, что развитию ОМЛ в значительной мере способствует накопление в геноме мутаций, повышающих пролиферативную активность гемопоэтических клеток и/или нарушение их запрограммированной клеточной гибели. Вместе с тем ОМЛ сопровождается формированием широкого спектра иммунных нарушений, которые оказывают значительное влияние на клиническое течение патологического процесса и его прогноз. Изучение клеточно-молекулярных механизмов таких нарушений необходимо как для раскрытия фундаментальных аспектов лейкемического процесса, так и для разработки патогенетически обоснованных методов иммунотерапии больных ОМЛ. При гемобластозах нарушения в первую очередь затрагивают Т-клеточное звено иммунитета. Известно, что в активации Т-лимфоцитов участвуют костимуляторные молекулы семейства В.7 (В7.1/CD80, В7.2/CD86) через лиганд CD28. Не исключено, что недостаточная экспрессия этих костимуляторных молекул опухолевыми клетками способствует их “ускользанию” от иммунного надзора путем рестрикции ответа Т-лимфоцитов на специфические лейкемические антигены.

Цель данного исследования – оценить влияние экспрессии Т-клеточного лиганда CD28 и костимуляторных молекул семейства В.7 (В7.1/CD80, В7.2/CD86), экспрессируемых опухолевыми клетками и моноцитами, на состояние противоопухолевого иммунитета больных ОМЛ.

Обследовано 52 больных ОМЛ в острый период заболевания (ОМЛ-ОП) и 24 больных ОМЛ в периоде клинико-гематологической ремиссии продолжительностью 10-14 месяцев (ОМЛ-ПР). Контрольную группу составили 10 практически здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту с больными ОМЛ. Материалом для исследований служила периферическая кровь. Экспрессию костимуляторных молекул семейства В7 (В7.1/CD80, В7.2/CD86) на CD13⁺- и CD33⁺-лейкоцитах, а также лиганда CD28 на CD3⁺-лимфоцитах анализировали методом проточной лазерной цитофлуориметрии с использованием прямого двухцветного иммунофлуоресцентного теста и моноклональных антител к указанным антигенам (Becton Dickinson, Caltag Laboratories). Для статистической обработки данных использовался программный пакет STATISTICA 6.0 (StatSoft, Inc., USA).

Результаты исследований. У больных ОМЛ-ОП содержание CD13⁺CD80⁺- и CD33⁺-миелобластов в периферической крови по сравнению с контролем в среднем было достоверно повышенным, тогда как количество CD33⁺CD86⁺-миелобластов и CD3⁺CD28⁺-лимфоцитов в среднем было достоверно снижено. При этом экспрессия костимуляторных молекул CD86 на

CD13⁺- и CD33⁺-бластах почти на порядок превышала экспрессию костимуляторных молекул CD80 на этих же клетках. У больных ОМЛ-ПР по сравнению с контролем в периферической крови выявлено достоверное снижение количества CD13⁺CD80⁺-клеток, достоверное повышение числа CD13⁺CD86⁺-клеток и очень существенное (почти в 30 раз) увеличение содержания CD33⁺CD80⁺-клеток. Экспрессия костимуляторных молекул CD86 на CD13⁺- и CD33⁺-бластах у больных ОМЛ-ПР также была достоверно выше, чем экспрессия костимуляторных молекул CD80. Вместе с тем содержание в периферической крови CD3⁺CD28⁺-лимфоцитов у больных ОМЛ-ПР достоверно не отличалось от контроля.

Таблица 1

Относительное содержание в периферической крови больных ОМЛ опухолевых клеток и моноцитов, экспрессирующих молекулы CD80 и CD86, а также CD3⁺-лимфоцитов, несущих лиганд CD28 (M±m).

Иммунофенотип	ОМЛ-ОП (n=52)	ОМЛ-ПР (n=24)	Контроль (n=10)
	Процент позитивных клеток		
CD3 ⁺	56,1±2,4*	77,2±1,4*	65,0±0,27
CD3 ⁺ CD28 ⁺	29,7±1,6*#	48,8±2,4	56,1±0,60
CD13 ⁺ CD80 ⁺	6,3±0,3*##	1,2±0,1*	2,6±0,5
CD33 ⁺ CD80 ⁺	5,5±0,3*##	42,5±4,6***	1,5±0,2
CD13 ⁺ CD86 ⁺	45,0 ±3,1#	82,0±1,6***	51,2±2,9
CD33 ⁺ CD86 ⁺	40,6±3,7*#	61,6±4,4	58,2±2,4

Примечание. Достоверность различий между приведенными показателями обозначена следующим образом: * - p<0,05 по сравнению с контролем; ** - p<0,01 по сравнению с контролем; *** - p<0,001 по сравнению с контролем; # - p<0,05 по сравнению с больными ОМЛ-ПР; ## - p<0,001 по сравнению с больными ОМЛ-ПР.

У больных ОМЛ-ОП в периферической крови количество CD33⁺CD80⁺-клеток было достоверно ниже, чем у больных ОМЛ-ПР, тогда как содержание CD13⁺CD80⁺-клеток было достоверно повышенным. В тоже время количество CD3⁺CD28⁺-лимфоцитов, а также CD13⁺CD86⁺- и CD33⁺CD86⁺-клеток в периферической крови больных ОМЛ-ОП было достоверно ниже, чем у больных ОМЛ-ПР.

Выводы. У больных острой миелоидной лейкемией в периоде клинко-гематологической ремиссии в периферической крови происходит увеличение количества CD33⁺-моноцитов, экспрессирующих костимуляторные молекулы CD80 и CD86, а также повышение числа CD3⁺CD28⁺-лимфоцитов. В сопоставлении с клинко-лабораторными данными для острого периода болезни, полученные результаты свидетельствуют о том, что уменьшение в периферической крови количества моноцитов, несущих костимуляторные молекулы CD80 и CD86, а также снижение численности CD3⁺CD28⁺-лимфоцитов ведет к угнетению реакций противоопухолевого иммунитета и может рассматриваться в качестве прогностического критерия, указывающего на негативный сценарий клинического течения острой миелоидной лейкемии и неблагоприятный исход.

ПРЕИМУЩЕСТВО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТРАСТНО-УСИЛЕННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Степанов Д.А.

студент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
научный руководитель: к. м. н., доцент Кубышкин В. А.

Введение. Актуальность ранней диагностики заболеваний матери и ребенка не вызывает сомнений. Для такой группы пациентов необходимо выбрать достаточно информативный и наиболее безопасный метод исследования. Методом, отвечающим этим параметрам, является ультразвуковое исследование с применением контрастных препаратов.

Цель и задачи. Определить преимущества использования контрастно-усиленного ультразвукового исследования по сравнению с доступными лучевыми методами диагностики обнаружения патологии матери и ребенка.

Методы исследований. В данной работе представлены данные использования контрастных микропузырьковых веществ в практике УЗ исследований, в сравнении с компьютерной и магнитно-резонансной томографией в диагностике патологии матери и ребенка.

Результаты исследований. Контрастно-усиленная сонография – не инвазивный метод исследования, который не несет лучевую нагрузку и при этом по качеству и достоверности информации не уступает компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

Данное исследование полностью безопасно для пациента, благодаря тому, что для получения информации используется ультразвуковая волна. Также стоит отметить, что применяемое в процессе контрастное вещество не является йодсодержащим препаратом и это позволяет избежать аллергических и токсических реакций со стороны организма пациента.

Эхоконтраст представляет собой порошок гексафторида серы, который при интенсивном встряхивании в физиологическом растворе образует микропузырьки воздуха. Подвергаясь действию ультразвуковой волны, пузырьки разрушаются, а далее выводятся из организма с выдыхаемым воздухом.

Данный вид исследования может проводиться в любом возрасте и не имеет противопоказаний.

Из недостатков, стоит отметить лишь высокую скорость выведения эхоконтраста, что требует высокой квалификации специалиста и запрет проведения диагностики после шунтирования и замены клапана сердца.

Выводы: на основании вышеизложенных данных, можно предложить контрастно-усиленную сонографию как альтернативу компьютерной или магнитно-резонансной томографии для диагностики заболеваний матери и ребенка. Для проведения процедуры не требуется вводить ребенка в медикаментозный сон и подвергать его лучевой нагрузке. Матери не придется прерывать грудное вскармливание после применения эхоконтраста, что невозможно при использовании контрастов, использующихся в компьютерной или магнитно-резонансной томографии.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Изосимова Е.В.¹, Эннанов Э.Х.²

¹студентка кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии
Медицинской Академии КФУ

²студент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии
Медицинской Академии КФУ

научные руководители: к. мед. н., доцент Гафарова Э.А., старший преподаватель
Можаев П.Н.

Введение. Высокий уровень урбанизации приводит к увеличению количества населения, ведущего малоподвижный образ жизни и в итоге страдающего хронической венозной недостаточностью (ХВН) нижних конечностей. Более чем у половины работоспособного населения многие авторы обнаруживают признаки хронического заболевания вен нижних конечностей. Отечественные ученые Кириенко А. И., Богачев В.Ю., Гаврилов С.Г., Золотухин И.А. выявили хронические заболевания вен у 62% обследованных, Rabe E., Pannier F. – у 90,4% взрослого населения. Значительные финансовые средства на лечение данной патологии тратит государство. В 1995 году во Франции это составило 2,6%, в Великобритании – 2%, не считая потерь, связанных с нетрудоспособностью пациентов и значительного снижения качества их жизни.

Задачи, которые стоят перед хирургом во время лечения больных, определены опытом предшественников: ликвидация вено-венозных сбросов, устранение патологически расширенных вен и эстетический компонент в лечении.

В современных условиях необходима разработка новых методов лечения, позволяющих выполнить поставленные задачи. На сегодняшний день наиболее распространена венэктомия комбинированным методом; в последнее время на её основе внедрены такие варианты, как короткий стриппинг и минифлебэктомия, криофлебэктомия, флебэктомия с помощью аппарата TriVex и т.д. Сравнительно недавно разработаны и внедрены в практику также методы, именуемые «офисной хирургией»: эндовенозная лазерная коагуляция большой подкожной вены (ЭВЛК), радиочастотная абляция (РЧА) и Эхо-склеротерапия (склерозирование варикозных вен под контролем УЗИ-аппарата).

Цель исследования: на основе сравнения двух методов лечения – лазерной коагуляции большой подкожной вены и традиционной венэктомии – улучшить результаты хирургического лечения больных с варикозной болезнью нижних конечностей

Материалы и методы: В исследование включено 26 пациентов, которые разделены на 2 группы.

1 группа (10 человек) – пациенты, которым выполнялась традиционная операция Троянова-Тренделенбурга в сочетании с коротким стриппингом ствола БПВ, надфасциальной перевязкой перфорантных вен по Кокету и удалением варикозных вен из отдельных разрезов по Нарату.

2 группа (16 больных) – пациенты, которым выполнялась ЭВЛК ствола БПВ под УЗИ-контролем в сочетании с минифлебэктомией. ЭВЛК выполнялась изолировано без кроссэктомии.

Все пациенты, которые участвовали в исследовании, имели недостаточность остиального клапана БПВ и перфорантных вен, варикозную трансформацию ствола БПВ с развитием вертикального и горизонтального рефлюкса, с интактным бассейном малой подкожной вены. Оперативное вмешательство проводилось под местной анестезией.

Результаты исследований. Эффективность лечения оценивалась сразу после операции и через 3 недели после вмешательства. Длительность операции в группе 1 составила 84±12 минут, в группе 2 – 76±8 минут. Среднее число разрезов в группе 1 составило 8±4, в группе 2

– 5±2. В группе 2 разрезы представляли собой микропроколы размером 2-3 мм, которые после операции не требовалось ушивать. Ликвидация патологического рефлюкса достигнута в 100% случаев в обеих группах по данным УЗИ-контроля. Швы сняты на 7-10 сутки.

Выраженность болевого синдрома в 1-е сутки составила: в группе 1 – 7,16±0,20 балла, в группе 2 – (4,83 ± 0,20) балла, на 7-е сутки – 4,97±0,20 и 3,75±0,20 балла соответственно. Выраженность парестезий и распространенность гематом в 1-е и на 7-е сутки после операции по субъективным ощущениям пациентов и при осмотре меньше после ЭВЛК, чем после стриппинга большой подкожной вены.

Болевой синдром после эндовенозной лазерной коагуляции большой подкожной вены на 1-е сутки достоверно выражен меньше, чем после традиционного стриппинга. Назначение анальгезирующих препаратов в 1 группе потребовалось в 80% случаев, а пациенты 2 группы (ЭВЛК) обезболивающие препараты не применяли из-за малой выраженности болевого синдрома. В некоторых случаях у больных 1 группы болевой синдром (не ограничивающий его профессиональную деятельность) сохранялся до месяца. Средняя продолжительность нетрудоспособности была в 1 группе 12±2 суток, а во 2 группе (ЭВЛК) 6±2 суток.

Выводы: ЭВЛК без кроссэктомии является современным методом хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей в условиях стационара «одного дня», является малотравматичным методом лечения варикозной болезни, позволяющим сократить время пребывания в стационаре и финансовые расходы, а также достичь лучшего косметического эффекта за счёт минимального числа разрезов по сравнению с классической венэктомией.

ANTIBIOTIC RESISTANCE AS A GLOBAL MEDICAL PROBLEM OF THE XXI CENTURY

Зеленая К.В.¹, Смирнова С.Н.², Лященко О.И.³, Жукова А.А.⁴

¹ студентка кафедры биологии медицинской Медицинской академии КФУ

² доцент кафедры биологии медицинской Медицинской академии КФУ

³ доцент кафедры биологии медицинской Медицинской академии КФУ

⁴ ассистент кафедры биологии медицинской Медицинской академии КФУ

Научный руководитель: доцент, к.б.н. Смирнова С.Н.

Introduction. Since the accidental discovery of penicillin by Alexander Fleming, which has become one of the biggest events of the 20th century, mankind is fighting the world of bacteria, releasing more and more new antibiotics hoping for a complete and final victory over the infections. However, scientists have discovered that with each new antibiotic released, bacteria are rapidly growing in resistance to their action.

Aim of the research. The aim of our research was to study the causes of the emergence of resistance of bacteria to antibiotics, to identify the problems caused by antibiotics, to identify activities that exclude the increase in the level of antibiotic resistance.

Materials and methods. The study was carried out by filling in a questionnaire and followed up analysis of the data using statistical methods in combination with hypothetical-deductive and comparative-descriptive methods.

Results of research. Frequent use of antibiotics has led to a decrease in their effectiveness, due to increased resistance of bacteria to the drugs themselves. The process of resistance appears due to sudden mutations in the bacterial DNA. When applying an antibiotic there is a chance of random mutation among individual microorganisms that will lead to the survival of random individuals and, as a consequence, it will be possible to transfer genetic information with the acquired mutation to other generations, as a result sooner or later there will be a completely new population of bacteria that antibiotics will not be able to influence.

After a survey among Russian citizens through social networks, involving people of different ages and sexes in the number of 300 people, it was revealed that 85% of respondents at least once in their life took antibiotics, and 66% of these people engaged in self-medication, buying antibiotics without consulting specialist.

Another side of this problem is the use of antibiotics in animal husbandry and poultry farming as feed additives, as a result of the ingestion of a large number of chemicals in the human body capable of causing mutations in bacterial strains.

Conclusions. Lowering the effectiveness of antibiotics due to the emergence of bacterial resistance to them is a global and very urgent medical problem, everyone should know about. Its solution is not only to reduce the use of antibiotics and tighten control in their use, but also to inform the public about antibiotic resistance.

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК

Кошель Е.В, Усиченко К.А.

студенты 2-го медицинского факультета Медицинской академии С. И. Георгиевского, КФУ
научный руководитель: к.м.н., ассистент кафедры внутренней медицины №2 Шадчнева Н. А.

Введение. Вследствие высокой распространенности и тяжелых последствий инсульт представляет важнейшую медико-социальную проблему. По данным Ворлоу Ч.П. продолжительность жизни пациента, перенесшего первый инсульт, составляет в среднем 8,8 года, а в случае развития повторного инсульта либо инфаркта миокарда этот показатель уменьшается до 3,9 года. У пациентов с инсультом в анамнезе риск повторных острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) повышен в 9 раз, а риск инфаркта миокарда, включая внезапную сердечную смерть, – в 2–3 раза. К 3–5-му годам постинсультного периода лидирующей причиной смертности становится сердечная патология – инфаркт миокарда и внезапная сердечная смерть. Результаты целого ряда исследований, выполненных в рамках вторичной профилактики, и метаанализы этих испытаний, представленные в ESH/ESC 2013, позволили выработать единую стратегию профилактики сердечно-сосудистых осложнений после перенесенного инсульта, включающую модификацию образа жизни, базисную медикаментозную терапию и реконструктивные вмешательства на брахиоцефальных артериях.

Цель и задачи исследования. Отражение результатов наиболее значимых клинических исследований, посвященных медикаментозной профилактике сердечно-сосудистого риска у пациентов, перенесших ОНМК.

Методика исследования. Изучение отечественных и зарубежных литературных источников с выполнением теоретического анализа полученной информации.

Результаты исследования. Существенное значение во вторичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений имеет терапия антигипертензивными средствами. Важность этой позиции объясняется широкой распространенностью АГ среди пациентов, перенесших инсульт. Согласно современным представлениям, гипотензивная терапия по окончании острейшего периода инсульта должна быть рекомендована всем пациентам с АГ и высоким нормальным АД. По данным многочисленных исследований успех терапии при АГ ассоциируется со средним снижением систолического АД даже на 10, а диастолического – на 5 мм рт. ст. Имеющиеся данные свидетельствуют о предпочтительности назначения тиазидных и тиазидоподобных диуретиков и их комбинации с ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) для предотвращения повторного инсульта. Для ИАПФ обнаружены дополнительные кардиопротективные свойства, напрямую не связанные с гипотензивной активностью. Так, в исследовании HOPE, в котором оценивали

эффективность рамиприла у пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, даже при небольшом (3,3/1,4 мм рт. ст.) дополнительном снижении АД наблюдалось уменьшение относительного риска инфаркта миокарда на 28%. В исследовании PROGRESS на фоне монотерапии периндоприлом при дополнительном снижении систолического АД всего на 5 мм рт. ст. также выявлено существенное (на 38%) снижение относительного риска развития ИМ, чего не наблюдалось при монотерапии диуретиком.

Другим важнейшим стратегическим направлением вторичной профилактики является антитромботическая терапия, проведение которой одинаково эффективно как для предупреждения инсульта, так и кардиальных осложнений. При кардиоэмболическом инсульте у пациентов с мерцательной аритмией (и пароксизмальной, и постоянной) основным средством вторичной профилактики был и остается варфарин. Только в случае невозможности его назначения в качестве замены может рассматриваться антиагрегантная терапия. При этом в качестве начальной терапии одинаково приемлемы ацетилсалициловая кислота (АСК), дипиридамол медленного высвобождения в сочетании с АСК и клопидогрел. С целью прогнозирования риска ишемического инсульта и системного тромбоэмболизма при фибрилляции предсердий общепринятой является шкала CHA₂DS₂VASc.

Терапия статинами на сегодняшний день служит еще одним из основных стратегических направлений вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. В исследовании SPARCL на фоне агрессивного снижения уровня холестерина (аторвастатин в дозе 80 мг/сут) у пациентов с инсультом или транзиторной ишемической атакой в анамнезе отмечено достоверное снижение частоты наступления первичной конечной точки (повторного инсульта), а также фатального и нефатального ишемического инсульта.

Выводы. Высокая частота сердечно-сосудистых осложнений в постинсультном периоде требует широкого целенаправленного применения методов лечения с доказанной эффективностью. Продемонстрировано, что активная стратегия с применением антитромботических, антигипертензивных и гиполипидемических препаратов в сочетании с рациональной диетой и физической активностью может предотвратить около половины всех повторных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с инсультом. В группе высокого риска должен осуществляться более агрессивный перманентный мониторинг за соблюдением медицинских рекомендаций.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Савинов И.С.¹, Расулов Н.А.²

¹ аспирант кафедры хирургии № 2 Медицинской академии КФУ

² студент 5 курса, II медицинского факультета Медицинской академии КФУ

Научный руководитель д.м.н., профессор Ильченко Ф.Н.

Введение. Проблема обезболивания при операциях по поводу варикозной болезни нижних конечностей (ВБ НК) постоянно находится в центре внимания хирургов и анестезиологов. Хирурги-флебологи разрабатывают и внедряют в клиническую практику новые методы лечения, однако, как показано в работе Jaiswal V., 2016 г.,: «...Работы, посвященные выбору методов анестезии при оперативных вмешательствах флебологического профиля, малочисленны ...». Стоит отметить, что недостаточно решенным и изученным является вопрос применения комбинации тумесцентной (ТА) и проводниковой анестезии при эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) в лечении осложненной ВБ.

Цель и задачи исследований. Провести сравнительную клиническую оценку различных видов анестезии (ТА и проводниковой) при флебохирургическом лечении и оптимизировать выбор анестезиологического пособия.

Материалы и методы. Проведен клинический анализ лечения 175 больных с ВБ НК, распределение которых по классу ХВН составило: С4 – 116 пациентов, С5 – 20 пациентов, С6 – 38 пациентов. Больные были разделены на 5 групп согласно применяемым методам анестезии: группа I (36 человек) – ТА с 0,1% раствором Кляйна, скорость автоматической помпы (АП) 250 мл/мин; группа II (36) – применялся модифицированный раствор Кляйна в концентрации 0,04% и 0,06% (для ТА в фасциальном футляре большой подкожной вены (БПВ) использовали 0,04% раствор, в зоне минифлебэктомии (МФЭ) для ТА – 0,06% раствор), скорость АП 250 мл/мин; группа III (35) – применялся модифицированный раствор Кляйна по методике, аналогичной группе II, но скорость АП 100 мл/мин (быстрое нагнетание анестетика может усилить боль у пациентов); группа IV (34) – метод выполнялся аналогично группе II, дополнительно применена эхоконтролируемая блокада бедренного нерва (ЭКББН) с дозировкой лидокаина 200 мг; группа V (35) – аналогично группе IV и дозировкой лидокаина 400 мг. Полово-возрастной состав групп идентичен. Всем пациентам выполнялось хирургическое вмешательство в объеме ЭВЛК ствола БПВ на бедре, МФЭ и резекцию несостоятельных перфорантов; при наличии тотального рефлюкса по БПВ на голени выполняли «foam-form» ЭК склеротерапию. Для оценки интенсивности боли во время хирургического вмешательства использовали цифровую рейтинговую шкалу NRS. Больные оценивали интенсивность боли на 3 этапах: во время выполнения ТА в фасциальном футляре БПВ перед ЭВЛК, во время выполнения ТА перед выполнением МФЭ и во время выполнения МФЭ. Для оценки снижения двигательной активности в группах IV и V мы применяли собственную шкалу: 0 – нет двигательных расстройств, 1 балл – имеются незначительные двигательные расстройства, не влияющие на активность пациента, 2 балла – передвижение возможно, но требуется протезирование палкой/ходунками, 3 балла – больной не может опираться на ногу, требуется длительный постельный режим.

Результаты исследований. По результатам оценки интенсивности боли во время оперативного вмешательства на 3 этапах, получены следующие данные: в I группе $2,8 \pm 0,3$, $5,3 \pm 0,4^{**}$, $2,8 \pm 0,3$; в II группе $3,1 \pm 0,3$, $5,0 \pm 0,4^{**}$, $3,0 \pm 0,3$; в III группе $2,8 \pm 0,3$, $5,0 \pm 0,3^{**}$; $2,9 \pm 0,3$, в IV группе $1,8 \pm 0,3^*$, $2,9 \pm 0,3^*$, $1,6 \pm 0,2^*$; в V группе $1,8 \pm 0,4^*$, $3,0 \pm 0,3^*$, $1,6 \pm 0,3^*$ (* – достоверная разница между группами с применением проводниковой анестезии и группами без нее, ** – достоверная разница между показателями в пределах группы в разные моменты операции). Показатель снижения двигательной активности в IV и V группах составил $0,4 \pm 0,1$ и $0,8 \pm 0,2$ соответственно ($p < 0,05$), таким образом выраженность двигательных расстройств в группе V больше, чем в группе IV, что свидетельствует о более высокой частоте моторного блока при одинаковом обезболивающем эффекте. Это подтверждает отсутствие необходимости в увеличении дозировки анестетика для ЭКББН более 200 мг. Развитие гипотонических состояний было зафиксировано у 3 пациентов в I группе (8,3%), у 1 пациента в III и IV группах (2,9% в каждой группе) и у 2 пациентов в V группе (5,7%).

Выводы.

1. Комбинация ТА и ЭКББН позволяет достоверно снизить интенсивность боли во время операции у пациентов с осложненными формами ВБ.
2. При применении модифицированного раствора Кляйна наблюдается меньшее количество гипотонических состояний.
3. Достоверной разницы в эффективности анестезии между применением дозировки 200 мг и 400 мг для ЭКББН не выявлено, но при выполнении ЭКББН с дозой 400 мг наблюдается увеличение риска развития гипотонических состояний и достоверное увеличение моторного блока по сравнению с дозой 200 мг, что препятствует ранней активизации пациентов после оперативного вмешательства.

ПРОФИЛАКТИКА ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ НЕСЪЁМНЫМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ АППАРАТАМИ

Лиу Чжиюань

студент кафедры стоматологии детской Медицинской академии имени С.И. Георгиевского
научный руководитель: к.м.н., доцент Райда А.И.

Введение. В практике ортодонтии широкое распространение получило лечение зубочелюстных аномалий и деформаций с использованием несъемной ортодонтической аппаратуры. У детей и подростков эмаль не сформирована, отсутствуют стойкие навыки по уходу за полостью рта. В этой ситуации дополнительные ретенционные пункты брекет-системы способствуют образованию зубной бляшки и деминерализации эмали.

Цель и задачи исследований. Целью исследования явилось повышение эффективности профилактики очаговой деминерализации эмали в период ортодонтического лечения, путем использования предложенного лечебно-профилактического комплекса.

Результаты исследований. Под наблюдением находилось 25 детей (17 девочки и 8 мальчика) в возрасте 12-14 лет, которым проводилось ортодонтическое лечение несъемной ортодонтической аппаратурой. Основную группу составили 14 детей, этим детям с целью профилактики развития очаговой деминерализации эмали, в периоде ортодонтического лечения, использовали разработанный лечебно-профилактический комплекс.

Группу сравнения составили 11 детей, которым в процессе ортодонтического лечения проводились традиционные профилактические мероприятия. Стоматологическое обследование детей обеих групп проводили до начала лечения и в сроки 3, 6, 12 месяцев. Во время стоматологического обследования изучали распространенность и интенсивность очаговой деминерализации эмали методом витального окрашивания 2% водным раствором метиленового синего, гигиеническое состояние ротовой полости оценивали с помощью индекса Федорова -Володкиной (1971), минерализующие свойства слюны по показателям микрокристаллизации (МКС), pH слюны, структурно-функциональную резистентность эмали (ТЭР) (В.Р. Окушко, Л.И. Косарева, 1984) в баллах.

Лечебно-профилактический комплекс включал:

- санацию полости рта;
- профессиональную гигиену полости рта;
- обучение детей уходу за полостью рта с демонстрацией методики чистки зубов,
- диета насыщенная микроэлементами, витаминами и режим питания;
- полоскания ополаскивателем «Listerin» 3 раза в году по 5 дней;
- глубокое фторирование с использованием препарата «Глуфторэд»;
- герметизацию фиссур премоляров и второго постоянного моляра материалом Ketak TM Molar Tasyumix.

Показатели интенсивности кариеса не имели существенных различий и составили в основной группе до начала лечения и проведения профилактических мероприятий ($3,54 \pm 0,21$), в контрольной группе ($3,82 \pm 0,31$). В процессе лечения установлена разница этих показателей. Через 12 месяцев лечения в основной группе интенсивность кариеса составила $4,25 \pm 0,25$ в контрольной $5,02 \pm 0,24$, а через 18 месяцев $3,24 \pm 0,26$ и $6,02 \pm 0,21$ в контрольной группе. Гигиена полости рта до начала лечения у детей обеих групп была плохой и составила $2,71 \pm 0,24$, в контрольной $2,80 \pm 0,35$.

Оценивая показатели кариесогенной ситуации в полости рта следует отметить, что до начала комплексного лечения разница в обеих группах была не существенной. Микрокристаллизация смешанной слюны у детей основной и контрольной группы характеризовалась III типом кристаллообразования, минерализующий потенциал был низким и составил $1,06 \pm 0,25$ и $1,05 \pm 0,20$. Уровень pH у детей обеих групп находился в пределах

кислой реакции и составил соответственно $6,42 \pm 0,05$ в основной и $6,48 \pm 0,05$ в контрольной группе. Структурная резистентность эмали в обследованных группах до начала лечения составляла $6,88 \pm 0,15$ и $6,87 \pm 0,12$ балла.

До начала проведения профилактических мероприятий диагностирована высокая степень выраженности кариесогенной ситуации в полости рта. В процессе лечения несъемной ортодонтической аппаратурой изменялись показатели состояния ротовой полости и были различны в основной и контрольной группах. В основной группе, где проводился профилактический комплекс улучшились показатели гигиены. При исследовании морфологических характеристик ротовой жидкости у большинства обследованных отмечен II тип микрокристаллизации, а МПС увеличился ($1,85 \pm 0,24$) балла, в контрольной группе преобладали в слюне кристаллы III типа, а МПС-1, $1,13 \pm 0,16$. Уровень pH слюны стабилизировался на уровне слабощелочной у детей основной группы и составил $6,72 \pm 0,07$, в группе контроля слабо кислой $-6,52 \pm 0,05$. Значение ТЭР в основной группе снижается с $5,88 \pm 0,23$ до $5,02 \pm 0,30$, в контрольной группе соответственно с $7,02 \pm 0,3$ до $6,72 \pm 0,7$.

Выводы. Таким образом, разработанный профилактический комплекс применяемый до начала ортодонтического лечения несъемной аппаратурой и на этапах лечения, предотвращает развитие и дальнейшее прогрессирование рецидивов очаговой деминерализации эмали.

СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ АДАПТАЦИЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Довгань А.Д.¹, Елыманова Т.Н.¹

¹студентки кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии
научный руководитель: к.м.н., доц. Сухарева И.А.

Введение. Взаимодействие между иммигрантом и принимающей культурой предполагает достижение баланса между личностными и общественными особенностями, что выражается в аккультурации и переопределении ценностей, норм и традиций. Эффективная приспособленность индивида способствует повышению уровня образования, так как положительные психосоциальные сдвиги выражаются в улучшении когнитивных возможностей студента. Комплексное изучение процесса адаптации, а также ее основных компонентов необходимо для успешной интернационализации образования в Российской Федерации и повышения престижности высшего учебного заведения для зарубежных студентов.

Цель и задачи. Изучить социокультурную адаптацию иностранных студентов Медицинской академии имени С.И. Георгиевского и определить пути ее улучшения. Материалы и методы. Было проведено анкетирование 255 студентов (59% мужчин и 41% женщин) 1-5 курса международного факультета англоязычной формы обучения Медицинской академии имени С.И.Георгиевского, приехавших из Азии, Африки, Канады.

В контексте социокультурной адаптации были рассмотрены такие аспекты как межличностное взаимодействие, способность эффективно организовать свою учебную деятельность, поддержание своих увлечений, хобби, вовлеченность в общественную жизнь, адаптация к окружающей среде и уровень знания русского языка.

Результаты исследований: исследование показало, что в процессе изучения студентами русского языка на 1-3 курсах происходит постепенное возрастание показателей их социокультурной адаптации в новой стране с 47% на первом курсе до 59% на третьем курсе. У студентов, продолжающих изучение русского языка самостоятельно на старших курсах, показатели адаптации возрастают и к концу обучения приближаются к 100%. И в то же время у тех студентов, которые не продолжали изучение языка вне академической

программы, показатели остаются на том же уровне или регрессируют. Показатель, отражающий уровень знания студентами русского языка снизился с 69% на 2 курсе до 57,2% на 5 курсе. Данные изменения связаны с тем, что русский язык изучается иностранными студентами в рамках обязательной программы первые 2 года. В дальнейшем, многие студенты не продолжают его изучение на старших курсах. Показатель межличностного взаимодействия возрос с 62,2% среди студентов 1 курса до 63,3% среди студентов 5 курса, что связано с изучением ими русского языка, расширением круга своего общения, включением в него русскоязычных студентов. Если говорить о способности эффективно организовать свою учебную деятельность, то показатель увеличился незначительно: с 64,3% на 1 курсе до 66,5% на 5 курсе. Это связано с постепенной адаптацией студентов к учебной нагрузке, повышением навыка правильно распределять время и организовывать внеаудиторное самостоятельное изучение учебного материала. А поддержание своих увлечений и вовлеченность в общественную жизнь с возрастом уменьшается: если на 1 курсе этот показатель составлял 61,5%, то среди студентов 5 курса он составил 58,6%. Показатель адаптации к окружающей среде возрос с 66,2 % среди студентов 1 курса до 68% среди студентов 5 курса. 67% опрошенных приехали из Индии, остальные 33% являются выходцами из других стран. Показатели адаптации у студентов, приехавших из Индии, на порядок ниже, нежели у студентов из других стран. Это связано с тем, что большая часть студентов, будучи родом из одной страны, формирует диаспору. Процесс социокультурной адаптации в новой стране является сложным, длительным и по-разному воспринимается каждым иностранным студентом в отдельности, поэтому некоторые из них предпочитают поддерживать общение внутри своей диаспоры, меньше внимания уделяя изучению языка страны проживания и общению с русскоязычными студентами.

Выводы. Социокультурная адаптация является неотъемлемой составляющей успешного обучения иностранных студентов и становления их как специалистов. Одним из важнейших условий эффективной адаптации является изучение языка страны проживания и развитие межличностного взаимодействия со студентами страны проживания. Социокультурная адаптация как комплексное понятие подвержена влиянию многих факторов, наиболее важным из которых является знание языка страны проживания и особенностей национальной культуры. Взаимодействие иностранного студента с новой средой улучшается по мере длительности его пребывания в новых условиях, что связано с появлением устойчивых паттернов поведения. Одним из путей улучшения адаптации является изучение языка страны проживания до 6 курса, проведение совместных вечеров, включающих ознакомление с культурой страны проживания, поездок, конференций, совместное участие в международных проектах иностранных и отечественных студентов.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ КОИНФЕКЦИЕЙ (ТУБЕРКУЛЕЗ/ВИЧ) В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Булавинцева А.В.¹, Третьяк Е.В.²

¹ студент кафедры фтизиатрии и пульмонологии Крымской медицинской академии им.
С.И. Георгиевского КФУ

² студент кафедры фтизиатрии и пульмонологии Крымской медицинской академии им.
С.И. Георгиевского КФУ

научный руководитель: к.м.н., доцент Зайцев Ю.А.

Введение. В 2016-м году в Крыму у 25 589 человек были выявлены антитела к ВИЧ-инфекции. Из них лишь 10 105 (39,5%) больных выяснили свой статус. От прогрессирования ВИЧ-инфекции за указанный период умерло более 4 тысяч человек. Городами лидерами по проживанию ВИЧ - позитивных пациентов являются Феодосия (25 000 больных), Симферополь и Ялта.

Заболеваемость туберкулезом на территории Республики Крым в 2015 и 2016 годах составила соответственно 71,4 и 64,2 случая на 100 тыс. человек. Рекордсменами по наиболее тяжелой эпидемиологической ситуации являются Армянск (заболеваемость - 118,6 в 2016 году) и Краснопереконский район (116,2 на 100 тыс. населения).

Проблема сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции среди населения Крыма сохраняет свою актуальность. Заболеваемость туберкулезом всех локализаций и вирусом иммунодефицита человека превышает общероссийские показатели на 20% и 12% соответственно. Среди впервые выявленных больных туберкулезом доля ВИЧ-инфицированных в 2016 году достигла 20,2%, увеличившись на 24,7% по сравнению с 2015г. Заболеваемость коинфекцией составила 12,6 человек на 100 тыс. населения, что на 11,5% превысило показатели 2015 года.

Цель и задачи исследований. Проанализировать причины смерти больных коинфекцией (Туберкулёз/ВИЧ), находившихся на стационарном лечении в отделениях ГБУЗ РК «Крымский Республиканский Клинический центр фтизиатрии и пульмонологии» в период 2015-2017гг.

Методика исследований. Нами была проведена ретроспективная оценка 56 историй болезни и протоколов вскрытия больных рассматриваемой сочетанной патологией. При анализе медицинской документации руководствовались следующими основными критериями: пол, возраст, время наступления смерти с момента поступления в стационар, длительность изучаемой коинфекции, количество CD4+лимфоцитов, вирусная нагрузка, начало и длительность антиретровирусной терапии, патологоанатомический диагноз.

Результаты исследований. Из 56 пациентов преобладали мужчины - 75%. Средний возраст составил 39 лет. Все больные поступили в стационар с диагнозом «ВИЧ-инфекция. Стадия вторичных заболеваний 4В (СПИД) с наличием запущенного туберкулезного процесса». Из них 11 находились в состоянии глубокого оглушения, 5 в состоянии сопора, 2 - в коме. Доля больных вирусом иммунодефицита человека, сочетанным с туберкулезом, составила 73%, у остальных пациентов ВИЧ возник на фоне имеющегося специфического процесса. Если говорить о количестве CD4+ лимфоцитов то у 20 пациентов оно составило 1 - 2 клетки, у 10 - 3 клетки, 12 - от 7 до 11 клеток и у оставшихся 14 наблюдаемых от 101 до 578 клеток. Антиретровирусную терапию получали 22,2% больных, каждый второй не был привержен к терапии и нарушал режим лечения. Остальные не состояли на диспансерном наблюдении или нерегулярно наблюдались у врача-инфекциониста. У трех больных (5,4%) смерть наступила в течение 24 часов с момента госпитализации, 9 (16%) погибли на протяжении первых 5 суток нахождения в диспансере, у остальных (44 - 78,6%) - летальный исход зафиксирован в более поздние сроки. Основными причинами смерти являлся ВИЧ на фоне которого развивались генерализованный туберкулез, туберкулезный

менингоэнцефалит, диссеминированный (милиарный) процесс. Другие ВИЧ-ассоциированные заболевания (ВИЧ-энцефалопатия, токсоплазмоз головного мозга, множественные инфекции) составили 11,1%. В оставшихся случаях (6,7%) зарегистрированы причины, не связанные с ВИЧ - инфекцией (вирусные гепатиты с исходом в цирроз печени, язвенный колит с перитонитом). Особое внимание мы уделили анализу неврологических проявлений имевших место в 18 случаях (32,0%).

Преобладал токсоплазменный энцефалит, зарегистрированный в 9 случаях, туберкулезный менингит - 5, криптококковый менингит в 4 случаях. У всех больных наблюдалось значительное снижение количества CD⁺ лимфоцитов (менее 100 кл/мкл).

Выводы. У 82,2% больных с рассматриваемой патологией причиной смерти было прогрессирование ВИЧ-инфекции, у остальных - летальный исход наступил вследствие других ВИЧ - ассоциированных заболеваний и болезней, не обусловленных иммунодефицитом человека. Причинами способствующими смерти больных явились глубокая иммуносупрессия, позднее выявление и обращение больных за помощью. Среди осложнений послуживших основной причиной смерти были: 36% случаев (20 человек) - отек головного мозга, кома; пневмоцистная пневмония - 7% (4 человека); туберкулезная интоксикация - 21% (12 человек); системная полиорганная недостаточность - 27% (15 человек), другие причины составили 9%.

Для каждого второго получавшего антиретровирусную терапию (АРВТ), была характерна недостаточная приверженность к диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции. Полученные нами результаты подтверждают необходимость своевременного и раннего выявления лиц, инфицированных ВИЧ и туберкулезом, проведение регулярного диспансерного наблюдения таких пациентов, а также повышение приверженности к АРВТ, тщательное обследование больных при поступлении в стационар для раннего выявления неврологической симптоматики. Для снижения потери от консолидированной активности двух наиболее опасных возбудителей необходимо оптимизировать и улучшить взаимодействие специалистов по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией.

ИНВЕРСИЯ 9 ХРОМОСОМЫ В СТРУКТУРЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Зинченко А. А.

студент кафедры акушерства и гинекологии № 11 медицинского факультета Медицинской академии КФУ

научный руководитель: доц., к.м.н. Миклин О. П.

Введение. Несмотря на существенный прогресс, достигнутый за последние десятилетия в акушерстве и гинекологии, проблема невынашивания беременности до настоящего времени остается наиболее сложной. Основные трудности, связанные с изучением проблемы невынашивания беременности, обусловлены полиэтиологичностью этого заболевания. В Республике Крым по данным на 2016 год всего зарегистрировано 8 383 случая прерывания беременности, из которых 8007 (95,5%) произошли на ранних сроках (до 12 недель). Особую роль при этом играют генетические аномалии как со стороны плодного яйца, так и супружеской пары. Вариантом нормального кариотипа считается инверсия 9 хромосомы, которая относится к одной из наиболее распространенных структурных сбалансированных хромосомных перестроек. Несмотря на это, за рубежом было проведено множество исследований, указывающих, что инверсия 9 хромосомы может являться причиной бесплодия и привычного невынашивания. Обнаружено, что распространенность данной хромосомной перестройки составляет около 1 - 3% среди населения в целом.

Цель и задачи исследований. Оценка значения инверсии 9 хромосомы на репродуктивное здоровье населения (по данным медико-генетической консультации Республики Крым).

Методика исследований. За период 2014-2016гг. проанализированы данные лабораторий цитогенетики в Республике Крым. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с генетическими аномалиями и инверсией 9 хромосомы.

Результаты исследований. В 2014 г. проведено 411 цитогенетических исследований, выявлено 11 случаев хромосомных aberrаций (2,68%), из которых 1 случай инверсии 9 хромосомы (46,XY,inv(9)(p13,q21). В 2015г. из 481 проведенного цитогенетического исследования определяется 18 случаев хромосомных aberrаций (3,52%), среди которых 4 случая инверсии 9 хромосомы (1—46,XY,inv(9)(p13,q21); 2—46,XY,inv(9)(p13,q22); 3 —46,XY,inv(9)(p13,q21); 4 —46,XY,inv(9)(p13,q21)). В 2016г. было проведено 565 цитогенетических исследований, 12 случаев имели генетическую патологию (2,12%), из которых 3 случая инверсии 9 хромосомы (1—46,XY,inv(9)(p13,q21), 2—46,XX,inv(9)(p13,q21), 3 —46,XX,inv(9)(p13,q21)), а также 1 случай сочетания деривации с инверсией 9 хромосомы (45,XY,der(13,14)(q10,10),inv(9)(p13,q21)). При проведении ретроспективного анализа историй болезни пациентов во всех случаях с инверсией 9 хромосомы обнаружена репродуктивная дисфункция. В анамнезе данных пациентов отмечались случаи первичного и вторичного бесплодия, привычного невынашивания, генетические аномалии плодного яйца, а также рождения детей с врожденными пороками развития. Данное обстоятельство может быть связано с влиянием данной хромосомной перестройки на фертильность населения.

Выводы. Данное заключение требует дальнейшего изучения рассмотренной проблемы и необходимости обследования супружеских пар на наличие данной хромосомной перестройки при бесплодии и привычном невынашивании. Таким образом, данная хромосомная перестройка довольно часто встречается в Республике Крым. Анализ полученных результатов настоящего исследования показал вероятное влияние инверсии 9 хромосомы на репродуктивное здоровье.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Усиченко К.А., Кошель Е.В.

студенты 2-го медицинского факультета Медицинской академии С. И. Георгиевского, КФУ
научный руководитель: к.м.н., ассистент кафедры внутренней медицины №2 Шадчнева Н. А.

Введение. Пролапс митрального клапана, являясь весьма распространенной нозологической единицей (2-3% среди общей популяции T. Sloane Guy), может стать причиной развития жизнеугрожающей аритмии и внезапной сердечной смерти. Исследованиями Pasternac A., Boudoulas H., Kochiadakis G. подтверждено повышение активности симпатического и понижение активности парасимпатического отделов вегетативной нервной системы у пациентов с пролапсом митрального клапана. Muhammad A. показал, что данные изменения воздействуют на синоатриальный узел, вызывая аритмии. Общепризнанным электрокардиографическим маркером для оценки дисбаланса в вегетативной нервной системе с помощью которого можно выделить группу риска является оценка вариабельности сердечного ритма.

Цель и задачи исследований. Оценить возможность использования изменения параметров вариабельности сердечного ритма в качестве фактора риска развития тяжелых осложнений при пролапсе митрального клапана.

Методика исследования. Исследование проводилось в виде изучения отечественных и зарубежных материалов по данной тематике с последующим их сопоставлением и интерпретацией.

Результаты исследования. Согласно исследованиям Реева С.В., вариабельность ритма сердца у лиц с пролапсом митрального клапана снижается, что говорит о наличии дисбаланса в вегетативной регуляции и, соответственно, о возможности использовать этот маркер для прогноза осложнений у лиц с данной патологией. В частности, исследовались такие параметры вариабельности ритма сердца как LF (низкочастотные волны), HF (высокочастотные волны) и их отношение LF/HF. Е.А.Фурсовой и Реевой С.В. было установлено, что при пролапсе митрального клапана отмечается снижение LF и HF и повышается LF/HF, что также говорит о дисауторегуляции. Более того, есть данные Шкнир Каракая, согласно которым вариабельность ритма сердца имеет обратную связь со степенью пролапса митрального клапана. Следовательно, при нарастании степени пролапса митрального клапана происходит снижение вариабельности ритма сердце, а значит повышается риск осложнений. В тоже время имеются данные Huseyin G., демонстрирующие отсутствие статистически значимой разницы в вариабельности сердечного ритма у здоровых и у лиц с пролапсом митрального клапана.

Выводы. Таким образом, существуют довольно противоречивые данные касательно использования снижения показателя вариабельности ритма сердца в качестве прогностически неблагоприятного фактора у лиц с пролапсом митрального клапана. Требуются дальнейшие исследования данного параметра у пациентов с пролапсом митрального клапана для получения более достоверных данных, которые позволят широко использовать этот финансово и инструментально доступный метод.

СИСТЕМА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, РАБОТАЮЩЕГО С БОЛЬНЫМИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ И ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кривоносова М.Ю.

Студент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и медицинской психологии Медицинской академии КФУ

Научный руководитель: д.м.н., профессор Гуменюк Л.Н.

Введение. Квалифицированный средний медицинский персонал (СМП) занимает одно из ведущих мест по риску развития синдрома профессионального выгорания. Многочисленные стрессовые факторы, присущие современной окружающей среде сестринского персонала, работающего с больными социально значимыми и представляющих опасность для окружающих заболеваниями (СЗПООЗ), оказывают негативное влияние как на состояние их здоровья, так и на профессиональную деятельность, формируя профессиональную дезадаптацию, в основе которой лежат негативные сдвиги психической сферы и психологических свойств личности, требуют тщательного изучения для разработки мероприятий специфической медико-психологической коррекции и психопрофилактики.

Цель и задачи исследования. На основе системного подхода к изучению закономерностей формирования профессиональной дезадаптации у среднего медицинского персонала, работающего с больными СЗПООЗ, разработать систему психопрофилактики.

Методика исследования. На основании информированного согласия в соответствии со стандартами Этического комитета Российской Федерации осуществлено обследование 110 медицинских сестер, работающих с больными СЗПООЗ, у которых была выявлена

профессиональная деформация (ПД). Контрольную группу составили 53 медицинских сестры без признаков ПД.

В работе использованы: опросник «Уровень профессиональной дезадаптации» А. Н. Родиной; шкалы депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS и HARS); методика диагностики акцентуаций Г. Шмишека и Фрейбургского личностного опросника (FPI); опросник «Степень удовлетворенности собственным функционированием в различных сферах» I. Karler, в адаптации Б. Д. Карвасарского; опросник социальной фрустрированности Л. И. Вассермана в модификации В. В. Бойко; опросник эмоционального интеллекта EQ Н. Холла.

Результаты исследования. На основе анализа и обобщения полученных данных, нами выделены составляющие феномена ПД у СМП, работающих с ООИЗ, а именно, психопатологическая, персонологическая, психосоциальная и эмоциональная, которые и стали мишенями разработанных мероприятий психопрофилактики ПД. В рамках психопрофилактики ПД необходимо осуществлять общие и специфические психопрофилактические мероприятия, оказывающие воздействие на информационном, эмоциональном, когнитивном и личностном уровнях. Задачами общей психопрофилактики являются: повышение уровня самооценки, рост и самоактуализация личности; формирование асертивности (утвердительно-поведения), открытости и экспрессивности в социальных ситуациях, коррекция и реконструкция системы убеждений, формирование рациональной системы установок (эмоционально-когнитивных связей), совладание и преодоление стрессовых реакций (повышение уровня самообладания в критических ситуациях). С целью формирования психогигиенических знаний, обучения психогигиеническим навыкам и вовлечения в процесс активного изменения собственного поведения (новым адаптивным психологическим установкам) у СМП, используются: когнитивно - ориентированная психообразовательная программа, аутогенная тренировка. Занятия проводятся в рамках singlemodeli. Специфическая психопрофилактика направлена на выявление, преодоление и раннюю профилактику профессиональной патологии (профессиональной дезадаптации, эмоционального выгорания, профессиональной деформации, аффективных расстройств). Для профилактики профессиональной патологии применяется аутогенная тренировка, прогрессивная мышечно-диафрагмальная релаксация по Джекобсону, когнитивно-бихевиоральная и групповая патогенетическая психотерапия, коммуникативный тренинг.

Для успешной реализации психогигиенических мероприятий необходимо тесное сотрудничество медицинских психологов с врачами-гигиенистами и социальными работниками.

Выводы. Внедрение мероприятий психопрофилактики ПД у СМП, работающих с СЗПООЗ, позволит улучшить их психоэмоциональное состояние, а также будет способствовать нивелированию признаков ПД.

АНАЛИЗ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН, ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В «КММЦ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

Кривоносова М.Ю.

Студент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии КФУ
Научный руководитель: к.м.н. доц. Махкамова З.Р.

Введение. Репродуктивное здоровье является одним из важных составляющих здоровья населения, определяет развитие человеческих ресурсов и экономическое благополучие государства. В условиях социально-экономических преобразований, демографического кризиса и реформирования здравоохранения охрана репродуктивного здоровья женщин является важным направлением в развитии демографической политики. От состояния их

здоровья зависит формирование взаимосвязи передачи из поколения в поколение потенциала жизненных сил и энергии. Однако состояние здоровья самой женщины, степень ее адаптационных возможностей влияет на репродуктивный потенциал, который при определенных неблагоприятных обстоятельствах может способствовать его снижению и оказывать негативное влияние на уровень здоровья и жизнеспособность новорожденных на всех последующих этапах его жизни. К числу таких неблагоприятных факторов без сомнения, можно отнести наличие у женщин соматических, инфекционных и гинекологических заболеваний, которые чаще всего необходимо решать радикальными методами в специализированных акушерско-гинекологических отделениях. Выделяют несколько важных факторов, оказывающих влияние на репродуктивное здоровье: сексуальное здоровье; инфекционные заболевания, особенно, инфекции передающиеся половым путем, рак шейки матки и другие гинекологические заболевания. Одной из причин снижения рождаемости является вторичное бесплодие, к которому приводят многие гинекологические заболевания. По данным статистики каждая вторая женщина (52%) в России в возрасте до 45 лет имела или на данный момент имеет гинекологическую патологию. В связи с этим вопрос репродуктивного здоровья женского здоровья сейчас стоит так остро.

Цель и задачи исследования. Выявление основных закономерностей, особенностей и тенденций гинекологической патологии у женщин, проходивших плановое оперативное лечение в «Клиническом медицинском многопрофильном центре Святителя Луки».

Методика исследования. Методом выкопировки были проанализированы 225 медицинских карт гинекологических больных «КММЦ Святителя Луки» в период с 2015 по 2016 гг. Анализ проведен с использованием методов описательной статистики в Microsoft Excel.

Результаты исследования. В последние годы в РФ наблюдается рост числа гинекологических заболеваний по всем нозологическим формам. Так, по данным литературы первое место в структуре гинекологических заболеваний занимают воспалительные заболевания - до 70% от всех гинекологических заболеваний, причем до 60% это женщин репродуктивного возраста, что существенно оказывает влияние на репродуктивную функцию. Частота бесплодных браков в России превышает 15%, что по данным ВОЗ, является критическим уровнем. Частота миомы матки составляет до 30% у женщин репродуктивного возраста, и около половины из них подвергаются радикальному оперативному лечению, что приводит к необратимому бесплодию, и к снижению уровня здоровья и качества жизни.

Анализ данных медицинских карт показал, что гинекологическая патология чаще всего встречается у женщин в возрастной группе от 30 до 49 лет (57,8%) и старше 50 лет (28,5%), в меньшей степени у женщин от 20 до 29 лет (13,3%).

Больше всего обращений было связано с опухолевым процессом (88,3%), прежде всего миома матки, оставшаяся случаи распределились между заболеваниями воспалительной этиологии и их осложнениями (6,9%), наиболее частым из которых был спаечный процесс малого таза, и невоспалительной этиологии (4,8%), приведшей к бесплодию.

Более половины женщин (65,3%) находятся в активном репродуктивном периоде и только треть (34,7%) в менопаузе. Из всех женщин - 81,7% рожавшие, имеющие в большинстве случаев 2 детей. У каждой второй (47,1%) в анамнезе отмечается наличие как минимум один аборт, у 12,9% - более трех аборт, а у 5,3% женщин - более пяти. В зарегистрированном браке состоят 63,1%, 6,7% - состоят в незарегистрированном и 30,2% женщин не состоят в браке.

Выводы. Проблема гинекологической патологии актуальна для Крыма. Чаще всего она встречается у женщин активного репродуктивного возраста и предклимактерическом периоде и представлена в основном заболеваниями опухолевой природы.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Петренко В.И.¹, Волкова С.А.²

^{1,2}студенты 5-го курса кафедры общественно здоровья и здравоохранения

Научный руководитель: к.м.н, доцент Махкамова З.Р., асс.Корниенко Н.В.

Введение. Проблема сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является и остается одной из наиболее актуальных и приоритетных не только в медицинском аспекте, но и для экономики многих стран мира уже на протяжении многих лет. Так, по оценкам ВОЗ, смертность от ССЗ в 2014 году составила 17,5 миллионов человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире, причем основной причиной смерти была ишемическая болезнь сердца (ИБС). В Российской Федерации (РФ) в 2015 году был зарегистрирован рост смертности от ССЗ, а также общей смертности населения в 22 регионах страны. Стоит отметить, что статистическое увеличение смертности не было связано с улучшением выявляемости заболеваний, так как количество профилактических посещений в изучаемый период снизилось по сравнению с предыдущим годом и в 2015 году составило 8,8 посещений на одного жителя РФ в год против 9,1 в 2014 году. Известно, что течение ИБС, как и другие ССЗ, оказывают значительное влияние на социальное и функциональное состояние пациентов. Таким образом, изучение качества жизни пациентов с ИБС является важным аспектом для разработки дальнейших лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Цель и задачи. Оценка качества жизни больных с ИБС на этапе реабилитации.

Методика исследований. Аналитический, социологический, статистический. Изучение качества жизни пациентов (100 человек) проводилось с помощью опросника SF-36. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ EXEL, Statistica 6.0.

Результаты исследований. В результате оценки качества жизни пациентов с ИБС на этапе реабилитации (средний возраст 57±9 лет, 64,51% мужчин, 35,51% женщин) с помощью опросника SF-36 выявлен средний показатель качества жизни (41 – 60%) по 7 шкалам: Физическое функционирование (Physical Functioning) - PF = 53%, Интенсивность боли (Bodily Pain) - BP = 49, 14%, Общее состояние здоровья (General Health) - GH = 53,63%. Жизненная активность (Vitality) - VT = 49, 05%, Социальное функционирование (Social Functioning) - SF = 48,94%, Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional) - RE = 41,82%. Mental Health (MH) - самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций) - 58%.

Показатель Ролевого функционирования (Role-Physical) - RP = 36% указывает на пониженный показатель качества жизни (21% - 40%). Все значения были стандартизированы с помощью Z-оценки. Снижение общего физического состояния пациентов (GH=53,63%) в виде ограничения выполнения физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.) (PF=53,35%), сильное ограничение повседневной деятельности (RP=36%). Интенсивность боли (BP=49,14%) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома несколько ограничивает активность личности. Также отмечена низкая оценка своей жизненной активности - ощущение себя утомленным, обессиленным (VT=49,05%). Средняя степень ограничения социальных контактов в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния (SF=48,94%). Эмоциональное состояние затрудняет в средней степени выполнение работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.) (RE=41,82%).

Практически все респонденты отметили наличие стрессовых ситуаций, предшествующих развитию заболевания. Так, выявлена пониженная оценка своего

психического здоровья, наличие депрессивных, тревожных переживаний, психического неблагополучия, преобладание отрицательных эмоций. (МН=58%).

Выводы. Таким образом, качество жизни пациентов с ИБС можно оценить как среднее по 7 шкалам и снижение показателя Ролевого функционирования (RP) свидетельствуют о социальном ограничении пациентов с ИБС, возможно, вследствие наличия не только органических изменений при данной патологии, но и наличия тревожно-депрессивных расстройств, что особенно необходимо учитывать при проведении реабилитационных мероприятий больным кардиологического профиля.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Горов В.С.¹, Бырка М.В.²

¹студент 608-Л2 группы 2 медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

² студентка 608-Л2 группы 2 медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

научный руководитель: ассистент кафедры внутренней медицины №2 Шадчнева Н.А.

Введение. Неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) – заболевание, возникающее в результате избыточного накопления жиров в печени при отсутствии употребления алкоголя в токсических дозах. Термин «неалкогольный стеатогепатит» предложен в 1980 году U. Ludwig. Распространенность НАСГ среди пациентов с длительными признаками цитолиза «неясного генеза», составляет 20–32% (3).

Малоподвижный образ жизни и потребление избыточного количества калорийной пищи часто приводят к инсулинорезистентности и развитию стеатоза, который может переходить в стеатогепатит. Течение НАСГ чаще носит доброкачественный характер, но среди больных с данной патологией отмечается значительное снижение уровня качества жизни, оцениваемое субъективно самими пациентами, по сравнению со здоровыми людьми.

Материалы и методы: В исследование включены 30 пациентов (15 женщин и 15 мужчин), обратившихся к гастроэнтерологу, которым был установлен диагноз НАСГ после сбора анамнеза, физикального осмотра, исключения маркеров ВГВ, ВГД, ВГС, проведения клинического и биохимического анализа крови, ФГДС и УЗИ органов брюшной полости.

Для оценки качества жизни использован опросник SF-36 (J.E. Ware, IQOLASF-36 Russia (Russian) Standard Version 1.0).

Результаты исследования: Средний возраст пациентов составил $58 \pm 3,5$ лет. Вес больных колебался от 59 до 96 кг (в среднем $83,54 \pm 1,39$ кг).

Известно, что больные НАСГ отмечают минимальную клинику данного заболевания. Вместе с тем нами выявлено, что у 13 (43,3%) определялась тяжесть в правом верхнем квадранте, вздутие живота – у 21 (70,0%), непереносимость жирной и острой пищи – у 19 (63,3%), слабость и недомогание – у 23 (76,6%) больных НАСГ. Признаки ожирения наблюдалось у 20 (66,6%) пациентов. Гепатомегалия и спленомегалия – определялась у 26 (86,6%), и 6 (20,0%) больных соответственно, геморрагические проявления – у 5 (16,6%) больных.

Данные клинического анализа крови свидетельствовали об увеличении содержания количества лейкоцитов $9,43 \pm 0,25 \times 10^9$ /л, СОЭ – $27,4 \pm 1,1$ мм/час.

Биохимические показатели сыворотки крови позволили оценить функциональное состояние печени пациентов с НАСГ. У них выявлено увеличение АсАТ до $1,2 \pm 0,4$ и АлАТ до $1,3 \pm 0,3$ ммоль/л, повышение уровня сывороточного билирубина до $24,5 \pm 1,3$ мкмоль/л за

счет его непрямой фракции, активности щелочной фосфатазы и гаммаглутамилтранспептидазы ($87,3 \pm 4,8$ Е/л и $72,6 \pm 4,2$ Е/л соответственно). У больных было выявлено нарушение липидной функции печени в виде повышения концентрации общего холестерина до $6,4 \pm 0,7$ ммоль/л, триглицеридов - до $1,8 \pm 0,6$ ммоль/л, холестерина ЛПНП – до $3,3 \pm 0,5$ ммоль/л и снижения уровня холестерина ЛПВП до $1,3 \pm 0,3$ ммоль/л.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости у всех исследуемых выявлены увеличенные размеры печени. Структура паренхимы печени однородна. Выраженность стеатоза у 7 (23,3%) исследуемых определялась как минимальная, у 12 (40,0%) – как умеренная и у 11 (36,6%), – как значительная. Допплерография воротной и селезеночной вены не установила патологических отклонений. Увеличенная селезенка определялась у 8 (26,6%) пациентов. Отмечались изменения билиарной системы в виде нарушения функции желчного пузыря и сфинктера Одди на фоне стеатогепатита.

Уровень качества жизни наблюдаемых больных был снижен по шкалам, отражающим как физический (до уровня $71,3 \pm 6,5$), так и психический компонент здоровья. В частности, отмечалось снижение по шкале ролевого физического функционирования ($67,2 \pm 7,4$), ролевого эмоционального функционирования ($63,2 \pm 4,8$), боли ($51,3 \pm 2,0$), жизнеспособности ($53,1 \pm 2,5$), психологического здоровья ($59,3 \pm 2,4$) и социального функционирования ($55,3 \pm 3,5$). Наиболее низкий показатель зафиксирован по шкале общего здоровья – до $48,3 \pm 4,9$.

Низкий балл по данным шкалам свидетельствовал об утомлении, снижении жизненной активности и низкой оценке больным своего состояния здоровья.

Выводы:

Часто выявленные у пациентов диспептический синдром, изменения биохимических, сонографических показателей, должны быть верно интерпретированы как критерии НАСГ.

У пациентов НАСГ снижены физический и психический компоненты здоровья, что свидетельствует об утомлении, снижении жизненной активности и низкой оценке больным своего состояния здоровья.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ТЕМПЕРАМЕНТА

Ковтун Е.Р.¹, Доля Е.М.², Репинская И.Н.³

¹студент кафедры внутренней медицины № 2 Медицинской академии КФУ

²доцент кафедры внутренней медицины № 2 Медицинской академии КФУ

³ассистент кафедры внутренней медицины № 2 Медицинской академии КФУ

научный руководитель: доц., к.м.н. Доля Е.М., асс. Репинская И.Н.

Введение. Сахарный диабет (СД) является одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения. Темпы распространения данного заболевания среди населения набирают стремительные обороты. Согласно данным Федеральной службы государственной статистики в 2015 г. количество пациентов с СД в Российской Федерации составило 240,6 человек на 100 тыс. населения, что в 1,02 раза больше, чем в 2014 г. (234,9) и в 2,16 раз больше, чем в 2000 г. (111,3 тыс.). Общее число больных составляет 4 045 564 млн. чел. На СД 1 типа приходится 8,42%. Средние годовые затраты на пациента с СД 1 типа составили 81,1 тыс. руб.

Цель и задачи исследований. Изучить особенности течения сахарного диабета 1 типа у пациентов с различными типами темперамента.

Методы исследований. В исследовании приняли участие 42 пациента с СД 1 типа, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГБУЗ РК «РКБ им. Н. А. Семашко» в возрасте от 20 до 54 лет. Женщины и мужчины составляют равное количество (по 21 чел.). Для определения типа темперамента пациентам предлагалось пройти тестирование по методике Г. Айзенка ЕРІ. В зависимости от типа темперамента все пациенты

разделены на 4 группы. Первую группу составили меланхолики-28,6% (n-12), вторую группу составили сангвиники 26,2% (n-11), третью составили холерики-23,8% (n-10), четвертую-флегматики 21,4% (n-9). Всем больным проведено комплексное клинико-лабораторное обследование с определением уровня гликозилированного гемоглобина (HbA1c) и гликемического профиля. Учитывались данные анамнеза: стаж заболевания, наличие осложнений, состояния кетоацидоза, частота гипогликемических состояний. Все пациенты получали инсулинотерапию в базис-болюсном режиме в индивидуальных дозах. Суточная доза инсулина составила от 40-60 единиц. Статистический анализ проведен в MS Excel.

Результаты исследований. Уровень HbA1c у пациентов 1 группы составил $10,0\% \pm 1,07$, 2 группы- $9,3\% \pm 1,3$, 3 группы- $8,9\% \pm 1,1$, 4 группы- $9,1\% \pm 0,7$. Из всех опрошенных 69% (n-29) пациентов имеют лабильное течение СД 1 типа со склонностью к гипогликемиям с частотой от 3-4 эпизодов в неделю до ежедневных, преимущественно в ночное время. Меланхолики в 92% (n-11) имеют склонность к частым гипогликемическим состояниям, сангвиники-в 64% (n-7), холерики-в 70% (n-7), флегматики-в 45% (n-4). Состояния кетоза и кетоацидоза по анамнезу чаще регистрировались у пациентов 2 группы в 41,7% случаев и 1 группы в 33,3% случаев. Общее количество больных с осложнениями со стороны глаз, почек, сосудов нижних конечностей составило 54,8% (n-23). Хронические осложнения чаще регистрировались у сангвиников и флегматиков-по 30,4%. 24% пациентов оценили свое самочувствие как хорошее, 50% из которых сангвиники. Плохим свое общее состояние назвали 7% пациентов, из них 66,7% меланхоликов. При этом не беспокоятся о своем здоровье 14,3% тестируемых, из которых 50% составили флегматики. За время пребывания в стационаре в 46,7% случаев пациенты отметили уменьшение числа гипогликемических состояний, страха перед возможным острым событием, нормализацию сна. Это обусловлено хорошей комплаентностью между пациентом и медицинским персоналом, беседами о важности соблюдения режима питания, инсулинотерапии.

Выводы. Наиболее высокие показатели HbA1c, гипогликемических состояний и большое число кетоацидозов обнаружены у меланхоликов. Это является следствием глубокого погружения в свое заболевание, большей подверженностью стрессам склонностью к депрессиям, что приводит к нарушению режима, лечения и ухудшению общего состояния. Пациенты с данным типом темперамента чаще оценивают свое самочувствие как плохое. У сангвиников обнаружена высокая частота осложнений и наибольшее число кетоацидотических состояний. Это связывается с отсутствием сосредоточения на соблюдении режима и лечения, поверхностностью у конкретных пациентов. При этом сангвиники более оптимистичные и чаще характеризуют свое состояние как хорошее. Для флегматиков характерен высокий уровень осложнений, приводящих к инвалидности. Причиной этого является более низкий уровень заботы о своем здоровье. У холериков отмечен самый низкий уровень HbA1c и числа осложнений. Пациенты с высоким уровнем активности и стрессоустойчивости, редким негативным настроением достигают лучшего гликемического контроля. Успешная терапия больных СД не возможна без создания благоприятного психологического климата в лечебном учреждении, атмосферы внимания и уважения к больному, что позволит уменьшить риск развития и прогрессирования осложнений СД, улучшить качество жизни пациентов, сократить расходы медицинских учреждений и личных расходов больных на лечение заболевания и его осложнений и существенно повысить приверженность больных к лечению.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ

Побегайлов И.С.

студент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и медицинской психологии Медицинской академии КФУ

научный руководитель: д.м.н., профессор Гуменюк Л.Н.

Введение. Аутизм является одним из наиболее актуальных заболеваний детского возраста в психиатрии ввиду постоянного роста числа больных, страдающих этим недугом. Согласно информационному бюллетеню ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), распространённость расстройств аутистического спектра в 2016 г. составила 1 на 160 детского населения. В последнее десятилетие детский аутизм (ДА) демонстрирует высокий процент дезадаптации и инвалидизации, поэтому признаётся ВОЗ социально значимым заболеванием. Лечение ДА направлено на улучшение когнитивных функций, исправление нарушения речи, внимания и социальную адаптацию. Эффективная патогенетическая и симптоматическая терапия должна включать противосудорожные препараты, психостимуляторы и антипсихотики.

Цель и задачи исследования. Изучение эффективности препаратов рисперидон и топирамат в качестве когнитивной терапии у больных ДА.

Методика исследования. В работе использовали информационно-аналитический метод. Материалом явились данные научных работ медико-статистического характера (Бикшаева, 2003; Rezai et al., 2010; Besag, Berry, 2006; Rugino et al.; Jain et al., 2000; Bell et al., 2003; Tan et al., 2004; Khalafalla et al., 2005), посвященные терапевтической эффективности комбинированного использования препаратов рисперидон и топирамат в отношении коррекции когнитивных нарушений (задержка речевого развития, нарушение концентрации внимания, дезорганизованность и социальная дезадаптация) у больных ДА.

Результаты исследования. Проведённый информационно-аналитический анализ показал высокую эффективность препаратов топирамат и рисперидон в отношении когнитивных расстройств при ДА, что подтверждается данными динамики по шкале аберрантного поведения (АВС). Так, у больных, получавших комбинированную терапию топираматом и рисперидоном, отмечается статистически значимое снижение значений по шкале АВС-I на 9,25, при этом, у пациентов, в лечении которых использовали рисперидон и плацебо, показатели имели негативную динамику. Статистически значимые отличия в пользу использования комбинации рисперидона и топирамата были отмечены и по таким шкалам АВС, как стереотипность поведения и гиперактивность/некомплаентность. Оценка результатов терапии применяемым препаратом была нацелена на уровень речевого развития, степень социальной активности и настроения. По всем параметрам наблюдения было отмечено положительное влияние препаратов рисперидон и топирамат на когнитивные способности. У всех обследованных детей выявлена хорошая переносимость проводимой терапии, побочных эффектов не наблюдалось. Проводимые после медикаментозной терапии наблюдения показали заметные позитивные изменения у 69% больных; у 34% - отмечалась положительная динамика в аффективной сфере; у 41% детей, которые ещё не пользуются речью, появилось заметное число новых слогов и односложных слов, а у детей, владеющих однофразовой речью, увеличился запас активно употребляемых новых слов. Наиболее значительные улучшения (в 91% случаев) выявлены в общении со сверстниками, в усвоении навыков и знаний, в понимании обращённой речи и улучшении визуального контакта.

Выводы. Проведённый информационно-аналитический анализ показал терапевтическую эффективность комбинированного использования рисперидона и топирамата, выражающуюся в улучшении показателей когнитивных функций, являющихся базовыми при аутистических расстройствах: усовершенствовании речи, восстановлении навыков самообслуживания и улучшении социальной адаптации. Снижение выраженности

аутистических расстройств у детей оказывает позитивное влияние на качество жизни детей и их родителей. В связи с хорошей переносимостью и клинической эффективностью препаратов, рисперидон и топирамат рекомендуются для применения в структуре фармакотерапии ДА как в условиях стационара, так и в амбулаторном лечении.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ОКРАСКИ АВ Н&Е

Маркелова Е.Ю.¹, Аблямитов Э.М.¹, Большакова О.В.²

¹студенты второго курса первого медицинского факультета кафедры гистологии и эмбриологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ

²к.м.н., доцент кафедры гистологии и эмбриологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, КФУ

Введение. Для исследования тканей и органов на микроскопическом уровне важна окраска материала. Наиболее распространенным методом является окраска гематоксилин-эозином, при использовании которой базофильные клеточные структуры (как правило, содержащие нуклеиновые кислоты) окрашиваются ярко-синим цветом, а эозинофильные (цитоплазма) структуры – красно-розовым.

А.И. Брусиловский окончил Крымский медицинский институт и преподавал на кафедре гистологии и эмбриологии около 30 лет. В одной из его работ был описан метод окрашивания гистологических препаратов гематоксилином и эозином, в котором сначала используется эозин, а после – гематоксилин (АВ Н&Е). Данный метод используется для более контрастного выделения амфотерных соединений, благодаря чему исследование становится доступнее для анализа.

Целью нашей работы явилось сравнение классического метода окраски (гематоксилин-эозином) и АВ Н&Е.

Материалы и методы. Фиксация материала проводилась 10% раствором формалина. Использована стандартная методика проводки и заливки. Парафиновые срезы разделили на 2 группы, в одной из которой окрашивали по стандартной методике, а в другой – по АВ Н&Е.

Результаты исследования. Различия между методами выявлены уже на этапе окрашивания. Классическое окрашивание занимает около 10 минут, в то время как окрашивание АВ Н&Е (предложенное А.И. Брусиловским) занимает всего 1-2 минуты, что немало важно при интраоперационной морфологической диагностике.

При применении эозина, как первого красителя, выявляются эозинофильные компоненты, что предполагает наличие амфотерных соединений, к которым можно отнести белки, содержащие аминокислоты (аргинин, гистидин, лизин). Так же, при использовании эозина первым, амфотерные соединения, в частности, реагируют с кислым красителем, а оставшаяся часть – с основным. Интенсивность окраски эозином определяется накоплением и потерей амфотерных соединений, что влияет на соотношение катионов и анионов.

Использование двух методов окраски помогает лучше понять клетку, как систему. Это характеризуется тем, что при окрашивании классическим методом кислотно-основные границы не соответствуют границам между структурами, так как в процессе созревания ДНК и амфотерные белки меняются.

Метод подтвержден при введении ксеногенного ликвора в процессе изучения репродуктивной системы млекопитающих, при котором выявлено увеличение содержания амфотерных соединений в фолликулярной жидкости и в содержимом венозных сосудов мозгового вещества яичников. Ликвор был введен в количестве 2 мл/кг самкам крыс и свиной. Метод АВ Н&Е удобен при исследовании в областях, где клеткам различных типов характерно наличие базофильных и оксифильных свойств.

Выводы. Использование АВ Н&Е (предложенное А.И. Брусиловским) является перспективным способом окрашивания при изучении эндокринной и репродуктивной системы и занимает лишь 10% времени от времени, необходимого для окрашивания стандартным методом. Морфологические изменения больше проявляются при окрашивании по методике АВ Н&Е.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА И АЦЕРУЛОПЛАЗМИНЕМИИ.

Усеинуджа З.М.

студент 4 курса Медицинской Академии им С. И. Георгиевского

научный руководитель: ассистент Пилипенко Е.Б., кафедра нервных болезней и нейрохирургии Медицинской Академии им С. И. Георгиевского

Введение. Ацерулоплазминемия – это редкое генетическое заболевание, характеризующееся накоплением железа в головном мозге, печени, почках. Болезнь Вильсона-Коновалова это наследственное заболевание характеризующееся накоплением меди в организме человека, а именно в сетчатке глаза, печени, в базальных ганглиях головного мозга.

Цели и задачи исследований: провести дифференциальную диагностику между двумя заболеваниями :болезнь Вильсона-Коновалова и ацерулоплазминемия

Материалы и методы: изучены данные зарубежной и отечественной литературы за последние 5 лет.

Результаты: по результатам изучения медицинской научной литературы : данные заболевания имеют схожую клиническую картину однако различия будут в диагностике и лечении. Признаки поражения нервной системы: гиперкинезы, расстройства речи и координации движения, избыточная саливация. Изменения со стороны печени: цирроз печени, а также со стороны почек : почечная недостаточность .

Диагностика: при заболевании ацерулоплазминемии необходимо выявить уровень церулоплазмينا и железа, а также отсутствие включения изотопа железа в церулоплазмин, повышение экскреции железа с мочой . Критериями диагностики болезни Вильсона-Коновалова является: снижение содержания меди в сыворотке крови (менее 12 мкг/дл), повышение содержания меди с мочой (более 100мкг/сут), положительный результат пенициллинового теста.

Выводы: дифференциальная диагностика ацерулоплазминемии и болезни Вильсона-Коновалова по клинической картине практически невозможна без использования дополнительных методов исследования ,а именно: исследование сыворотки крови на медь, железо, церулоплазмин. Разные подходы к терапии требуют более тщательной дифференцировки содержания меди в моче.

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кучеренко А.С.¹ Закерьяев Ш.Д.²

^{1,2}студенты 5-го курса кафедры общественно здоровья и здравоохранения
Научный руководитель: к.м.н доцент Махкамова З.Р., асс. Санина Г.Н.

Введение. По данным официальной статистики за 2014 год, в России зарегистрировано около 22,4 млн. человек больных гипертонической болезнью (ГБ), а это около 30% всего населения страны. В то же время, результаты выборочного обследования населения показали, что в России истинное количество больных с ГБ в возрасте 15 лет и старше значительно больше и составляет более 41,6 млн. человек.

ГБ является социально-значимым заболеванием, которое значительно ухудшает качество жизни больных, ограничивая их полноценную жизнедеятельность.

Изучение качества жизни пациентов с ГБ является необходимым для повышения эффективности лечения и профилактики данной патологии.

Цель и задачи исследований. Изучение качества жизни больных с ГБ, анализ их физического и психологического компонентов здоровья.

Методика исследований. Аналитический, социологический, статистический. Изучение качества жизни пациентов (100 человек) с гипертонической болезнью проводилось с помощью опросника SF-36. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ EXEL, MedStat.

Результаты исследований. Средний показатель качества жизни (41 – 60%) больных с ГБ с помощью опросника SF-36 выявлен по 7 шкалам: Физический компонент здоровья, включающий в себя физическое функционирование (Physical Functioning) - PF = 54,5%, показатель ролевого функционирования (Role-Physical) - RP = 37,54%, интенсивность боли (Bodily Pain) - BP = 48, 72%, общее состояние здоровья (General Health) - GH = 52,45%. Психологический компонент здоровья, в который входит жизненная активность (Vitality) - VT = 50, 63%, социальное функционирование (Social Functioning) - SF = 47,86%, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional) - RE = 41,73%, Mental Health (MH) - самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций) - 59.03%. Все значения были стандартизированы с помощью Z-оценки. Проанализировав качество жизни пациентов с ГБ, выявлено средний уровень качества жизни (41 – 60%) по 7 шкалам (PF, GH, VT, SF, RE, MH). Наиболее низким выявлен показатель ролевого функционирования (Role-Physical) - RP = 37,54%, что указывает на пониженный показатель качества жизни (21% - 40%).

Выводы. Анализ физического и психологического компонентов здоровья больных ГБ свидетельствует об умеренном снижении функциональных и адаптационных возможностей организма, ограничение их социальной функции.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ

Побегайлов И.С.

студент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и медицинской психологии Медицинской академии КФУ

научный руководитель: д.м.н., профессор Гуменюк Л.Н.

Введение. Аутизм является одним из наиболее актуальных заболеваний детского возраста в психиатрии ввиду постоянного роста числа больных, страдающих этим недугом. Согласно информационному бюллетеню ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), распространённость расстройств аутистического спектра в 2016 г. составила 1 на 160 детского населения. В последнее десятилетие детский аутизм (ДА) демонстрирует высокий процент дезадаптации и инвалидизации, поэтому признаётся ВОЗ социально значимым заболеванием. Лечение ДА направлено на улучшение когнитивных функций, исправление нарушения речи, внимания и социальную адаптацию. Эффективная патогенетическая и симптоматическая терапия должна включать противосудорожные препараты, психостимуляторы и антипсихотики.

Цель и задачи исследования. Изучение эффективности препаратов рисперидон и топирамат в качестве когнитивной терапии у больных ДА.

Методика исследования. В работе использовали информационно-аналитический метод. Материалом явились данные научных работ медико-статистического характера (Бикшаева, 2003; Rezaei et al., 2010; Besag, Berry, 2006; Rugino et al.; Jain et al., 2000; Bell et al., 2003; Tan et al., 2004; Khalafalla et al., 2005), посвященные терапевтической эффективности комбинированного использования препаратов рисперидон и топирамат в отношении коррекции когнитивных нарушений (задержка речевого развития, нарушение концентрации внимания, дезорганизованность и социальная дезадаптация) у больных ДА.

Результаты исследования. Проведённый информационно-аналитический анализ показал высокую эффективность препаратов топирамат и рисперидон в отношении когнитивных расстройств при ДА, что подтверждается данными динамики по шкале аберрантного поведения (АВС). Так, у больных, получавших комбинированную терапию топираматом и рисперидоном, отмечается статистически значимое снижение значений по шкале АВС-I на 9,25, при этом, у пациентов, в лечении которых использовали рисперидон и плацебо, показатели имели негативную динамику. Статистически значимые отличия в пользу использования комбинации рисперидона и топирамата были отмечены и по таким шкалам АВС, как стереотипность поведения и гиперактивность/некомплаентность. Оценка результатов терапии применяемым препаратом была нацелена на уровень речевого развития, степень социальной активности и настроения. По всем параметрам наблюдения было отмечено положительное влияние препаратов рисперидон и топирамат на когнитивные способности. У всех обследованных детей выявлена хорошая переносимость проводимой терапии, побочных эффектов не наблюдалось. Проводимые после медикаментозной терапии наблюдения показали заметные позитивные изменения у 69% больных; у 34% - отмечалась положительная динамика в аффективной сфере; у 41% детей, которые ещё не пользуются речью, появилось заметное число новых слогов и односложных слов, а у детей, владеющих однофразовой речью, увеличился запас активно употребляемых новых слов. Наиболее значительные улучшения (в 91% случаев) выявлены в общении со сверстниками, в усвоении навыков и знаний, в понимании обращённой речи и улучшении визуального контакта.

Выводы. Проведённый информационно-аналитический анализ показал терапевтическую эффективность комбинированного использования рисперидона и топирамата, выражающуюся в улучшении показателей когнитивных функций, являющихся базовыми при аутистических расстройствах: усовершенствовании речи, восстановлении навыков самообслуживания и улучшении социальной адаптации. Снижение выраженности аутистических расстройств у детей оказывает позитивное влияние на качество жизни детей и их родителей. В связи с хорошей переносимостью и клинической эффективностью препаратов, рисперидон и топирамат рекомендуются для применения в структуре фармакотерапии ДА как в условиях стационара, так и в амбулаторном лечении.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кадырова Э. Ю.¹, Степанов Д. А.²

¹студент кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии

²студент кафедры внутренней медицины №2 Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Научный руководитель: к. м. н., магистр, ассистент Шадчнева Н. А.

Введение. По данным анализа национальной репрезентативной выборки, распространенность артериальной гипертензии в России в общей популяции составляет 15-25%, а у лиц старше 60 лет – более 60%, а после 80 лет приближается к 80%. Согласно статистическим данным Р. Г. Оганова и С. А. Шальнова по России среди женщин повышенный уровень артериального давления диагностируется у 40%. Общая смертность среди пациентов старших возрастных групп, имеющих артериальную гипертензию повышается в 2-5 раз.

В рекомендации ESH/ESC задокументирован общепринятый подход к количественной оценке общего сердечно-сосудистого риска, основанный на том факте, что одновременное наличие повышенного артериального давления и других факторов риска усиливает друг друга, и в совокупности дает более высокий общий сердечно-сосудистый риск, чем сумма его компонентов по отдельности. Была разработана модель систематической оценки коронарного риска (SCORE), позволяющая рассчитать риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в ближайшие 10 лет на основании возраста, пола, курения, уровня общего холестерина и систолического артериального давления.

Таким образом, в практике участкового врача-терапевта особую важность имеют мероприятия по вторичной профилактике артериальной гипертензии. Считаем, что наибольшую отдачу можно получить, максимально эффективно используя немедикаментозные методы модификации имеющихся факторов риска.

Цель и задачи. Определить направления санитарно-просветительной работы по выявленным факторам риска из данных проведенного опроса, осмотра и анализа амбулаторных карт пациенток в возрасте от 63 до 75 лет с артериальной гипертензией.

Методы исследований. Опрос и осмотр 30 пациенток с артериальной гипертензией, обратившихся в поликлинику для прохождения диспансеризации, работа с амбулаторными картами.

Результаты исследований. Возраст обследованных пациенток в среднем составил 66 лет.

Высокое нормальное артериальное давление (130-139 и 85-89 мм. рт. ст.) зарегистрировано у 16,7% пациенток, артериальная гипертензия 1 степени (140-159 и 90-99 мм. рт. ст.) - у 56,6%, артериальная гипертензия 2 степени (160-179 и 100-109 мм. рт. ст.) - у 27,7% больных.

В результате проведенного исследования были обнаружены следующие модифицируемые факторы риска возникновения артериальной гипертензии: избыточный вес 37%, избыточное потребление соли от 9 до 12 г/сутки, связанное с подсаливанием пищи и употребления соленостей составляет 33%, стресс 17%.

Из числа пациенток с избыточным весом: 63,64% имеют избыточную массу тела (ИМТ= 25,0-29,9 кг/м²), 27,27% - ожирение 1-ой степени (ИМТ= 30,0-34,9 кг/кг/м²), 9,09% - ожирение 2-ой степени (ИМТ= 35,0-39,9 кг/кг/м²).

Из опрошенных пациенток 54,6% ведут малоподвижный образ жизни и у 45,4% подвижный образ жизни.

Из числа пациенток, имеющих вредные привычки (13% от всей исследуемой группы) курят сигареты 75%, употребляют алкоголь 25%. Стаж курения был рассчитан по формуле и составил 4 пачка/лет у 66,67% и 6 пачка/лет у 33,33%.

При работе с амбулаторными картами были выявлены поражение органов мишеней в виде сердечной недостаточности - у 60%, стенокардии – у 40%, энцефалопатии с симптомами головной боли и головокружения у 90%, перенесенная транзиторная ишемическая атака у 10% исследуемых.

Суммарный сердечно-сосудистый риск у пациенток по шкале SCORE находится в диапазоне от 5% до 10% и был расценен как высокий.

В результате проведенного исследования было выявлено, что наиболее частыми модифицируемыми факторами риска возникновения и прогрессирования артериальной гипертензии у женщин старших возрастных групп является избыточный вес, избыточное потребление соли и стресс.

Исходя из полученных данных санитарно-просветительная работа среди пациенток будет включать рекомендации по соблюдению диеты с ограничением употребления поваренной соли, сладостей, животных жиров, увеличением количества овощей, рыбы, морепродуктов, курицы и макаронных изделий, соблюдению режима питания. Также необходима коррекция психоэмоционального статуса: прогулки на свежем воздухе, полноценный восьмичасовой сон.

Выводы. Наиболее частыми модифицируемыми факторами риска возникновения и прогрессирования артериальной гипертензии у женщин старших возрастных групп являются избыточный вес, избыточное потребление соли и стресс.

Основными направлениями санитарно-просветительной работы являются диетические рекомендации и беседы о способах немедикаментозной коррекции психоэмоционального статуса.

ОСТРЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ

Тарасова Е.С.

*студентка кафедры преподаватель педиатрии Медицинской академии им. С.И.
Георгиевского, КФУ*

научный руководитель: к. м. н., доцент Гостищева Е.В.

Введение. По данным ВОЗ, более 15% детей во всем мире страдают от аллергических заболеваний. Наиболее часто к педиатру обращаются по поводу крапивницы, отека Квинке и токсикодермии. В последнее время наблюдается учащение случаев сочетанной патологии. Часто педиатру не удается выявить причину аллергии ребенка в связи с поверхностным сбором данных анамнеза у родителей.

Цель и задачи исследований: Изучение и анализ частоты встречаемости и этиологически значимых факторов острых аллергических реакций у детей г. Симферополь, выявление связи аллергии со временем года и наследственностью.

Методика исследований: Клиническому анализу были подвергнуты 226 истории болезни пациентов от 3 до 17 лет, проходивших курс лечения по поводу острой аллергической патологии в детской городской клинической больнице г. Симферополь. Анализ результатов проводился с помощью программы «Excel-Office, 2003» фирмы Microsoft (США).

Результаты исследований: Проанализировав 226 историй болезни было установлено, что в 74.78% (у 169 детей) острая аллергическая патология проявлялась в виде крапивницы, в 8.85% (у 20 детей) крапивница сочеталась с отеком Квинке, в 12.83% (у 29 детей) была диагностирована токсикодермия, отек Квинке наблюдался в 3.54% случаев (у 8 детей). Нами было замечено, что гендерные различия проявлялись только у детей до года (чаще у девочек

(в 65% случаев)). Наиболее часто аллергические реакции были обнаружены у детей в группе от года до семи лет — 57.96% (131 случай), что предположительно связано с критическими периодами в развитии иммунной системы ребенка (в 2–3 года и 6–7 лет). Фактор наследственности был этиологически значим только в 16.3% (37 случаев). В 83.7% (190 случаев) родители отрицали отягощенную наследственность. Однако, полученные данные, скорее всего свидетельствуют об отсутствии информации у родителей о разнообразии аллергических проявлений в целом и их проявлении у близких родственников.

Достоверно установленной причиной острых аллергических реакций были пищевые продукты — 63,4% ($p < 0,001$ — достоверно по отношению к пищевому триггеру), из которых лидировали сладости, цитрусовые, яйца, овощи, выращенные в тепличных условиях и красные фрукты.

Анализ историй болезней выявил высокую частоту развития аллергических реакций в весенние и летние месяцы с наибольшим числом обращений за помощью в июнь и июль. Мы предполагаем, что это было связано с массовой аллергенной нагрузкой, поступающей в организм с пищей и учащением укусов детей насекомыми.

У детей первого года жизни наиболее частой патологией, по нашим данным, является крапивница — 65% (13 случаев), токсикодермия встречается в 25% (5 случаев), а сочетание крапивницы и отека Квинке лишь в 10% (2 случая). В 35% случаев причиной оказались продукты прикорма (молочные каши и овощные пюре). Необходимо отметить, что в этой категории пациентов прикорм вводился после 6 месяцев жизни. В 25% случаев острая аллергическая реакция отмечалась после приема лекарственных препаратов в форме сиропа или антибактериальных препаратов, в 25% случаев родители не могли указать точно на причину возникновения аллергии, в 10% случаях аллергия возникла на фоне нарушения диеты кормящей матерью, в 5% случаев крапивницу родители связывали с укусом насекомого.

Выводы: Острая аллергическая патология чрезвычайно распространена в детской популяции и наиболее часто выражается проявлениями крапивницы (более чем у 60% детей). Достоверно чаще причиной являются именно продукты прикорма и питания. Несмотря на низкую частоту выявления отягощенной наследственности, врачу - педиатру необходимо производить более тщательный сбор анамнеза для выявления причины развития острых аллергических реакций, регулярно проводить просветительную работу о правильном и рациональном питании детей и кормящих матерей с целью профилактики возникновения аллергии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИРРИГАЦИИ РАСТВОРОМ БИОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Горобец О.В.¹, Горобец И.В.²

¹ *Ассистент кафедры стоматологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и ДПО Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ*

² *Студентка стоматологического факультета Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ*

научный руководитель: зав. кафедрой стоматологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и ДПО д.м.н., профессор Романенко И.Г.

Введение. В последнее время значительно увеличивается распространенность заболеваний пародонта у детей. К причинам, которые чаще провоцируют возникновение патологии, принадлежат местные факторы: зубочелюстные аномалии и неудовлетворительная гигиена полости рта. Широкое использование несъемной техники в ортодонтии требует проведения пациентом специальных методов гигиены полости рта. Кроме того общепризнанным является применение курортных факторов в комплексном лечении

заболеваний пародонта: разных видов механической энергии, электро-, гидро-, пелоидо-, бальнеотерапии. Доказано, что лечебная грязь и рапа озера Саки обладают антимикробными свойствами, так как микроорганизмы выделяют вещества типа антибиотиков и оказывают прямое антибактериальное действие на ряд патогенных и условнопатогенных микробов. К ведущим факторам, определяющим бактерицидное действие грязевого раствора и рапы, относится их соленость, наличие микроэлементов, антагонизм живых микробов, наличие полибактериофагов. Грязевой препарат «Биоль» – высокоминерализованный полиминеральный раствор уникального состава, изготовленный по оригинальной технологии из лечебной грязи Сакского озера с сохранением ее природного богатства и целебных сил. Высокая бальнеокосметическая и терапевтическая эффективность грязи иловой сульфидной Сакского озера подтверждена Бальнеологическим заключением ФБГУ «РНЦ МРиК» Минздрава России от 02.11.2015 г. № ИЦ-101. Грязевой препарат «Биоль» содержит сбалансированный комплекс минеральных солей, микроэлементов и биостимуляторов, в том числе: соли натрия, калия, магния, кальция, железа, ионы йода и брома, борную и кремневую кислоты, аспарагиновую, гуминовую и ряд жирных кислот, липиды и фосфолипиды, каротиноиды, аминокислоты, стероиды, гормоноподобные вещества, витамины (А, В₁, В₆, В₁₂, С, D, E, F, РР), другие жизненно необходимые элементы для здоровья человека, это и определяет его терапевтическую ценность.

Цель и задачи: изучить эффективность применения ирригации полости рта раствором «Биоль» (поровый отжим Сакской илово-сульфидной лечебной грязи) с использованием ирригатора (Waterpik WP-100 E2 Ultra) в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта у пациентов, которые находятся на ортодонтическом лечении с использованием брекет-систем. Оценить влияние профилактических мероприятий на состояние тканей пародонта во время ортодонтического лечения.

Методы исследования. Было проведено обследование пародонтологического статуса и лечение гингивита у 21 пациента, находящихся на ортодонтическом лечении с использованием индексов СРITN, РМА, ПИ, АРІ. Все пациенты обучались гигиеническому уходу за полостью рта с применением ортодонтических зубных щеток, лечебно-профилактических зубных паст, зубных ершиков, монопучковых зубных щеток. Пациентам основной группы после профессиональной гигиены полости рта, проводили ирригацию тканей пародонта раствором «Биоль».

Результаты исследований: Предлагаемый лечебно-профилактический комплекс у пациентов с несъемной ортодонтической аппаратурой (брекет-системой) способствовал уменьшению степени воспаления десны и снижению кровоточивости в области десневой борозды, что подтверждалось пародонтальными индексами (СРITN, РМА, ПИ, АРІ).

Выводы: применение ирригации раствора «Биоль» у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении с использованием несъемной аппаратуры способствует улучшению гигиенического состояния (АРІ) и снижению воспаления в тканях пародонта (индексы РМА, ПИ).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИРРИГАЦИИ БИОЛЬ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРОЙ

Романенко И.Г.¹, Горобец О.В.², Горобец И.В.³

¹ *д.мед.н., профессор, зав. кафедрой стоматологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУим. В.И. Вернадского»*

² *ассистент кафедры стоматологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУим. В.И. Вернадского»*

³ *студентка 2 курса стоматологического факультета Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУим. В.И. Вернадского»*

Актуальность. В последнее время значительно увеличилась распространенность заболеваний пародонта у детей. К причинам, которые чаще провоцируют возникновение патологии, принадлежат местные факторы: зубочелюстные аномалии и неудовлетворительная гигиена полости рта. Широкое использование несъемной техники в ортодонтии требует проведения пациентом специальных методов гигиены полости рта. Общеизвестным является применение курортных факторов в комплексном лечении заболеваний пародонта: разных видов механической энергии, электро-, гидро-, пелоидо-, бальнеотерапии. Доказано, что лечебная грязь и рапа озера Саки обладают антимикробными свойствами, так как микроорганизмы выделяют вещества типа антибиотиков и оказывают прямое антибактериальное действие на ряд патогенных и условнопатогенных микробов. К ведущим факторам, определяющим бактерицидное действие грязевого раствора и рапы, относится их соленость, наличие микроэлементов, антагонизм живых микробов, наличие полибактериофагов.

Цель - изучить эффективность применения ирригации полости рта раствором «Биоль» (поровый отжим Сакской илово-сульфидной лечебной грязи) с использованием ирригатора (Waterpik WP-100 E2 Ultra) в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта у пациентов, которые находятся на ортодонтическом лечении с использованием брекет-систем. Оценить влияние профилактических мероприятий на состояние тканей пародонта во время ортодонтического лечения.

Методы исследования. Было проведено обследование пародонтологического статуса и лечение гингивита у 21 пациента. Все пациенты обучались гигиеническому уходу за полостью рта с использованием ортодонтических зубных щеток, лечебно-профилактических зубных паст, зубных ершиков, монопучковых зубных щеток. Пациентам основной группы после профессиональной гигиены полости рта проводили ирригацию тканей пародонта раствором «Биоль».

Результаты. Предлагаемый лечебно-профилактический комплекс у пациентов с несъемной ортодонтической аппаратурой (брекет-системой) способствовал уменьшению степени воспаления десны и снижению кровоточивости в области десневой борозды, что подтверждалось пародонтальными индексами (СРITN, РМА, ПИ, АРI).

Выводы: применение ирригации раствора «Биоль» у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении с использованием несъемной аппаратуры способствует улучшению гигиенического состояния (АРI) и снижению воспаления в тканях пародонта (индексы РМА, ПИ).

ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КРЫМУ ЗА 2016 ГОД

Мидикари А.С.^{1,2}, Каримов И.З.¹, Сидмирова Э.М.³

¹кафедра инфекционных болезней Медицинской академии КФУ

²ГБУЗ РК «КРЦМКиСМП»

³студентка кафедры инфекционных болезней Медицинской академии КФУ

Научный руководитель: Мидикари А.С.

Введение. Служба скорой медицинской помощи всегда занимала одно из важных мест в системе здравоохранения страны. Главным направлением совершенствования скорой медицинской помощи является не только оказание экстренной помощи на базе хорошо оснащенных стационаров интенсивного лечения с функциональным единством догоспитального и госпитального этапов, но и своевременная диагностика многих заболеваний.

Цель. Провести анализ качественных показателей бригад СМП по Республике Крым за 2016г.

Методика исследования. Ретроспективный анализ карт вызовов пациентов и материалы годовой отчетности ГБУЗ РК «КРЦМКиСМП» за 2015 – 2016 гг. Обработка данных проведена в MSExcel 2010.

Результаты исследований. Население республики за отчетный период составляло 2323369. Потребность для обеспечения населения Крыма доступной СМП составляет 189 бригад (в наличии – 153), дефицит составляет 36 бригад. За 12 месяцев 2016 года среднесуточная нагрузка в расчете на 1 бригаду составила 11 выездов. Всего за скорой и неотложной медицинской помощью (вызовов и амбулаторных обращений) обратилось – 640582 человек, что на 17241 (2,7%) обращений меньше, чем в 2015 году. Наибольшее количество вызовов пришлось на Симферопольскую ССМП – 243212, Ялтинскую ССМП – 65760, Феодосийскую ССМП – 73351, и Керченскую ССМП – 71858). Абсолютное число лиц, обслуженных при выездах (с учетом попутных) составило – 580968 человек или 306,4 на 1 тыс. населения (2015г. – 317,7 на 1 тыс. населения), в т.ч. 219375 человек сельского населения или 37,8% (2015г. – 33,4%). По нормативам РФ своевременность доезда к месту вызова, как основной показатель службы, составляет до 20 минут. В Крыму этот показатель в 2016 г. составил – 84,5% (2015г. – 86,7%), из них: опоздания от 21 до 40 минут – 9 % (2015г. – 8,6%), от 41 до 60 минут – 3,5% (2015г. – 2,2%), свыше 60 минут – 2,9% (2015г. – 2,7%). При этом своевременный доезд на ДТП составил 96% (2015г. – 96,7%). Из общего числа лиц детей обслужено 94859 (16,3%), в том числе детей до 1 года 11395 (12%) (2015г. – 13,7% детей, в т.ч. в возрасте до 1 года – 11,9%). Среди нозологических форм у пациентов по-прежнему преобладают сердечно-сосудистые заболевания – 32%, этот показатель не менялся за последние 2 года. Важно отметить, что количество случаев впервые возникших гипертонических кризов значительно снизилось – с 7,5% от всех ССЗ до 0,6%. Особое значение имеют острые инфекционные заболевания, так за последние годы этот показатель вырос с 13,4% до 16,6%. Повысилось количество вызовов по поводу травм с 6,5% до 7,9%. Обращает на себя внимание тот факт, что заболеваемость бронхолегочной системы снизилась с 7,3% до 6,8%. Достаточно высокий процент составила хирургическая патология – 5,9%(2015г – 5,2%). Заболевания нервной системы – 6,8%(2015г – 5,5%), в.т.ч. ОНМК – 1,8%(2015г – 1,5%). В зависимости от возраста 55% вызовов приходилось на пожилых лиц. За 2016г. в РК госпитализированных, согласно возвращённых отрывных талонов, 74539 (11,63%), в сравнении с 2015 г. – 74407 (11,61%). Из их числа выявлено 1954 ошибочных диагнозов, что составляет 2,6 % (2015г. – 1916 – 2,6 %). Всего госпитализировано 86885, не возврат талонов из стационаров составил 12 346 или 14,2% (2015г.- 17,4%). Наиболее высокий процент расхождения диагнозов отмечался на: Керченской (4,8%) и Красноперекопской

(5,9%) станциях. Большее количество расхождений диагнозов по соматическим заболеваниям отмечался на Евпаторийской (4,1%), Краснопереконской (5,6%) и Керченкой (5,2%) станциях. За 2016 г. бригадами СМП на догоспитальном этапе смертей констатировано 10529 (1,7%), (2015г.– 9283(1,5%), в т.ч. до прибытия бригады – 9945 (1,6%), (2015г.-8688 (1,4%). Из общего числа умерших до прибытия бригады СМП 81,4% умерли от заболеваний (2015г. – 84,7%), 5% – от несчастных случаев (2015г. – 4,9%), у 13,6% – причина не установлена (2015г. – 10,3%). Количество смертей в присутствии бригады составило 584 (0,1%), (2015г. – 595 (0,09%). Средний показатель по РФ – 0,06%.

Выводы. В 2016 году, при сохраняющемся дефиците выездных бригад, снизилось количество вызовов скорой медицинской помощи жителями Крыма, по сравнению с аналогичным периодом 2015г. Возможно, по причине приема вызовов единой диспетчерской службой. Большинство выездов бригад скорой медицинской помощи (84,5%) по времени были выполнены до 20 минут, то есть в соответствии с временем, регламентированным приказом. Около половины обращений – непрофильные больные, где 14% хроническая патология, 10,3% – непрофильные выезды. В итоге в 31% случаев служба СМП вынуждена выполнять несвойственные ей функции, подменяя амбулаторно-поликлиническую сеть. В 2016 году отмечается рост смертельных случаев до прибытия бригады СМП по сравнению с 2015 годом от несчастных случаев и неустановленной причины, а также снижение количества смертельных случаев от заболеваний. По сравнению с 2015 годом отмечается значительный рост выездов на ДТП, возможно по причине увеличения количества автомобилей в РК. Показатель летальности (0,1%) обусловлен поздней обращаемостью населения за медицинской помощью и отсутствием должного диспансерного наблюдения по месту жительства.

ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И СПЕЦИФИЧНОСТИ УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Петров А.А.¹

*¹ студент 1 медицинского факультета, кафедры лучевой диагностики и терапии
Медицинской академии им. Георгиевского, КФУ*

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры лучевой диагностики и терапии
Прокопенко О.П.

Введение. Плечевой сустав часто вовлекается в воспалительный процесс при ревматических заболеваниях в дебюте патологического процесса. В дифференциальной диагностике ревматических заболеваний плечевого сустава (ПС) важное значение имеет идентификация патологических изменений субхондральной кости, синовиальной оболочки, сухожилий вращательной манжеты плеча и гиалинового хряща. С внедрением в клиническую практику ультразвукового исследования (УЗИ) линейных высокочастотных датчиков появилась возможность детального изучения краевой кости и мягких тканей ПС. В то же время данные работ, оценивающих клиническое значение ультрасонографических данных, носят противоречивый характер.

Цель. Оценить частоту, чувствительность и специфичность различных ультрасонографических симптомов в диагностике ряда ревматических заболеваний плечевого сустава.

Материал и методы. Проведен анализ данных УЗИ плечевых суставов 56 больных, которые обращались за медицинской помощью к ревматологам на этапе дифференциального диагноза в ранней стадии в течение первого месяца от появления болевого синдрома в области

плеча. Среди обследованных больных было 30 мужчин и 26 женщин, средний возраст составил 52,5 лет. В обследование не включались больные, в анамнезе у которых была травма плечевого сустава, и пациенты с вертеброгенной болью в плече. После комплексного обследования у наблюдаемых больных в качестве причины болей в плече были идентифицированы следующие заболевания: тендиниты сухожилий мышц вращательной манжеты плеча (МВМП) – у 22 (39,3%) больных, остеоартроз (ОА) с реактивным синовитом – 14 (21,4%), ревматоидный артрит (РА) – у 3 (5,4%), псориатический артрит (ПсА) – у 6 (10,7%), анкилозирующий спондилит (АС) – у 4 (7,1%) ревматическая полимиалгия (РПМ) – у 5 (8,9%), пирофосфатная артропатия (ПФА) – у 2 (3,6%).

Сонографическое исследование проводилось линейным датчиком (частота 12-18 МГц) с использованием аппарата MyLab 50 и дополнялось доплеровским исследованием с частотой импульсов 6,6 МГц.

Результаты исследований. При проведении УЗИ у наблюдаемых больных были выявлены следующие ультрасонографические симптомы: остеофиты – у 28 больных (50,0%), утолщение синовиальной оболочки – 24 (42,9 %), одностороннее накопление жидкости по ходу сухожилий МВМП – 22 (39,3%), накопление жидкости в полости и поддельтовидной сумке ПС – 12 (21,4%), костные эрозии – 10 (17,9%), появление доплеровских сигналов в проекции сухожилий МВМП – 9 (16,1%), двустороннее накопление жидкости по ходу сухожилий МВМП – 7 (12,5%), появление доплеровских сигналов в синовиальной оболочке – 4 (7,1%), гиперэхогенные глыбчатые включения в гиалиновом хряще – 2 (3,6%). Было установлено, что наибольшей чувствительностью и специфичностью в диагностике тендинита сухожилий МВМП обладает ультрасонографический симптом одностороннего накопления жидкости по ходу сухожилий (81,8 % и 88,2% соответственно); ОА с реактивным синовитом – выявление остеофитов по контурам суставных поверхностей костей (100% и 66,7%) и утолщения синовиальной оболочки ПС (78,6% и 69%), ревматоидного артрита – костных эрозий (100% и 87%), доплеровских сигналов в синовиальной оболочке ПС (66,6% и 90%) и ее утолщения (100% и 64%); ПсА – костных эрозий (83,3% и 90,0%), доплеровских сигналов в синовиальной оболочке ПС (33,3% и 96,0%) и ее утолщения (83,3% и 62,0%); РПМ – двустороннего накопления жидкости по ходу сухожилий МВМП (100% и 91,1%) и доплеровских сигналов в проекции воспаленных сухожилий (60% и 88,2%); ПФА – гиперэхогенных глыбчатых включений в гиалиновом хряще (100% и 100%) и утолщение синовиальной оболочки ПС (100% и 59,3%)

Выводы В диагностике ревматических заболеваний ПС наибольшую диагностическую значимость имеют следующие сонографические симптомы: одностороннее накопление жидкости в сухожилиях МВМП при тендинитах, остеофиты по контурам суставных поверхностей в сочетании с утолщением синовиальной оболочки ПС – при ОА, костные эрозии в сочетании с утолщением и появлением доплеровских сигналов в синовиальной оболочке – при РА и ПсА, двустороннее выявление жидкости – при РПМ и глыбчатых гиперэхогенных включений в гиалиновом хряще в сочетании с утолщением синовиальной оболочки – при ПФА.

ИЗЛУЧЕНИЕ ОТ МОБИЛЬНЫХ ТЕЛЕФОНОВ И ПЕРСОНАЛЬНЫХ КОМПЬЮТЕРОВ КАК ФАКТОР РИСКА УХУДШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Белоус В.В., Верзилина Г.А.

*студенты кафедры гигиены общей с экологией Медицинская академия
ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского"*

научные руководители: к.мед.н. Ященко С.Г. доцент кафедры гигиены общей с экологией
Медицинская академия ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского", к.б.н. Рыбалко С.Ю.
доцент кафедры медицинской физики и информатики, Физико - технический институт
ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского"

Введение. Современную жизнь трудно представить без повседневного использования мобильных телефонов (МТ) и персональных компьютеров (ПК). Однако вопрос безопасности использования этих устройств остается открытым. В современной научной литературе встречается множество статей по изучению влияния электромагнитного излучения (ЭМИ) мобильных телефонов и ПК. На данный момент известно, что наиболее уязвимой для магнитных полей является нервная система. Переменные магнитные поля влияют на когнитивную и эмоциональную часть здоровья, высказана роль магнитных полей в прогрессирующем росте агрессивности в обществе. По результатам экспериментальных исследований освещенных в работе Прищенко А.В. «Результаты экспериментальных исследований влияния напряженности электрического поля мобильных телефонов (смартфонов) на организм человека» можно с уверенностью сказать, что человек находится под постоянным воздействием ЭМИ, последствия которых наступают уже через 15-20 лет или в более короткие сроки. В исследовании Коломийца И.А. «Оценка генотоксического действия факторов электромагнитной природы» установлено образование в организме матери антител под воздействием ЭМИ, повреждающих плод при развитии. Нарушения половой функции, частота которых из года в год только растет, могут быть связаны со снижением активности гипофиза, вследствие его многократного облучения ЭМИ.

Цель. Исследовать влияние работы на ПК и пользования МТ на самооценку состояния здоровья молодого человека.

Материалы и методы. Для достижения цели была создана анкета, содержащая 37 вопросов. Анкета включала помимо прочих вопросы о длительности работы на ПК, количестве разговоров по МТ, их продолжительности, различных жалобах на ухудшение самочувствия, появления которых респонденты связывали с использованием МТ и ПК, наличие аллергических заболеваний, длительность и качество ночного сна, группа крови по системе АВО и резус-фактор. В анкетирование приняли участие 537 студентов обоего пола 1–6 курсов Медицинской академии им. С.И. Георгиевского и медицинского колледжа при академии. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ Medstat.

Результаты исследований. Средний возраст юношей составил $21,08 \pm 2,36$ год ($n = 268$), девушек – $20,93 \pm 1,98$ лет ($n = 269$). Результаты анкетирования позволили сделать вывод о наличии прямой корреляции ($R = 0,734$, $p < 0,001$) между средним суточным временем разговоров по МТ и возникновением жалоб общего характера. Аналогичные результаты получены при обработке данных, касающихся длительности работы на ПК ($R = 0,612$, $p < 0,01$). При учете гендерного различия выявлено: у девушек количество разговоров по МТ в сутки составляет $8,61 \pm 1,35$, а длительность – $107,37 \pm 21,61$ мин, что превышает на 69,49 % и 81,36 % аналогичные результаты у юношей ($5,08 \pm 0,18$ и $59,24 \pm 8,32$ соответственно). При этом 8,64 % юношей отметили ухудшение общего состояния, 9,88 % – головную боль, 9,78 % – снижение работоспособности. У девушек подобные жалобы предъявили 12,33 %, 23,29 %, 21,55 % соответственно. Таким образом, частота предъявляемых жалоб у девушек была выше более чем в два раза. Оценивая результаты анкетирования, касающиеся работы с ПК следует отметить, что длительность работы юношей составила $195,24 \pm 18,27$, а девушек – $150,13 \pm$

21,03 мин, что на 23,08 % меньше, при этом частота жалоб у девушек остается выше (от 17,92 % до 62,51 % по разным категориям). Продолжительность ночного сна у респондентов обоих полов оказались примерно одинаковой (6 ч 30 мин ± 18,4), но нарушение сна отметили 64,20 % юношей и 89,73 % девушек. При этом инсомния коррелирует с длительностью использования МТ и ПК ($R = 0,651, p < 0,01$ и $R = 0,879, p < 0,001$ соответственно). Вызывают интерес данные полученные при анализе показателей в зависимости от группы крови и резус-фактора. Получены следующие результаты: наибольшее число жалоб связанных с использованием МТ у студентов с 4 группой крови (29,74 % юношей и 51,30 % девушек, от общего числа предъявивших жалобы), то и при работе с ПК (32,14 % и 40,63 % соответственно), наименьшее число жалоб у обладателей 3 группы при использовании МТ и ПК (6,25 % и 8,33 % юношей, 10,59 % и 15,63 % девушек соответственно). При подобном анализе с резус-фактором наиболее чувствительными оказались резус отрицательные респонденты.

Выводы. Учитывая высокую корреляцию между средним суточным временем разговоров по МТ, длительности пребывания перед монитором ПК и возникновением жалоб общего характера и инсомнией, можно дать заключение о негативном влиянии рассматриваемых факторов на физиологическое состояние человека. Более того нельзя забывать что женский организм более чувствительный к подобному роду воздействий. Таким образом, выявилось что самыми сенситивными являются девушки, имеющие группу крови АВ и Rh-, а самыми «устойчивыми» – юноши с группой В и Rh+.

ОСОБЕННОСТИ 3D МОДЕЛИРОВАНИЯ И 3D ПЕЧАТИ ОТСУТСТВУЮЩИХ ФРАГМЕНТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ

Османова А.А.¹, Абибуллаев И.Х.²

¹студентка кафедры хирургической стоматологии и нормальной анатомии стоматологического факультета Медицинской академии им.С. И. Георгиевского

²ординатор кафедры травматологии и ортопедии лечебного факультета Медицинской академии им. С. И. Георгиевского

научный руководитель: д.м.н., профессор Безруков С.Г.

к.м.н., доцент Овчаренко В.В.

Введение. Устранение дефектов и деформаций челюстей с восстановлением функции жевания, глотания и речи продолжает оставаться важной проблемой челюстно-лицевой хирургии. В настоящее время для реконструкции повреждений челюстей используют трансплантаты и имплантаты. Их применение имеет ряд недостатков: отторжение материалов, их преждевременная резорбция и деструкция, сложность заготовки пересаживаемых тканей, технологические трудности работы с твердыми материалами (титаном), религиозные и моральные проблемы. Внедрение метода 3D печати утраченных органов и тканей позволяет решить указанные задачи.

Цель и задачи. Изучить особенности 3D моделирования отсутствующих фрагментов челюстей для повышения эффективности хирургического устранения послеоперационных дефектов костей лица.

Материалы и методы. С помощью метода компьютерной томографии, получено послойное изображение черепа с наличием костного дефекта нижней челюсти. Данные изображения слоев были загружены в программу «InVesalius». При помощи шкалы Хаунсфилда были выделены костные структуры и сформирована объемная модель. В программе MeshMixer произведено редактирование модели, удаление шумов, а также измерение костного дефекта, после чего данная модель была распечатана. В программе

SolidWork создана модель - имплантат, которая была распечатана на 3D принтере из акрилонитрилбутадиенстирола (АБС).

Результаты исследований. Полученная искусственная 3D модель фрагмента челюсти в истинных размерах позволяла определить особенности хирургического доступа, количественные и качественные характеристики металлоконструкций, фиксирующих имплантат, а в целом – повысить эффективность хирургического лечения больных с послеоперационным дефектом челюсти.

Выводы. Использование 3D моделирования отсутствующего фрагмента челюсти позволяет изготовить более точную индивидуализированную искусственную копию утраченной кости, придать ей необходимые прочностные и биологические свойства, создать условия для стабильной фиксации имплантата, снизить риск развития послеоперационных осложнений, повысить эффективность хирургического лечения больных с послеоперационными дефектами челюстей.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫНОСЛИВОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Белоус В.В., Потапина Е.С.

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

научный руководитель: доцент Хрипунова Л.Д., старший преподаватель Маметова О.Б.
vladbelous95@mail.ru

Введение. Вегетативный тонус – это степень функционального напряжения того или иного органа или физиологической системы в состоянии относительного покоя. Он определяется поступающей на орган импульсацией по постганглионарным симпатическим и парасимпатическим волокнам и определяется генетическими особенностями индивида, так как у каждого человека ведущей системой выступает какая-либо из этих двух частей вегетативной нервной системы.

Было показано, что при преобладании симпатических влияний на сердечный ритм отмечается увеличение ударного и минутного объема крови на фоне относительной тахикардии (М. В. Шайхелисламова «Влияние исходного вегетативного тонуса на состояние гемодинамики младших школьников»). Также была прослежена взаимосвязь между ожирением и геперинсулинемией у подростков страдающих ожирением, где при определении исходного тонуса вегетативной нервной системы патогномотичным признаком выступила парасимпатикотония.

Так как симпатическая и парасимпатическая системы регулируют разные биохимические процессы (симпатика – ускоряет метаболизм и клеточное дыхание, парасимпатика – замедляет), то определив чей тонус преобладает, можно предположить какие биохимические процессы у конкретного человека преобладают, и тем самым определить какой вид физической нагрузки ему будет предпочтительнее. Этим принципом, для определения рационального режима тренировок у профессиональных спортсменов, все чаще руководствуются врачи спортивной медицины.

Цель и задачи – изучить взаимосвязь уровня развития общей выносливости и тонуса вегетативной нервной системы у студентов медиков.

Методика исследования. В исследовании приняли участие 40 студентов 3 курса медицинской академии, занимающиеся борьбой в течение учебного года. Все студенты относились к основной медицинской группе. Средний возраст испытуемых 21 ± 2 года. Замеры

показателей для определения вегетативного тонуса производились в одно и то же время, в первой половине дня.

Для оценки тонуса вегетативной нервной системы определяли вегетативный показатель кровообращения, который рассчитывается по формуле:

$$\text{ВПК} = \kappa \times (\text{ЧСС}/60^{-1})^2 \times \text{АДп}/\text{АДс}$$
 (где ВПК – вегетативный показатель кровообращения; κ – размерный эмпирический коэффициент, равный 2с^2 ; ЧСС – частота сердечных сокращений, с^{-1} , (уд/мин); АДп – пульсовое артериальное давление (мм рт. ст.); АДс – систолическое артериальное давление (мм рт. ст.)). Таким образом, ВПК включает в себя произведение пульсового артериального давления, косвенно отражающего динамику ударного объема, и позволяет количественно оценить отклонения в вегетативной регуляции. Для оценки уровня развития общей выносливости производили расчет индекса выносливости:

$$\text{Индекс выносливости} = t - tk \times n,$$

где t — время преодоления какой-либо длинной дистанции; tk — лучшее время на эталонном отрезке; n — число таких отрезков, в сумме составляющих дистанцию. Чем меньше индекс выносливости, тем выше уровень развития общей выносливости.

Для определения индекса выносливости использовали результат теста Купера, который сдавали студенты в качестве семестрового норматива. Тест заключается в 12-минутном беге с замером пройденной дистанции. Эталонным отрезком выступал забег на 100-метровую дистанцию.

Статистическая обработка данных производилась в программе «МЕДСТАТ» и Excel. Для оценки достоверности изменений использовали t -критерий Стьюдента. За достоверную принималась разность средних значений при $p < 0,05$. Для оценки корреляции рассчитывали коэффициент Пирсона.

Результаты исследований. Индивидуально для каждого студента были рассчитаны индексы выносливости (ИВ). Средний показатель индекса выносливости у девушек – $415,6 \pm 6,2$; у юношей – $347,8 \pm 7$.

Вегетативный показатель кровообращения у юношей определялся в пределах от 0,86 до 1,83 условных единиц, у девушек от 0,90 до 1,75 условных единиц. Среди испытуемых было выявлено около 12% ваготоников, что говорит о преобладании симпатикотонии разной степени выраженности в данной исследованной группе.

В программе Excel были построены корреляционные поля, а также рассчитан коэффициент Пирсона, который составил у юношей 0,97; у девушек 0,96, что соответствует весьма высокой тесноте связи. А также графически подтверждена положительная линейная корреляция. В программе «МЕДСТАТ» был получен t -критерий Стьюдента ($p < 0,01$), что свидетельствует о том, что данная корреляционная связь является статистически значимой.

Выводы:

В обследованной группе студентов превалирует симпатикотония (около 80% участников) при этом показатели уровня развития выносливости соответствуют средним значениям для этой возрастной группы. Была выявлена тесная связь показателей уровня развития выносливости и вегетативного тонуса, с общей закономерностью – чем ниже значения вегетативного показателя кровообращения, тем ниже показатели индекса выносливости. Следовательно, исходя из того, что низкие значения ВПК соответствуют ваготонии, а чем ниже показатели ИВ – тем выше уровень развития выносливости, можно с уверенностью подтвердить, что парасимпатикотония обуславливает более высокий уровень развития выносливости.

Данные полученные в ходе нашего исследования могут быть использованы при индивидуальном планировании физических нагрузок студентов медиков.

ПРОФЕССОР КОРОЛЕВ ВИТАЛИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ. ЕГО ВКЛАД В РАЗВИТИЕ
КРЫМСКОЙ ЭМБРИОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ И КРЫМСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Аблямитов Э.М.¹

¹студент второго курса первого медицинского факультета кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ имени В.И. Вернадского

научный руководитель: канд. мед. наук, ассистент Большакова О.В.

Введение. Королев Виталий Александрович родился 13 февраля 1931 года в г. Ленинград. В 1956 году закончил Крымский медицинский институт. Свою трудовую деятельность Виталий Александрович начал в Харцызске, работая врачом местного трубопрокатного завода. В 1959 году поступил в аспирантуру на кафедру гистологии в Крымский медицинский институт.

Целью исследования является составить летопись жизни Королева Виталия Александровича от начала его научной деятельности по текущий день.

Материалы и методы. Были собраны материалы о жизни профессора, воспоминания учеников, их отзывы и мнения о профессоре в одну летопись.

Результаты. Его учителем был Борис Павлович Хватов, который поручил аспиранту изучить и проанализировать процессы, протекающие в яйцеводах животных и маточных трубах женщин при естественном оплодотворении. Несмотря на трудности, Королев показал принципиальные отличия гистофизиологии маточных труб человека и яйцевода животных. Вскоре защитил докторскую диссертацию, в которой проанализировал особенности раннего эмбриогенеза человека и млекопитающих, провел сравнительный анализ яйцевых клеток, написал фундаментальный обзор «яйцевая клетка». Занимал должность заведующего кафедрой медицинской биологии Крымского медицинского института, сотрудником которой является и по сей день. В соавторстве издает очень необходимое для того времени «Руководство к практическим занятиям по биологии для иностранных студентов медвузов УССР». Создал первую украинскую учебную программу «Медична біологія». В 2007 году его учебник «Медична біологія» удостоен Государственной премии Украины. В том же году возглавил кафедру прикладной экологии Таврического гуманитарно-экологического института. В следующем году издает единственное на то время пособие «Экологическая журналистика». 10 лет возглавлял ученый совет по защите диссертаций морфологического профиля при Крымском медицинском институте. Был деканом стоматологического факультета. Одновременно участвовал в реконструкции биологического музея, в котором насчитывается более двух тысяч экспонатов.

«Виталий Александрович непревзойденный оппонент и рецензент, великолепный оратор, меткий, конструктивный критик и советник для аспирантов, докторантов и соискателей. Слово мудрости- ценнее золота. За советом, помощью в научной работе непрерывной вереницей идут к профессору молодые научные сотрудники.» (В.С. Пикалюк, Е.Ю. Бессалова).

Выводы. На счету Виталия Александровича более 200 печатных работ. Он удостоен множества правительственных наград. Подготовил 1 доктора и 5 кандидатов наук. Работает по сей день на кафедре биологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского.

ПАТОМОРФОЗ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА В АССОЦИИ С ВИЧ

Белоус В.В., Потапина Е.С.

студенты кафедры патологической анатомии с секционным курсом Медицинской академии КФУ

научный руководитель: доцент Филоненко Т.Г., доцент Голубинская Е.П., ассистент Кальфа М.А.

Введение. Туберкулез у больных ВИЧ инфекцией является общемировой проблемой. Только за 2000–2005 гг. доля лиц с ВИЧ-инфекцией, умерших от туберкулеза, составила 26,1%. Начиная с 2005 г. туберкулез занял 1-е место в структуре оппортунистических заболеваний (Фролова, О.П. «Эпидемическая ситуация по туберкулезу среди больных ВИЧ-инфекцией в России и система мер его профилактики»).

В работе Мельника В.П. «Туберкулез и синдром приобретенного иммунодефицита» за 2003 году было показано, что при сочетанной инфекции миллиарный туберкулез встречается в 5 раз чаще, а фиброзно-кавернозная форма в 3,6 раза, чем у пациентов с состоятельным иммунитетом. Данные полученные С.А. Сотниченко «Показатели иммунитета у пациентов с ВИЧ-инфекцией, ассоциированной с туберкулезом, на разных стадиях заболевания» позволяют с уверенностью говорить что туберкулез усиливает прогрессию ВИЧ при совместном течении. Все выше сказанное, на ряду со сложностью постановки дифференциального диагноза фиброзно-кавернозного туберкулеза, протекающего на фоне ВИЧ инфекции, побудило нас к данному исследованию.

Цель и задачи. Исследовать гистологические особенности фиброзно-кавернозного туберкулеза легких у больных на разных стадиях ВИЧ.

Методика исследования. Материалом для гистологического исследования послужили участки легочной ткани, взятые у больных с ко-нфекцией ФКТ легких/ ВИЧ (аутопсийный и послеоперационный материал), всего образцов 10.

Гистологическое исследование проводилось с использованием окраски по стандартной методике гематоксилином-эозином.

Диагноз ВИЧ и стадия болезни были установлены прижизненно.

Результаты исследований. Исходя из стандартной модели развития туберкулеза, образование ФКТ затруднено при ВИЧ, так как пропорционально иммуносупрессии происходит снижение активности макрофагов и Т-киллеров. Однако, в ходе изучения литературы удалось выяснить причину роста частоты встречаемости ФКТ у больных ВИЧ. При совместном течении ВИЧ и туберкулез происходит разобщение иммунных реакций в сторону преобладания гуморального ответа, который не способен самостоятельно обеспечить полноценную элиминацию инфекции. Исходя из этого очевидно, что при первоначальном развитии фиброзно-кавернозного туберкулеза облегчается последующее присоединение и прогрессирование ВИЧ.

При морфологическом исследовании нами было установлено, что в случае развития ФКТ при уровне CD4 лимфоцитов в крови более 500 кл/мкл (n=6) стенка полости состоит из пиогенно-некротического слоя, грануляционного вала и фиброзного слоя. Величина каверны варьирует в широких пределах — от нескольких миллиметров до 10–20 см и более. При прогрессировании процесса стенки бронхов инфильтрируются лимфоидными и эпителиоидными клетками, слизистая оболочка замещается специфическими грануляциями с формированием продуктивных гранул с расширенными зонами казеозного некроза, лимфоцитами по периферии, эпителиоидными клетками и многоядерными клетками Пирогова-Лангханса. Вокруг полости формируется зона ателектаза или дистелектаза.

В 2 случаях при умеренной иммуносупрессии (уровень CD4 лимфоцитов в крови 200-499 кл/мкл), ФКТ легких характеризовался формированием крупных сливных очагов – отсеков по типу казеозной пневмонии с сохранением первичной фиброзной каверны. При этом

сохраняется фиброз и гиалиноз стенки каверны, появляются признаки организации, перестройки сосудистой сети легкого, определялись обширные области казеозного некроза, окруженные по периферии широкой лимфоцитарной зоной, с небольшим количеством эпителиоидных клеток и единичными клетками Пирогова-Лангханса. На ряду со старыми кавернами отмечалось формирование острых пневмогенных каверн.

При выраженной иммунной супрессии (n=2), когда уровень CD4 лимфоцитов в крови был менее 200 кл/мкл, туберкулезное воспаление теряет специфические морфологические черты, морфологически проявляясь как альтеративно-экссудативное воспаление с очагами калеквационного некроза, что и наблюдалось в стенке первичной фиброзной каверны. В окружающей ткани определялись обширные очаги казеозного некроза, лейкоцитарно-некротические очаги с отсутствием эпителиоидных и гигантских многоядерных клеток Пирогова-Лангханса.

Выводы. Гистологические проявления туберкулезной инфекции при ко-инфекции ФКТ легких/ВИЧ зависит от степени иммуносупрессии, о чем свидетельствует наличие характерных морфологических черт ФКТ легких при состоятельном иммунитете и отсутствие их при выраженном угнетении иммунитета.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Гербали О.Ю.¹, Королёва А.В.²

¹ассистент кафедры хирургии №1, к. н. Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского» Медицинской академии имени С. И. Георгиевского

² студент кафедры хирургии №1 Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского» Медицинской академии имени С. И. Георгиевского

научный руководитель: к. н., ассистент Гербали О. Ю.

oksana.gerbali@mail.ru

Введение. По данным ВОЗ сочетание различной хирургической патологии живота составляет от 25 до 30 % среди больных хирургического профиля. Доля операций, выполняемых в условиях одной анестезии на двух и более органах по поводу этиологически несвязанных между собой заболеваний, составляет лишь 1,5-6,0 % от всех производимых вмешательств. В настоящее время существует тенденция к увеличению больных с сочетанными заболеваниями. Сочетанные патологические изменения органов осложняют течение каждого из существующих заболеваний, что требует более раннего оперативного лечения данных пациентов. Целесообразность симультанных операций, возможность и необходимость более частого их выполнения в плановой хирургии является вполне очевидным. Преимущества таких операций обоснованы и достаточно широко представлены в литературе. Симультанная операция включает в себя основное, как правило, наибольшее по объему вмешательство, направленное на устранение наиболее опасного для жизни патологического процесса, и дополнительную операцию по поводу одного и более заболеваний, выявленных при дооперационном обследовании или обнаруженных во время основного хирургического вмешательства.

Цель исследования. Оценить результаты выполнения симультанных лапароскопических операций при сочетании желчнокаменной болезни и грыж передней брюшной стенки.

Материал и методы исследований. В нашем исследовании проанализированы результаты лечения 15 больных с желчнокаменной болезнью, сочетающейся с грыжами

передней брюшной стенки, находящихся в ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница» в 2017 году. Было 10 (66,7 %) женщин и 5 (33,3 %) мужчин. Средний возраст пациентов составил $63,2 \pm 1,5$ лет. В качестве основного этапа симультанного вмешательства все 15 больных перенесли лапароскопическую холецистэктомию (ЛСХЭ), из них 5 пациентов были прооперированы без технических трудностей по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита с местным отграниченным перитонитом в экстренном порядке. В качестве дополнительного оперативного вмешательства выполнялись устранение паховой грыжи у 5 (33,3 %) больных с помощью сетчатого трансплантата «Пролен». Пациентам с пупочной грыжей (9 человек - 60,0 %) произведено ушивание пупочного кольца и трансабдоминальная пластика с помощью сетчатого эксплантата. В одном случае (6,7 %) диастаз прямых мышц живота устранен отдельными лигатурами с помощью иглы для ушивания троакарных ран.

Результаты исследований. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не было отмечено. Всем больным в послеоперационном периоде назначали антибиотики и ненаркотические анальгетики. Средняя длительность операции ЛСХЭ составила 40 ± 15 мин. Продолжительность симультанных операций составила 70 ± 15 мин. Средний койко-день после симультанных операций у всех исследуемых больных не отличался от соответствующего показателя у пациентов, перенесших аналогичные изолированные вмешательства, и составил 5 дней.

Выводы. Выполнение симультанных операций при желчнокаменной болезни и грыжах передней брюшной стенки позволяет избавить больного от повторного хирургического вмешательства, исключая риск послеоперационных осложнений, а так же технически произвести лечение двух заболеваний, не продлевая сроков госпитализации больного. Симультанные операции должны производиться по показаниям с учетом тяжести основного заболевания, возможных технических трудностей в ходе ЛСХЭ и общесоматического статуса пациента. Выполнение подобных вмешательств в экстренных случаях при флегмонозном калькулезном холецистите с местным отграниченным перитонитом должно быть обоснованным и строго индивидуальным. Симультанные операции доказали своё преимущество в лечении сочетанных заболеваний, являясь оправданной операцией, очевидные достоинства которой определяют возможность расширения показаний к ее выполнению.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО МЕТОДА ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ОКРАСКИ АВ Н&Е

Маркелова Е.Ю.¹, Большакова О.В.²

¹студентка второго курса первого медицинского факультета кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

²научный руководитель, к.м.н., ассистент

Введение. Для исследования тканей и органов на микроскопическом уровне важна окраска материала. Наиболее распространенным методом является окраска гематоксилин-эозином, при использовании которой базофильные клеточные структуры (как правило, содержащие нуклеиновые кислоты) окрашиваются ярко-синим цветом, а эозинофильные (цитоплазма) структуры красно-розовым.

А.И.Брусиловский закончил КГМУ им. С.И. Георгиевского и преподавал на кафедре гистологии и биологии около 30 лет. В одной из его работ был описан метод окрашивания гистологических препаратов гематоксилином и эозином, в котором сначала используется эозин, а после-гематоксилин (АВ Н&Е). Данный метод используется для более контрастного выделения амфотерных соединений, благодаря чему исследование становится доступнее для анализа.

Целью нашей работы явилось сравнение классического метода окраски (гематоксилин-эозином) и АВ Н&Е.

Материалы и методы.

Фиксация препарата 10% раствором формалина. Стандартная методика заливки и проводки. Разделение срезов на 2 группы, в одной из которой окрашивание происходит по стандартной методике, а в другой по АВ Н&Е.

Результаты исследования и их обсуждение.

Выявлены различия между методами уже на этапе окрашивания. Классическое окрашивание занимает около 10 минут, в то время как окрашивание АВ Н&Е (предложенное А.И. Брусиловским) занимает всего 1-2 минуты, что немало важно при интраоперационной морфологической диагностике.

При применении эозина как первого красителя, выявляются эозинофильные компоненты, что предполагает наличие амфотерных соединений, к которым можно отнести белки, содержащие аминокислоты (аргинин, гистидин, лизин). Так же, при использовании эозина первым, амфотерные соединения, в частности, реагируют с кислым красителем, а оставшаяся часть-с основным. Интенсивность окраски эозином определяется накоплением и потерей амфотерных соединений, что влияет на соотношение катионов и анионов.

Использование двух методов окраски помогает лучше понять клетку, как систему. Это характеризуется тем, что при окрашивании классическим методом кислотно-основные границы не соответствуют границам между структурами, так как в процессе созревания ДНК и амфотерные белки меняются.

Метод подтвержден при введении ксеногенного ликвора в процессе изучения репродуктивной системы млекопитающих, при котором выявлено увеличение содержания амфотерных соединений в фолликулярной жидкости и в содержимом венозных сосудов мозгового вещества яичников. Ликвор был введен в количестве 2 мл/кг самкам крыс и свиней. Метод АВ Н&Е удобен при исследовании в областях, где клеткам различных типов обеспечивается наличие базофильных и оксифильных свойств.

Выводы, заключения.

1.Использование АВ Н&Е (предложенное А.И. Брусиловским) является перспективным способом окрашивания при изучении эндокринной и репродуктивной системы.

2.Окрашивание способом АВ Н&Е занимает лишь 10% времени от времени, необходимого для окрашивания стандартным методом.

3.Морфологические изменения больше проявляются при окрашивании по методике АВ Н&Е.

ЛИХОРАДКА ЗИКА КАК НОВЫЙ ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ЧЕРНОМОРСКОГО ПОБЕРЕЖЬЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Лукьянова М. Е.

студент кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии Медицинской академии КФУ
научный руководитель: д. м. н., профессор Хайтович А. Б.

Введение. Лихорадка Зика – заболевание, которое за период последней вспышки с осени 2015 года по настоящее время привело к более чем полумиллиону случаев заражения и заболеваний. При изучении и определении характера эпидемии установлено, что потенциал вспышки, вызванной вирусом Зика, не исчерпан. Лихорадка Зика – это заболевание, которое продолжает сохранять динамику увеличения интенсивности заболеваемости и расширяет географию заражения. Кроме того, проблемным является вопрос об увеличении границ потенциально опасного региона. Представляется актуальным проведение мониторинга текущей вспышки и выявление рисков географического распространения, в том числе на территориях Российской Федерации.

Цель и задачи. Провести анализ эпидемического процесса лихорадки Зика и оценить основные риски естественного распространения вируса Зика в Российской Федерации.

Методика исследований. Обработка данных ВОЗ и Роспотребнадзора, научных публикаций, по заболеваемости лихорадкой Зика, а также данных по ареалу распространения и миграции комаров *Aedes aegypti* и *Aedes albopictus*, обработанных с помощью геоинформационных систем и медицинской статистики.

Результаты исследований. В настоящее время в мире зарегистрировано 563 629 случаев лихорадки Зика. Эпидемический процесс охватил Центральную и Южную Америку, отдельные регионы Юго-Восточной Азии. С момента начала текущей вспышки лихорадка Зика распространяется во времени, территориально и географически. Выделяются временные периоды эпидемии в зависимости от интенсивности заболеваемости и страны, лидирующие по количеству случаев заболевания. Стартовавшая в октябре 2015 года эпидемия показала вначале постепенный и медленный прирост заболеваемости, значительный скачок в развитии эпидемии произошел в феврале-апреле 2016 года. В 2017 году лихорадка Зика повторно активизировалась в весенний период, а в летний период определилась тенденция снижения заболеваемости. Тем не менее потенциал циркуляции вируса не утрачен и достаточно высокий. Ведущими по заболеваемости лихорадки Зика являются страны Андского региона, в том числе Колумбия и Бразилия. Страны относятся к одному территориальному региону, который характеризуется сходными климатическими условиями и антропогенными факторами. Проведенный статистический и графический анализ заболеваемости позволил определить факторы, обуславливающие характер текущей эпидемии. К таким факторам следует отнести возбудитель (вирус), переносчиков (комары *Aedes aegypti* и *Aedes albopictus*) и условия среды их обитания, антропогенные факторы. Возбудителем текущей эпидемии является азиатский тип вируса Зика, который проявился как возбудитель лихорадки в 2007 году в Микронезии и странах Карибского бассейна, в дальнейшем регион активности вируса сместился в Юго-Западную Азию, Индонезию, Океанию, Африку. Предположительный источник проникновения возбудителя на территорию Южной и Центральной Америки – Французская Полинезия в 2013 году. Вектор инфекции постепенно изменяется, при чем регионы, некогда опасные, утратили в настоящее время потенциал к передаче инфекции и заражению, что подтверждает роль повышения степени инфицированности и инфекционной активности комаров определенной территории и снижения коллективного иммунитета населения данной территории (в последнем определенную роль может играть антителозависимое усиление лихорадками Денге и Чикунгунья). Определяющую роль для показателей численности и активности популяции комаров *Aedes aegypti* и *Aedes albopictus*, а значит и переносчиков вируса Зика, играют факторы внешней среды - средняя и максимально

низкая температура, количество осадков, климатическая зона, наличие лесной растительности. Совпадение ареала обитания комаров с распределением в мире как текущей, так и предыдущих вспышек лихорадки Зика, а также графическое сопоставление фаз спада и активизации заболеваемости текущей эпидемии с периодами наиболее благоприятного климата для комаров, подтверждают роль активности переносчиков вируса. Определение динамики текущей вспышки и факторов развития эпидемии является основой для определения рисков и прогнозов лихорадки Зика. Особенное внимание привлекает потенциал возбудителя и переносчиков лихорадки Зика как компонентов формирования региона опасного на территории Российской Федерации - черноморское побережье. С 2004 года вдоль черноморского побережья выделяются отдельные экземпляры *Aedes aegypti* и *Aedes albopictus* от границы с Абхазией до Туапсе и до Джугби соответственно. Формирование устойчивой популяции на черноморском побережье ограничивают резко низкие зимние температуры, дефицит осадков (последние повышаются в горах параллельно со снижением температур), рельеф местности - преимущественно степи и лесостепи. К факторам, повышающим вероятность обоснования оседлой популяции, следует отнести продолжающуюся миграцию комаров, адаптацию их в климатических условиях средиземноморского побережья Европы, наличия близкорасположенных оседлых популяций в Европе, Грузии, Турции. Возбудитель лихорадки Зика сохраняет потенциал к миграции и расширению охвата территории циркуляции вируса Зика.

Выводы. В настоящее время риск возникновения местной передачи вируса Зика на территории Российской Федерации – черноморском побережье, а также Крыма, – можно оценить, как низкий. Тем не менее, лихорадка Зика сохраняет потенциал к развитию эпидемического процесса и изменению территорий распространения, и, следовательно, требует более детального изучения, контроля и прогнозирования развития.

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

Герашенко Э.Ф.

студент кафедры биологии медицинской

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского академии КФУ

научный руководитель: ассистент кафедры биологии медицинской Жукова А.А.,

доцент кафедры биологии медицинской Смирнова С.Н.,

доцент кафедры биологии медицинской Лященко О.И.

Введение. Термин «инсиденталома» в переводе означает “случайно выявленная опухоль”- это своеобразный медицинский неологизм, дело в том, что с широким внедрением компьютерной томографии в медицинскую практику начали выявлять объемные образования в надпочечниках у пациентов, у которых обследование проводилось в связи с другим заболеванием. Такие случайно выявленные опухоли надпочечников при отсутствии каких-либо жалоб, называют инсиденталомами. Если уйти от клинических особенностей данного явления, а рассмотреть его с точки зрения организации диагностики патологии у пациента на современном этапе развития медицины, данные случаи могут восприниматься как избыточная диагностика. Описано много случаев когда «важных» персон иногда хуже обслуживают врачи, потому что они проводят избыточную диагностику, в связи, с чем находят какие-то проявления, с которыми не понимают что делать. Вышеперечисленные ситуации складываются вследствие того, что в современном мире медицинский персонал слишком полагается на развитые технологии и очень небрежно относится к процедуре обследования пациента, изучение которой в различных аспектах должно уделяться немаловажное внимание.

Целью настоящего исследования является - демонстрация взаимосвязей и взаимодействия функционирования медицинской культуры и личности в процессе обследования пациента.

Исходя из поставленной цели, определены следующие **задачи исследования**:

1. Раскрыть сущность процесса обследования пациента с антропологической точки зрения.

2. Изучить структуру обследования пациента с точки зрения антропологического ритуала.

3. Проанализировать типологические особенности ритуала осмотра пациентов.

Методы исследования. В исследовании использовались следующие методы: анализ материалов по теме исследования, обобщение и систематизация полученных данных, с целью формулирования основополагающих понятий, раскрытия существенных закономерностей, и установления причинно-следственных связей.

Результаты исследований, их краткий анализ. В 1908 году французским этнологом Арнольдом ван Геннепом был опубликован труд - «Обряды перехода», где были описаны ритуалы, связанные с этапами жизненного цикла человека, такие как: крещение, рождение, половое созревание, заключение брака и т. д., он назвал их ритуалами перехода, подразумевая под этим понятием изменение индивидом одного социального статуса на другой. Так и процедуру обследования пациента следует рассматривать как особый вид ритуала трансформации. В его структуре, как и в структуре любого ритуала трансформации, можно выделить три главных аспекта, составляющих остов процесса инициации. Первый - отделение индивида, от занимаемого раннее положения; второй - переход через «порог» и третий - восстановление, получение нового социального статуса.

При посещении врача пациент теряет свою личность и говорит с точки зрения обследуемого. Потеря социальной идентичности, отграничивает пациента от занимаемого положения и придает единый для всех статус обследуемого. Такого вида приведение к общему статусу может достигаться на практике, предоставлением специальной одежды, общей для всех обследуемых, чтобы находящиеся в этом переходном состоянии, не могли подкрепить занимаемое в сообществе положение материальными ценностями. Данное приведение позволяет в большей степени реализовать принцип равенства разных социальных групп в глазах врача.

Когда обследуемый находится в состоянии перехода через «порог», он отграничен, от вердикта врача, он не знает, болен он или здоров, ему важно устранить недомогания и переживания. Пациент озвучивает свои симптомы и жалобы, врач может сразу же назначить множество анализов и изучить их, но вместо этого он первоначально прикасается к пациенту, это придает важность тому, о чем пациент говорит. Обследуемый жалуется на затруднение дыхания и врач производит исследование его дыхательной системы, это как бы подтверждает, что обследуемый не просто имеет право голоса, а что он услышан. Далее когда врач приступает к назначению анализов, они становятся чем-то вроде продолжения ритуала, который придает значимость происходящему. Пациент в первую очередь хочет реакции на жалобы, он хочет, чтоб их утвердили и закрепили ритуалом и для этого существует трансформация. Целостное восприятие ритуала обеспечивается совокупностью символов, представляющих собой «самые мелкие единицы ритуала», которые сохраняют особенности ритуального поведения. Характерными символами ритуала обследования пациента является: наличие специального пространства, пациента не осматривают на улице или в коридоре, для этого имеются специально предназначенные помещения «смотровые»; наличие специального оборудования, инструментария и инвентаря; наличие специального облачения врача «церемониального одеяния» белого халата; проведение неясных загадочных для пациента манипуляций; использование специальной терминологии, в частности в медицинской практике, латинского языка

Трансформацию можно рассматривать как пересечение порога, когда пациент чувствует, что он услышан врачом в процессе ритуала. Причем врачу приходится рассматривать биографическую и биологическую формы страдания пытаясь найти источник недомогания в организме. Трансформация это кульминация отношений врач пациент, на котором происходит назначение лечения как показатель продуктивности взаимодействия.

Заключение. Процедура обследования пациента является фундаментом системы врач - пациент, для полноты понимания роли данной процедуры в медицинской культуре, следует кропотливо изучать этот процесс, с разных точек зрения, и формировать ответственное отношение к нему со стороны, особенно, новоиспеченных специалистов медицинского сообщества.

АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ УЧЕБНЫМ ПРОЦЕССОМ И ДОСУГОМ ВО ВРЕМЕННОМ АСПЕКТЕ

Кадырова З.Ф.

студентка кафедры общественного здоровья и здравоохранения

Медицинской академии КФУ

научный руководитель: к.м.н., доцент Сухарева И.А.

Введение: Студенческая жизнь - это не только учебный процесс как основа в освоении профессиональной квалификации, но и самореализационный досуг, как возможность раскрытия своего творческого потенциала в рамках свободного времени. Современная организация учебного процесса предполагает большую долю самостоятельной работы, в рамках плана программы занятий. Досуг же привлекает своей нерегламентированностью, добровольностью выбора, демократичностью, возможностью сочетать помимо интеллектуальной деятельности физическую, реализовать социокультурные потребности, восстановить психические и физиологические резервы. Ведь для создания современного общества с высоким уровнем морально-нравственных устоев, интеллектуального, культурного развития, необходимо начинать с формирования гармоничной, всесторонне развитой личности, с высоким уровнем духовной культуры и наличием творческих устремлений. Однако недостаток свободного времени и нерациональное его распределение - актуальная проблема любого студента, а студента медицинского ВУЗа в особенности.

Цель: Анализ организации учебного процесса и досуга студентов медицинских ВУЗов во временном аспекте и влияние его на образ жизни, а также изучение структуры досугового времени. Данное исследование основано на результатах опроса 200 студентов медицинских ВУЗов (МА им. С.И. Георгиевского, МГМУ им. И.М. Сеченова, Санкт-Петербургский МУ им. Павлова, РНИМУ им. Пирогова, Казанский ГМУ, Пермский ГМУ, Астраханский ГМУ, Ставропольский ГМУ), 67% девушек и 33% юношей, в возрасте от 18 до 24 лет, обучающихся на I – VI курсах специальности «Лечебное дело» - 60%, «Педиатрия» - 33,3%, «Фармация» - 4,6%, «Стоматология» - 2,1%. Опрос проводился в онлайн режиме с помощью платформы Googleforms. Респондентам была предложена анкета, включающая 27 вопросов.

Результаты исследований: Важно подчеркнуть, выбор учебного заведения студентами был осознанным, на основании сформированного личностного интереса, о чем свидетельствуют ответы 90,3% опрошенных. 60,4% респондентов ведут активную научную деятельность, с участием в студенческих научных конференциях; 56% принимают участие в работе кружков; 34,6% занимаются общественной деятельностью, совмещают учебу с работой 30,3% респондентов, из них у 31,9% - работа в медицинском учреждении, у 67,2% - работа в других учреждениях

87,2% учащихся считают, что образовательный процесс занимает достаточно много времени: 63,6% ответили – более 6 часов, 36,4% - 4-6 часов. Подготовка к занятиям

соответственно составляет у 17,9% - менее 2х ч., 43,1% учащихся - 2- 4ч., 28,2% - 4 - 6ч, 10,8% - более 6ч.

62,5%, не удовлетворены организацией учебного процесса в ВУЗах во временном аспекте, а организацией досуга не удовлетворены 58% респондентов, связывая это с недостатком времени, в результате высокой степени занятости учебным процессом.

58% респондентов заявили, что у них недостаточно времени для отдыха и досуга, а 42% считают, что их ритм жизни приемлем. 60% отдыха в течении недели (в среднем более 8 часов) занимают следующие предпочтения студентов: онлайн общение в социальных сетях (91,1%), дневной сон (58,8%), чтение художественной литературы (54,7%), просмотр фильмов (48,2%), компьютерные игры (22,4%), изучение иностранных языков (13%). Активный отдых занимает у респондентов 40%, в среднем 2-4 часа в течении недели. Структура активного отдыха включает следующие виды: прогулки с друзьями (79,6%), посещение кино, театров, выставочных залов (57,1%), посещение кафе, баров (51,3%), занятия в тренажерных залах (25,1%), туризм (25,1%), занятия в спортивных секциях (13,1%), посещение ночных клубов (8,4%), уроки танцев (5,2%). При этом, всего 11,7% учащихся занимается каким-либо профессиональным видом спорта.

Выводы: Исследование показало, несмотря на высокий интерес к образовательному процессу, имеет место неудовлетворенность его временными рамками, он занимает большую часть рабочей недели, ограничивая время на досуг учащихся. Каждый третий студент совмещает работу и учебу, что так же отрицательно влияет на их ритм жизни.

В ходе исследования также выявлено, что досуг студентов медицинских ВУЗов проводится преимущественно пассивно, с преобладанием малоактивного образа жизни. Медицинское образование занимает большое количество времени и усилий, ограничивая возможность для реализации студентами их творческого потенциала.

АЛЛЕРГИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ, ОБУЧАЮЩЕЙСЯ В МОСКВЕ

Узарашвили В.Р.

Студент кафедры судебной экологии с курсом экологии человека экологического факультета Российского университета дружбы народов
научный руководитель: к психол.н., доцент Глебов В.В.

Введение. Аллергические реакции в популяции человека является актуальной проблемой наших дней. Данная проблематика связана с глобальными изменениями на планете Земля.

Комплексные проблемы, оказывающие системное воздействие на психосоматическое здоровье населения страны определяет острую потребность в научных исследованиях, направленных на выявление негативных факторов среды обитания. В качестве важного индикатора сложных взаимодействий в системе «человек-среда» чаще всего выступают причинно-следственные связи неблагоприятных изменений качества состояния окружающей среды, которая в конечном этапе отражается на росте заболеваемости и смертности населения.

В этой связи аллергические реакции на негативные факторы окружающей среды служат важным индикатором благополучия и здоровья человека. В настоящее время по данным специалистов всемирной организации здравоохранения около 25% населения планеты страдает аллергией, при этом 20% детско-подростковой популяции испытывают сложности психофизического развития и адаптации к окружающей среде.

Аспекты изучения средовых факторов окружающей среды, влияющие на аллергические реакции человека, имеют большое значение для выявления их этиологии, а также для разработки мер первичной профилактики.

В этой связи нами была поставлена цель: выявить частоту и типы аллергических реакций среди учащейся молодежи, приехавших из разных регионов Российской Федерации для обучения в г. Москву.

Организация и методы исследования. В исследовании принимали участие студенты Российского дружбы народов (экологический, инженерный, сельскохозяйственный 1 курса). Исследуемая выборка состояла из 140 студентов, представляющие разные регионы России (Сибирь, Урал, Кавказ и Москва). Студенты были 1-го курса (74 юношей в возрасте 16-18 лет, 66 девушек в возрасте от 16-19 лет).

Методы исследования. В ходе нашего изучения были использованы комплексные методы исследования.

Психологическое тестирование: Тест Спилберга – Ханина (Ханин Ю.Л. 1977). Оцениваемый показатель ситуационная и личностная тревожность.

Анкетирование: Оцениваемый показатель психосоциальная адаптация студентов.

Матстатистика: Программа Windows (Excel). Для оценки статистической достоверности различий между группами студентов использовался критерий Вилкоксона, критерий Манна-Уитни (при работе с малыми выборками или с данными, не подчиненными закону нормального распределения).

Полученные результаты и обсуждение. Проведенная нами анкетирование исследуемой выборки студентов первого курса выявила три вида аллергий: пищевая, бытовая и медикаментозная. Из всей исследуемой выборки (n=140) было выявлено 67 студентов, имеющих различные типы аллергических реакций на средовые факторы. Из них по пищевой аллергии было выявлено 35 учащихся, по бытовой - 17 и медикаментозной -15. При этом основным аллергеном по пищевой аллергии у студентов были отмечены фрукты (цитрусовые), сладости (шоколад), морепродукты, орехи и молочные продукты.

При бытовой аллергии учащихся основными аллергенами были отмечены такие как пыль, пыльца растений, шерсть и пух животных.

Основными аллергенами медикаментозной аллергии выступали антибиотики, витамины, сульфаниламиды и анальгетики.

Анализ частоты встречаемости аллергических реакций исследуемой выборки студентов по регионам показала следующую картину. По частоте аллергических реакций исследуемая выборка региональных студентов имели разные результаты: по пищевой аллергии московские студенты имели максимальную встречаемость - 47%, по бытовой аллергии самый высокий процент отмечался у уральских студентов - 31%, а по медикаментозной аллергии у сибирских студентов – 41%.

Помимо этого в анкетах студентов были выявлены еще ряд негативных факторов, которые значимо влияли на психо-эмоциональную сферу: высокий уровень шума, запыленность, сложности с засыпанием, нарушения режима труда и отдыха и т.д.

Мониторинг уровня ситуативной тревожности в течение учебного года показал положительную динамику роста показателей у всех студентов.

Наибольший рост показателей уровней тревожности исследуемой выборки студентов первого курса в течение учебного года показали учащиеся из Сибири (40,2 балла - сентябрь и 48,4 балла - май) и уральского региона (41,2 балла - сентябрь и 47,4 балла - май). Сравнительный статистический анализ по ситуативной тревожности выявил значимые различия ($p < 0,05$) между изучаемыми группами студентами по критерию Манна-Уитни (48,4 балла – Сибирь и 40,2 балла – Кавказ и 41,2 балла Москва; 47,4 балла – Урал и 40,2 балла – Кавказ и 41,2 балла Москва).

Схожие результаты по ситуативной тревожности среди молодежи были получены в исследовании Сошников Е.А., Аникина Е.В. Глебов В.В. (2011). На выборке 197 иностранных студентов, приехавших из разных регионов Китая (Пекин, Харбин, Сиань) изучались адаптационные процессы к условиям столичного мегаполиса [4]. Была выявлена взаимосвязь

между уровнем ситуативной тревожностью и комплексом факторов окружающей среды (климатическими, социо-культурными и индивидуально-типологические свойства личности).

О комплексном воздействии средовых факторов на аллергическую реакцию в молодежной среде было показано в исследованиях Рочева В.П., Тюлькиной Л.Ф., Юговой М.О. (2013). В исследовании с помощью скрининг-теста установлено, что в период учебного процесса у студентов ВУЗа с первого по четвертый курс число жалоб на аллергию повышается в 2,55 раза: с 29 ± 0.05 до 74 ± 0.11 на 100 испытуемых. При этом у студентов с высоким и средним уровнем успеваемости по сравнению с испытуемыми с низким уровнем определялось более существенное повышение числа жалоб на аллергию.

Заключение. Важным аспектом в развитии и распространения аллергических реакций в молодежной среде по различным оценкам специалистов-аллергологов считается воздействие комплексных факторов окружающей среды (био-социальные), которые по-прежнему играют значимую роль. К ним среди студентов образовательных учреждений можно отнести следующие факторы: низкая двигательная активность (гиподинамия), рост антропогенного пресса (токсическое загрязнение атмосферы, воды и почвы, шумовое и электромагнитное загрязнение), несбалансированное питание.

Полученные результаты по частоте аллергических реакций у учащихся показывает, что по пищевой аллергии московские студенты имели высокую встречаемость - 47%. Она по нашему мнению связана с широким импортом продуктов питания из-за рубежа. Ослабленная работа иммунной системы из-за высокой антропогенной нагрузки на Урале (Пермь, Челябинск) дало самый высокий процент встречаемости у уральских студентов - 31% по бытовой аллергии. Также ослабленная работа иммунной системы была отмечена у сибирских студентов - 41% по медикаментозной аллергии. Относительное благополучие по аллергическим реакциям отмечается у студентов из Кавказа (Дагестан). Хорошее экологическое состояние на Кавказе, местная здоровая пища не угнетает иммунную систему жителей, что положительное сказывается на здоровье.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНА TNFAIP3 У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Лугачёв Б.И.

Аспирант кафедры внутренней медицины № 2 Медицинской академии им.

С.И. Георгиевского

научный руководитель: д.м.н., профессор Белоглазов В.А.

Бронхиальная астма – глобальная проблема здравоохранения касающаяся всех возрастных групп. Несмотря на то, что этой патологии последние десятилетия уделяют особое внимание, численность страдающих бронхиальной астмой возрастает нанося непомерно внушительный ущерб. Основная масса исследований изучающих это заболевание посвящено тонким патогенетическим механизмам на молекулярном уровне. Несмотря на это, количество госпитализаций и смертельных случаев все еще высоко и существует ряд неясностей в плане подхода к лечению.

Чрезмерное увеличение заболеваний в последние годы комментируют как генетической детерминированностью, так и воздействием различных факторов окружающей среды. Последнее утверждение объясняется «гигиенической теорией», впервые описанной в 1989 году Дэвидом Страчаном, которая заключается в увеличении аллергических заболеваний вследствие снижения микробной нагрузки на ребенка. Улучшение условий жизни и снижение контакта с бактериальными антигенами создает условия для созревания иммунной системы в «стерильных» условиях, приводящие к преобладанию Т-хелперов 2 типа (повышение синтеза Ig E) над Т-хелперами 1 типа. Существуют данные проведенных исследований о влиянии липополисахарида (ЛПС) на развитие иммунного ответа. При попадании ЛПС в организм он связывается с рецепторным комплексом CD14/TLR 4/MD2

(IL-1 receptor type/TLR 4 - Toll-like receptor 4, (CD 284); CD14 - мембранный гликозилфосфатидинозитол-связанный белок; MD2 - лимфоцитарный антиген 96), который экспрессируется на поверхности макрофагов, моноцитов, гранулоцитов. Локализованный в клеточной мембране рецепторный комплекс после связывания с лигандом инициирует иммуногенную внутриклеточную трансдукцию сигнала, приводящий к индукции генов антимикробной защиты и продукции провоспалительных цитокинов. TLR 4 после связывания с лигандом димеризуется и измененная конформация привлекает к цитоплазматической части рецептора адаптерные протеины, содержащие TIR – домен. При этом формируется сигнасома содержащая цитоплазматическую часть рецептора и адаптерный протеин MyD 88 (Myeloid differentiation primary response gene88). В ходе трансдукции сигнала по MyD88-зависимому пути, с участием дополнительных адаптеров, происходит активация основной мишени сигналинга – индуцибельный транскрипционный фактор NFkB (nuclear factor kappa-light-chain-enhancer of activated B cells) с последующей активацией провоспалительных генов. В передачу сигнала от TLR 4 вовлечен убиквитин, белок, который ковалентно связывает белковые субстраты в ходе трансдукции с участием лигаз E1, E2, E3. Одна из основных функций убиквитина – мечение внутриклеточных адаптеров для последующего их гидролиза мультикаталитическими ферментными комплексами в протеасомах. Регуляторы NFkB – пути, такие как TRAF6 (TNF receptor-associated factor 6) и ИКК γ /NEMO (регуляторный ингибитор-киназный комплекс) подвергающиеся Lys-63-полиубиквитинированию не транспортируются в протеасомы, а наоборот повышают активность NFkB. В качестве ограничителя экзогенных TLR 4-индуцируемых сигналов выступает убиквитин-модифицирующий фактор A 20, который приводит к последующей терминации NFkB-пути отменяя Lys-63-полиубиквитинирование. Убиквитин A 20 кодируется геном TNFAIP3. В этом гене существует ассоциация нескольких однонуклеотидных полиморфизмов, приводящие к дефициту протеина A 20.

Целью данного исследования является анализ ассоциации полиморфных маркеров гена TNFAIP3 с клиническим течением (или предрасположенностью к) бронхиальной астмы. Будет проведена амплификация полиморфных маркеров гена TNFAIP3 с помощью Real-Time PCR на термоциклере CFX-96 (BioRad, USA) у группы больных с верифицированным диагнозом «бронхиальная астма», и сравнение с контрольной группой без признаков БА.

На основании результатов проведенного исследования будут предложены молекулярно-генетические критерии для выявления предрасположенности к БА, и прогнозирование тяжести течения заболевания у пациентов.

SONOGRAPHIC FEATURES OF THE HEPATOBILIARY SYSTEM DISEASES IN PATIENTS OF THE CRIMEAN REGION DEPENDING ON GENDER.

Pawar Deepak

*Student of 4th year, Topchiy Yeketerina- doctor intern, Associate Professor Opryshko V.V.,
Ass. Filippov A.V.*

Department of radiodiagnostics and radiotherapy MA named after S.I. Georgievsky

Introduction: Over the past few years there has been an increasing incidence of hepatobiliary system (HBS) diseases among the adult population according to official statistics of the Ministry of health of Russian Federation. To date, ULTRASOUND is the most secure, quick and accurate method of examinations of HBS.

Purpose and objectives: The purpose of our study was to examine ultrasound and gender-specific incidence of HBS.

Research methodology: Processing of the archival material was done by the Department — 185 registered patients had ULTRASOUND of HBS on the unit Samsung Medison "Accuvix-A30" having appropriate clinical disease since January 2015, on February 2016. As a criterion for assessing the validity of observed changes in Student's t-criteria were used. The analysis of the results was carried out using Microsoft Office Excel 2007, Statistica v. 6.0.

The results of the study: Various diseases have different characteristics on sonographic features of HBS. When conducting ultrasound of liver we estimated its size, contours, parenchyma, the status of the intrahepatic bile duct diameter and lumen status, diameter of Portal vein. Be sure to diagnose the GB on an empty stomach. It is rated by its shape, contours, size, wall thickness, content. Diagnostically significant presence or absence of pathological entities, concrements and congenital malformations.

Clinical analysis of 185 registered patients of the archival material of the Department, who had ULTRASOUND for HBS diseases. 100 of them were women, 85 men. The average age was 37.2 years (studied from 18 to 82 years of age). In the Group of Females (F) and Males (M) were obtained following results:

1. Cholelithiasis- 13% (13pt.) F; 4.3% (5pt.) M ($p < 0.05$)
2. Dysfunction of the biliary tract- 32% (32 pt.) F; 27.2% (32 pt.) M
3. Cholecystitis- 26% (26pt.) F; 16.2% (19pt.) M ($p < 0.05$)
4. Cholesterol-GB- at 11% (11pt.) F; 6.8% (8pt.) M
5. Increased liver sizes- 6% (6pt.) F; 6.8% (8pt.) M
6. Crimped-GB- at 5% (5pt.) F; 5.1% (6pt.) M
7. Cirrhosis- 3% (3pt) F; 4.3% (5pt.) M
8. Polyp-GB- at 4% (4 pt.) F; 1.7% (2pt.) M.

Conclusions: In results of research it was found higher rates reliably Cholelithiasis and Cholecystitis in women compared with men ($p < 0.05$). About remaining authentic subprogram, difference is not observed. the results indicate a high efficiency in the use of ULTRASOUND in the early detection of HBS diseases.

СТРУКТУРА СТУДЕНЧЕСКИХ СЕМЕЙ И СТУДЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ПАРТНЕРА, ОБУЧАЮЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ РФ

Шевчук С.О.

*студентка кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Медицинской академии КФУ*

научный руководитель: к.м.н., доцент, Сухарева И. А., профессор Третьякова О.С.

Введение. В Российской Федерации в последнее десятилетие уделяется огромное внимание разработке и реализации различных государственных программ по социально-экономическому обеспечению семей, в особенности молодых семей. Все эти государственные проекты направлены на ликвидацию сложившегося кризиса института семьи, и как следствие на улучшение и стабилизацию демографической ситуации в стране, за счет увеличения естественного прироста населения. Данная цель достигается благодаря активной материальной поддержке государством семей, в которых родители решаются на рождение более одного ребенка. В данном контексте студенческая семья заслуживает пристального внимания, как особый вид социально-демографического типа семьи. Студенческая семья относится к группе семей особого риска, в результате столкновения молодых супругов с материальными и социальными проблемами, а так же наличием нерешенных вопросов духовно-ценностного становления молодой пары. На сегодняшний день основным направлением государственной семейной политики в РФ, является улучшение социально-материального состояния молодых семей. А так как ряд недавних исследований установил увеличение доли студенческих семей в российских вузах, то изучение данного типа молодой семьи является весьма актуальной задачей.

Цель и задачи. Провести анализ структуры студенческих семей и студентов, имеющих партнера, которые обучаются в медицинских вузах РФ, а также изучить отношение студентов этих вузов к вступлению в брак во время обучения. При проведении исследования нами

использовался метод анкетирования. В онлайн режиме, на платформе Google-формы, был составлен опрос, состоящий из 34 вопросов. Нами были опрошены 347 студентов различных медицинских вузов РФ, в возрасте старше 18 лет (из которых 18% - мужчин и 82% - женщин), обучающиеся на 1 - 6 курсе (из них на лечебном факультете обучаются – 65%, на педиатрическом – 24%, на стоматологическом – 5%, на фармацевтическом – 6%). Полученные данные были обработаны при помощи метода вариационной статистики.

Результаты исследований. Среди 347 опрошенных студентов оказалось 32 семейные пары (9%), и 170 студентов? имеющих партнера (49%) от общего числа респондентов.

Среди семейных пар лица 18-20 лет составили 0,9% от общего числа опрошенных, 21-23 года – 4%; старше 24 лет – 5%. Таким образом, среди семейных студентов преобладают лица в возрасте старше 24 лет. Это свидетельствует о том, что принимают решение о вступлении в брак студенты более старшего возраста, так как у них уже сложилась система морально-нравственных ценностей, и они готовы в психологическом плане к переходу на новый социальный уровень взаимоотношения со своим партнером.

В ходе нашего исследования по длительности брачных взаимоотношений студенты разделились на четыре группы: 1) семейные пары, состоящие в браке 1 год – 13%; 2) 2 года – 28%; 3) 3 года – 19%; 4) более 5 лет – 28% пар.

Из числа семейных пар 72% проживают вместе на квартире, 19% проживают в общежитии. Среди семейных пар сложности в совмещении учебы и личной жизни возникают у 34%, а среди студентов? имеющих партнера у 31%. Учатся на оценку от 4 до 5 баллов 88% опрошенных семейных пар и студентов имеющих партнера. А вот в научно исследовательской деятельности из них участвует всего лишь 35%. Это означает, что наличие семьи/партнера не оказывает отрицательного влияния на учебу, но студентам не хватает свободного времени и сил для проведения научных исследований. Студенческая семья отличается большей стабильностью, так как супругов объединяет общий взгляд на жизнь, общие интересы, ценности, что благотворно влияет, как на психическое здоровье человека, так и на эффективность выполнения им своих социальных ролей.

По составу студенческие семьи разделились на: а) семьи имеющие детей – 34% опрошенных семейных пар, из них один ребенок есть у 73%, двое детей у 27%; б) семьи, не имеющие детей – 66%. Преобладание пар с одним ребенком и бездетных семейных пар, может быть связано с рядом объективных причин, таких как: стесненные жилищные условия или отсутствие общего места проживания, финансовые проблемы, особенности очной формы обучения в медицинских вузах и возникающие трудности по уходу за ребенком.

К вступлению в брак во время обучения позитивно относятся 69%, что составляет большую часть опрошенных студентов. При активной политике вузов в плане помощи, в виде выделения различных льгот и материальной помощи, семейной категории студентов, и реализации государственных программ по поддержке молодых семей (в том числе и студенческих семей), возможно увеличение количества желающих вступить в брак непосредственно во время обучения. Студенты, имеющие партнера являются потенциальными семейными парами и при наличии социально-материальной обеспеченности, увеличение количества молодых семей может происходить именно за их счет.

Выводы. В результате проведенного исследования было установлено, что более половины студентов медицинских вузов РФ имеют партнера/супруга и при этом успешно совмещают учебный процесс с личной жизнью. В целом можно говорить о том, что большинство опрошенных относится позитивно к браку во время обучения в вузе. И при благоприятных социальных и материальных условиях можно ожидать увеличение числа осознанно созданных студенческих семей среди обучающихся медицинских вузов, готовых к рождению ребенка. Это позволит уменьшить сложившийся кризис семьи и благоприятно отразится на демографической ситуации в стране.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Мельник Н.Ю.

*студентки кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Медицинской академии КФУ*

научный руководитель: к.м.н., доцент Сухарева И.А.

Введение. К концу 2017 года правительством Российской Федерации планируется расширение армии до 995 тысяч военнослужащих. В связи с этим увеличивается набор граждан в ряды военных, которые проходят положенную подготовку и могут быть направлены в зону боевых действий. Боевая обстановка оказывает на военнослужащих сильное психологическое и физическое воздействие не только во время пребывания в опасной зоне, но и после демобилизации. Адаптироваться к нормальной жизни, после пережитых событий, нелегко.

Цель и задачи исследований. Изучить влияние участия в зоне боевых действий на здоровье мужчин в Российской Федерации. Методика исследования. Был проведен опрос 300 человек, которые пребывали в зонах боевых действий. Анкетирование проводилось на базе Сакского военно-клинического санатория имени Н.И. Пирогова. Материал обработан с помощью прикладного пакета Excel Microsoft Office 2010. Различия считались статистически достоверными при определении вероятности 95% ($p < 0,05$).

Результаты исследований. 40% опрошенных принимали участие в сражениях в дальнем зарубежье, в ближнем зарубежье – 36%, на территории России – 24%. Из них 37% участвовали в нескольких горячих точках. Срок пребывания в зоне боевых действий у 41,2% анкетированных составил 2-3 года, 4-5 лет находились в условиях военного конфликта 35,7%, до 2 лет – 17, 3%, более 5 лет – 5,8%. По причине ранения были демобилизованы 24,0% опрошенных, по окончании боевых действий – 76,0%. При оценке здоровья до и после призыва зафиксировано ухудшение показателей: количество мужчин с отличным здоровьем уменьшилось на 0,4%, с хорошим – на 9,6%, с удовлетворительным не изменилось, появилась группа, имеющая плохое здоровье – 10% от числа опрошенных. Среди участников боевых действий 42,3% получили легкий ущерб здоровью, не требующий лечения; 36,0% временами плохо себя чувствуют и принимают лекарственные препараты на дому; 21,7% вынуждены периодически проходить лечение в условиях стационара. У 61% участие в боевых действиях не привело к необратимым изменениям их физического и психического состояния, а 39% получили тяжелый ущерб здоровью: потеряли орган или конечность – 61,5%, страдают хронической депрессией – 38,5%. 16,7% респондентов не заметили особого влияния на их жизнь участия в боевых действиях, остальные 83,3% отметили следующие перемены: изменили мировоззрение – 44,0%, получили звание и продолжили военную карьеру – 25,6%, ухудшилось здоровье – 23,2%, не могут избавиться от навязчивых воспоминаниях о сражениях – 7,2%. На данный момент 52,3% чувствуют себя некомфортно в мирной обстановке и хотели бы вернуться в зону боевых действий, но ограничивают их в этом желании следующие причины: возраст – 45,9%; наличие семьи – 28,0%; проблемы со здоровьем – 17,2%; успешная карьера – 8,9%.

Выводы. У большинства мужчин, побывавших в военной зоне, имеются нарушения здоровья разной степени выраженности. Многие ощутили на себе негативные последствия участия в боевых действиях. Число анкетированных, которым трудно адаптироваться в мирных условиях, возрастает по увеличению срока пребывания в напряженной обстановке. Для большего числа опрошенных зона боевых действий стала привычной для жизни средой, поэтому они хотели бы туда вернуться. Основными причинами, по которым мужчины не могут реализовать это, являются возраст и семья.

ANALYSING TYPES AND MEASURES OF OVERCOMING DISCRIMINATION BY MEDICAL PROFESSIONALS TOWARDS PATIENTS IN A HEALTHCARE SETTING

Sheikh Faiz Abdurrazack, Maurya Neelam
Students of department of Public Health, Medical Academy, CFU
Scientific Supervisor: Associate Professor, Ph.D. Sukhareva I.A.

Background. Extensive research finds that discrimination in health care as well as outside of medicine contributes to poor health for patients. This may be in the form of class, race, religion, age, sex, disability and sexual orientation. We presently identify that discrimination is deeply inbuilt in the social, political, and economic structures of our society. The discrimination of minorities has been a long-standing problem for about 2000 years and it still continues up until this day. The major cause of discrimination in healthcare has since been a debate as to the actual cause of this bias. These differences result in unequal access to quality education, healthy food, and medical services. As doctors we take an oath to treat all our patients equally and to the greatest of our abilities but we fail to do so.

Aim and task. To compare, evaluate and analyze the gravity of discrimination in healthcare settings by medical professionals towards minority patients in different countries and to use this statistical data to recognize, name, and understand these attitudes and actions and help overcome them. **Material and method.** Data collected from a survey taken of participants from 14 different countries of various age groups and ethnicities to analyze the trends, levels and cause of discrimination in their respective countries. We analyzed data from World Health Organization. We made a statistical survey consisting of 14 questions using Google forms and with the help of the social media platform made it accessible to the participants. We have also used Microsoft Excel 2010 and statistical methods for data analysis. In our research we observed that the majority of our survey participants about 94% were between the ages 18 to 50 from 14 different countries. An equal participation by male and female respondents by 46% and 8% by participants who prefer not to mention their sex. The Countries participating in this survey are Cameroon, India, Japan, Namibia, Nigeria, Nepal, Pakistan, Philippines, Portugal, Srilanka, Uruguay, United Arab Emirates, United Kingdom and Zimbabwe.

Result. From our research we observed that 62% of respondents have personally experienced or witnessed discrimination of some form or another in healthcare establishments whereas 21.2% participants say that they have never experienced discrimination and 16.8% selected the option maybe. The highest form of discrimination being class at 60% followed by religion at 54% and race and sexual orientation at 44% being third highest. Sex and disability being 42% and the lowest being age at 38%. Majority of the participants suggested class and religion as the leading cause of discrimination worldwide being almost 64.4% and 60% respectively followed by race at 55.6% and disability at 53.3%. Asian participants chose class and religion as their topmost experienced discrimination whereas the most selected option for Africans were race and sexual orientation. Other causes of discrimination suggested are HIV at 5% and obesity at 2.2%. Over 60% of respondents believe that these incidences are very common in their country at medical establishments that they have visited whereas 21.2% participants believe it happens seldom. About 50% of participants strongly believed that it changed their perception towards the healthcare personnel and the medical establishment. Nearly 72% of people believe that it is important to find measures to eradicate discrimination in healthcare settings for proper treatment of patients.

Conclusion. The survey analysis shows us a drastic rise in discrimination by healthcare professionals in medical establishments towards minority patients. The health of minority people is reported to be poorer in areas of lower population diversity. Minorities have the risk of developing emotional disorders because of the disgrace and discrimination. Therefore introduction of diversity employment, networking, mentoring and support groups within the medical organization and making sure that all minority concerns are heard is of utmost significance. Hospitals must introduce strict

anti-discriminatory policies within the contract of medical professionals and most importantly objecting to discrimination when you see or experience it. And communication and education must be the most primary approach to resolve the problem. An inclusive clinical atmosphere, principles for clinician-patient relations, knowledge for cultural awareness, staff training, sensitive documentation of minorities, and addressing population health issues are also vital. To overcome discrimination, there is an urgent need to invest on research in this area and inclusion of issues on minority in the medical curriculum which may help medical personnel to improve their response to health inequality and also become sensitive to the needs of this population.

СИНДРОМ "СПОРТИВНОГО СЕРДЦА" У СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Хрычева Н.А.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО "Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского",
Симферополь

Введение. Спортивное сердце — характеризуется комплексом изменений адаптационного и приспособительного характера в сердце, возникающий как следствие значительных физических нагрузок. Термин «спортивное сердце» введен в обращение в 1899 году немецким ученым Хеншеном. Цель исследования. Выявить изменения сердечной мышцы под действием различных видов физической нагрузки под контролем доплер-эхокардиографии (Д-ЭхоКГ) с использованием электрокардиографических данных и уровня спортивной квалификации.

Материалы и методы. Оценка результатов обследования 500 спортсменов различного уровня квалификации, среди которых 76 женщин и 424 мужчин, в возрастном диапазоне от 16 до 40 лет с использованием Д-ЭхоКГ, холтеровского мониторирования ЭКГ, ЭКГ в динамике.

Результаты исследования. В ходе проведенных исследований у 306 атлетов (61,3%) не обнаружено заболеваний ССС. У 116 спортсменов была обнаружена структурная патология, что составило 24,5% от всех обследованных. Среди которых 42 с аномалиями хордального аппарата сердца, в том числе с гиперплазией Евстахиева клапана, пролапсом митрального клапана I ст., синдромом WPW, врожденными пороками сердца (с незначительным стенозом легочной артерии, с ДМПП, с двустворчатым аортальным клапаном). Синдром "спортивного сердца" диагностирован у 71 атлетов, что составляет 14,1% всех обследованных, который характеризовался относительной брадикардией в сравнении со здоровыми спортсменами (ЧСС в покое 58,2 и 63,6 в 1 мин. соответственно), увеличением объема полости левого желудочка по данным Д-ЭхоКГ (ИКДО 89,7 мл/м² и 54,8 мл/м² соответственно), увеличением толщины свободной стенки ЛЖ (0,88 см и 0,91 см), а также межжелудочковой перегородки (0,78 см и 0,80 см). Среди 71 обследуемых со "спортивным сердцем" большой процент приходится на спортсменов высокой квалификации (65,3% среди которых - 13 мастеров спорта международного класса, 33 мастеров и кандидатов в мастера спорта). Следует отметить, что синдром "спортивного сердца" диагностировался у обследуемых, занимающихся видами спорта, которые одновременно объединяют нагрузку как высокоинтенсивного, так и высоко-статического характера (велоспорт – 35,7%, бег на длинные дистанции – 27,6%, бокс -20,6%, пауэрлифтинг – 25,0%). У пациентов со "спортивным сердцем" наблюдались разнообразные нарушения ритма сердца, в частности, неустойчивая желудочковая тахикардия в 1 случае, частая желудочковая и суправентрикулярная экстрасистолия соответственно в 20 и 16 наблюдениях соответственно,

миграция водителя ритма - в 24 случаях. Также отмечались нарушения проведения импульса - атриовентрикулярная блокада I ст. у 12, II степени Mobitz I – у 6 спортсменов, полная блокада правой ножки п.Гиса – в 3 случаях, синдром ранней реполяризации желудочков в 9 наблюдениях. 14 пациентов со "спортивным сердцем" (18,7 %) от дальнейших занятий спортом были отстранены.

Выводы. Состояние сердечно-сосудистой системы спортсменов может колебаться в значительных пределах, что требует продуманного врачебного подхода перед заключением о допуске или отстранении спортсмена от тренировок и соревнований.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВРЕДНОСТЕЙ НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ МАСС-МЕДИА

Миргородский А.С.¹, Пономарёва И.В.²

¹студент кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Медицинской академии КФУ

²врач-ординатор кафедры нервных болезней и нейрохирургии
Медицинской академии КФУ

научный руководитель: к.м.н., доцент, Сухарева И.А.

Введение: Головная боль является самой частой жалобой, с которой обращаются к врачу любой специальности и является причиной 10-20% всех обращений к врачу. Головная боль – не отдельное заболевание, а симптом, который иногда бывает весьма важным признаком, предупреждающим о серьезной патологии. Симптомы головной боли, одна из частых причин временной нетрудоспособности. Боль в спине является ведущей причиной обращений за медицинской помощью и занимает лидирующее положение среди заболеваний, приводящих к временной нетрудоспособности. Около 70-80% взрослого населения испытывает в течении жизни, как минимум, хотя бы один эпизод болей в пояснице.

Цель и задачи: изучение влияния профессиональных вредностей на неврологическую составляющую здоровья работников масс-медиа. **Материалы и методы:** В ходе исследования было проведено анкетирование работников масс-медиа КФУ им. В.И. Вернадского. Было опрошено 100 человек. Среди них мужчин – 25%, женщин - 75%. Средний возраст опрошиваемых составил 23 года. 27% опрошенных - фото-репортёры, 23% - видео-репортёры, 50% - корреспонденты. Анкета состояла из 22 вопросов и обрабатывалась в Microsoft Office Excel 2010.

Результаты исследований: В результате проведённого тестирования 87% респондентов жаловались на головную боль, на боль в спине жаловались 56% опрошенных. Из 87 опрошенных 100% связывают головную боль с интенсивностью выполняемой работы. По локализации – 15% отметили лобную область, 18,4% - височную область слева, 18,4% височную область справа, 22% - глазную область, 12,6% - распространенная головная боль, 4,6% - теменную область, 9% - затылок. По характеру боли – 30,8% пульсирующая, 22% - давящая, 13% - серия коротких приступов, 9% - односторонняя, 8% - постоянная, 8% - сжимающая по типу “тесной шапки”, 4,6% - двусторонняя, 4,6% - распирающая. По интенсивности головной боли – 47% отметили умеренно “изматывающую”, 28% - сильную, 25% - нестерпимо сильную. По длительности приступа головной боли – 37% отметили – от 2 до 30 минут, 33,3% – 15-180 минут, 18,4% – от доли секунд до нескольких минут, 11,3% - от 4 часов до 72 часов при неэффективной терапии или лечении. Среди медикаментозной терапии применяемой респондентами для устранения головной боли – 22% - применяют анальгин, 25% - нурофен, 29% - кофе или таблетки с кофеином, 24% - спазмалгон.

Выводы: изучение влияния профессиональных вредностей на состояние здоровье работников масс-медиа показало, что они часто страдают различными проявлениями неврологических заболеваний. Чаще всего встречаются головные боли разной локализации и боль в спине, которые респонденты связывали с интенсивностью и сложностью выполняемых работ. Для предотвращения вышеуказанных проблем данной категории работников рекомендуется ограничить время работы во вредных условиях труда, правильно организовать рабочее место, регулярно проходить профилактические осмотры у врача-невролога.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕОАНГИОГЕНЕЗА ПРИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ (ФКТ)

Крамарь Т.В.

Студентка II медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ имени В.И. Вернадского

Научный руководитель: доцент к. мед.н. Голубинская Е.П., доцент к. мед. н. Филоненко Т.Г., ассистент Кальфа М.А.

Введение. В настоящее время туберкулез остается одной из социально-значимых проблем. По данным ВОЗ: в 2015 году количество заболевших человек составило 10,4 миллиона человек в мире, смертность достигла 1,8 миллиона человек. Одним из ведущих факторов летальности пациентов с данной патологией является неуклонный рост мультирезистентных форм, появление которых связывают с одной стороны с изменчивостью самой *M. Tuberculosis*, а с другой – низкой эффективностью назначаемой химиотерапии. Возможной причиной, по-нашему мнению, является неадекватный неоангиогенез, существенно осложняющий доставку лекарственных препаратов в очаг специфического воспаления.

Цель. В связи с этим, целью нашего исследования явилось: оценить функциональную активность эндотелия капиллярного русла при фиброзно-кавернозном туберкулезе (ФКТ), визуализированного с помощью маркера CD34.

Материалы и методы. Материалом для морфологического исследования явились участки ткани легких, взятые у 47 больных, прооперированных по поводу ФКТ легких с активным бактериовыделением. Контрольную группу составили 10 больных, умерших от патологии, не связанной с заболеванием легких. Иммуногистохимическое (ИГХ) исследование проводили по стандартизированной методике с использованием эндотелиального маркера CD34 (DakoCytomation). Система визуализации EnVision™ FLEX+, Mouse, High pH (Link), Code K8012 на автостейнере фирмы DAKO.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования свидетельствуют о динамическом изменении качественных и количественных показателей ангиогенеза по мере приближения к зоне специфического воспаления. Максимальное количество CD34 позитивных сосудов капиллярного русла определяется в окружающей легочной ткани ($41,42 \pm 0,03$), минимальное – в фиброзном слое каверны ($7,01 \pm 0,05$). Показатели толщины эндотелия также варьировали в зависимости от локализации: легочная ткань – $2,29 \pm 0,01$; фиброзный слой каверны – $1,78 \pm 0,04$; перикавернозная зона – $2,03 \pm 0,02$. Показателем функциональной активности сосудов капиллярного русла является индекс перфузии сосудов, свидетельствующий о проницаемости сосудистого русла. Во всех случаях отмечалось наличие достоверно низких относительно контроля показателей индекса перфузии в перикавернозной зоне.

Выводы: Полученные результаты свидетельствует о неполноценности неоангиогенеза и существенно затрудняет осуществление неспецифических и специфических иммунологических защитных механизмов. Кроме того неадекватный ангиогенез может

являться одним из патогенетических факторов, затрудняющих доставку лекарственных препаратов к очагу воспаления, что в комплексе способствует прогрессии пневмосклероза и развитию лекарственно-устойчивых форм туберкулеза.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКOLORИТА ДЕВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ МЕТОДОМ ВНУТРЕННЕГО ОТБЕЛИВАНИЯ

Тефилов Ф.А.¹, Хроменкова Т.В.²

¹ студент кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии КФУ

² студент кафедры терапевтической стоматологии Медицинской академии КФУ

научный руководитель: к.м.н., ассистент Прийма Н.В.

Введение. Отбеливание зубов относится к консервативным методам эстетической стоматологии, получившей широкое распространение в последние годы.

В настоящее время для устранения дисколорита (изменения цвета) девитальных зубов применяют различные методы лечения, к наиболее распространенным из них относят эстетическую реставрацию зуба и отбеливание зубов. Консервативным методом восстановления цвета депульпированных зубов является внутреннее отбеливание, как наиболее щадящий способ, так как нет необходимости значительно препарировать твердые ткани зуба.

Изменение цвета девитального зуба развивается вследствие целого ряда причин, например, в результате пропитывания тканей, особенно дентина, гемосидерином, который откладывается в дентинных трубочках при травме или осложненном кариесе, либо в результате эндодонтического лечения, когда ингредиенты паст для пломбирования каналов и другие составляющие проникают в дентинные каналы и др.

Самым распространенным отбеливающим химическим агентом в настоящее время является перекись водорода. В основе процесса отбеливания лежат окислительные процессы, заключающиеся в воздействии атомарного кислорода на твердые ткани зубов в результате разложения перекиси водорода. Поскольку перекись водорода является очень нестабильным веществом, в современных отбеливающих системах применяют также перекись карбамида и перекись мочевины, одним из продуктов разложения которых также является атомарный кислород. Механизм отбеливания заключается в следующем: вещества, при разложении которых выделяется кислород (перекись водорода и перекись карбамида), проникают в твердые ткани зуба, не повреждая их, и окисляют органические вещества, окрашивающие зуб, а также денатурируют белки, входящие в пигменты и при этом делают ткани зуба менее прозрачными и оптически более светлыми.

Цель и задачи исследований. Целью исследования являлось проведение сравнительного анализа эффективности метода внутреннего отбеливания при использовании разных отбеливающих систем и в разных клинических ситуациях.

Задачи исследования:

- 1) определение эффективности внутреннего отбеливания при лечении дисколорита девитальных зубов;
- 2) анализ эффективности разных систем для внутреннего отбеливания зубов;
- 3) определение «чувствительности» к внутреннему отбеливанию зубов в зависимости от механизма развития дисколорита девитальных зубов.

Методика исследований. Проведено отбеливание 27 зубов фронтальной группы у пациентов в возрасте от 18 до 36 лет (11 мужчин и 16 женщин). Для проведения отбеливания использовали отбеливающие системы «Белгель-О-(эндо)» и «Opalescens-endo».

«Opalescence-endo» представляет собой 35% раствор перекиси водорода. «Белгель-О (Эндо)» представляет собой пасту на основе перекиси карбамида — 60% (эквивалентно 22% перекиси водорода). Перекись карбамида — окисляющее вещество, способное в присутствии физиологических жидкостей образовывать активный кислород.

Использовалась методика пошагового отбеливания зубов (walking bleach), которая предусматривает 2–3 посещения пациента с интервалом в 3–4 дня. После обследования и проведения профессиональной чистки зубов определяли исходный цвет депульпированного зуба по шкале Vita, сравнивали его с цветом зуба с противоположной стороны и выясняли причину изменения цвета зуба. В случае необходимости проводили эндодонтическое лечение зуба.

Внутреннее отбеливание проводили следующим образом: десневой край изолировали коффердамом, для доступа к коронковой полости зуба с язычной поверхности формировали полость, с целью изоляции корневого канала от отбеливающего препарата распломбировывали устье корневого канала на 1-2 мм и закрывали его композитным прокладочным материалом «Ionosit». Затем в полость зуба вносили отбеливающий препарат и ставили временную пломбу из стеклоиономерного материала «Цемилайт». Пациентов наблюдали в течение 5-7 дней. Отбеливающий препарат находился в зубе от 1–2 дней до одной недели, при необходимости процедуру внутреннего отбеливания повторяли. Эстетическое восстановление зубов проводили в сроки от 7 до 14 дней после эндоотбеливания, так как в это время происходит слабое возвращение первоначального цвета за счет рассеивания остаточного кислорода в тканях зуба и повышения их прозрачности. В контрольной группе (11 зубов) перед реставрацией эндоотбеливание девитальных зубов не проводили.

Результаты исследований. В результате исследования выявлено, что в 25 наблюдений (92,6%) после проведения реставрации зуба с предварительным отбеливанием достигнут хороший результат, о чем свидетельствует осветление зубов в среднем на 6,6 тона, в то время как в контрольной группе положительный результат после реставрации девитальных зубов отмечен лишь в 6 наблюдениях (22,2%).

Наилучшие результаты получены при использовании системы «Opalescens-endo» - уже на 2-3 сутки происходило восстановление цвета зубов. Для системы «Белгель-О-(эндо)» потребовалось более длительное время и повторное внесение отбеливающего препарата.

Кроме того, лучшие результаты получены при отбеливании зубов, измененных в цвете вследствие некроза пульпы. Труднее всего поддавались отбеливанию зубы, пломбированные материалами на основе резорцин-формалина.

Выводы. Таким образом, применение для внутреннего отбеливания зубов системы «Opalescence-endo» при лечении дисколорита девитальных зубов показало высокую эффективность. Проведение внутреннего отбеливания зубов является предварительным этапом лечения дисколорита девитальных зубов и в комплексе с методом эстетической реставрации позволяет достичь полного восстановления цвета девитальных зубов, что позволяет избежать ортопедического лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДОСТУПНОСТИ РАСТВОРИТЕЛЮ ТИРОЗИНОВЫХ И ТРИПТОФАНОВЫХ ОСТАТКОВ В МОНОКЛОНАЛЬНЫХ IgG (МЕТОД РЕНТГЕНОСТРУКТУРНОГО АНАЛИЗА) И В ПОЛИКЛОНАЛЬНЫХ IgG (МЕТОД ТЕМПЕРАТУРНО-ПЕРТУРБАЦИОННОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ СПЕКТРОФОТОМЕТРИИ) ЧЕЛОВЕКА

Белоус В.В.

студент кафедры биохимии первого медицинского факультета Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

научный руководитель: д.б.н., профессор Ефетов К.А.

Введение. Ключевые функции белковых молекул возможны только благодаря особенностям топографии поверхности этих макромолекул. Роль поверхности белка, образуемой при укладке первичной цепи, стала очевидна только после многолетних детальных исследований строения различных классов белков методом рентгеноструктурного анализа (РСА) и молекулярной динамики методом ядерно-магнитного резонанса высокого разрешения.

Однако не все белки удается получить в кристаллическом виде, т.е. пригодном для проведения РСА, и много лет пространственное строение больших классов белков оставалось неизученным. Предпринимались попытки по исследованию белков в растворе оптическими методами, в частности температурно-пертурбационной дифференциальной спектроскопией (ТПДС). Этот метод позволяет определить количество доступных растворителю остатков триптофана и тирозина. Метод ТПДС имеет ряд преимуществ по сравнению с РСА: он не требует трудоемкой кристаллизации образцов и прост в анализе полученных данных. Однако метод ТПДС несколько уступает по разрешающей способности методу РСА.

На современном этапе развития молекулярной биологии на передний план выходят высокопроизводительные методы молекулярного моделирования и компьютерной обработки данных. Это позволяет производить анализ большого массива данных и получать те знания, которые были ранее недоступны. В связи с этим на кафедре биохимии Медицинской академии КФУ был проведен анализ пространственного строения 29 иммуноглобулинов класса G (IgG) методами молекулярного моделирования поверхности. Определены локализация и доступность растворителю хромофорных остатков тирозина и триптофана.

Цель и задачи исследования – определить доступность растворителю тирозиновых и триптофановых остатков в IgG методом молекулярного моделирования по данным рентгеноструктурного анализа. Сравнить полученные результаты с данными метода ТПДС.

Методика исследования. Для анализа были использованы результаты РСА моноклональных IgG человека, депонированные в базе данных Protein Data Bank. Из 134091 структур иммуноглобулинов разных биологических видов и разных клонов, хранящихся на этом сервере, условиям отбора соответствовали только 29. Далее эти данные проанализированы путем просмотра структуры в программе PyMol. На этом этапе были отклонены IgG, в структуре которых обнаружены лиганды или дефекты, экранирующие поверхность. Таким образом, для последующего анализа отобраны 10 IgG. Затем для этих IgG построены модели поверхности в программе Swiss-PdbViewer 4.1.0. и рассчитаны процент и площадь доступности растворителю остатков, экспонированных на поверхности. Принимая во внимание радиус молекулы воды, равный 0,958 ангстрем, остатки считались доступными растворителю при условии их площади на поверхности более одного квадратного ангстрема. Полученные данные внесены в программу Excel и проанализированы. Результаты были сопоставлены с данными десяти IgG здоровых людей, полученными методом ТПДС профессором К.А. Ефетовым.

Результаты исследований. Проанализированы данные РСА о 10 структурах IgG человека и определено количество экспонированных на их поверхность остатков тирозина и триптофана. Рассчитано общее содержание остатков аминокислот на одну молекулу IgG и отношение экспонированных остатков к общему количеству в молекуле. Полученные результаты представлены в таблице.

Сравнение данных ТПДС и РСА

10 поликлональных IgG человека				10 моноклональных IgG человека (молекулярное моделирование)			
Остатки	Всего в молекуле IgG	Пертурбируемые остатки (метод ТПДС)		Остатки	Всего в молекуле IgG	Экспонированные остатки (метод РСА)	
		Всего	%			Всего	%
Тирозин	60,8	33,9	55,7%	Тирозин	58,4	49,0	83,8%
Триптофан	20,0	9,6	44,0%	Триптофан	23,4	19,0	72,3%

Процент доступных растворителю остатков хромофорных аминокислот (тирозилов – 55,7%, триптофанилов – 44,0%), определенный методом ТПДС в поликлональных IgG здоровых людей, оказался ниже, чем процент экспонированных (тирозилов – 83,8%, триптофанилов – 72,3%) по данным молекулярного моделирования на основе метода РСА в моноклональных IgG человека. Разница составляет – для тирофилов 28,1%, для триптофанилов – 28,3%.

Выводы.

1. Отличия данных РСА и ТПДС объясняются тем, что методом РСА исследовались моноклональные IgG, а методом ТПДС – поликлональные IgG человека.
2. Отработанный метод молекулярного моделирования может быть использован для анализа ТПДС моноклональных IgG, выделенных из сыворотки крови больных парапротеинемическими гемобластозами.

ИЗМЕНЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПЕЧЕНИ БЕЛЫХ КРЫС ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ДОБАВОК ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ВЕСА

Карманова Д.А.

студентка III курса Педиатрического факультета

Медицинской академии имени С.И. Георгиевского «КФУ имени В.И. Вернадского»

Научный руководитель: заведующий кафедрой нормальной анатомии, профессор Пикалюк В.С.

Введение. По результатам медико-статистических исследований во всем мире число людей с избыточным весом значительно возросло и насчитывает около 1,9 млрд. человек. В Российской Федерации на 2016 год 24,9% населения страдают лишним весом и ожирением. Печень, как главный орган фильтрации крови восприимчива к влиянию экзогенных и эндогенных факторов, особенно – фармакологических препаратов, которые могут не только повлиять на структуру, но и привести к снижению функционирования и заболеваниям. На сегодняшний день получили широкое распространение препараты и биологические добавки для снижения веса и регуляции аппетита (особенно среди женщин). Однако данные о клинических экспериментах данных препаратов и БАДов в научной литературе отсутствуют.

Цель. Изучить морфологическую структуру печени крыс при употреблении фармакологических препаратов и БАДов для снижения веса и регуляции аппетита.

Материалы и методы. Эксперимент поставлен на 24 самках белых лабораторных крыс. Срок эксперимента составил 30 суток. Животные были разделены на 4 группы по шесть крыс. Крысы ежедневно принимали рассчитанные дозы препаратов. Группа 1 принимала препарат «Редуксин – лайт» (действующее вещество конъюгированная линолевая кислота), группа 2 принимала препарат «Деприм» (действующее вещество – экстракт зверобоя продырявленного, антидепрессант с выраженным свойством подавлять аппетит) в комплексе с янтарной кислотой, группа 3 принимала биологическую добавку - чай «Летящая ласточка», контрольная группа получала стандартное питание. По окончании эксперимента печень крыс извлекали для измерения биометрии и приготовления гистологических срезов. Окраска - гематоксилин и эозин. Срезы изучались под световой микроскопией с последующей цитоморфометрией.

Результаты исследования. В ходе исследования был выявлен ряд морфологических изменений. Взвешивание печени на электронных весах показало, что большую массу печени имеют крысы группы 1, соответственно размеры увеличены. В остальных группах не наблюдается отклонение от среднего показателя массы печени белых крыс. Разница процентно-веса коэффициента не велика. Также следует отметить цвет печени. Таким образом у группы 1 печень имела бурый цвет, у группы 2 - темно-вишневый цвет, группа 3 и 4 имели светло-желтый. При микроскопии исследования гистологических срезов печени белых крыс контрольной группы, структурная организация органа соответствовала возрастным нормам. Взаимоотношение между паренхиматозными и стромально-сосудистыми элементами было сохранено. Явление клеточной инфильтрации не наблюдалось. Такая гистологическая картина характерна и для группы 3. В цитоплазме клеток группы 2 встречаются единичные зерна липофусцина, просвет центральной вены и сосудов портального тракта не расширен. Структурная организация печени в группе 1 сохранена. Гепатоциты несколько увеличены в размерах, цитоплазма вакуолизированна и определяются гранулы бурого пигмента-липофусцина. Просветы сосудистых образований увеличены, а рыхлые соединительнотканые прослойки между печеночными дольками значительно выражены.

Заключение. Исследование показало, что ежедневное введение препаратов в течение месяца не влияет на структурную организацию печени белых крыс. Фармакологический препарат "Редуксин-Лайт" сдерживает накопление жира в печени, тем самым повышая метаболическую активность основного филтратата в организме.

УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН О МЕТОДАХ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Полевая Е.В.

*студентка кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской
академии им.С.И.Георгиевского КФУ*

научный руководитель: к.м.н., доцент Махкамова З.Р.

Введение. Российская Федерация находится на 3 месте в мире по количеству искусственно прерванных беременностей. Широкое распространение информации о современных методах контрацепции в СМИ приводит к медленному снижению количества аборт за последние 5 лет. По данным Росстата за 2015г. зарегистрировано 848 тыс. прерываний беременности, в то время как в 2013г. этот показатель составлял 1 012 399 случаев в год. Однако, применение постоянных методов контрацепции не всегда может быть достаточно эффективным или доступным, по различным причинам. Для предупреждения

незапланированной беременности в срочном порядке в России чаще всего используются таблетки, содержащие гестаген и антагонисты прогестерона (мифепристон), а также медь-содержащие спирали.

Несмотря на то, что посткоитальная контрацепция является самой щадящей альтернативой хирургическому прерыванию беременности (аборту), следует помнить, что на регулярной основе прием таких средств недопустим, так как высокая концентрация гормонов, составляющая основу препаратов, негативно влияет не только на репродуктивную функцию, но и на весь организм в целом. Согласно рекомендациям ВОЗ экстренные противозачаточные средства можно принимать не чаще 2-3 раз в год.

Цель исследования. Оценить осведомленность современных женщин о существовании экстренных методов контрацепции.

Методика исследования. В рамках исследования был проведен анонимный онлайн-опрос в системе Google Формы по специально разработанной анкете. В опросе приняло участие 123 женщины. В ходе оценки результатов, респондентки были разделены на 2 группы согласно возрасту: I группа – 18-25 лет, II группа – старше 25 лет. Статистическая обработка проводилась с использованием статистического пакета Microsoft Excel.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что практически все опрошенные женщины живут половой жизнью (96,7%), а 87,9% имеют постоянного полового партнера. Около половины из них (41,5%) состоят в браке, 44,7% имеют детей. В среднем 87,8% женщин используют какие-либо методы защиты от нежелательной беременности.

О существовании экстренных методов контрацепции знают 88,6% опрошенных. В первой группе этот показатель составляет 94,2%, во второй – 83,3%. Методы экстренной контрацепции применяли хотя бы один раз 12,2%, 7,3% применяли более одного раза и 80,5% никогда не прибегали к данному методу. Если рассматривать статистику по группам, то в I группе средства экстренной контрацепции единожды применялись в 18,8% случаев, более одного раза в 8,7%, не применялись – в 72,5%. Во II группе эти показатели составляли 3,7%, 5,6% и 90,7% соответственно.

Интересовались влиянием такого вида контрацепции на свой организм 89,9% респонденток из I группы и 83,3% из II группы. Остальные опрошенные (10,1% и 16,7% соответственно) полностью доверились в этом врачу.

Выводы. О существовании экстренных методов контрацепции от незапланированной беременности, более осведомлены и чаще всего применяют молодые женщины в возрасте до 25 лет, чем женщины старше 25 лет.

Достаточно большое количество женщин и первой, и второй групп (89,9% и 83,3% соответственно) самостоятельно интересовались влиянием применяемых методов контрацепции на их организм.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Крамарь Т.В.¹, Долгополов В.П.¹

¹студент кафедры внутренней медицины № 2 Медицинской академии имени С.И.
Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»

научные руководители: д.мед.н. проф. Белоглазов В.А., асс. Шадуро Д.В.

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время бронхолегочная патология по частоте заболеваемости занимает первое место среди всех нозологий, основными заболеваниями данной группы являются хроническая обструктивная

болезнь лёгких, бронхиальная астма, а так же инфекционно-воспалительная патология - пневмония (по эпидемиологическим данным заболеваемость в мире составляет 7%). Так же ВОЗ отмечает, что наиболее значимое место среди респираторных заболеваний занимают обструктивные заболевания – ХОБЛ, в настоящее время занимает третье место в мире по причинам смертности (ежегодно регистрируют около 3 млн. случаев смертей в год) и бронхиальная астма (зарегистрировано 235 млн. случаев в мире, однако по оценкам специалистов реальная заболеваемость в 5-6 раз превышает данные официальной статистики). Несмотря на стремительное развитие сферы здравоохранения и появление новых методов исследования, в базовое диагностическое обследование пациентов включены такие анализы как общий анализ крови (ОАК), биохимический анализ крови (БХ), общий анализ мочи (ОАМ), спирография. Таким образом, изменения показателей в вышеперечисленных анализах являются одними из основных критериев постановки диагноза.

Цель. Изучить особенности изменения основных параметров лабораторных анализов у пациентов пульмонологического отделения ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница».

Материалы и методы. В качестве объектов исследования были выбраны показатели лабораторных и инструментальных методов обследования таких как: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, показатели спирографии, а так же исследование мокроты 8 пациентов с верифицированным диагнозом персистирующей бронхиальной астмы (БА), 8 с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и 8 с внегоспитальной пневмонией при отсутствии у исследуемых пациентов коморбидной патологии. Исследование проводили на базе кафедры внутренней медицины №2 и отделения пульмонологии ГБУЗ РК «Симферопольской клинической больницы». Статистическое исследование проводили в лицензионной программе MedStat®. Для изучения достоверности различия средних показателей данных между различными нозологиями был использован параметрический критерия Стьюдента, а так же непараметрический W-критерий Вилкоксона.

Результаты исследования. При изучении различий в параметрах лабораторных показателей между тремя нозологиями (Рис. 1) обнаружена тенденция к увеличению общего количества лейкоцитов при бронхиальной астме и пневмонии при сравнении с хронической обструктивной болезнью легких (на 53% и 12% соответственно), однако достоверные различия могут быть описаны только в паре БА и ХОБЛ ($p=0,030$). В общем анализе мочи так же выявлен лейкоцитоз для пары бронхиальная астма и пневмония (на 67% и 32% выше по сравнению с хронической обструктивной болезнью легких соответственно), средние значения для БА и ХОБЛ отличаются на уровне значимости $p=0,009$. Полученные результаты могут быть описаны с точки зрения более интенсивного системного воспалительного процесса при бронхиальной астме и вовлечении в патологический процесс почечного компонента. При изучении параметра СОЭ, отмечается его увеличение при внегоспитальной пневмонии по сравнению с хронической обструктивной болезнью легких в 2 раза ($p=0,05$). Данные изменения объясняются течением более активного воспаления при пневмонии.

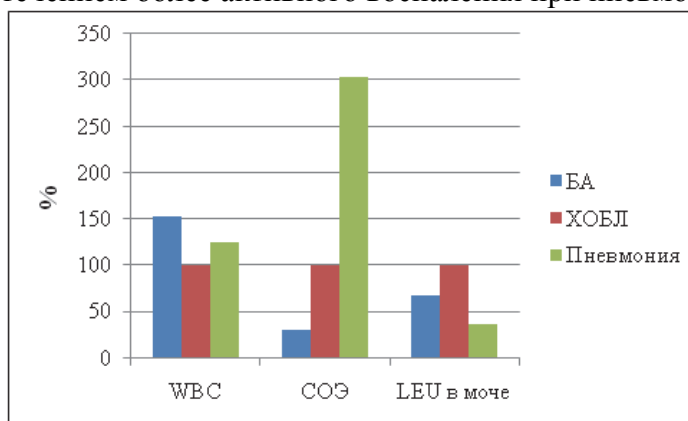


Рис 1. Распределение признаков воспаления

Сравнение средних показателей данных анализов показало, что в группах пациентов с пневмонией и бронхиальной астмой количество лейкоцитов в мокроте увеличено для БА на 30% при $p=0,037$. У пациентов с верифицированным диагнозом – внегоспитальная пневмония СОЭ в 9 раз превышает аналогичный показатель пациентов с бронхиальной астмой ($p=0,017$). В то же время показатель средних клеток при пневмонии увеличен на 40% по сравнению с БА; центральные тенденции отличаются на уровне значимости $p=0,035$. Процентное содержание гранулоцитов от общего количества лейкоцитарных клеточных элементов в группе астматических пациентов выше чем в группе пациентов с пневмонией на 20% при уровне значимости $p=0,04$. Все вышеизложенное свидетельствует о более остро протекающем процессе пневмонии, вовлечении красного костного мозга, что описывается образованием новых клеточных популяций белого ростка крови, появлением в ОАК незрелых, промежуточных форм лейкоцитов, одновременно с этим, бронхиальная астма не характеризуется выраженным воспалением.

Выводы. Исходя из полученных в результате клинического исследования данных выявлено, что проведение статистической обработки показателей лабораторных и инструментальных методов исследования позволяет дифференцировать между собой описанные бронхолегочные заболевания и прогнозировать характер патологий. Основой дифференциальной диагностики при помощи статистического метода является изменение лейкоцитарных показателей крови, а так же воспалительный маркер – скорость оседания эритроцитов, что дает возможность оценивать остроту течения патологического процесса.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СОСУДИСТЫХ СПЛЕТЕНИЯХ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ АУТОИММУНИЗАЦИИ

Абдураманов Р.А.¹

¹ студент кафедры нормальной анатомии человека.
Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ

Научные руководители: заведующий кафедрой патологической анатомии с секционным курсом, д.м.н. Кривенцов М.А., доцент кафедры нормальной анатомии, к.м.н. Гасанова И.Х

Введение. На сегодняшний день возрастает частота возникновения аутоиммунных заболеваний, таких как: ревматизм, ревматоидный артрит, системный васкулиты. Системные васкулиты - гетерогенная группа заболеваний различной этиологии, в основе которых лежит генерализованное поражение сосудов различного калибра с иммунным воспалением, некрозом сосудистой стенки и вторичным вовлечением в патологический процесс различных органов и систем. Воспалительное поражение сосудистой стенки артерий или вен различного калибра часто приводит к развитию окклюзии сосуда, нарушению микроциркуляции и последующей ишемией органов и тканей вплоть до возникновения инфарктов и некрозов. Особое внимание уделялось морфологическим нарушениям в сосудистых сплетениях головного мозга, состоящих из сосудов, соединительного и эпителиального компонента. Изменения в структуре ворсинчатого аппарата сосудистого сплетения приводит к нарушению выработки ликвора.

Проблемой остается как детальное и комплексное изучение морфологических преобразований в различных органах при аутоиммунной патологии, так и эффективное терапевтическое купирование иммунного воспаления.

Цель. Выявить морфологические преобразования в стромально-сосудистых и эпителиальных компонентах ворсинок сосудистых сплетений боковых желудочков головного мозга при экспериментальном системном аутоиммунном воспалении.

Материалы и методы. Существует ряд подходов к созданию экспериментальных моделей аутоиммунизации, одним из которых является аутоиммунизация при введении гомогенатов органов или тканей с полным или неполным адьювантом Фрейнда. В качестве основной задачи, стоящей перед данной комплексной работой, выступает создание и апробация экспериментальной модели системного аутоиммунного воспаления с поражением, главным образом, сосудистого компонента во всех органах и тканях.

В качестве экспериментальных животных использовали самцов белых крыс линии Вистар зрелого возраста. Все животные были разделены на экспериментальную и контрольную серии (по 18 крыс в каждой). Крысам экспериментальной серии 3-хкратно с интервалом в 1 неделю парентерально (в/м) вводили смесь адьюванта Фрейнда с гомогенатом сосудистых сплетений боковых желудочков головного мозга. Крысам контрольной серии опытов с аналогичной кратностью и в аналогичном объеме вводили физиологический раствор. Крыс выводили из эксперимента на 14, 28 и 60 сутки после последнего введения (смеси адьюванта Фрейнда или физиологического раствора). В качестве объекта исследования выступали сосудистые сплетения боковых желудочков головного мозга крыс. После, из тканей изготавливались гистологические препараты. Изучение гистологических препаратов проводили с использованием цитоморфометрического комплекса Olympus CX-31.

Результаты исследования. При проведении описательного гистологического анализа в сосудистых сплетениях боковых желудочков головного мозга на 28 сутки эксперимента отмечается периваскулярная лимфогистиоцитарная инфильтрация окружающей соединительной ткани, Стромальный компонент сплетений характеризуется дезорганизацией соединительной ткани. Сосуды полнокровны; в единичных сосудах можно обнаружить краевое стояние нейтрофилов, что говорит о воспалительном процессе в исследуемом органе. Сосудистая стенка значительно утолщена, повышена проницаемость сосудистой стенки. Выявленные структурные изменения предположительно указывают на развитие процессов иммунного воспаления и васкулита в сосудистых сплетениях боковых желудочков головного мозга.

Выводы. На 28-е сутки эксперимента выявленные морфологические изменения указывает на предполагаемое развитие иммунного воспаления и васкулита в сосудистых сплетениях боковых желудочков головного мозга. В дальнейшем планируется анализ материала, полученного на более поздних сроках с применением световой микроскопии, различных методов окраски: По Ван-Гизону, гематоксилин-эозин, импрегнация серебром. Иммуногистохимического и электронномикроскопического методов исследования, а также с использованием гисто- и цитоморфометрических методов для получения количественных результатов в отношении динамики развития предполагаемой патологии.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГКОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ АУТОИММУНИЗАЦИИ

Дери К.¹

¹ студент кафедры патологической анатомии с секционным курсом Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ

Научный руководитель: заведующий кафедрой патологической анатомии с секционным курсом, доцент, д.м.н. Кривенцов М.А.

Введение. На сегодняшний день возрастает частота возникновения аутоиммунных заболеваний. Проблемой остается как детальное и комплексное изучение морфологических преобразований в различных органах при аутоиммунной патологии, так и эффективное терапевтическое купирование иммунного воспаления.

Цель. Апробация модели экспериментального аутовоспаления с поражением сосудистого компонента во всех органах и тканях

Материалы и методы. иммунного воспаления. Существует ряд подходов к созданию экспериментальных моделей аутоиммунизации, одним из которых является аутоиммунизация при введении гомогенатов органов или тканей с полным или неполным адьювантом Фрейнда. В качестве экспериментальных животных использовали самцов белых крыс линии Вистар зрелого возраста. Все животные были разделены на экспериментальную и контрольную серии (по 18 крыс в каждой). Крысам экспериментальной серии 3-хкратно с интервалом в 1 неделю парентерально (в/м) вводили смесь адьюванта Фрейнда с гомогенатом сосудистых сплетений боковых желудочков головного мозга. Крысам контрольной серии опытов с аналогичной кратностью и в аналогичном объеме вводили физиологический раствор. Крыс выводили из эксперимента на 14, 28 и 60 сутки после последнего введения (смеси адьюванта Фрейнда или физиологического раствора). После из тканей изготавливались гистологические препараты. Изучение гистологических препаратов проводили с использованием цитоморфометрического комплекса Olympus CX-31.

Результаты исследования. При проведении описательного гистологического анализа в легких на 28 сутки эксперимента отмечается выраженная перибронхиальная лимфоцитарная инфильтрация окружающей соединительной ткани, увеличение размеров бокаловидных клеток в просвете бронха и гиперсекреция слизи этими клетками. Паренхиматозный компонент характеризуется эмфизематозным расширением альвеол, разрывами некоторых межальвеолярных перегородок, а также их утолщением. Также присутствует умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация самой паренхимы. Стромально-сосудистый компонент легкого характеризуется отсутствием выраженной периваскулярной инфильтрации. Сосуды полнокровны; в единичных сосудах можно обнаружить краевое стояние нейтрофилов, что говорит о воспалительном процессе в исследуемом органе. Сосудистая стенка значительно утолщена, ядра эндотелиоцитов выходят в просвет сосуда. Выявленные структурные изменения предположительно указывают на развитие процессов иммунного воспаления и васкулита в легких.

Выводы. На 28-е сутки эксперимента выявленные морфологические изменения указывает на предполагаемое развитие иммунного воспаления и васкулита в легких. В дальнейшем планируется анализ материала, полученного на более поздних сроках с применением световой микроскопии, иммуногистохимического и электронномикроскопического методов исследования, а также с использованием гисто- и цитоморфометрических методов для получения количественных результатов в отношении динамики развития предполагаемой патологии.

ФОРМЫ СЕМЬИ И БРАКА В СОВРЕМЕННОМ СОЦИУМЕ

Вовченко А.В.¹

¹студент кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Медицинской академии КФУ

научные руководители: к.м.н., доцент Сухарева И. А., д.м.н., профессор Третьякова О. С.

Введение. Семья – самый фундаментальный универсальный социальный институт, характеризующийся совокупностью социальных норм, санкций и образцов поведения, регламентирующих взаимоотношения между супругами, родителями, детьми и другими родственниками. Однако, в современном мире понятия о браке, семье и воспитании детей претерпевают различные изменения. Осведомленность в аспекте динамики показателей этих изменений дает возможность прогнозирования будущего, опираясь на сегодняшние тенденции. Подобные исследования, безусловно, актуальны, так как институт семьи является фундаментом развития социума во всех его сферах.

Цель. Исследование современных характеристик и тенденций в формировании брачных союзов, основанных на мнении молодёжи.

Материалы и методы. Были проанализированы официальные статистические данные статистической службы Европейского Союза (Евростат), а также информации полученной при проведении собственного анкетирования.

Результаты исследований. При проведении нашего исследования нами были опрошены 200 человек различного половозрастного состава. Среди опрошенных 55,8% были женщины, 44,2 % составили мужчины. Возрастные группы анкетированных распределились следующим образом: 66,7 % составили лица 18-22 лет; 21 % - мужчины и женщины в возрасте 23 – 27 лет; 5, 8 % - категория 27- 30 лет и 2,9 % лица старше 30 лет. Учитывая тематику данной работы, важным для нас был и семейный статус участников исследования: 76,1 % составили люди, состоящие в законном браке. Из них 43,2 % заключили брачный союз в возрасте 18-22 лет; 43,1 % в 23-27 лет, остальные 13,8 % в 27 – 30 лет. Учитывая многообразие существующих на сегодняшний день форм брака и данные мировой статистики о ежегодном снижении общего количества зарегистрированных браков, мы решили выделить некоторые причины данной тенденции. По мнению участников исследования, все существующие формы брака (зарегистрированный гражданский брак, церковный, фактический брак, гражданское партнерство, полиандрия, полигиния, однополые браки) должны присутствовать в современном обществе. Однако, преимущество отдается традиционному зарегистрированному браку (89, 9%), а самой не популярной формой стала полиандрия (0,7 %). Что же касается личного выбора, анкетированных, были выявлены следующие данные: 136 человек (68%) выбрали для себя зарегистрированный гражданский брак, 32 человека (15, 5 %) отдали свои голоса в пользу фактического брака, 22 человека (11 %) отметили свое желание вступить в однополый брак, а 11 человек (5,5 %) посчитали верным заключать брак исключительно в церковных институтах. Из вышеизложенного следует, что запрет и законную регистрацию однополых браков в РФ вовсе не отменяет их существования. В Европейской статистике количество зарегистрированных однополых браков имеет тенденцию к росту и к концу 2016 года составило 2, 32 % от общего количества браков. В связи с рассмотрением данной ситуации, становится вопрос об усыновлении. Среди опрошенных нами людей, 50, 7 % выказали свое негативное отношение к воспитанию детей в нетрадиционных семьях; 43, 5 % отнеслись к данному вопросу нейтрально, и лишь 5, 8% поддерживают усыновление детей в нетипичные семьи. Социальное содержание брака неоднородно по своему характеру: оно включает и экономическую, и психологическую сторону. Экономическая сторона – это следствие половозрастного разделения труда в производстве и домашнем хозяйстве, которой

присущи различные свойства. В ходе нашего исследования, 164 человека (82,3%) выбрали для себя симметричную семью, предусматривающую участие обоих супругов в формировании семейного бюджета. Что касается, предрасполагающих к созданию семьи факторов, то 173 человека (86, 5 %) выбрали эгалитаризм, как одно из основных свойств современного брака. Вопросы современных реформ в сфере семьи и брака являются актуальными не только для тех, кто уже состоит в брачном союзе, но и для тех, кто пока не решился взять на себя такую ответственность. Из опрошенных, 97% подтвердили актуальность проблем, затронутых нами, и подчеркнули, что данное исследование было для них информативным и интересным. Среди этих лиц, лишь 23,9 % состоят в браке, причем возраст для вступления в брак в большинстве случаев (45,3 %) был установлен с 18 до 22 лет; 41,2 % заключили в семейный союз в 23-27 лет; 9,6 % в 27-30 лет; и 4,6% в возрасте старше 30 лет. Таким образом, можно заметить, что пока рано говорить о повсеместном «старении брачного возраста», не смотря на подобные заголовки в СМИ.

Выводы. В последние десятилетия в развитии института семьи появились новые тенденции, что, в свою очередь, вызвало новые подходы к ее изучению. Исходя из данных проведенного нами опроса, можно сделать вывод, что понятие семьи довольно лабильно и изменения представлений о формах, свойствах и возрасте создания семейного союза четко коррелируют с социальными переменами в обществе, во много являясь отражением этих процессов. Не смотря на мнение некоторых социологов, что семья достигла состояния глубокого кризиса и этот процесс необратим. После проведения данного исследования, очевидно, что семья скорее находится в процессе трансформации, чем в упадке. Необходимо помнить, что семья как социальный институт прошла длительный путь развития и адаптации к самым различным условиям существования.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ О СОЦИАЛЬНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМАХ, СВЯЗАННЫХ С ДЕМЕНЦИЕЙ

Недождий П.П.¹, Волоцкая Н.И.¹

¹студенты кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Медицинской академии КФУ

Научный руководитель: к.м.н., доцент Сухарева И.А.

Введение. Более 47 млн. людей пожилого возраста, а это около 5% всего населения мира страдает деменцией (2015 г.). По прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения, к 2030 г. количество заболевших вырастет до 75 млн., а через 20 лет возрастет до 132 млн. В Российской Федерации деменцией страдают примерно 1,8 млн. человек. Актуальна проблема ранней диагностики деменции, так как отмечается низкая информированность населения о данной проблеме.

Цель. Оценить информированность студентов медицинских ВУЗов о проблеме деменции.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 264 респондентов-студентов медицинских ВУЗов. Анкета-опросник состояла из 28 вопросов. Среди респондентов 73% составили женщины, 27% мужчины. Средний возраст опрошенных - 22±4 года. Данные обработаны с использованием прикладного пакета Microsoft Excel 2010. Различия считались статистически достоверными при определении вероятности 95% (p<0,05).

Результаты исследований. У 70% респондентов в окружении нет людей с деменцией, у 8,5% - есть родственник с приобретенным слабоумием, у 21,5% - есть знакомый с деменцией. Лишь 6,8% опрошенных имеют представление о деменции. Каждый второй респондент не знает, что деменция неизлечима. Исходный уровень знаний респондентов о деменции: об увеличении количества больных среди возрастных групп знает 86,7% опрошенных, 58,4%

осведомлены о положительном влиянии медикаментозной терапии на течение процесса, 77,5% считают фактором развития деменции негативное влияние алкоголя, 60,2% относят благотворное влияние здорового образа жизни к методу профилактики деменции.

Наиболее часто пациенты с деменцией ассоциируются у респондентов со следующими характеристиками: потерянный человек (80,5%), сбивчивый (64,6%), «загнанный в тупик» (32,7%), жалкий (31%), испуганный (24,3%), счастливый (4,4%), веселый (4,9%), добрый (7,1%).

Вне зависимости от тяжести деменции 68,6% опрошенных считают, что такие люди должны жить и быть окружены заботой близких. 78,3% респондентов полагают, что люди с деменцией похожи на детей и им требуется соответствующий уход. Отдать право родственникам на принятие решений вместо людей с тяжелой деменцией поддерживают 82,7% респондентов. 76,5% опрошенных приветствуют адаптацию таких больных с помощью общественной жизни. 60,2% респондентов согласны с утверждением, что уход за такими людьми следует оказывать в соответствующих медицинских учреждениях. 69,5% опрошенных считают необходимым обязательное ношение электронных датчиков людьми с начинающейся деменцией для определения местонахождения при их дезориентации, а при ухудшении когнитивных расстройств согласных уже 90,7% респондентов.

Выводы. Отмечается высокая информированность студентов-медиков о деменции, при этом некоторые вопросы ранней диагностики и профилактики деменции вызвали затруднения у студентов, что свидетельствует о необходимости внедрения в учебный процесс образовательных инноваций: образовательных программ, практики и обучающих игр. Опыт их использования в Европейских странах свидетельствует о повышении умений и знаний о деменции, улучшения отношения к больным с деменцией у будущих врачей. Программы и обучающие игры могут успешно применяться в медицинских ВУЗах, особенно для обучения студентов вопросам геронтопсихиатрии.

НЕКОТОРЫЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ НЕЙРОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ЭТАПЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДИК ЗУБОПРОТЕЗИРОВАНИЯ.

Головинская В.А.¹, Кривоносова М.Ю.²

¹Студентка 502 группы, 1 медицинского факультета, Медицинской академии
им. С.И. Георгиевского, КФУ им. В.И. Вернадского

² Студентка 502 группы, 1 медицинского факультета, Медицинской академии
им. С.И. Георгиевского, КФУ им. В.И. Вернадского,
научный руководитель: доц., к.мед.н. Мещерякова А. В.

Введение. На современном этапе оказания стоматологической помощи именно дентальная имплантология, как самостоятельное направление современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, является инновационным и эффективным методом лечения стоматологических заболеваний. Данный метод инвазивной стоматологии, наряду со стоматологическим протезированием актуален не только для решения эстетических дефектов, но и для восстановления нормальной анатомии и физиологии зубочелюстной системы у пациентов различных возрастных групп. Однако, дентальная имплантология является инвазивным и хирургическим методом лечения, который несет за собой вероятность развития осложнений, в том числе, неврологических.

Цель и задачи: Изучение и актуализация проблемы неврологических осложнений дентальной имплантации с целью минимизации ранних постоперационных осложнений. Выявить и оценить осложнения позднего постимплантационного периода.

Материалы и методы. Нами было проведено клинико-неврологическое обследование 320 пациентов в возрасте от 35 до 54 лет (средний возраст составил $44,5 \pm 2,7$) после дентальной имплантации, проведенной на базе ГАУЗ РК «КРЦ» и других коммерческих структур, выполняющих процедуры стоматологического протезирования и дентальной имплантации. Из них, с жалобами на боли и онемение в орофациальной области было 62 пациента. Мы произвели статистическую обработку полученных данных, теоретический анализ информации из различных литературных источников, а также систематизировали полученные данные.

Результаты исследования. Нами было проведено клинико-неврологическое обследование 320 пациентов после дентальной имплантации и стоматологического протезирования, в возрасте от 35 до 54 лет (средний возраст составил $44,5 \pm 2,7$) проведенного на базе ГАУЗ РК «КРЦ» и других коммерческих структур, выполняющих данные процедуры. Гендерная разница составила: 198 женщин (61,9%) и 122 мужчины (38,1%). Из 320 пациентов, после дентальной имплантации, жалобы на боли и онемение в орофациальной области предъявляли 62 пациента.

Следует отметить, что наиболее частой жалобой у данных пациентов была жалоба на боль и ощущения онемения в области нижней челюсти, нижней губы и подбородочной области. Клинически проявляющиеся гипестезией в зоне автономной иннервации нижнего, значительно реже, верхнего альвеолярного нервов, а также развитием болевого синдрома различной интенсивности, облигатно сопровождавшееся эмоционально-стрессовыми нарушениями, что значительно ухудшало (субъективно) качество жизни пациентов. Исходя из данных клинико-эпидемиологического обследования, структура поздних неврологических осложнений после дентальной имплантации представлена следующими нозологиями:

- Невропатия нижнего альвеолярного нерва – 22 пациента, что составило 6,9% от общего числа пациентов после дентальной имплантации, которые предъявляли жалобы на боли в орофациальной области, с гендерным соотношением женщин и мужчины 15 к 7;
- Невропатия верхнего альвеолярного нерва – 5 пациент (1,6%), 1 женщина;
- Невропатия верхнего и нижнего альвеолярного нерва – 1 пациента (0,3%), 1 женщина;
- Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава – 19 пациентов (5,9%), из которых 9 женщины, 7 мужчины;
- Атипичные прозопалгии – 15 пациента (4,7%), 15 женщин.

Выводы. Дентальная имплантация является оптимальным методом лечения стоматологических заболеваний у пациентов различных возрастных групп. Однако, полученные результаты свидетельствуют о наличии неврологических осложнений, преимущественно связанных с компрессионно-ишемической невропатией нижнечелюстного сосудисто-нервного пучка и формированием, при позднем обращении, стойкого неврологического дефицита, требующего междисциплинарного подхода на более раннем этапе оказания медицинской помощи. При этом для минимизации рисков осложнения остеоинтеграции в комплексной терапии пациентов необходимо учитывать наличие сопутствующей патологии для оптимизации целенаправленной комплексной корригирующей терапии.

ОСТЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ КАК ЭТАП КОНСТРУИРОВАНИЯ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ МЕТАЛЛОКОНСТРУКЦИЙ

Чорнобрывый В.И.

ординатор кафедры травматологии и ортопедии Медицинской академии КФУ
научный руководитель: д.м.н., профессор Куценко С.Н.

Введение. Научным направлением кафедры травматологии и ортопедии является разработка и усовершенствование высокотехнологических методов хирургического лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы с возможностью ранней медицинской реабилитации.

Имплантируемые интрамедуллярные конструкции отвечают всем требованиям ранней медицинской реабилитации.

Цель и задачи исследования. Провести остеометрические исследования костей предплечья. Проанализировать полученные данные для дальнейшего конструирования внутрикостных блокируемых устройств для остеосинтеза костей предплечья.

Методика исследования. Проведена прямая остеометрия 24 препаратов костей предплечья и рентгеноостеометрия 67 рентгенограмм пациентов разных возрастных групп. Рентгенограммы выполнены в прямой и боковой проекции.

Результаты исследований. Данные остеометрии показали, что средняя длина локтевой кости составила 221,3 ($\pm 10,6$ мм), лучевой кости 210,6 ($\pm 9,8$ мм). В фронтальной плоскости диаметр локтевой кости составил в проксимальном отделе диафиза 12,5 мм ($\pm 0,5$ мм), в среднем отделе 13,4 мм ($\pm 0,4$ мм), в дистальном отделе 11,4 мм ($\pm 0,3$ мм). Диаметр лучевой кости составил в соответствующих отделах: 13,5 мм ($\pm 1,2$ мм); 14,4 мм ($\pm 2,4$ мм); 14,6 мм ($\pm 1,8$ мм). В сагиттальной плоскости диаметр локтевой кости составил в проксимальном отделе диафиза 12,4 мм ($\pm 0,4$ мм) в среднем отделе 11,8 мм ($\pm 0,5$ мм), в дистальном отделе 10,3 мм ($\pm 0,3$ мм). Диаметр лучевой кости составил в соответствующих отделах: 11,7 мм ($\pm 0,3$ мм); 10,9 мм ($\pm 1,6$ мм); 11,3 мм ($\pm 0,2$ мм). Наиболее практический интерес представляют размеры костномозгового канала (КМК) как объекта для внутрикостной имплантации. Фронтальный размер КМК диафиза локтевой кости в проксимальном отделе составил 7,1 мм (± 1 мм), в среднем отделе 6,5 мм ($\pm 0,4$ мм), в проксимальном 4,6 мм ($\pm 0,2$ мм). Размер КМК диафиза лучевой кости соответственно: 8,6 мм ($\pm 0,3$ мм); 7,4 мм ($\pm 1,2$ мм); 7,8 мм ($\pm 1,3$ мм). Сагиттальный размер КМК локтевой кости в проксимальном отделе составил 6,9 мм ($\pm 1,2$ мм), в среднем отделе 5,2 мм ($\pm 0,4$ мм), в проксимальном 4,6 мм ($\pm 0,2$ мм). Размер КМК диафиза лучевой кости соответственно: 8,6 мм ($\pm 0,3$ мм); 7,4 мм ($\pm 1,2$ мм); 7,8 мм ($\pm 1,3$ мм).

Выводы. Остеометрические исследования являются отправной точкой к конструированию новых интрамедуллярных металлоконструкций. Средние показатели, определенные с помощью рентгеноостеометрии не имели значительных отличий от данных прямой остеометрии, что дает возможность в дальнейшем сосредоточиться только на рентгеноостеометрии, что является информативными для конструирования окончательных типоразмеров внутрикостного фиксатора.

АКУСТИЧЕСКАЯ ТРАВМА И БАРОТРАВМА ОРГАНОВ СЛУХА КАК ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ЗАРУБЕЖНОЙ НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

Зоркин Е.К.

Студент кафедры судебной медицины 1 медицинского факультета Медицинской академии имени С. И. Георгиевского КФУ имени В. И. Вернадского

Научный руководитель: к.м.н., доц. Киселев В. В.

Введение. В классическом понимании, термин акустическая травма, или акутравма, шумовая травма, звуковая травма – специфическое поражение органа слуха, возникающее в результате воздействия звуков большой силы и/или чрезмерной продолжительности. Как известно, данное повреждение характеризуется потерей слуха, связанной с поражением звуковоспринимающего аппарата: структур внутреннего уха, преддверно-улиткового нерва или центральных отделов звукового анализатора. Зачастую данный термин связывают с понятием нейросенсорной (или перцептивной) тугоухости. Однако специфичность акустической травмы заключается в том, что ее развитие определяется не только характером фактора травматизации, но функциональными возможностями поражаемого органа слуха. Звук, как комплекс периодических колебаний давления, при воздействии на звуковоспринимающий аппарат создает предпосылки для образования баротравмы, особенно при высокой частоте и интенсивности колебаний. Поэтому под «акутравмой» следует понимать поражение кортиевого органа звуком большой силы, а повреждение, вызываемое изменением давления в окружающей среде и приводящее к поражению барабанной полости и внутреннего уха целесообразно называть «баротравмой органов слуха».

Цель и задачи исследования. Сбор научных материалов и их анализ, позволяющий выявить различия между понятиями «акустическая травма» и «баротравма органов слуха», а также оценить современные направления в изучении данных понятий.

Методика исследования. Для получения общего представления о различии терминов «акустическая травма» и «баротравма органов слуха» был проведен поиск научных публикаций в электронных библиотеках «eLibrary», «КиберЛенинка», PubMed, Scopus, Google Scholar по запросам «акустическая травма», «акутравма», «баротравма органов слуха», «травма слухового анализатора», «acoustic trauma», «acoustic + barotrauma». Было отобрано 22 источника на русском и английском языке без ограничения по времени публикации. Затем был проведен анализ научного материала на предмет описания и различия вышеуказанных терминов.

Результаты исследования. Тематика выбранных статей прямо или косвенно касается понятия «акустическая травма». В большинстве источников (17 из 22) в патогенезе повреждения структур внутреннего уха указывался механический фактор, однако под понятием «акустическая травма» подразумевалось комбинированное повреждение без четкого разделения акутравмы и механической баротравмы. 3 из 22 источников были посвящены освещению механизмов повреждения слухового анализатора при минно-взрывной травме. В данных статьях в полной мере раскрывается разница понятий «акутравма» и «баротравма органов слуха», однако, в силу специфичности поражения, материалы данных статей имеют достаточно ограниченную область применения, хотя и раскрывают основные звенья патогенеза повреждения. В 2 из 22 источниках раскрывается понятие акустической травмы только с точки зрения поражения нейросенсорного звена слухового анализатора, без привязки к механической баротравме. В результате поиска также было выделено еще два источника, в которых не учитывался патогенез звукового повреждения, однако описывался один из методов защиты от акустической травмы на молекулярном уровне.

Выводы. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что различие понятий «акустическая травма» и «баротравма органов слуха» раскрыто недостаточно, что свидетельствует о необходимости продолжения изучения данной тематики.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСПРЕСС-СКРИНИНГОВЫХ СИСТЕМ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА

Абдуллаева В.Д.

студентка 4 курса, кафедра терапевтической стоматологии стоматологического факультета Медицинской академии КФУ

научный руководитель: д.м.н., профессор Дурягина Л.Х.

Введение. По данным статистики, на 1 января 2017 года в Крыму численность населения вместе с Севастополем составила 2,341 млн человек. Среди причин смертности на втором месте после заболеваний сердечно-сосудистой системы – злокачественные новообразования, от которых в 2016 году умерло 4,3 тыс. крымчан, что превышает средний показатель по Российской Федерации на 27,1%, причем мужчин умерло на 15 % больше, чем женщин. Рост смертности, по сравнению с предыдущим годом составил 7,5%. По общероссийским данным Федеральной службы государственной статистики, доля мужской смертности от новообразований полости рта составляет 5,3%, что связано как с преобладанием факторов риска у мужского населения РФ, так и с поздней диагностикой таких заболеваний.

Цель работы. Показать необходимость экспресс-скрининговых методов ранней диагностики злокачественных новообразований полости рта на стоматологическом приеме.

Материалы и методы. Для оценки эффективности быстрой и достоверной визуализации злокачественно перерожденных клеток полости рта применяли систему «Визилайт Плюс», рассчитанную на 10 пациентов.

Результаты исследования. Традиционно, при первичном осмотре стоматологического пациента, применяют сбор анамнеза, осмотр, пальпацию, инструментальное обследование, оценка состояния десен, физические методы. Реже к данному списку добавляют лабораторные исследования, специальные тесты, анализы крови, мочи, слюны. Одним из быстрых скрининговых методов ранней диагностики злокачественных новообразований полости рта, который еще не получил достаточного распространения в Крыму, но заслуживает пристального внимания стоматологов, является система «Визилайт Плюс». Она представляет собой набор одноразового излучателя хемилюминесцентного света, три одноразовых упаковки с тампонами (два из которых с 1% раствором уксусной кислоты, а третий тампон с раствором «Ти-Блю»). На стоматологической установке, пациенту предлагалось полоскание полости рта 1% раствором уксусной кислоты около 40 секунд. Затем доктор осматривал полость рта пациента с помощью излучателя «Визилайт». При обнаружении участков полости рта, светящихся ярко-белым цветом, врач применял вторую часть скрининговой системы - тест «Ти-Блю». Область участков которые светились, обрабатывалась тампоном содержащим 1% раствор уксусной кислоты; затем тампоном с раствором «Ти-Блю» (около 20 секунд); заключительная обработка тампоном 1% раствора уксусной кислоты (около 20 секунд). В ряде случаев, при сохранении синей окраски после заключительной отмычки слабым раствором уксусной кислоты, была рекомендована прицельная биопсия из патологического очага, и повторный скрининг тест через 2 недели.

Выводы. Метод «Визилайт Плюс» для быстрой и эффективной визуализации потенциально злокачественного очага полости рта позволяет решить проблему ранней диагностики озлокачествления достаточно распространенных заболеваний населения, таких, как герпес, вирус папилломы, лейкоплакия и другие поражения челюстно-лицевой области. Это позволит проводить операционное вмешательство в более ранние сроки и снизить смертность от злокачественных новообразований полости рта. Система «Визилайт Плюс», на наш взгляд, должна получить широкое распространение в Крыму, и стать обязательной в рутинной практике стоматологов.

ПАРАМЕТРЫ ЦИТОБИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СДГ И ЛДГ В ХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА I-II СТЕПЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ PRP И БИОМИНА ГТЛС

Саенко Т.С.¹, Савчук Ю.В.²

¹*ассистент кафедры терапевтической стоматологии стоматологического факультета
Медицинской академии КФУ*

²*студент кафедры терапевтической стоматологии стоматологического факультета
Медицинской академии КФУ*

Введение. В современной пародонтологии широко используются технологии, способствующие оптимизации процессов регенерации в тканях пародонта. Все чаще освещаются результаты эффективности применения в стоматологии богатой тромбоцитами плазмы (PRP), особенно если она комбинируется с остеокондуктивным материалом.

Цель и задачи исследования. Повысить эффективность комплексного лечения генерализованного пародонтита I-II степени и снизить частоту обострений заболевания за счет местного инъекционного субпериостального введения PRP и остеопластического серебросодержащего материала (Биомин ГТлС). Нами решалась следующая задача - уточнить по показателям активности дегидрогеназ нейтрофилов периферической крови уровень анаэробного гликолиза и угнетения окислительных процессов на фоне применения различных методик лечения больных в основных и контрольной группах.

Методика исследования. Обследовано 58 пациентов обоего пола в возрасте от 25 до 60 лет (20 больных в 1-й основной группе, 18 – во 2-й основной и 20 – в контрольной), которым проводилось лечение генерализованного пародонтита I-II степени в городской стоматологической поликлинике (г. Симферополь). В контрольной группе применяли традиционные методы терапии. В 1-й основной группе, наряду с традиционным комплексным лечением, поднадкостнично инъекционно вводили PRP. Пациентам 2-й основной группы вводили PRP в комплексе с остеопластическим материалом (Биомин ГТлС).

Результаты исследования. Изучение динамики показателей активности СДГ и ЛДГ нейтрофилов периферической крови позволило установить, что у пациентов в основных группах воспалительные реакции в тканях пародонта стихали на 3-4 суток быстрее, чем в контрольной. Приведенные сведения коррелировали с результатами клинических наблюдений. Однако, применение PRP в комбинации с Биомин ГТлС во 2-й основной группе способствовало более быстрому восстановлению анализируемых показателей. Так, уже к 3-м суткам, различия уровней СДГ и ЛДГ, в сравнении с исходным, становятся недостоверными (при $P > 0,05$), тогда как в контроле достоверные различия сохраняются до 5-х и даже до 7-х суток.

Выводы. Таким образом, PRP позволяет создать в участке ее введения высокую концентрацию факторов роста, управляющих местными процессами регенерации, является биостимулятором, обладает иммунокорректирующим, противовоспалительным и остеоиндуктивным эффектами. «Биомин ГТлС» - остеокондуктивный материал, который, содержит в своем составе серебро, оказывающее местное антимикробное и противовоспалительное действие. Эти свойства препаратов подтверждаются при изучении цитобиохимической активности дегидрогеназ в нейтрофилах периферической крови, которые демонстрируют снижение стрессовой гипергликемии, угнетение процессов окисления в цикле Кребса, предотвращая развитие ацидоза, что имеет важное лечебно-профилактическое значение.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЗАДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ

Павловский К.Ю.

*студент Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО
"КФУ им. В.И. Вернадского" кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом
общей и медицинской психологии*
научный руководитель: д.м.н., профессор Гуменюк Л.Н.

Введение. Являясь многофакторным динамичным процессом, дезадаптация связана с изменением работы разных органов и систем, она определяет уровень нарушения соматического и психического здоровья человека и степень общей эффективности деятельности на биологическом, психологическом и социальном уровнях. Особую актуальность эта проблема приобретает в отношении лиц, которые находятся в условиях длительного интенсивного эмоционального и информационного стресса, в частности студенты ВУЗов в первые годы обучения.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 254 человека - студенты первого и второго курсов ФГАОУ КФУ им. В.И. Вернадского Медицинской Академии им. С.И. Георгиевского (146 женщин и 108 мужчин в возрасте - от 18 до 24 лет). Исследование проводилось в начале учебного процесса.

В работе использовали следующие опросники: ИТО (Л.Н. Собчик); общего здоровья; микросоциальных условий жизни и обучения студентов; самооценки здоровья; оценки жалоб на общее самочувствие, состояние различных психических сфер, вегетативных проявлений. Математическая обработка результатов проводилась с использованием программного обеспечения Excel XP, STATISTICA 6.0 и STADIA for Windows.

Результаты. Наличие и частота жалоб на головную боль, головокружение, тяжесть в голове, нарушение памяти и снижение работоспособности у студенток существенно выше, чем у студентов-мужчин как на первом, так и на втором курсах, то есть система мозгового кровообращения у студенток более чувствительна к воздействию неблагоприятных микросоциальных факторов. У студентов первого курса основными факторами дезадаптации являются неблагоприятные бытовые условия, недостаточное и нерегулярное питание. На втором курсе, по сравнению с первым, у мужчин наблюдается снижение влияния количества неблагоприятных факторов, у женщин - обратная картина: большая распространенность вредных привычек, нарушение режима питания, недовольство бытовыми условиями.

Проведенный анализ самооценки общего состояния здоровья показал следующее: если на первом курсе количество жалоб на общее состояние здоровья не зависело от пола, то на втором курсе у студенток этот показатель достоверно возрос и был существенно выше, чем у студентов-мужчин. Выявлено, что на втором курсе у женщин по сравнению с мужчинами, возрос удельный вес микросоциальных факторов риска в возникновении дезадаптивных состояний и распространенность психосоматических жалоб. Студентки на втором курсе, по сравнению с первым, чаще, чем мужчины недовольны или частично довольны выбором профессии, к условиям обучения адаптируются со значительными трудностями, чаще испытывают трудности в обучении, связанные с усвоением учебного материала, бытовыми условиями. Выявлено, что на первом и втором курсах женщины значительно чаще отмечают у себя рассеянность, усталость, повышенную сонливость, чувство слабости и имеют большее количество жалоб, которые отражают их психическое состояние, чем мужчины. На первом курсе средние значения показателя психической дезадаптации у женщин превышали аналогичные у мужчин по всем показателям, за исключением жалоб на общее самочувствие.

Женщины чаще, чем мужчины отмечают у себя истощение и концентрацию внимания на неприятных переживаниях. Для студенток второго курса характерно резкое ухудшение

общего самочувствия из-за появления жалоб на эмоциональную, волевую сферы, увеличение вегетативных проявлений, выражающихся в снижении активности, наличии повышенной эмоциональной чувствительности, появлении навязчивых страхов и неадекватности эмоциональных реакций (по типу кратковременных бурных реакций или равнодушия к своему состоянию). У студентов-мужчин второго курса аналогичных случаев ухудшения не обнаружено, однако можно отметить тот факт, что они слабее дифференцируют свое состояние и имеют тенденцию скрывать проблемы в психическом здоровье или не предавать им значения. Выявлено, что студентки предъявляют большее количество жалоб на состояние соматического здоровья, отмечают большее количество изменений психического состояния по сравнению со студентами-мужчинами. Увеличение количества симптомов в вегетативной сфере у студенток можно объяснить тем, что для них характерно более глубокое выражение адаптационного психомобилизационного синдрома, который сопровождается вегетативными проявлениями. В случае умственной нагрузки женщины констатируют в себе более высокую работоспособность и активность, по сравнению с мужчинами. Положительный фон настроения интенсивнее выражен у женщин, чем у мужчин, а следовательно, и субъективно женщины чувствуют себя более комфортно. Выявлено, что внутриличностные конфликты в системе отношений у студентов обоих полов преобладают на втором курсе по сравнению с первым, а необходимость изменения поло-ролевых отношений между студентами, которые существенно отличаются от школьных, изменения отношения к половой жизни и лицам противоположного пола увеличивает их неуверенность.

У студентов-мужчин имеют место высокие средние значения по таким базовым подшкалам ИТО: восьмой (индивидуализация и аутизация), девятой (оптимизм и активность, отрицание тревоги, гипоманиакальные тенденции) и седьмой (фиксация тревоги и ограничительное поведение), что указывает на обострение у студентов таких личностных черт, как высокая активность и стремление к деятельности в сочетании с повышенной тревожностью. В случае неуспеха, критическое отношение к собственным ошибкам снижено. У женщин зафиксированы пики по таким шкалам: девять, четыре (импульсивность, реализация эмоциональной напряженности в непосредственном поведении) и восемь (индивидуализация). У студенток, наряду со стремлением к активной деятельности, имеет место отреагированная тревожность в поведении. У студентов-мужчин пессимистичность и депрессивные тенденции выражаются минимально, они оптимистичны и довольны собой. Мужчины стараются быть более социально адаптированными за счет вытеснения факторов, вызывающих тревогу, сверхконтроля и проявлений соматизации тревоги, однако в случае принятия важного решения становятся неуверенными в себе, склонными к невротическим защитным реакциям. Женщины, со своей стороны, приспосабливаются к социальным нормам за счет импульсивности и отрицания тревоги, хорошо переносят привычные трудности, определяющими процесс адаптации студентов.

Выводы.

1. Выявлено, что у студентов мужского пола процесс дезадаптации сопровождается более ригидной системой взаимосвязей между факторами риска и увеличением их числа, а у студенток - преимущественно качественными изменениями этих взаимосвязей.

2. Психическая дезадаптация сопровождается ухудшением психологического здоровья, нарастанием астенизации, эмоциональными расстройствами, изменениями в деятельности, увеличением количества соматических жалоб, снижением самооценки здоровья, уверенности в себе и тоскливым настроением. На первом курсе значительные нарушения отмечаются у женщин, а на втором- у мужчин.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В СВЯЗИ С ЭНДОГЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ РТУТИ

Богданова А.М.¹, Тымченко С.Л.²

¹ аспирант кафедры физиологии нормальной Медицинской академии КФУ

² доцент кафедры физиологии нормальной Медицинской академии КФУ

научный руководитель: д.м.н., профессор Евстафьева Е.В.

Введение. Мониторинг состояния здоровья населения и исследование механизмов воздействия на него антропогенных и природных факторов является на сегодняшний день одним из наиболее востребованных направлений научных исследований в области медицинской экологии. В связи с этим предметом изучения воздействия одного из наиболее распространенных поллютантов – ртути, на адаптационные системы организма, стало состояние автономной нервной системы (АНС), для неинвазивной оценки которого используется метод анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР).

Цель и задачи исследований. В соответствии с вышеизложенным целью настоящей работы стала оценка особенностей состояния АНС с помощью анализа данных регистрации ВСР студентов с разным уровнем физической активности в связи с содержанием ртути в волосах.

Методика исследований. Были обследованы 74 практически здоровых студента Медицинской академии: 31 юноша и 43 девушки (средний возраст $18,5 \pm 1,2$ лет) с информированного согласия испытуемых соответственно требованиям Комитета по этике при ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского». Содержание ртути в волосах определяли атомно-абсорбционным методом с использованием анализатора ртути с зеемановской коррекцией неселективного поглощения «РА-915М» и пиролитической приставки «ПИРО-915+». Для оценки ВСР регистрировали ЭКГ во II стандартном отведении (комплекс «CARDIO UC-01») в состоянии физиологического покоя в течение 5 минут и при проведении следующих функциональных проб: клиноортостатической, пробы с глубоким управляемым дыханием, пробы Вальсальвы, физической (степ-тест, приседания) и психоэмоциональной нагрузками, теста Ашнера. При интерпретации показателей ВСР учитывали литературные данные и имеющиеся рекомендации. Анализировали следующие временные показатели ВСР: вариационный размах (dX), среднюю длительность нормальных интервалов RR (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%), треугольный индекс (TI), 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. Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета программ Statistica 6.0. Для описания полученных данных использовали значения медианы (Me), 25 и 75 перцентилей (p25, p75). Взаимосвязь между показателями ВСР и содержанием ртути оценивали с помощью непараметрического корреляционного анализа по Спирмену, при этом статистически достоверным считали уровень различий при $p < 0,05$.

Результаты исследований. Анализ содержания ртути в волосах студентов выявил значительный разброс средних значений, при этом медиана составляла 0,110 мкг/г (p25=0,070 мкг/г, p75=0,184 мкг/г) при условной норме 0,5-1,0 мкг/г. Значения показателей ВСР в целом у испытуемых находились в пределах нормы.

Для выявления особенностей взаимосвязи содержания ртути в организме с состоянием АНС в группах с разным уровнем физической подготовленности и активности все испытуемые были условно разделены на три группы: 1 – студенты, которые до поступления в ВУЗ

регулярно занимались спортом на протяжении 2 лет и более; 2 – студенты с низким уровнем физической активности; 3 – студенты, продолжающие регулярно заниматься спортом на момент исследования. Внутри групп был проведен анализ взаимосвязи показателей ВСР со значениями содержания ртути в волосах, который показал наличие прямых связей между концентрацией ртути в волосах у физически тренированных студентов (группы 1 и 3, n=46) и показателем HF (p=0,045) при проведении гипервентиляционной пробы; dx (p=0,047), HF (p=0,048) при проведении степ-теста, dx (p=0,033), RMSSD (p=0,029), CV (p=0,040) – пробы Вальсальвы. Данные корреляционные связи свидетельствуют о повышении парасимпатической активности у испытуемых с большим содержанием ртути в волосах не только при проведении проб на оценку данного звена АНС (гипервентиляционная и проба Вальсальвы), но и при проведении пробы с физической нагрузкой.

Также среди девушек были выявлены прямая связь с показателем HFn (p=0,020), обратная – с LFn (p=0,020) при психоэмоциональной нагрузке, что может свидетельствовать об усилении парасимпатической активности в данной группе испытуемых.

Прямая корреляционная связь между концентрацией ртути в группе 1 (n=30) с показателем CV (p=0,047) при проведении клиностатической пробы, HFn (p=0,035) – ортостатической пробы также указывает на усиление активности парасимпатической нервной системы. Похожая тенденция наблюдалась при проведении степ-теста: положительная связь между содержанием ртути и HFn (p=0,035), отрицательная – LFn (p=0,035). Также в группе студентов из группы 1 установлена положительная связь между эндогенным содержанием ртути с показателем HF (p=0,044) при проведении пробы Вальсальвы и пробы с физической и психоэмоциональной нагрузками (HFn, p=0,011), а также отрицательная связь с LFn (p=0,043). Анализ корреляционных связей между показателями ВСР, зарегистрированными при проведении степ-теста и пробы с психоэмоциональной нагрузкой в группе 3 (n=16) также показал наличие прямых связей между содержанием ртути и показателями TP (p=0,024) и VLF (p=0,035).

В свою очередь, в группе студентов, не занимающихся спортом (группа 2, n=28), при выполнении ортостатического теста и пробы Вальсальвы была выявлена прямая связь между содержанием ртути и показателями TP (p=0,034), LF (p=0,043). При выполнении психоэмоциональной нагрузки в данной группе была выявлена прямая связь содержания ртути в волосах с показателем VLF, характеризующим надсегментарный уровень регуляции (p=0,037).

Выводы. Результаты биомониторингового и функционального обследования студентов с разным уровнем физической активности позволили выявить некоторые особенности состояния АНС в связи с содержанием ртути в организме. Так, характер выявленных корреляционных связей показателей TP и LF, характеризующих активность центрального контура регуляции сердечного ритма, с содержанием ртути в волосах при проведении проб на оценку активности симпатического контура регуляции сердечного ритма, свидетельствует о том, что при повышении содержания ртути в организме влияние центральных структур АНС на сердечный ритм может ослабевать, особенно эта тенденция выражена в группе девушек.

Настоящая работа выполнена при поддержке программы развития Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского» на 2015-2024 годы в рамках реализации академической мобильности по проекту ФГАУО ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» «Сеть академической мобильности «Развитие научных исследований в области экспериментальной медицины - РНИЭМ» в ФГАУО ВО «Национальный исследовательский Томский политехнический университет»».

ОПТИМИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БИЛИАРНОЙ БОЛЬЮ

Кумельский Е.Д.¹, Княгницкая П.А.¹, Шадчнева Н.А.²

¹студенты кафедры Внутренней медицины №2

Медицинской академии имени С.И.Георгиевского КФУ

²ассистент кафедры Внутренней медицины №2

Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Шадчнева Н.А.

Введение. Сегодня патология билиарной системы занимает одно из ведущих мест в гастроэнтерологии, что обуславливается широкой распространённостью функциональной и органической патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей. В амбулаторной практике на первое место выходят функциональные расстройства, такие как функциональное билиарное пузырное расстройство и функциональное расстройство билиарного сфинктера Одди. Одним из наиболее частых проявлений патологии билиарного тракта является болевой синдром. В амбулаторной практике участкового врача-терапевта и гастроэнтеролога пациенты с синдромом билиарной боли встречаются довольно часто, что диктует необходимость максимальной оптимизации лечения для таких больных.

Цель. Изучить качество жизни пациента с билиарной болью и влияние применения современного спазмолитического препарата для купирования билиарной боли.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 30 пациентов с билиарной болью, которые находятся под наблюдением врачей поликлиники ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница». Для исследования использовали данные общеклинического, биохимического и сонографического исследования. Полученные данные статистически обработали при помощи стандартных программ Microsoft Office Excell и Statistica for Windows.

Результаты исследования. В настоящее время функциональные гастроинтестинальные расстройства отечественные и зарубежные врачи-гастроэнтерологи рассматривают как наиболее частую патологию желудочно-кишечного тракта, в особенности, в амбулаторной практике. В основе данных расстройств лежат комбинированные морфологические и физиологические отклонения, связанные с висцеральной гиперчувствительностью, нарушением моторики желудочно-кишечного тракта, нарушениями в защитном слизистом барьере, расстройствами иммунной функции, состава кишечной микрофлоры, а также расстройствами со стороны центральной нервной системы. Таким образом, по данным экспертов, актуальной сегодня является оптимизация уже имеющейся лекарственной терапии. Приоритетным выбрано направление, которое подразумевает приём препаратов, обладающих многоцелевым эффектом. Одним из наиболее применяемых препаратов считается Тримебутин, который представляет собой селективный спазмолитик (наиболее активный в отношении желудочно-кишечного тракта) с выраженной анестезирующей и прокинетической активностью.

Исследование применения Тримебутина при ведении пациентов с билиарной болью в амбулаторных условиях показало, что данный препарат эффективно купирует симптомы функциональных расстройств. После применения данного препарата по схеме 200 мг три раза в сутки на протяжении четырёх недель у 25 (83,3%) исследуемых отмечалось снижение интенсивности болевого синдрома, нормализация сократительной функции желчного пузыря и сфинктера Одди. При детализации жалоб, выявили качественные и количественные их изменения по сравнению с периодом до лечения: нарушение сна, раздражительность (до лечения отмечалось у 76% больных, после лечения данная жалоба осталась лишь у 32% исследуемых); вздутие живота было отмечено у 33,3% до лечения и 0% после); эпизоды болей длительностью 30 минут и более отмечались у 46,7% исследуемых против 12,3% после терапии; рецидивирующие симптомы болей длительность 30 минут с различными

интервалами до лечения Тримебутином встречались в 36,7% случаев, после – у 0%); боли умеренные или сильные, достаточные для нарушения активности пациента были выявлены у 26,3% до терапии и у 0% после; боли не уменьшающиеся после стула отмечались у 33,3% больных, после лечения у 0%; боли не уменьшающиеся при смене положения у 23,6% против 0% после лечения; запоры встречались в 36,7% случаев до лечения и у 0% после.

Заключение. Согласно вышеизложенному, приём Тримебутина по стандартизированной схеме оказывает высокий терапевтический эффект пациентам с функциональными расстройствами билиарной системы. Он эффективен в купировании болевого синдрома, а так же отмечается существенное улучшение качества жизни пациентов и снижение риска развития у них органической патологии на фоне функциональной.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН СТАРШЕ 30 ЛЕТ

Асанова Л.Д.¹, Кумельский Е.Д.¹, Ляшенко Е.Н.²

¹студенты кафедры акушерства и гинекологии №2 Медицинской академии КФУ

²доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 Медицинской академии КФУ

Научный руководитель: д.м.н., доцент Ляшенко Е.Н.

Введение. В последние десятилетия отмечается стойкая тенденция к увеличению числа женщин, которые впервые рожают в возрасте старше 30 лет. Это связано с активным образом жизни современных женщин, в рамках которого вопрос о создании семьи, рождении и воспитании детей отходит несколько на второй план. Изучая статистические данные по возрастным коэффициентам рождаемости в Российской Федерации за последние 5 лет, мы также пришли к выводу что показатель рождаемости среди женщин, входящих в возрастную группу старше 30 лет имеет тенденцию к увеличению (в 2010г – 67,3; в 2012г. – 74,3; в 2014г. – 79,8). Обозначенный выше возраст наступления первых родов в настоящее время является предметом опасения, так как считается одним из первых факторов риска осложнений. Однако имеет место и другая точка зрения ученых, отвергающая, существенную разницу в исходах беременности у женщин различных возрастных групп.

Цель: изучение особенностей течения родов и послеродового периода у первородящих женщин старше 30 лет.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ 3500 историй родов на базе Советской ЦРБ за период 2010-2016 гг. Среди них случайным образом были отобраны 100 историй родов первородящих женщин в возрасте старше 30 лет. Был проведен статистический анализ отобранных данных при помощи стандартных программ Microsoft office Excel, Statistica 6.0. Женщины были поделены на следующие возрастные группы: 1 группа включала в себя женщин 30-33 лет (58%); 2 группа - 34-37 лет (42%).

Результаты исследования. В ходе исследования нами получены следующие результаты. Что касается срока родов, то в 100% случаев беременность доношенная. Вид родоразрешения. В 75% случаев – через естественные родовые пути; в 5% случаев – родоразрешение через естественные родовые пути с применением вакуум-экстракции плода; остальные 20% - кесарево сечение, (показанием к которому в 54,4% случаев стал дистресс плода, а в остальных 45,6% - неэффективность родостимуляции). Продолжительность родов через естественные родовые пути в среднем составляет 7-9 часов. Анализ осложнений в родах. Осложнения присутствуют в 83% случаев; на первом месте (80% случаев) – разрывы родовых путей (из них: 71,6% - разрывы промежности I-II степени; 20,5% - разрывы шейки матки II степени; 7,9% - разрывы влагалища); второе место (30% случаев) занимает ПРПО; на третьем месте (20%) находятся дистресс плода и слабость родовой деятельности (первичная, вторичная); в 10% случаев встречается обвитие пуповины вокруг шеи новорожденного.

Кровопотеря в родах через естественные родовые пути в 100% случаев находится в пределах физиологической нормы. Исследуя особенности послеродового периода, отметили отсутствие послеродовых осложнений у 96% женщин. В 4% случаев отмечалось нарушение нормальной инволюции матки после родоразрешения путем кесарева сечения.

Выводы. На основании полученных нами результатов можно прийти к выводу, что главной особенностью течения родов является высокий уровень осложнений, в частности разрывов мягких тканей родовых путей (80%), что может быть связано с утратой эластичности (ригидностью) тканей у первородящих женщин старше 30 лет.

Такое осложнение послеродового периода как субинволюция матки, можно объяснить нарушением сократительной способности миометрия вследствие его повреждения во время операции кесарева сечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ПЕРВОРОДЯЩИХ ДЕВУШЕК ДО 18 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Кумельский Е.Д.¹, Асанова Л.Д.¹, Ляшенко Е.Н.²

¹студенты кафедры акушерства и гинекологии №2 Медицинской академии КФУ

²доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 Медицинской академии КФУ

Научный руководитель: к.м.н, доц. Ляшенко Е.Н.

Введение. В течение 2010-2016 годов в РФ отмечается тенденция к снижению молодых беременных и рожениц. Так в 2010 – 113849 чел., а в 2016 цифра уже спустилась до 76348 чел. Ранняя беременность наступает в возрасте от 12 до 18 лет, чаще всего у 15-16 летних подростков, что на сегодняшний день является не только социальной проблемой, но и медицинской.

Цель. Изучить особенности родов и послеродового периода у первородящих девушек до 18 лет. Определить частоту и структуру осложнений.

Материалы и методы. Произведен ретроспективный анализ 3500 историй родов в Советской ЦРБ за период 2010-2016 года. Выборочная совокупность составила 50 историй родов первородящих девушек возрастом от 14 до 18 лет (средний возраст составил 17,1 лет). Для 97% рожениц беременность была первой. Средний срок родоразрешения составил 38,9 недель. Анализ данных проводился в программах Microsoft office Excel, Statistica 6.0 .

Результаты исследования. Изучая период родов, выделили следующие его характеристики: интервал продолжительности родов, родовые осложнения и их структура. Интервал продолжительности родов у 23,0% рожениц составил 7-8 часов; у 17,0% - 8-9 часов; ещё у 14,0% - 5-6 часов.

Осложнения родов отмечались у 68% пациенток. В структуре родовых осложнений наибольший удельный вес имели разрывы родовых путей – 55,3% (из них 25,4% - разрывы влагалища, 22,3 % - разрывы промежности, 7,6% - разрывы шейки матки) или угрозы разрыва мягких тканей родового канала - 6,3%. ПРПО отмечалось у 11,4% пациенток, что связано с большим количеством генитальной инфекционной патологии; а так же первичная (2,4%) или вторичная (4,8%) слабость родовой деятельности. При этом в 93% случаев родоразрешение - через естественные родовые пути, 3% - кесарево сечение (показание – тазовое (чисто ножное) предлежание); 3% - вакуум-экстракция плода (первичная слабость родовой деятельности).

Исследуя особенности послеродовых осложнений, отметили их отсутствие у 98% исследуемых. В 2% отмечались послеродовые кровотечения.

Выводы. Согласно вышесказанному можно выделить следующие особенности родов: средний интервал длительности родов у большей части исследуемых составил 7-8 часов; в структуре осложнений родов преобладают разрывы родовых путей, наиболее часты разрывы влагалища и промежности, которые связаны с несовершенством нейроэндокринной

регуляции, недостаточным развитием рецепторного аппарата матки, функциональной несостоятельностью органов малого таза, что приводит к более стремительным родам. Послеродовой период у преимущественного числа рожениц – гладкий.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН ДО 18 И ПОСЛЕ 30 ЛЕТ

Стратович А.Д.¹, Кумельский Е.Д.², Асанова Л.Д.², Ляшенко Е.Н.³

¹студентка кафедры акушерства и гинекологии №1 Медицинской академии КФУ

²студенты кафедры акушерства и гинекологии №2 Медицинской академии КФУ

³доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 Медицинской академии КФУ

Научный руководитель: к.м.н, доц. Ляшенко Е.Н.

Введение. В течение 2010-2016 годов в России отмечается тенденция к снижению молодых и повышению количества возрастных первородящих. Это связано с тем, что молодые девушки стараются успешно закончить обучение, построить карьеру, а о вопросах семейной жизни и рождения потомства задумываются после, что на сегодняшний день является проблемой современного общества. Но, согласно данным экспертов, ранняя беременность, наступившая до 18 лет, также несёт в себе определенные риски.

Цель. Сравнить особенности течения беременности у первородящих девушек до 18 и женщин после 30 лет.

Материалы и методы. Произведен ретроспективный анализ 3500 историй родов из Советской ЦРБ за период 2010-2016 года. Выборочная совокупность составила 50 историй родов первородящих девушек возрастом от 14 до 18 лет (средний возраст составил 17,1 лет) – группа 1; и 50 историй родов первородящих женщин после 30 лет (средний возраст составил 34,5 лет) – группа 2. Анализ данных проводился в программах Microsoft office Excel, Statistica 6.0

Результаты исследования. Для сравнительной характеристики рассмотрим частоту и структуру осложнений в обеих исследуемых группах.

Течение первой половины беременности было осложнено у 39% девушек из группы 1: на первое место выходит угроза прерывания беременности (39,7%), затем инфекционные осложнения в 22,1% и анемии (17,7%), гипертензивные нарушения (11,4%), рвота беременных (4,6%) и многоводие (3,8%), которые могли протекать как самостоятельно или предрасполагали к угрозе самопроизвольного аборта.

У 47% исследуемых группы 1 течение второй половины беременности было осложнено. В структуре осложнений данного периода ведущее место занимает угроза преждевременных родов (23,4%), на второе место выходят поздние гестозы - 14,8%, анемия - 12,3%, гестационная гипертензия - 11,6%, гестационный пиелонефрит - 10,6%, инфекционные осложнения 7,5%, тромбофлебит 6,7%.

В группе 2 осложнения первой половины беременности присутствуют в 33,0% случаев; из них: 50,5% случаев - угроза выкидыша; 30,4% - гипертензивные расстройства, 28,6% - анемия беременных.

Осложнения второй половины беременности у исследуемых группы 2 присутствовали в 54,0% случаев; из них: угроза преждевременных родов составляет 54,7%; поздние гестозы – 30,3%; гипертензивные расстройства – 26,3%; фетоплацентарная недостаточность – 12,6%; синдром задержки развития плода – 9,3%, который мог протекать как самостоятельно, так и на фоне фетоплацентарной недостаточности.

Выводы. Согласно вышесказанному можно отметить, что осложнения течения беременности отмечались достаточно часто в обеих исследуемых группах, при на первое место в структуре осложнений выходит угроза прерывания беременности (угроза самопроизвольного аборта и угроза преждевременных родов). Течение первой половины беременности было

осложнено у 39,0% исследуемых группы 1 и у 33,0% женщин группы 2. В группе 1 чаще встречались инфекционные осложнения, в то время как в группе 2 чаще отмечались гипертензивные нарушения. А течение второй половины беременности чаще осложнялось в группе 2 (54,0%) нежели в группе 1 (47,0%), при этом в структуре осложнений в группе 2 чаще отмечаются поздние гестозы и гипертензивные расстройства, а в группе 1 отмечается высокий удельный вес инфекционной патологии.

SIGNS OF DEPRESSION AMONG ENGLISH MEDIUM MEDICAL STUDENTS

Sara Nourmahal

Student of 4th year of medicine of international faculty, Medical Academy name after S. I. Georgievsky of Vernadsky CFU

Tymchenko Svetlana Leonidovna

Ph. D. in Medicine, Associate Professor of the Department of Normal Physiology, Medical Academy name after S. I. Georgievsky of Vernadsky CFU

Introduction: Depression is one of the four major diseases in the world and is the most common cause of disability from diseases. Depression level in each community is considered as an important indicator for mental and emotional health. Mental health is regarded as an essential component of health by the World Health Organization. A person could be termed depressed if he/she shows a variable combination of some specific signs.

University students are a special group of people that are enduring a critical transitory period in which they are going from adolescence to adulthood and can be one of the most stressful times in a person's life. Trying to fit in, maintain good grades, plan for the future, and be away from home often causes anxiety for a lot of students.

Several studies have documented stress among medical students ranging from 12% to 73% which is significantly higher than in general population. Hence, a better understanding of related risk factors can help target appropriate support service for them.

Objective: The purpose of this study is to assess prevalence of depression risk factors and its rate among English medium medical students of Medical Academy name after S. I. Georgievsky of Vernadsky CFU.

Methods: Diagnosis of depression and its associated factors were assessed using the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Questionnaire was completed by 46 students from countries of Central and West Africa (Cameroon, Nigeria), Middle East (Iran), South Asia (India, Sri Lanka) and North-west Europe (Great Britain) were included in this study aged from 18 to 30 years. 53.3% of participants were male and 45.7% of them were female.

Results: Findings of present research suggest that time spent online is an important factor regarding depression. Most of the students spend more than 4 hours per day online. 84.4% of interviewees have no health issues and minority suffer from different conditions like IBS, Pcod, respiratory diseases and anxiety. 17.8% of students claim to use lots of caffeine containing drinks in their daily life, 16.6% smoke and 8.9% drink alcohol. While the majority has reported no bad habits.

Most of students report that they get more tired or fatigued more easily than usual. 35.6 % of students can not concentrate as well as usual, while 26.7% say that it is hard to keep their mind on anything for very long. 13.3% reported that they can not concentrate on anything.

Almost half of the students have not experienced any change in appetite and while the rest reported a decrease in appetite. 22.2% of participants has reported financial problems and they show a significant tendency to sleep more than the rest of students ($p=0,01$).

All of students who experience problems at school are too tired or fatigued to do a lot of the things they used to do ($p=0,006$). Males experience significantly more concentration difficulties compared to females ($p=0,03$).

Students who do exercise on a regular basis report no feelings of self dislike ($p=0,001$) and show much lesser difficulty in making decisions ($p=0,04$), don't feel worthless at all ($p=0,03$) and experience less difficulties in concentration ($p=0,03$) compared to sedentary individuals.

40% of participants believe that they do not have irritated more than usual while 60% of them suffer from being irritated much more than usual or all the time. 66.7% of students as reported, experience loss of energy.

According to results 56.8% of participants face decision making difficulties of different degrees. Majority of studied population (66.7%) have reported loss of interest in other people or things. 55.6% of students deal with restlessness and agitation. 68.9% have shown a greater than usual tendency to cry. 59.1% indicated self-criticism and feeling guilty over many things they have done. 80% of included students struggle with sadness to different extents.

Conclusion: The prevalence of major depressive disorders among medical students in Medical Academy is high and is associated with the presence of chronic disease, major life events, female gender, school problems, financial issues and life condition quality, lack of physical activity. Many students presented with moderate depression while only a few presented with severe depression signs. So we recommend clinicians attending to medical students with demographic features suggestive of greater risk of depression, to make an in depth investigation on the possible presence of depression.

We also recommend the creation of support groups with counseling facilities within medical school and improving the living condition for students in the hostels.

Furthermore, there should be routine screening for depression in medical students who have more tendency to be depressed because of having specific life events or other risk factors.

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: РОЛЬ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

Румянцева З.С.¹, Неждидий П.П.²

¹- *к.мед.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1
Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ*

²- *студент кафедры акушерства и гинекологии №1
Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ*

Введение. Одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем в настоящее время является невынашивание беременности. Этому свидетельствует рост частоты преждевременных родов в акушерских стационарах Российской Федерации (составляют до 20% от общего числа). Каждая 10-ая беременность разрешается ее невынашиванием. Почти половину (40-45%) случаев перинатальной смертности либо патологии связывают с невынашиванием. В свою очередь рост перинатальной смертности приводит к росту экономических затрат, обусловленных выхаживанием недоношенных детей.

Цель. Изучение и анализ факторов риска, приводящих к истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), и их роль в развитии невынашивания беременности.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ РК «Симферопольский КРД №2». Ретроспективно проанализированы 36 историй болезни для выявления факторов возникновения ИЦН, с последующим разделением на основную и контрольную группы исследования. 11 историй болезней больных с ИЦН составили основную группу, 25 историй болезни пациенток без данной патологии, но с угрозой прерывания беременности во II и III триместре - контрольную. Использованы клинические методы для выявления этиологии возникновения ИЦН и методы статистической обработки полученных данных. Для статистической обработки применялись методы непараметрической статистики. Оценка межгрупповых различий проведена с помощью критерия однородности (критерий Уилкоксона).

Результаты исследований. Средний возраст пациенток основной группы $28,9 \pm 0,6$, в группе контроля - $27,1 \pm 0,9$ года. Среди пациенток обеих групп преобладали жительницы города

– в основной 9 (81,8%) и в контрольной 23 (92%). Среднее образование в основной группе получено 3 (27,3%) пациентками, высшее - 8 (72,7%) против 14 (56%) и 11 (44%) группы контроля. Высокий процент пациенток основной группы имеют избыточную массу тела - у 4 (36,6%) женщин индекс массы тела (ИМТ) $26,63 \pm 0,57$. 1 пациентка (9%) страдает ожирением I степени (ИМТ $32,96 \pm 0,68$) и 1 (9%) ожирением II степени (ИМТ $37,13 \pm 0,79$). Резко выражены различия в группе контроля резко отличаются – 88% женщин имеют нормостеническое телосложение. В структуре экстрагенитальной патологии у пациенток с ИЦН на первом плане стоят заболевания ЛОР-органов – 22,3% (хронический тонзиллит и хронический отит). Патология органов мочевыделительной системы с одинаковой частотой были обнаружены у пациенток обеих групп в 23,1% и 23,9% (хронический пиелонефрит и хронический цистит). Заболеваниями желудочно-кишечного тракта страдает 2 (18%) пациенток основной группы и 2 (12%) из группы контроля. Сердечно-сосудистая патология отмечается у каждой 5 в обеих группах (27,2% и 20%). Гинекологическая патология у пациенток основной группы представлена в основном воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ): хронический сальпингоофорит встречался у каждой третьей больной (27,2%), хронический эндометрит в большей половине (72,72%). В группе сравнения такой тенденции не обнаружено. Эрозия шейки матки на момент беременности обнаружена у 7 пациенток (63,6%) из основной группы, консервативное лечение в анамнезе было у 3 пациенток (27,7%), 4 (36,3%) – не получали лечения. Хирургическое вмешательство для лечения патологии шейки матки в анамнезе получили 45,4% пациенток с ИЦН и 12% из группы контроля. Эндометриоз, лейомиома, урогенитальная инфекция в анамнезе присутствовали с одинаковой частотой (27,7% и 24%) в обеих группах. Внутриматочную спираль как метод контрацепции в 3 раза чаще (45,4%), чем в контрольной группе (12%) – использовали пациентки из основной группы. Течение беременности в первом триместре у большего числа пациенток протекало без особенностей. Госпитализация в связи с угрозой прерывания беременности в I триместре была необходима только 5 беременным (45,4%) из основной группы и 5 пациенткам (20%) – из контрольной.

Выводы. В результате проведенного исследования, а также анализа литературных данных было установлено, что одним из эффективных способов профилактики ИЦН является оптимальная прегравидарная подготовка. При установлении диагноза ИЦН, крайне важен поиск наиболее оптимальных способов коррекции несостоятельности шейки матки. Важно уделять особое внимание методам своевременной диагностики на начальных этапах развития ИЦН, тем самым снижая процент неблагоприятных исходов беременности при данной патологии. Исходя из полученных результатов, группами риска по возникновению ИЦН становятся женщины с избыточной массой тела и ожирением. Отмечается связь ИЦН с количеством родов и беременности. Данной категории беременных должно уделяться особое внимание как группы повышенного риска по развитию ИЦН. Так же предрасполагающим фактором риска являются хирургические вмешательства на шейке матки, направленные на ее расширение. Данные манипуляции сопровождаются травматизацией канала шейки матки, что указывает на роль в возникновении несостоятельности шейки матки. Кроме того, у пациенток с ИЦН в 3 раза чаще, чем у пациенток контрольной группы, использовали ВМС с целью контрацепции. Известно, что ВМС как метод контрацепции чаще приводит к возникновению хронического эндометрита, способствующий возникновению интраамниотического воспаления. Данный процесс провоцирует развитие ИЦН при беременности, что в конечном итоге приводит к невынашиванию беременности.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Волоцкая Н.И.¹, Либа А.Ю.¹, Недождий П.П.¹

¹студенты кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

научный руководитель: к.м.н., доцент Сухарева И.А.

Введение. Острые нарушения мозгового кровообращения входят в число заболеваний, повышающих смертность населения в экономически развитых государствах. Анализ литературных данных показывает, что существует стойкая тенденция к росту числа пациентов с сосудистыми заболеваниями головного мозга трудоспособного возраста, из которых не менее 20% подвергаются инвалидизации и не могут вернуться к трудовой деятельности. Своевременное и целенаправленное выявление факторов риска острых нарушений мозгового кровообращения, способствует усовершенствованию методов профилактики и модификации образа жизни, а также позволит существенно снизить уже имеющийся уровень заболеваемости и смертности при данной патологии.

Цели и задачи. Изучить социально-значимые факторы риска у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. В связи с поставленной целью были определены задачи исследования: выяснить частоту встречаемости факторов риска у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, а также проанализировать частоту встречаемости среди мужчин и женщин. Методика исследований. Был проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения по г. Симферополь. Репрезентативность выборки была обеспечена методом отбора анализируемых параметров. Были изучены следующие параметры: неконтролируемые факторы (пол, возраст, наследственность) и контролируемые факторы (артериальная гипертензия и сахарный диабет в анамнезе, подверженность стрессовым факторам, погрешности в диете и избыточная масса тела, вредные привычки, образование и профессия). Статистический анализ проводили согласно общепринятым методам, используя программное обеспечение Microsoft Office Excel 2016. Различия считались статистически достоверными при определении вероятности 95% ($p < 0,05$).

Результаты исследований. Было установлено, что основным не модифицируемым фактором риска развития данной патологии является возраст. Среди лиц младше 40 лет заболевание выявлено у 4%, в возрасте 41-60 лет – 37%, у пациентов старше 61 года – 59%. При этом, острые нарушения мозгового кровообращения у трудоспособных мужчин встречаются на 26,9% чаще, чем у женщин. Среди пациентов старше 61 года: мужчин – 47,5%, женщин – 52,5%, при уровне статистической значимости $p < 0,05$. Роль наследственного фактора, как фактора риска, не была установлена, т.к. полученные данные не являлись статистически достоверными. Из числа контролируемых факторов риска, наиболее значимым и часто встречающимся, является артериальная гипертензия. Во всех возрастных категориях определяется прямая, статистически значимая корреляционная связь между уровнем артериального давления и развитием нарушений мозгового кровообращения ($r = 0,69$, $p = 0,04$). Также определено, что сахарный диабет встречается у 18% обследуемых. Общеизвестно, что погрешности в диете и наличие избыточной массы тела, наблюдавшиеся в 42% случаев, влияют на возникновение сосудистых заболеваний головного мозга лишь опосредованно, приводя к дислипидемии. К опосредованным факторам риска также можно отнести подверженность стрессовым воздействиям, что наблюдалось у 12%, вредные привычки наблюдались в 30% случаев, у 18% больных имели место тяжелые условия труда.

Выводы. Полученные данные говорят о том, что структура факторов риска развития сосудистых заболеваний головного мозга неоднородна. Установлено, что в трудоспособном возрасте частота возникновения заболевания выше у мужчин, однако, среди больных старше 61 года частота патологии на 5% выше среди женщин. Факторы, отнесенные к опосредованным, не являются первопричиной возникновения инсультов, а лишь приводят к метаболическим и органическим нарушениям в организме.

МОДЕЛИРОВАНИЕ СТРЕССА У БЕЛЫХ КРЫС НА ФОНЕ ДЕСИНХРОНОЗА

Бессалова Е.Ю.¹, Волоцкая Н.И.²

¹ - д.мед.н., профессор кафедры нормальной анатомии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

² - студентка кафедры нормальной анатомии Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ

Введение. Вопросы влияния стресса и нарушения биологических ритмов (десинхроноз) на репродуктивную систему актуальны на сегодняшний день. Особенности образа жизни в мегаполисах способствуют воздействию этих факторов в совокупности. Снижение репродуктивных способностей в популяции человека обусловлено болезнями цивилизации и представляет практический интерес. Постоянные стрессовые воздействия приводят к активации адаптивных механизмов нейрогуморальной системы, запуская каскад реакций, в результате которого формируется психосоматическая патология, в том числе и патофизиологические механизмы нарушения репродукции. Гипоталамус, гипофиз и шишковидное тело как центры эндокринной регуляции и структуры промежуточного мозга в комплексе реализуют нейрогуморальные механизмы стресса на фоне десинхроноза. Эти три органа связаны между собой прямыми и обратными нейроэндокринными связями. Их взаимодействие с периферическими эндокринными железами и через них, воздействие на органы-мишени, достаточно хорошо изучено на самцах, в отсутствие полового цикла. Учитывая, что подавляющее большинство экспериментов по моделированию стресс-реакции и дизрегуляции биоритмов проводится на половозрелых самцах, учитывая стабильность их гормонального фона, актуальным является исследование именно самок белых крыс.

Цель исследования – разработать экспериментальную модель стресса на фоне нарушения биологических ритмов. Перспективным является дальнейшая оценка морфофункциональных изменений в яичниках самок белых крыс, а также в гипоталамо-гипофизарно-эпифизарном нейроэндокринном комплексе и надпочечниках, как периферических желез симпатoadреналовой системы.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 40 половозрелых самках белых крыс линии Wistar, в возрасте 4-5 месяцев, с массой тела – 160-180 граммов. Были созданы 4 экспериментальные группы, в каждой по 10 животных. Крыс контрольной группы содержали в стандартных условиях вивария с соблюдением режима кормления и освещения 12:12 часов. Для индукции экспериментального десинхроноза крыс двух подопытных групп содержали в условиях нарушения светового режима. Экспериментальную группу «1» составили самки, которые находились в условиях круглосуточного яркого искусственного освещения холодного цветового спектра. Экспериментальную группу «2» – животные, которых содержали в полной темноте. В экспериментальной группе «3» крысы находились в фиксированном световом режиме: 12 часов искусственного освещения, 12 часов темноты (дополнительная группа контроля), но подвергали стрессовому воздействию в последующем во второй части эксперимента.

По истечении 10 суток в том же режиме освещенности (на фоне пролонгирования экспериментального десинхроноза), на протяжении еще 20 дней животных подопытных групп подвергали ежедневному воздействию стресса. Для моделирования комплексной стресс-реакции использовали чередование распространенных методик:

1. Пересаживание крысы в клетку с другими крысами, в сформированную группу, где подопытное животное было в роли «чужака», моделируя изменение привычной обстановки на 1 час.

2. Фоновое шумовое воздействие, воспроизводящее уличный шум, в течение 1 часа.

3. Оборонительное поведение обеспечивали, создавая дискомфорт методами непродолжительной фиксации за хвост, с исключением ноцицептивного воздействия при сохранении способности к движению.

Эти воздействия проводили в фиксированный интервал времени с 12-00 до 13-00 часов.

Результаты исследований. При индукции десинхроноза у особей женского пола происходит нарушение циркадных биоритмов, в сочетании со стрессовым воздействием возникают нарушения нейрогуморальной регуляции на разных уровнях, в т.ч. и на уровне гипофизарно-адреналовой системы. Предварительное исследование выявило ряд функциональных изменений, отражающих данные процессы. Происходит снижение массы тела, значимое в группах сочетания стресса с десинхронозом (снижение массы тела на 7,8%, $p \leq 0,05$). Выявлено также нарушение ритмики половых циклов, увеличение их продолжительности, особенно в группе светового содержания в сочетании со стрессовым воздействием. Данные изменения выявлены при исследовании трех последних циклов – с 18 по 30 день эксперимента. По окончании эксперимента (когда из всех экспериментальных самок были сформированы семьи с интактными самцами) в подопытных группах выявлено снижение показателей фертильности, снижение количества крысят в приплоде. Эффекты стрессоров различной природы позволяют в эксперименте моделировать стрессовую ситуацию, близкую к искусственным условиям городской среды, способствующих формированию болезней цивилизации. Представляет дальнейший интерес морфологическое исследование и выявление особенностей реакции на стресс в зависимости от пола животного, вида десинхроноза (темновой, световой).

Выводы. В данной работе описан способ моделирования экспериментального десинхроноза в сочетании с действием стрессовых факторов различной этиологии. Методика позволяет вызвать реакции, близкие к естественным, провести оценку и описание морфофункциональных изменений органов и систем, возникающих в созданных условиях.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗНАНИЙ ШКОЛЬНИКОВ МЛАДШИХ КЛАССОВ ПО ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА

Рустамов Т.Б.

студент стоматологического факультета кафедры пропедевтики стоматологии

Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ

научный руководитель: к.мед.н., доцент Михайлова Т.В.

Введение. Гигиена полости рта – важный раздел стоматологии, ведь здоровье полости рта – это залог здоровья всего организма. Гигиенические навыки имеют большое значение в возникновении и развитии кариеса зубов. Учитывая высокую распространенность кариеса зубов и заболеваний пародонта, стоматологи используют все существующие методы профилактики для предупреждения стоматологических заболеваний и снижения интенсивности их течения. Необходимый уровень гигиенических навыков нужно воспитывать у детей начиная с 2,5 – 3-х лет. Обучение гигиеническому уходу за полостью рта может иметь успех только при условии совместных усилий всех участников воспитательного процесса – родителей, врачей-стоматологов, педагогов. Положительные результаты могут быть получены только при правильном, систематическом и регулярном выполнении приемов гигиены и контроля за их выполнением.

Цель и задачи исследований. Целью нашей работы было изучение уровня знаний школьников по гигиене полости рта. В задачи исследования входило: определение правильности и регулярности использования основных и дополнительных средств гигиены полости рта.

Методика исследований. Определение уровня знаний школьников проводили методом анкетирования с использованием специально разработанной для данного исследования анкеты. Вопросы анкеты касались методики и частоты чистки зубов, используемых современных средств гигиены полости рта, частоты посещения стоматолога. Анкетирование проводилось индивидуально, анкеты заполнялись детьми самостоятельно. Данные обрабатывались статистическим методом.

Результаты исследований. Нами было опрошено 74 школьника младших классов, обучающихся в общеобразовательной школе, в возрасте 7-9 лет, из них: 33 девочки (45%) и 41 мальчик (55%). Установлено, что большинство детей (99%) чистят зубы, хотя 1 опрошенный признался, что вообще их не чистит (1%); 1 раз в день зубы чистят 26% учащихся (19 опрошенных), 2 раза в день - 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 4 минуты - 7% (5 человек). Дополнительные средства гигиены никогда не используют 49% (36 опрошенных), из них используют, но не знают, как правильно пользоваться - 5% (4 человека), пользуются дополнительными гигиеническими средствами очень редко 16% (12 человек), пользуются регулярно - 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. В результате проведенного исследования у детей младшего школьного возраста выявлен средний уровень знаний по гигиене и профилактике стоматологических заболеваний. Из 74 опрошенных 60% верно ответили на поставленные вопросы, неверные ответы составили 40%. Это обуславливает необходимость в дифференцированном подходе при разработке обучающих программ и проведении уроков здоровья среди данного контингента школьников.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЛОЖНЫХ УДАЛЕНИЙ РЕТИНИРОВАННЫХ И ДИСТОПИРОВАННЫХ ЗУБОВ

Рейн Е.Э., Крейман И.Э.

*студенты стоматологического факультета кафедры пропедевтики стоматологии
Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ*
научный руководитель: к.мед.н., доцент Михайлова Т.В.

Введение. На сегодняшний день проблема затрудненного прорезывания третьего моляра, является актуальной для большого числа людей по всему миру. Зуб мудрости является рудиментом, не принимает особо важной роли при жевании, а некоторые люди и вовсе рождаются без зачатков третьих моляров. Прорезывание «восьмых» зубов часто вызывает дискомфорт, сопровождается болью и развитием воспаления за счет той или иной степени дистопии зуба, присоединения инфекции, травмирования данного участка зубом-антагонистом и пищей. Перикоронит - это воспалительный процесс тканей десны и краевого периодонта в области третьего моляра при его затрудненном прорезывании.

Цель и задачи исследований. Целью нашего исследования было изучить распространенность сложных удалений ретинированных и дистопированных зубов. В задачи исследования входило: выявление основных причин удаления зубов на приеме у врача-стоматолога-хирурга, определение частоты встречаемости перекоронита у пациентов хирургического профиля.

Методика исследований. Сведения о причинах удаления зубов и определение частоты встречаемости перикоронита получены путем статистического анализа данных амбулаторных карт пациентов, обратившихся на прием к врачу-стоматологу-хирургу.

Результаты исследований. Во время прохождения производственной практики на базе Пионерской ЦРКБ, нами были проанализированы данные амбулаторных карт пациентов, обратившихся за помощью к врачу-стоматологу-хирургу в течение трех месяцев. Из всех первичных пациентов хирургического кабинета (152 человека), удаление зубов произведено 133-м обратившимся. Причинами удаления зубов были: осложненный кариес (апикальный периодонтит) – около 52% случаев, заболевания пародонта – 13%, по ортодонтическим и ортопедическим показаниям – 8 %, другие манипуляции (цистэктомия, резекция верхушки корня) – 2%, сложные удаления ретинированных и дистопированных зубов составили 25% всех случаев. Установлено, что в 1-й месяц с перикоронитом было 12 пациентов (8 женщин и 4 мужчины), во 2-й месяц – 13 человек (7 женщин, 5 мужчин), а в 3-й – 8 человек (6 женщин и 2 мужчины). Всего за 3 месяца выявлено 33 случая перикоронита (21 женщина и 12 мужчин), в среднем, 11 человек в месяц. Женщины составляют 64% обратившихся, а мужчины - 36%. Возраст пациентов с диагнозом «перикоронит», по нашим данным, колеблется от 22 до 43 лет.

Выводы. Таким образом, установлено, что распространенность сложных удалений ретинированных и дистопированных зубов - 25% (одна четвертая от всех удалений), причем, женщины в 2 раза чаще обращаются к врачу-стоматологу-хирургу по поводу перикоронита, чем мужчины. Средний возраст пациентов с данной патологией составляет 32,5 года.

БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Третьяк К.В.¹ Савчук Е.О.²

¹Студентка кафедры нервных болезней и нейрохирургии

²Аспирант кафедры нервных болезней и нейрохирургии

ФГАОУВО «КФУ им. В. И. Вернадского»

«Медицинская академия им. С.И. Георгиевского»

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

Введение: Цереброваскулярные заболевания являются одной из ведущих причин смертности и инвалидности в мире. Ежегодно в России более 450 тыс. человек переносят инсульт, и лишь у 3-8% пациентов наступает полная профессиональная реабилитация, остальные пациенты нуждаются в реабилитационном лечении. Нарушение мозгового кровообращения является одной из наиболее частых причин возникновения различных болевых синдромов, наличие которых ограничивает возможности реабилитации таких больных.

Цели и задачи: Целью нашей работы является изучение особенностей проявления болевых синдромов у пациентов, перенесших инсульт в раннем реабилитационном периоде, изучение распространенности депрессии у данной категории больных.

Результат исследования: Проведено обследование 24 человек, перенесших инсульт в раннем восстановительном периоде, из которых мужчин – 13 (54%), женщин – 11 (46%). Средний возраст, которых составил 65 лет. Ишемический инсульт перенесли 67%, геморрагический – 21%, недифференцированный – 12%. Основными причинами развития инсультов являются: гипертоническая болезнь (37,4%), церебральный атеросклероз (29%), патология сердца (31,1%), сахарный диабет (2%).

Нами было проведено неврологическое обследование, обследование по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ), исследование уровня депрессии по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS).

При неврологическом осмотре больных были выявлены различные очаговые синдромы: двигательные нарушения в виде спастического гемипареза у 37,6%, элементы моторной афазии у 11%, сенсорной -7%, дизартрии (17%), атаксии (8,8%), нарушения чувствительности у 8,8%, гомонимной гемианопсии (4,4%).

Изучение жалоб больных с целью выявления болевых синдромов показало, что на первом месте была головная боль (ГБ) у 46,3%, основным видом которой являлась головная боль напряжения (ГБН) - 34%, цервикогенный характер головной боли отмечался у 8%, ликворно-гипертензионный синдром - 4,4%. Ликворно-гипертензионный синдром был подтвержден при КТ-исследовании, данный вид ГБ выявлялся чаще у больных с геморрагическим инсультом 55,4%; а цервикокраниалгия, т.е. головная боль, связанная с дегенеративной патологией позвоночника (39%). Оценка боли по шкале ВАШ показало, что ГБН, цервикогенные ГБ пациенты оценивали в 3 ± 1 балл, ГБ связанные с развитием ликворно-гипертензионного синдрома в 4 ± 1 балл.

На втором месте по частоте встречаемости была боль в плечевом суставе (25%), её развитие было обусловлено контрактурой, которая выявлялась на стороне спастического пареза. Боли в области плечевого сустава носили невропатический характер, пациенты оценивали выраженность болевого синдрома в среднем в 4 балла.

Боли в ногах встречались у 4.1% больных, их развитие было связано с повышением мышечного тонуса. По шкале ВАШ ее выраженность 2 ± 1 балл.

Развитие болевых синдромов отражалось на эмоциональной сфере – по шкале HADS - у 64% больных развивалась депрессия, выраженность депрессии зависела от тяжести неврологического дефицита и наличия и выраженности болевого синдрома у больных после инсульта. Наличие депрессии ограничивало возможности реабилитации больных с инсультом.

Выводы: Раннее выявление болевых синдромов у больных, перенесших инсульт, способствует их своевременной коррекции и улучшению возможностей реабилитации у данной категории больных.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Сейтумерова Л.И.

студент кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии 1го медицинского факультета «Медицинской академии им.С.И.Георгиевского»

ФГАОУ ВО «КФУ им.В.И.Вернадского»

научный руководитель: ассистент Шевкопляс Л.А.

Введение. Сальмонеллез - острая инфекционная болезнь, вызываемая бактериями рода *Salmonella*. Это подвижные грамотрицательные палочки размером $0,7—1,5 \times 2—5$ мкм. Источниками заражения могут быть как животные (крупный рогатый скот, свиньи), так и птицы, рыбы и больные люди. Могут сохранять жизнеспособность в воде до 5 месяцев, в почве до полутора лет, в мясе до полугода, в птичьих тушках до года и более. Около 20 дней сохраняются в молоке, месяц в кефире и четыре – в сливочном масле. В сыре сальмонелла может оставаться в живом виде до года, 3-9 месяцев в яичном порошке и 17-24 дня на скорлупе яиц. Передается сальмонеллез пищевым и контактно-бытовым путем. Основные факторы передачи- продукты питания. Инкубационный период при сальмонеллезе в среднем от 2-х часов до 3-х дней, при бытовом пути передачи до 4-7 суток. Заболевание начинается остро: повышается температура, слабость, головная боль, отсутствие аппетита. Вскоре появляются симптомы поражения желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота, жидкий стул, боли в животе. сальмонеллы относительно устойчивы в окружающей среде. В настоящее время сальмонеллез остается одной из важнейших гигиенических и эпидемиологических проблем.

Большинство сальмонелл патогенны не только для человека, но и для различных теплокровных животных, птиц, рыб, пресмыкающихся.

По статистическим данным, за январь-апрель 2016 года в Российской Федерации зарегистрировано около 10500 случаев сальмонеллезных инфекций. Для такого незначительного периода показатель достаточно высокий. Больше всего прецедентов заболевания сальмонеллезом зарегистрировано в Ханты-Мансийском, Ямало-Ненецком автономных округах, Томской, Магаданской, Челябинской, Смоленской, Иркутской, Кемеровской, Оренбургской, Свердловской областях, Пермском, Приморском, Красноярском краях. В связи с этим, можно сказать, что проблема заболевания остается актуальной на протяжении многих лет, причем не только в РФ, но и в мире в целом.

Цель и задачи исследований: изучить и проанализировать статистические данные по распространенности сальмонеллеза у населения Республики Крым, определить факторы риска заражения данной инфекцией.

- методика исследований: были изучены и проанализированы статистические данные по распространенности энтеробиоза среди населения Крыма. Данные предоставлены ФБУЗ "ЦГиЭ в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе".

Результаты исследований: всего за период с 2014 по 2016 гг. в Республике Крым было зарегистрировано 2154 случаев сальмонеллеза, из них в 2014г.- 849 сл., в 2015г.- 668 сл., в 2016г.-637 сл. Все случаи сальмонеллеза бактериологически подтверждены. Проанализировав заболеваемость сальмонеллезом за 2014-2016гг., необходимо отметить, что преобладающим этиологическим агентом являются сальмонеллы группы «D» S.Enteritidis. Наибольшее число заболевших отмечалось в группе взрослого населения- 1200 сл. Удельный вес взрослого населения составил 68%. Так, за рассматриваемый период (2014-2016гг.), максимальное количество заболевших приходится на долю лиц от 29 до 55 лет - 78%. Заболеваемость городского населения на 15% превышает уровень инцидентности в сравнении с сельским. В этот же период среди детей от 0 до 2 лет регистрировались единичные случаи заболевания сальмонеллезом.

Более чем 90% очагов был задействован пищевой путь передачи инфекции. В структуре факторов передачи сальмонеллезом наиболее значимыми оставались продукты животноводства: яйца (38,2%), мясные(28%), молочные(13,2%).

В ходе исследований было выявлено, что высокий уровень заболеваемости сальмонеллезом наблюдается в летне-осенний период, что можно считать сезонным подъемом. Это связано с тем, что Крым в этот период становится культурно-туристическим центром для населения СНГ, а также влиянием следующих факторов:

- высокая температура окружающей среды (37-40⁰ C)
- высокая миграция населения в летне - оздоровительный период
- массовые купания в море (заглатывание воды)
- неправильное хранение скоропортящихся продуктов

Именно в разгар летнего сезона появляются многочисленные стихийные торговые точки, по продаже мороженого, слабосоленой рыбы, морепродуктов и т.д. Персонал таких точек продаж не всегда соблюдает санитарно-гигиенические требования, что связано с отсутствием централизованного водоснабжения. Соответственно, необходим усиленный контроль в местах несанкционированной торговли.

Выводы: более подверженными к сальмонеллезу являются взрослые. Наиболее высокий уровень пораженности сальмонеллезом отмечался среди жителей городов. Для того, чтобы количество заболевших в Республике Крым снизилось, в первую очередь, сами граждане должны быть осведомлены с опасностью инфекции и соблюдать правила личной гигиены. Профилактика сальмонеллеза включает проведение ветеринарно-санитарного надзора за убоем скота и птицы, технологией разделки туш, приготовлением и хранением мясных и рыбных блюд, соблюдением сроков их реализации, необходимо соблюдать правила приготовления пищи – просматривать сроки и температуру хранения пищевых продуктов.

Важная роль отводится вакцинации сельскохозяйственных животных и домашней птицы сальмонеллезными вакцинами.

КОРРЕКЦИЯ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА ПРИ ПОМОЩИ ЛФК

Румянцева З.С.¹, Баснаева А.Д.²

¹Доцент, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1

Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ

²Студентка кафедры акушерства и гинекологии №1

Медицинской академии им. С.И. Георгиевского КФУ

Введение. В норме к 34-36 неделе беременности плод занимает оптимальное положение для будущих родов, головкой вниз. Однако в 3% -5 % случаев при доношенной беременности встречается тазовое предлежание плода. В такой ситуации роды через естественные родовые пути связаны с высокими рисками для роженицы и плода. Таким образом, тазовое предлежание в настоящее время считается патологическим, даже если идеально соблюдены условия, необходимые для родов через естественные родовые пути, и плод является относительно некрупным по отношению к размерам таза матери. При вагинальном родоразрешении может происходить запрокидывание ручек и головки плода, что может приводить к его травматизации. В настоящее время тазовое предлежание стоит на третьем месте среди показаний к операции кесарева сечения. Однако данная операция не дает возможности полностью исключить риск травматизации плода, так как при его извлечении также возможно запрокидывание ручек и головки плода, и для их освобождения необходимо применение сложных манипуляций. Для исправления тазового предлежания сегодня используется наружный акушерский поворот плода на головку, предложенный в конце позапрошлого века отечественным акушером Архангельским Б.А., а также поворот с помощью лечебной физкультуры (ЛФК) по методике И.Ф. Дикань и гимнастика по методике В.В. Фомичевой.

Цель и задачи. Изучить проблему патологических предлежаний и методы их коррекции. Изучить основные методики ЛФК для поворота плода, показания и противопоказания к ним. Оценить эффективность применения ЛФК для поворота плода из тазового предлежания в головное и провести дальнейшее исследование исхода беременности после произошедшего поворота.

Методика исследования: В исследовании принимали участие 32 пациентки, у которых клиническими и ультразвуковым методами было диагностировано тазовое предлежание плода в III триместре беременности. Возраст беременных составил от 16 до 40 лет, срок гестации от 29 до 35 недели беременности к моменту начала занятий. Каждая участница исследования была проинформирована о сути метода в целом и о наиболее вероятном механизме поворота плода в зависимости от его позиции. В соответствии с этим определялись наиболее рациональные активные упражнения и позиции в периоды релаксации. Эти специальные упражнения и позиции рекомендовалось выполнять ежедневно в домашних условиях. При этом всем участницам исследования предварительно был продемонстрирован весь комплекс упражнений. В основе предложенной модели ЛФК для поворота плода лежит корригирующая гимнастика по методике И.Ф. Дикань и гимнастика по методике В.В. Фомичевой. Основной принцип занятий – это чередование нагрузки и релаксации. После проведения всего комплекса упражнений проводились 10-15-минутные релаксирующие упражнения. При этом 7-8 минут женщина лежала на боку, рекомендованном врачом с учетом механизма предполагаемого поворота плода. Все используемые упражнения выполняются из разных исходных положений тела (чередование активных и пассивных упражнений и смена положения тела во время

занятия помогает избежать нежелательной перегрузки организма беременной, что может привести к выраженному тонусу матки).

Результаты исследований. Был проведен курс занятий лечебной физкультуры у 32 беременных с тазовым предлежанием плода, у 24 (75,0%) из которых за время занятий произошел поворот плода из тазового в головное предлежание. После произошедшего поворота беременным производилась запись КТГ плода и доплерометрическое исследование, которые зафиксировали удовлетворительное состояние плода. Также после произошедшего поворота женщины носили дородовый бандаж. В дальнейшем был проведен ретроспективный анализ истории родов у данных 25 женщин. У всех роды произошли через естественные родовые пути, в срок от 37 до 41 недель. Все дети родились в удовлетворительном состоянии (по шкале Апгар от 6 до 9 баллов на первой минуте и от 7 до 10 баллов на второй минуте жизни). Состояние женщин после родов удовлетворительное.

Выводы. Исследование показало, что смоделированный комплекс упражнений ЛФК позволяет эффективно использовать его для коррекции тазового предлежания. Это, в свою очередь, позволит снизить частоту оперативных родоразрешений и снизить частоту перинатальной смертности и акушерского травматизма.

AMYLIN AND GHRELIN IN PANCREATIC CELLS

Ostapova V.S.¹, Bolshakova O.V.²

¹student of the 2-d year of Medical Academy named after S.I. Georgievsky, CFU

² associate professor of Histology and Embryology department, Medical academy named after S.I. Georgievsky, CFU

Introduction. According to the magazine "Young Scientist" on pancreatic disease in 2016 accounted for 18.8% of all diseases of the gastrointestinal tract. The incidence is increasing in all population groups. To understand the pathogenesis it is necessary to know the structure and functions of the organ. That is why informing about innovations in the structure of the pancreas is a necessary and significant process.

The purpose: conduct a comparative analysis and inform about cells and hormones in the pancreas, using the data of modern literature.

Materials and methods. Methods of immunohistochemistry and double immunofluorescence revealed epsilon cells in the pancreas. The relative size of the epsilon cells was calculated by quantitative analysis.

Results of the study. Individual epsilon cells in the exocrine pancreas appear at the 13th week of embryonic development. From 21 weeks, the cells are located around the developing islets, forming an almost continuous layer on their periphery. Later they appear in the island itself. Neither sex nor age affects the mass of the epsilon cells, but the mass affects their numbers. Epsilon cells at 21 weeks of pregnancy make up 15% of all cells in the developing islet, the peak falls on 23 weeks - 30%, then their number drops to 5% at birth. Despite the increase in the number of islets, in the adult pancreas epsilon cells are less than 1%.

Using the method of double immunofluorescence of the islets of the developing pancreas, it was found that ghrelin is synthesized in epsilon cells and its quantitative peak falls on the 22-24 week of intrauterine development. Using the quantitative analysis, the relative size of the epsilon cells was calculated (by the coefficient of the ratio of the cell beta area to the cell epsilon area). To do this, we used imprinting and the data was analyzed using Axio Vision 4.4 software (Carl Zeiss). Epsilon cells are rounded or oval in shape and are usually localized around the periphery of the islets as separate cells or small clusters.

With the help of immunohistochemistry it was found that ghrelin is not produced by alpha, beta and delta cells. Epsilon cells do not produce other pancreatic hormones, and ghrelin is synthesized only in epsilon cells. In the study of Volante M., Allia E., different results were obtained: ghrelin was located together with insulin in one cell, and in the results of the studies Date Y., Nakazato M. - together with glucagon. Little is known about the role of ghrelin on the body. It is believed that this hormone promotes the spread and growth of islet cells locally. According to other sources, ghrelin is a hormone of hunger, as its level before meals increases, and after meals - decreases.

Another substance that affects the saturation of the body is the islet amyloid polypeptide of the pancreas (amylin). In the studies of Volkov V.P. it was indicated that it is synthesized in beta cells. Its content is approximately 1-2% of insulin. In healthy people, it accumulates in the secretory granules together with insulin, from which it is secreted in response to glucose, not deposited in islets. The hormone participates in the physiological control of the evacuation function of the stomach, dramatically slowing its emptying, stimulates the release of somatostatin, which in turn inhibits the secretion of histamine and hydrochloric acid by the cells of the bottom of the stomach. In a study by Jan Lee Beals and John Kalam, it was shown that amylin affects the secretion of insulin and glucagon. Secretion of insulin, he oppresses at the level of glucose, detected in humans only in a calm state, and the secretion of glucagon depresses after eating. Thus, amylin also regulates the level of glucose in the blood. However, there are a lot of controversial questions about the physiological effects on the body's functions of both amylin and ghrelin.

Conclusions. Ghrelin and amylin are far from the last in the rating of life-supporting substances, but all their properties are not fully understood. Studies of the pancreas continue and the discoveries in this area will allow us to study the development of diseases in more detail, and possibly prevent them.

COMPARATIVE ANALYSIS SITUATION OF TUBERCULOSIS IN NIGERIA AND RUSSIAN FEDERATION

Ilechukwu Lilian¹, Jimoh Olufunmilayo¹

¹Students of Public Health Department, Medical Academy, CFU.

Scientific supervisors: Associate professor Ph. D. Sukhareva I. A., Professor Tretiakova O. S.

Background. Tuberculosis (TB) is one of the top 10 causes of death worldwide. In 2015, 10.4 million people fell ill with TB and 1.8 million died from the disease according to the World Health Organization (WHO). Over 95% of TB deaths occur in low- and middle-income countries. For many European countries, TB caused death in about 25% of adults and was the leading cause of death in the U.S. until the early 1900s. In 2015, an estimated 1 million children became ill with TB and 170 000 children died of TB. However, the CDC estimates that one-third of the world's population is infected with TB with about 1.8 million deaths per year. The World Health Organization (WHO) declared Tuberculosis (TB) a global emergency and it remains one of the world's major causes of illness and death. Globally, the number of TB deaths fell by 22% between 2000 and 2015. In 2015, there were an estimated 10.4 million new (incident) TB cases worldwide, of which 5.9 million were men, 3.5 million were women and 1 million were children. The case fatality ratio (the global proportion of people with TB who die from the disease) varied from under 5% in a few countries to more than 20% in most countries in the WHO African Region. This shows considerable inequalities among countries in access to TB diagnosis and treatment that need to be addressed. Globally in 2015, there were an estimated 480 000 new cases of multidrug-resistant TB (MDR-TB) and an additional 100 000 people with rifampicin-resistant TB (RR-TB) who were also newly eligible for MDR-TB treatment. A total of 125 000 patients (20% of those newly eligible for treatment) were enrolled and started on MDR-TB treatment, an increase of 13% compared to 2015. Globally, data show an average cure rate of only 52% for treated MDR-TB patients. In 2015, an estimated 9.5% of people with MDR-TB had extensively drug resistant TB (XDR-TB).

Aim and Task. To analyze the situation of tuberculosis in Nigeria and Russian Federation. What measures can be carried out to reduce the incidences of tuberculosis. Method and Research, we used the WHO reports about tuberculosis, reports from Ministry of Public health in Nigeria and Russian Federation.

Result of research. According to the data of WHO, Nigeria is currently ranked fourth among the 22 countries with the highest TB prevalence rates and first in Africa while Russia is ranked 11th, whereas in Europe the Russian “contribution” to the total number of newly diagnosed patients with TB was 36%. In 2016, there were an estimated 32 000 TB deaths in the WHO European Region, which is equivalent to 3.5 deaths per 100 000 population while in Africa, there was an estimation of 450,000 TB deaths. In Nigeria from ages 0-14 years in females, there’s an estimation of 33 000 incidences; from 14 years and above with an estimation of 198 000 incidences while in Russia from 0-14 years, there’s an estimation of 5 000 incidences; from 14 years and above with an estimation of 31 000 incidences. In the male sex group for Nigeria, there was a record of 34 000 incidences from ages 0-14 years and from 14 years above with a record of 322 000 incidences whereas in Russia, there’s a record of 4 000 incidences from ages 0-14 years and from 14 years and above, there’s a record of 74 000 incidences. In Nigeria, there is 15% of tuberculosis treatment coverage while in Russia, there is 87 % of treatment coverage. In Nigeria, there are cases of multiple drug resistance/rifampin resistance-TB (MDR/RR-TB) notified among pulmonary TB cases with an estimation of 4700 while in Russia, there’s an estimation of 47 000 cases. The % of new cases of MDR/RR-TB in Nigeria is 4.3% but Russia has 22% of these cases.

Conclusion. Evidently the prevalence of tuberculosis is more in Nigeria compared to Russia. But Russia suffers more from multiple drug resistance/rifampin resistance-TB in comparison with Nigeria. Currently there are programs setup by both countries with the help of non-governmental organizations to help reduce the incidences of tuberculosis. In Nigeria, there are programs such as the Directly observed treatment short course (DOTS) and National Leprosy and TB Control Programme (NTLP) currently in place to help decrease the incidences of TB while in Russia there’s a system called the Insurance medicine that’s currently helping with the fight against TB. For the spread of TB to be reduced, there’s a need for proper education on TB, increase propaganda of healthy life style, involvement of all healthcare providers, provision of free health care services for people with TB, accurate, rapid, laboratory-based diagnosis of TB, including drug-resistant TB and promotion of operational research.

COMPARATIVE ANALYSIS SITUATION OF HIV/AIDS IN RUSSIAN FEDERATION AND IN NIGERIA

Jimoh Olufunmilayo¹, Ilechukwu Lilian¹

¹Students of Public Health Department, Medical Academy, CFU

Scientific Supervisors: Associate professor, Ph. D. Sukhareva I. A., Professor Tretiakova O.S.

Background. Since the start of the Human Immunodeficiency Virus (HIV) epidemic in the mid-1980s, 78 million people are estimated to have become infected with the virus and 35 million have died of AIDS-related illnesses. In 2016 only, there was a global loss of about 1 million people to the epidemic. Currently, about 36.7 million people are living with HIV globally including 1.8 million children aged 0 to 14, and about 30% of them do not even know their status. Over the past years, HIV has spread widely and has remained a serious public health issue all over the world affecting our health, finance, employment, crime rate and economic progress especially in Sub-Saharan African countries with an estimated 25.5 million out of the 36.7 million people living with

HIV in the world. In 2016, there were roughly 1.8 million new HIV infections globally - a decline from 2.1 million new infections in 2015. Thus, a positive trend is emerging as new infections among adults are now estimated to have declined by 11% - and 16% for the general population - between 2010 and 2016, whereas there was only an 8% decline between 2010 and 2015. Also, new HIV infections among children globally has halved, from 300,000 in 2010 to 160,000 in 2016 (47%). Due to new global efforts, a major milestone was achieved in 2016 where, for the first time, it was found that more than half of all people living with HIV (53%) now have access to life-saving treatment. In 2016, 19.5 million people living with HIV were receiving antiretroviral treatment (ART) - up from 17 million in June 2016 and 7.5 million in 2010. 76% of all pregnant women living with HIV accessed treatment to prevent HIV transmission to their babies – this is up from 47% in 2010 but a small decline by 1% from the previous year. If this level of treatment scale up continues, it is estimated that the world will meet its global target of 30 million people on treatment by 2020.

However, a closer comparison of country and region data reveals huge discrepancies and despite some positive world trends some countries are still experiencing alarming increases in new HIV infections. For example, the region where Russia is situated, Eastern Europe and Central Asia where the annual new infections has climbed by 60% between 2010 and 2016.

Aim and Tasks. To analyze the situation of HIV/AIDS epidemic in Nigeria and in Russia; prevalence and mortality rates. To analyze specific age groups, cultures and sex with higher prevalence. Method of Research. We analyzed information from the Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS), the WHO reports on HIV, reports from Ministry of Health in Nigeria, the Ministry of Healthcare of the Russian Federation and the Russian Federal AIDS Center.

Result of research. Russia, a country with a population of about 146.8 million has over 1.5 million people living with HIV/AIDS, whilst in Nigeria, a country with an estimated population of 189 million in 2017 has the second largest HIV epidemic in the world (second only to South Africa) with about 3.2 million people living with the disease. Amongst them, 2.9 million are adults aged 15 and over, 1.6 million of them are women, leaving about 270 000 children aged 0 to 14 living with the disease. The current adult HIV prevalence in Russia is 1% of the country's population. It seems little in comparison to South Africa's estimated 12.2% or Nigeria's 2.9% but these Sub-Saharan nations' epidemics are being contained and are declining, while Russia is among the top 10 countries with the fastest-growing incidence of HIV (it has the third highest number of new infections in the world). 10 to 15% annual increase is estimated in Russia with 98 000 new infections in 2015 compared to Nigeria recording a 35% reduction in new infections between 2005 and 2015.

Unprotected heterosexual sex accounts for 80% of the new infections in Nigeria especially among sex workers. 18.6% of male sex workers and 24.5% of female sex workers in Nigeria are living with HIV. The number of homosexuals who are living with HIV in Nigeria is increasing and are thought to account for 10% of all new HIV infections in the country. This group now bears the heaviest HIV burden in the country whereas, before 2013, sex workers were the worst affected group. In 2007, 13.5% of men who have sex with men were living with HIV. In 2015, prevalence had risen to 23%. Meanwhile in Russia, the major risk groups were injecting drug users, homosexuals, prisoners and sex workers. About 2.3% of the adult population are injecting drug users and one in three of them (33%) have the disease. However according to WHO, in 2015, 54% of newly infected people were people who inject drugs and 44% were associated with heterosexual sex, with higher incidence among sex workers and injecting drug heterosexuals. Thus the epidemic may be shifting from primary focus groups to include just about all sexually active young people. Women are of particularly higher risk of getting infected in both countries considering the rate of male-to-female sexual transmission of HIV is twice more efficient than female-to-male transmission. In Russia and Nigeria, these are mostly young women aged 15 to 24. The Russian government reports that over 38% of all new cases of HIV in 2015 were among women aged 15-24 while Nigerian government reported 20% of new infections among women of this age group.

According to the UNAIDS 2017 estimates, the annual number of deaths in Eastern Europe and Central Asia due to AIDS-related causes rose from an estimated 32 000 in 2010 to 40 000 in 2016, a

25% increase. The bulk of this increase occurred in the Russian Federation, where the epidemic claimed about 30 550 lives in 2016 while approximately 160,000 people died from AIDS-related illnesses in Nigeria in 2016.

A federal law in Russia banning "gay propaganda" has also hindered access to HIV prevention services among the LGBT community. Also, in Nigeria, the government put up a punishment for homosexuality as 14 years in jail. Anyone "assisting couples" may face up to 10 years in prison, suggesting this group is finding it more and more difficult to access HIV treatment services.

In 2015, HIV screening coverage in Russia was 19.3 % (about 30 million people), while in Nigeria just 23% of males and 29% of females had tested in 2016. The availability of antiretroviral therapy to HIV-infected individuals under observation at outpatient medical institutions was 37.3 % (216,981 people) in Russia and 51% in Nigeria.

Conclusion. In both countries, HIV has remained a serious problem as the disease is spreading rapidly and a lot of people are dying. There is higher prevalence in Nigeria than in Russia. However measures such as programs set up by WHO, UNAIDS, funding from international NGO's and a National Strategic Plan (NSP) on HIV and AIDS set up by the Nigerian government are slightly effective. However Russia is considered to be in a state of a 'silent crisis'. Silent crisis referring to the fact that there is high amount of stigma and discrimination towards people living with the disease, the numbers are probably higher than official statistics because a lot of people do not come forward for testing and hence don't know their HIV status and level of funding provided by the government as well as international donors for HIV screening and antiretroviral therapy programs is very low. The Russian epidemic has been further driven by very harsh drug laws and a lack of harm reduction and needle exchange programs, as well as repressive homosexuality laws.

For the spread of HIV/AIDS to be reduced, both countries needs to step up to the epidemic and put in measures engaging all members of society, especially those who are most vulnerable to the disease. Prevention measures such as expanding condom use programs should be emphasized as well as campaigns to properly inform the general public about the disease. HIV testing and counseling centers and availability of ART's should also be increased. Transparent national data collection and dissemination, particularly on key affected populations, must also be prioritized in both countries.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛАПСА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Румянцева З.С.¹ Абибуллаева Н.К.²

¹ – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 Медицинской академии КФУ

² – студентка кафедры акушерства и гинекологии №1 Медицинской академии КФУ

nyara.rammstein1997@yandex.ru

Введение. Прولاпс органов малого таза и связанные с ним осложнения на сегодняшний день являются одной из наиболее частых патологий возникающих у женщин после родов. Опущение стенок влагалища необходимо рассматривать не только, как медицинскую проблему ухудшающую качество жизни, но и социально-экономическую, требующую больших материальных затрат для проведения пластических операций. Согласно статистических данным, прослеживается увеличение встречаемости данной патологии с возрастом женщины. Так в возрасте до 45 лет с данной проблемой сталкивается 27% женщин, тогда как после 50 лет встречаемость достигает 63%. Такие высокие показатели требуют активных действий направленных на увеличение осведомленности женщин и предупреждение возникновения данной патологии. В связи с тем, что полное восстановление без хирургического лечения маловероятно, необходимо увеличить комплекс мероприятий направленных на профилактику этой патологии, путем воздействия на группы риска, среди которых: снижение оперативных вмешательств, индекс ИМТ > 30, несоблюдение личной

гигиены, гиподинамия. Основная роль в предотвращении пролапса лежит в укреплении мышц тазового дна путем регулярного выполнения упражнений, так как не требует больших финансовых вложений и затрат времени.

Цель и задачи. Изучение акушерско-гинекологического анамнеза, оценка информационной грамотности женщин и определение эффективности комплексных упражнений Кегеля, как основы профилактики пролапса органов малого таза.

- методика исследований. Анкетирование в общедоступном анонимном сайте Testograf.ru. В исследовании были использованы анкеты 215 девушек и женщин от 20 до 60 лет.

Результаты исследований. В исследовании участвовало 215 женщин. Из них 173 (80,5%) – до 45 лет, 42 (19,5%) старше 45. 2(0,9%) не имели половых контактов, 139 (64,7%) – регулярный половой контакт, 63 (29,3%) – периодические контакты (не чаще 2-4 в месяц), 11 (5,1%) – не имеют половых контактов более года. Из них 159 (74%) – не рожавшие, 38 (17,7%) – одни роды, 15 (6,9%) – роды дважды, 3 (1,4%) – роды трижды и более. Из общего количества 37 (17,2%) респондентов в анамнезе присутствуют операции органов малого таза (аборт – 19 (51%), эктопическая беременность – 3, удаление миомы матки – 2, разрывы влагалища – 10, разрывы цервикального канала – 3). Более трети обследуемых имели жалобы на дизурию – 83 (38,6%). Из них у 13 (15,7%) достоверно диагностирован пролапс органов малого таза. Информационно компетентны об опущении и астении мышц 193 (87,9%), 22 (10,1%) не компетентны либо не имеют точного понятия о данном состоянии. Из осведомлённых 3 (1,6%) системно применяют упражнения Кегеля и различные тренажеры (вагинальные шарики, тренажеры с обратной связью, механические тренажеры – эспандеры, пневматические тренажеры с эластической вагинальной камерой), 18 (9,9%) – применяли в пред- и постродовом периоде, 51 (28%) – применяют периодически. Из них 80% оценивают прогресс по субъективным ощущениям, 67% респонденток отмечают снижение проявления симптомов. 143 женщины (60,5%) не используют данные методы вовсе.

Выводы. Высокая встречаемость опущения стенок влагалища и значительные показатели результативности, вышеописанных методик (67 – 80%), противодействующих пролапсу, являются прямыми показаниями для их использования. А борьба с такими факторами риска, как контроль массы тела и гиподинамией, является эффективным подспорьем в профилактике пролапса органов малого таза.

МИОМА МАТКИ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ.

Болоховская Ю. В.

ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 Медицинской академии им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского

Научный руководитель: Иванов И. И. – заведующий кафедры акушерства и гинекологии №2 Медицинской академии им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского.

Введение. Миома матки (лейомиома) - самая распространенная доброкачественная гормонозависимая опухоль миометрия. Средний возраст миомы матки составляет 25-30 лет, однако в последнее время отмечается стойкая тенденция к «омоложению» данного заболевания. Следует отметить, что миома матки может стать причиной бесплодия, самопроизвольных абортов, преждевременных родов, обильных маточных кровотечений, что в последствии может привести к длительной потере трудоспособности женщины. По данным статистики 80% всех операций в гинекологии проводится по поводу миом матки, большинство из них приводит к полной потере органа, что окончательно сводит к нулю шансы женщины на реализацию репродуктивной функции и ухудшает демографическую ситуацию в стране.

Цель. Изучить особенности этиологии образования миом матки, её диагностики и лечения, учитывая «последние» результаты исследования в данной области.

Результаты и методы исследований. Длительное время ученые пытались изучить этиологию и патогенез миом. Важным открытием стало выявление свойства моноклональности. Выделяют несколько теорий образования клетки-предшественника: первая- онкогенетическая; вторая – вторичная соматическая мутация в нормальной клетке миометрия. За последние годы одним из важных открытий в патогенезе формирования миомы стало описание мутации в гене MED12, которая встречается с частотой 50-70%.

Клиническая картина миом зависит от размера опухоли и ее локализации. У 40-50% женщин миома матки может протекать бессимптомно и диагностироваться во время ультразвукового исследования. В настоящее время диагностика опухоли не представляет труда, «золотым» стандартом диагностики миом помимо бимануального исследования является ультразвуковое исследование и гистероскопия. Однако с внедрением в практику органосохраняющих методов лечения миоматозных узлов особенно важным стало доплерографическое исследование и ангиография малого таза с определением типа кровоснабжения и определения индекса резистентности питающего сосуда.

Современные методы лечения миоматозных узлов включают в себя гормонотерапию и хирургические методы – выполняемые лапароскопическим, лапаротомическим и влагалищным доступами миомэктомий. Следует отметить, что в последнее время отдают предпочтение органосохраняющим методам, таким как ЭМА (эмболизация маточных артерий) и ФУЗ-абляции, с целью сохранения и реализации репродуктивной функции, и улучшения качества жизни женщины.

Выводы. Учитывая что проведено большое количество исследований по поводу миом матки эта тема остается достаточно актуальной на данный момент в современной гинекологии, поэтому необходимо проводить дальнейшие исследования в данной отрасли.

РОЛЬ ИЗУЧЕНИЯ МОТОРНОГО ПРАКСИСА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Андрусёва И.В.¹, Бобрик Ю.В.², Даглы Найле³

¹к.п.н., доцент, зав. кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»

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

³студентка кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»
yura.bobrik@mail.ru

Введение. Актуальность изучения проблемы моторного праксиса, как основы успешной коррекционной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, обусловлена тем, что в настоящее время произошел резкий перелом в содержании и требованиях к обучению детей данной категории, ценностных ориентирах нашего общества, начали переосмысливаться права детей с ограниченными возможностями здоровья. На данный момент создана правовая база, которая отражает вопросы их социальной защищенности, специального образования, реабилитации и адаптации, дальнейшего трудоустройства; гарантирует им равные со всеми гражданами возможности для участия в экономической, политической и социальной сферах. Об этом свидетельствует целый ряд принятых в последнее время нормативных документов и программ.

Цель. Раскрыть особенности коррекции моторного праксиса у детей с ограниченными возможностями здоровья для повышения эффективности их реабилитации.

Материалы и методы. Теоретическому анализу подвергнут ряд психолого-педагогических исследований, посвященных различным аспектам проблемы развития и коррекционной направленности обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья – Л. А. Данилова, М. В. Ипполитова, Е. С. Калижнюк, И. И. Мамайчук, А. М. Мастюкова, А. Н. Правдина-Винарская, К. А. Семенова, М. Я. Смуглин, Н. В. Симонова, М. Б. Эйдинова и др.

Результаты исследований. Следует отметить, что большинство работ в области коррекционной педагогики и научно-методическая литература посвящены изучению особенностей психофизиологического развития, познавательной деятельности, функционального состояния, жизненных планов лиц с ограниченными возможностями здоровья. Все авторы, характеризуя эту категорию детей, говорят, что они нуждаются в особом дифференцированном подходе при их обучении и воспитании. Развитие моторного праксиса и учет его особенностей является основой такого подхода. Однако, на современном этапе развития специального (дефектологического) образования еще недостаточно научных исследований по данному направлению.

Многообразие движений и двигательных действий, используемых в процессе коррекционного обучения детей с ОВЗ, вдвойне влияет на их организм: специфические и неспецифические нарушения. Специфическое воздействие проявляется в прямом участии праксиса в любом акте – в способности выполнять различные двигательные задачи, в движении голосовых связок и артикуляции губ, манипуляции различными предметами и т.д. Неспецифическое влияние заключается в том, что мышечная деятельность вызывает повышение тонуса коры больших полушарий мозга, создавая благоприятные условия не только для функционирования уже имеющихся связей, но и выработки новых.

Еще исследованиями физиологов И. П. Павлова и И. М. Сеченова было установлено, что благодаря движению мышц кора головного мозга работает интенсивнее: улучшается питание мозга, становятся более согласованными нервные процессы. Формирования и

совершенствования движений положительно влияет на развитие определенных структур мозга, особенно на ранних стадиях онтогенезного развития, и лежит в основе игровой, трудовой и других видов деятельности человека (Денисенко Н. Ф.).

Результаты исследований И. А. Аршавского свидетельствуют о том, что «...мышечная активность, запускаемая деятельностью нервных центров, обеспечивая организму осуществление самых разнообразных контактов со средой, является едва ли не основным фактором, определяющим развитие мозга, увеличение его массы и информационной емкости».

Двигательная активность способствует не только физическому, но и интеллектуальному обогащению организма, если является результатом взаимодействия последнего с информационными источниками окружающей среды.

Коррекционно-развивающая работа, основанная на собственных успехах в двигательной сфере и деятельности, позволяет ребенку лучше приспособиться к жизни и труду (Л. А. Ханзерук). Произвольный контроль за выполнением двигательных действий способствует активному формированию двигательных умений (уровня овладения движением, при котором сознание контролирует технику его выполнения) и навыков (уровень овладения движением, при котором сознание контролирует условия выполнения движений).

Выводы. Итак, актуальность данного исследования определяется необходимостью разработки теоретико-методических основ комплексной коррекции моторного праксиса у детей с ограниченными возможностями здоровья.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СУХОВОЗДУШНЫХ ТЕПЛОВЫХ И АЭРОЗОЛЬНЫХ ПАНТОВЫХ ВАНН ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Бобрик Ю.В.¹, Шпаковский В.Н.², Мороз Г.А.³

¹д.м.н., профессор кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания

²соискатель кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания

³д.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*

Целью данной работы было исследование особенностей комплексного восстановительного лечения больных с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника с применением теплолечения и бальнеотерапии.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 609 пациентов с диагнозом полисегментарного остеохондроза грудного и поясничного отделов позвоночника в возрасте от 26 до 60 лет (средний возраст $44,8 \pm 1,2$ года). Всем пациентам проводилось динамическое клиническое, ортопедическое, неврологическое обследование, реовазографию нижних конечностей. Рентгенография, КТ и МРТ – исследования пораженного уровня позвоночника. Обе группы больных получили аналогичные курсы базовой терапии: диета, ЛФК, термотерапию (основная группа – суховоздушные аэрозольные тепловые ванны, в сочетании с высокодисперсными аэрозольными ваннами водного экстракта пантового концентрата в термокамере АКОКФ-01 с дифференцированной ЛФК, контрольная группа – общую сауну и стандартная ЛФК).

Результаты исследований. Непосредственные результаты лечения, проводимого в рамках исследовательской работы, выражались в том, что положительный клинический эффект в основной группе был отмечен у 273 человек (84,8 %), в том числе значительное улучшение наблюдалось у 168 больных (52,2 %); в контрольной группе, соответственно, у 217 (71, 15 %) и у 105 (36,6 %) больных. Состояние без перемен было зарегистрировано в основной группе у 49 (13,2 %) больных, в контрольной – у 70 (28,85 %) больных. Ухудшение состояния не было зарегистрировано в обеих группах наблюдения. При этом пациенты основной группы, получившие бальнеопроцедуры в термокамере АКОКФ-01, отметили более выраженную комфортность, адекватность воздействия температуры на сердечно-сосудистую систему, повышение общего тонуса, улучшение самочувствия после 3-4 процедур. У подавляющего числа (98%) пациентов с повышенным АД отмечалось снижение или нормализация его уровня уже после 3-4 процедуры, стабилизация частоты сердечных сокращений и суточного диуреза мочи. При объективном обследовании в динамике выявлено уменьшение статических вертебральных нарушений. Деформации позвоночника во фронтальной плоскости регрессировали наиболее быстро у больных, в комплекс лечения которых входили аэрозольные пантовые ванны (36% больных). Менее выраженная динамика сколиозов наблюдалась под влиянием общей термотерапии в сауне (27% больных). При использовании нового способа лечения восстановление физиологического лордоза, свидетельствующее о восстановлении правильных анатомических взаимоотношений между элементами пораженных двигательных сегментов, отмечено в 56% случаев наблюдений. Результаты анализа листков нетрудоспособности в течение года до и года после курса санаторного лечения показали, что число случаев и продолжительность периодов временной утраты трудоспособности после санаторного лечения снизились в обеих группах, однако, в наибольшей степени – в основной группе в 1,7 раза ($p < 0,05$) больше по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Сравнительная оценка эффективности проведенного восстановительного лечения свидетельствует о преимуществе разработанной нами способа восстановительной терапии по сравнению со стандартным комплексом лечения больных с неврологическими проявлениями остеохондрозом позвоночника.

КИНЕЗОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ С ДЕФЕКТОМ ИНТЕЛЛЕКТА

Кулик Н.М.¹, Мороз Г.А.², Ляшенко А.Н.³

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

³к.п.н., доцент кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»
yura.bobrik@mail.ru

Введение. Данные тезисы освещают вопрос повышения интеллектуальной работоспособности у школьников с нарушениями психофизического развития путем применения кинезотерапии.

Цель и задачи исследования.

Теоретически изучить вопрос применения кинезотерапии в процессе обучения и воспитания детей с нарушениями интеллекта.

Метод нервно-мышечного проприоцептивного облегчения - кинезотерапия - «лечение через движение». В основе метода лежит обучение различным двигательным навыкам в процессе обычных движений. Задачи кинезотерапии:

- погашение патологических двигательных реакций и безусловных рефлексов;
- улучшение координации движений в процессе основной двигательной деятельности;
- стабилизация прямохождения, обучение самостоятельному стоянию и ходьбе, улучшение общей двигательной активности;
- обучение самообслуживанию и усвоению основных видов бытовой деятельности в соответствии с умственным развитием и возрастом.

Методика исследований. Проведен обзор литературы за последние 5 лет (2012-2017 гг.), в том числе данных 3 масштабных научных исследований.

Результаты исследований. При активных занятиях больной целенаправленно выполняет задания. Методика разрушает патологический двигательный стереотип и учит правильному движению. Пассивная кинезотерапия осуществляется с помощью различных форм и средств, вместо пациента движение осуществляет другое лицо или специальные аппараты и приспособления, имитирующие физиологическое движение. К пассивной кинезотерапии относят воздействие на отдельные ткани и части человеческого тела (массаж, мануальная терапия, механотерапевтические процедуры, подводный массаж и др.). Движения отрабатываются постепенно, от простых к сложным. После закрепления нового двигательного стереотипа реабилитационный план пересматривают, усложняя и изменяя занятия. Например, при ДЦП вначале отрабатываются укрепление мышц шеи и спины и функция контроля головы. После их достижения тренируются повороты со спины на живот и обратно (торзии). После выработки торзии обучают сидению и вырабатывают способность стоять и передвигаться на четвереньках. Ползание на четвереньках - очень важный этап становления походки, так как во время ползания отрабатываются автоматизмы шатательного рефлекса с переносом центра тяжести с одной ноги на другую. Одновременно тренируется координация туловища при движениях, поскольку движение.

Для восстановления двигательных функций основное значение имеет активная гимнастика, так как при этом происходит наиболее полное растормаживание временно инактивированных нейронов с образованием новых двигательных стереотипов. Активное движение состоит из статической фазы, при которой происходит тоническое напряжение мышц для удержания позы, и динамической фазы - собственно движения. Активную гимнастику целесообразно начинать с упражнения на статическое напряжение мышц как наиболее легкой фазы движения. Эти упражнения проводятся в положении больного на спине, здоровом боку или животе. Статическое напряжение лучше всего осуществляется в сгибателях руки и ноги при сгибании конечности под углом 90° в соответствующем суставе, а в разгибателях - при разгибании под углом 180° .

Лечебная гимнастика в позднем восстановительном периоде строится иначе, чем в раннем. Поскольку в позднем периоде уже имеются повышение тонуса, синкинезии, иногда контрактуры и часто боли в суставах, первоначальной задачей ЛФК в этот период является устранение или уменьшение этих патологических состояний.

Благотворно сочетание ЛФК и массажа, который улучшает кровообращение, нормализует мышечный тонус. Техника массажа паретичных мышц различна. Для паретичных мышц при низком тонусе применяется укрепляющий массаж (глубокое растяжение, разминание, поглаживание, поколачивание пальцами). Для мышц в состоянии повышенного тонуса рекомендуется легкое поглаживание. Разработана методика точечного массажа с целью стимуляции функции мышц. Точечный массаж производится одним пальцем с постепенным нажатием на соответствующую точку тела в течение 2 мин. Мышцы живота массируют по часовой стрелке. Массаж рекомендуется проводить 2 раза в день.

В арсенале средств повышающих умственную работоспособность физические упражнения и массаж еще не заняли соответствующего места. В то же время они обладают

целым рядом преимуществ, являясь для организма естественными физиологическими факторами, при правильном их применении, не приводящими к побочным реакциям, даже при длительном их применении. Они мобилизуют и увеличивают резервные возможности организма и в частности центральной нервной системы (ЦНС), её мыслительную функцию, память, концентрируется внимание, обогащается эмоционально-двигательная сфера. Массаж в сочетании с физическими упражнениями оказывают нормализующее действие на поведенческие реакции, волевые качества, повышают дисциплину, умственную и физическую работоспособность.

В комплекс включен и точечный массаж, оказывающий механическое действие на биологически активные точки. Последние обладают как общим, так и избирательным действием на организм. По сравнению с физическими упражнениями точечный массаж обладает более выраженным избирательным действием. В примененной методике точечный массаж оказывает стимулирующее действие на ЦНС, повышая умственную работоспособность.

Первые наблюдения показали повышение умственной работоспособности, исследования будут продолжены.

Выводы. В комплексе лечебной гимнастики включены физические упражнения на мышцы туловища и конечностей, оказывающие общеукрепляющее влияние на весь организм, повышающие физическую и умственную трудоспособность. Специальные гимнастические упражнения на мышцы верхних конечностей, шеи, верхнего плечевого пояса, звуковая дыхательная гимнастика улучшают кровообращение головного мозга, его трофику. Специальные дыхательные упражнения (диафрагмальное, полное, с сопротивлением, звуковая гимнастика) обеспечивают и повышают концентрацию кислорода в крови, в нервных клетках головного мозга, функция которых существенно зависит от кислорода. Звуковая гимнастика оказывает стимулирующее действие на обменные процессы в мозговой ткани, мозговые центры (гипоталамус, гипофиз и др.) Улучшается выведение шлаков за счет активации венозного кровообращения и работы почек дезинтоксикационной функции печени, нормализации работы желудочно-кишечного тракта (общестимулирующее воздействие).

ПРИМЕНЕНИЕ НАРОДНЫХ ДЕТСКИХ ИГР КАК СРЕДСТВА ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ В РАБОТЕ С УМСТВЕННО ОТСТАЛЫМИ ДЕТЬМИ

Хайбуллаева Ф.Р.¹, Воробьев А.А.², Сеид-Абдулла Э.Р.³

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

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

³ студент кафедры специального (дефектологического) образования ГБОУ ВО РК
«Крымский инженерно-педагогический университет»
yura.bobrik@mail.ru

Введение. В настоящее время для педагогической науки особенно актуальным является обращение к богатейшему опыту, накопленному на протяжении столетий народами всего мира, к их культурно-исторической памяти. Также немаловажным является и вопрос национального воспитания подрастающего поколения, к числу которых относятся и умственно отсталые дети. Наиболее полно в своих трудах вопросы национального воспитания раскрыл советский педагог В.А. Сухомлинский, посвятивший всю свою сознательную жизнь поиску решения данной проблемы.

Цель исследования: теоретический анализ содержания народных детских игр как средства лечебной физкультуры (ЛФК) для применения в специальной (коррекционной) школе.

Задачи исследования:

1. Проанализировать общую и специальную психолого-педагогическую литературу по вопросу применения народных детских игр как средства ЛФК в работе с умственно отсталыми школьниками.

2. Выявить основные трудности в применении народных детских игр в условиях специальной (коррекционной) школы.

3. Определить наиболее приемлемые для специальной (коррекционной) школы виды народных игр.

Методика исследования: теоретический анализ общей и специальной психолого-педагогической литературы.

Результаты исследований. Фольклор является неотъемлемой частью литературы и искусства и играет немаловажную роль в формировании и развитии личности детей как здоровых, так и с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Ни для кого не секрет, что народное искусство благодаря своей простоте форм и образов наиболее легко поддается восприятию ребенка. В современной науке выделяют малые фольклорные формы (жанры), к которым относят песенки, прибаутки, потешки, считалки, дразнилки, загадки. Одна среди всего многообразия форм немаловажное место занимают детские игры, направленные на развитие не только познавательных процессов, но и физических способностей ребенка.

Игра — тип осмысленной непродуктивной деятельности, где мотив лежит не в ее результате, а в самом процессе.

По мнению Л.С. Выготского психологической основой игры является господство чувств в душе ребенка, свобода их выражения, искренние смех, слезы, восторг, то есть та естественная эмоциональная сущность ребенка, которая ищет выражения, как в физической, так и в психологической сфере. Подвижная игра активизирует все системы организма: кровообращение, дыхание, зрение, слух, она приносит ребенку положительные эмоции.

Все это вместе взятое и позволяет говорить об оздоровительном эффекте подвижных игр. Для ребенка с нарушением в развитии крайне важно, из каких двигательных действий состоит игра, с какой интенсивностью (напряженностью) она проводится, как отвечает на полученную нагрузку организм. Поэтому при подборе игр необходимо учитывать следующие факторы:

- характер и глубину дефекта;
- реальные двигательные возможности ребенка;
- индивидуальную реакцию на физическую нагрузку (важно, чтобы величина нагрузки была доступной для ребенка и не вызывала у него перенапряжения).

Содержание и дозировка нагрузки должны предусматривать постепенность усложнения игр, чередование их по направленности, интенсивности и продолжительности, что стимулирует постоянный интерес к игровой деятельности.

Соответствующие заданию образы и яркие эмоции позволяют ребенку выполнять движения более точно и правильно. При этом у него формируются умение различать собственные мышечные ощущения: плавность, темп, ритм, амплитуду движений, появляется моторная ловкость. Благодаря этому развиваются и психические функции - умение направлять внимание на собственные эмоциональные ощущения и эмоции окружающих, а также умение управлять своими ощущениями.

Целенаправленно подобранные подвижные игры, эстафеты, игровые задания, игровые композиции, игры-сказки, игры с речитативами и счетом, имитационные игры и др. развивают мелкую моторику, координацию движений, равновесие, точность, дифференцировку усилий, улучшают качество звукопроговаривания, помогают освоению

элементарных математических представлений и т.п. т.е. стимулируют развитие физических, психомоторных и интеллектуальных способностей детей.

Кроме того, игры создают благоприятные условия для приобщения детей с ограниченными функциональными возможностями к систематическим занятиям физическими упражнениями, что является важнейшим фактором интеграции детей в общество здоровых сверстников.

В работе очень важно на занятиях создавать благоприятные двигательно-игровые условия для самопроизвольной реализации детьми их естественного двигательного потенциала. Принцип “не навреди” является одним из наиболее существенных в организации физкультурно-спортивной, досугово-игровой деятельности.

Результаты исследований. При подготовке к проведению подвижных игр инструктор должен учитывать следующие моменты:

➤ содержание игр (сюжет, правила, двигательные действия, физическая нагрузка) должно быть доступным и соответствовать возрасту, уровню интеллектуальных и двигательных возможностей, эмоциональному состоянию и личностным интересам детей;

➤ подвижные игры предполагают варианты усложнения, но процесс насыщения моторными действиями должен осуществляться постепенно по мере овладения простыми формами движений;

➤ содержание игр должно предусматривать комплексный характер воздействия – коррекцию двигательных нарушений, физических качеств, координационных способностей, укрепление и оздоровление всего организма в целом;

➤ в процессе игры необходимо стимулировать познавательную деятельность, активизировать психические процессы, творчество и фантазию ребенка.

Выводы. Таким образом, игра как средство и метод двигательной активности, используемая в адаптивном физическом воспитании, синтезирует в себе те функции, которые сопутствуют социализации ребенка-инвалида.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФОРИЕНТАЦИИ И ТРУДОВОЙ ТЕРАПИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ УЧАЩИХСЯ

Андрусёва И.В.¹, Бобрик Ю.В.², Медведева Н.Н.³

¹к.п.н., доцент, зав. кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»

²д.м.н., профессор кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины,
физиотерапии с курсом физического воспитания

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, КФУ

³ магистрант кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»

yura.bobrik@mail.ru

Введение. Специфика психофизиологического исследования, определяет основные методы исследования психофизиологического аспекта в психологии и педагогике: методы электроэнцефалографии (ЭЭГ) и вызванных потенциалов в психофизиологии; методы связанные с изучением особенностей мозга в психофизиологическом исследовании; методы многомерного анализа; психофизические методы в психофизиологии; методы спектрального анализа биоэлектрической активности мозга в психофизиологии; методы дипольного моделирования в психофизиологическом исследовании; методы картирования структур и функций мозга; методы совмещения данных о фокусе биоэлектрической активности мозга); методы воздействия на мозг и организм (биологическая обратная связь, сенсорные, электрические, магнитные воздействия и др.); моделирование психических явлений.

Цель. Изучить психофизиологические основы исследования профессиональных качеств для оптимизации профориентации и трудотерапии.

Материалы и методы. Для реализации тестирования умственно отсталых учащихся была адаптирована методика «Полифункциональное тестирование для оценки профессиональных возможностей инвалидов» (авт. В.И. Черкасова, А.В. Шошмин, Л.З. Портова, Н.А. Сизая, И.В. Хазова).

Результаты исследований. Тестирование направлено на психофизиологическое сопровождение в сфере образования и реабилитации, с целью исследования профессиональных качеств учащихся.

Содержание методики заключается в последовательном предъявлении испытуемому трех нервно-психических нагрузок разной сложности и сенсорной направленности. По виду все три нагрузки являются сенсорными, темп предъявления стимулов – навязанный псевдослучайный.

Первая из них, самая легкая, связана с тестированием времени простой зрительно-моторной реакции. После соответствующей инструкции обследуемому в течение 2 минут в псевдослучайном порядке предъявляется 60 вспышек света. Требуется на каждую вспышку света отвечать быстрым нажатием на кнопку.

Вторая нагрузка, более сложная, связана с тестированием времени реакции различения стимулов. Обследуемому также в псевдослучайном порядке предъявляется 60 вспышек света. Согласно инструкции, проводимой перед началом тестирования, обследуемый должен быстро («как можно быстрее») отвечать нажатием на кнопку на каждую третью вспышку света.

Третья нагрузка, наиболее сложная, представляет слуховой вариант корректурного теста. Обследуемому в течение 10 минут предъявляется 800 звуков (5 гласных букв русского алфавита). Требуется нажимать кнопку «как можно быстрее» только на звук «И», который повторяется в случайном порядке в течение нагрузки 105 раз.

В ходе всего тестирования, а также в покое перед исследованием, после каждой из трех инструкций, в последствии регистрируются физиологические процессы: электрокардиограмма (ЭКГ), пневмограмма (ПГ), электромиограмма (ЭМГ) мышц орального полюса, а также сигналы от стимулов нагрузок и ответов (нажатий на кнопку) испытуемого. До и после исследования у испытуемого измеряется артериальное давление (АД).

Тестируются время простой зрительно-моторной реакции, время реакции различения на зрительный и слуховой стимулы, умственная работоспособность, устойчивость и концентрация внимания, состояние сердечно-сосудистой и респираторной системы, психофизиологическая адаптивность, доступность труда с НПН, прогноз адаптации к труду с НПН.

Выводы. Итак, с учетом психофизиологических аспектов исследовались такие показатели как: способность к зрительно-моторному контролю у умственно отсталых учащихся (степень дебильности) за внешними подвижными объектами (исследовалась на модели перцептивного варианта реакции на движущийся объект без обратной связи, тест «Баланс НП»; максимальный темп циклических кистевых движений (на модели теппинга, тест «Теппинг»; устойчивость движений рук при выполнении действий, в которых скорость не имеет существенного значения (на модели статического тремора, тест «Тремор»); Способность к согласованному движению конечностей (координация движений рук по заданному алгоритму на модели исчерпывающего тринарного форсированного выбора); способность к быстрому и точному оцениванию линейных размеров (на модели различения отрезков по длине при строгом неравенстве, упрощенный вариант, тест «Глазомер»). Полученные данные позволяют рекомендовать испытуемому соответствующий тип профессиональной деятельности или вид трудотерапии.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Бобрик Ю.В.¹, Кунцевская И. В.², Кушнир Г. М.³

¹д.м.н., профессор кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания

²соискатель кафедры нервных болезней и нейрохирургии

³д.м.н., профессор, кафедры нервных болезней и нейрохирургии

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, КФУ

yura.bobrik@mail.ru

Введение. Лечение больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на санаторно-курортном этапе занимает особое место в восстановительной терапии. На данном этапе лечения специфической особенностью является преимущественное использование природных и преформированных лечебных факторов. До настоящего времени не разработаны комплексы восстановительного лечения, направленные не только на терапию ХОБЛ, но и на коррекцию энцефалопатии, обусловленной данным заболеванием.

Целью данной работы явилось оценка эффективности разработанного способа восстановительного лечения больных ХОБЛ с энцефалопатией на этапе санаторно-курортной реабилитации.

Материалы и методы. При проведении исследований нами было обследовано 87 пациентов. Возраст больных варьировался от 45 до 67 лет.

Всем пациентам проводили неврологическое обследование до и после лечения. Церебральную гемодинамику исследовали до и после лечения при помощи цветного дуплексного сканирования экстра- и интракраниальных сосудов на приборе SA-8000 EX (MEDISON). Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от степени тяжести ХОБЛ. Первую группу составили 33 больных с первой степенью тяжести ХОБЛ. Средний возраст обследуемых 58,9±5,2 лет. Вторую группу составили 30 пациентов со второй степенью тяжести ХОБЛ. Средний возраст обследуемых 58,0±4,3 лет. Третью группу составили 24 обследуемых с третьей степенью тяжести ХОБЛ. Средний возраст обследуемых 56,1±7,5 лет. Подгруппы 1А, 2А, 3А получали стандартный комплекс санаторно-курортного лечения. Подгруппам 1Б, 2Б, 3Б был назначен разработанный способ восстановительного лечения: климатотерапия; лечебная физкультура; аэрофитотерапия при помощи ароматерапевтического средства «Полиол» в концентрации 1 мг/м³ с проведением во время сеанса дифференцированной дыхательной гимнастики; электрофорез 2,4 % раствором эуфиллина по воротниковой методике; вибромассаж на шейно-воротниковую область с чередованием массажем шейно-воротниковой зоны; венотонический препарат диосмин в дозе 600 мг 1 таб. утром в течение 20 дней.

Результаты. Лечение оказало положительный эффект во всех подгруппах как на субъективное состояние обследуемых, а именно на выраженность головокружение и головную боль. Статистически значимые различия достигнуты при 2-ой и 3-ей степени тяжести ХОБЛ как в подгруппах А, так и в подгруппах Б. При оценке влияния лечения на психо-эмоциональную сферу был исследован уровень реактивной и личностной тревожности. Выявлено статистически значимое снижение уровня реактивной тревожности во всех подгруппах Б: в 1Б подгруппе до лечения - 29,0±1,5 баллов, после - 24,3±1,3 баллов; в подгруппе 3Б до лечения - 33,4±1,6 баллов, после - 28,4±2,0 баллов (p<0.05), а то время как для стандартного варианта лечения достоверное различие в уровне реактивной тревожности достигается только при 3-ей стадии ХОБЛ. В результате проведенного исследования показателей ультразвуковой доплерографии получены следующие результаты: наибольшее влияние на интракраниальный кровоток оказало лечение по разработанной нами

реабилитационной методике. Статистически значимые различия выявлены во всех исследуемых артериях (скорость кровотока по средней мозговой артерии в 3А подгруппе до лечения – $92,2 \pm 1,7$ см/с, после лечения – $93,4 \pm 2,1$ см/с, в 3Б подгруппе до лечения – $90,0 \pm 1,1$ см/с, после лечения – $94,6 \pm 0,8$ см/с ($p < 0,05$)). Оценка результатов динамики цереброваскулярного резерва указывает на его увеличение в подгруппах Б, что свидетельствует об улучшении гемодинамики микроциркуляторного русла (в 3А подгруппе до лечения – $7,0 \pm 1,1\%$, после лечения – $9,4 \pm 0,9\%$, в 3Б подгруппе до лечения – $7,0 \pm 0,3\%$, после лечения – $10,0 \pm 0,5\%$ ($p < 0,05$)). У больных наблюдается уменьшение скорости кровотока по вене Розенталя, достигающее статистической значимости у больных 2-ой и 3-ей степенью тяжести ХОБЛ при лечении по разработанному способу восстановительного лечения (в 3А подгруппе до лечения – $20,0 \pm 1,9$ см/с, после лечения – $18,6 \pm 0,3$ см/с, в 3Б подгруппе до лечения – $20,5 \pm 0,8$ см/с, после лечения – $14,6 \pm 0,5$ см/с ($p < 0,05$)). Полученные результаты свидетельствуют об улучшении венозного оттока. Сравнительная оценка эффективности проведенного восстановительного лечения свидетельствует о преимуществе разработанного способа восстановительной терапии по сравнению со стандартным комплексом санаторно-курортного лечения.

Выводы. Полученные результаты являются обоснованием возможности более широкого использования разработанного способа восстановительной терапии для лечения больных с энцефалопатией на фоне ХОБЛ на санаторно-курортном этапе реабилитации.

РОЛЬ ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ РАЗВИТИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Кулик Н.М.¹, Бобрик Ю.В.², Ляшенко А.Н.³, Челебиева Г.С.⁴

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

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

³*к.п.н., доцент кафедры специального (дефектологического) образования ГБОУ ВО РК
«Крымский инженерно-педагогический университет»*

⁴*студентка кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»
yura.bobrik@mail.ru*

Введение. Коммуникация – это чёткое взаимодействие между людьми, в процессе которого передаются информационные сигналы. Вся жизнь человека проходит в общении. Общение выступает как основной способ существования общества в целом. Изучение специфики развития коммуникативной деятельности у детей с задержкой психического развития, особенностей их общения с взрослыми и сверстниками имеет огромное значение для понимания формирования психики ребенка. Это необходимо для определения своеобразия их отставания в личностном развитии и создания условий полноценного развития. Свыше половины лёгких отклонений в развитии детей, в том числе имеющих временный характер и связанные с парциальным недоразвитием психики, составляют состояния, квалифицируемые как «задержка психического развития».

Целью работы было проведение диагностики коммуникативных навыков у младших школьников с задержкой психического развития для оптимизации реабилитационных мероприятий.

Методика исследований. Эксперимент проводился на базе МБОУ "С(К)ОШ "Злагода". Участие в эксперименте принимало 10 детей. Изучались коммуникативные умения младших школьников, обучающихся в специализированных классах коррекционно-развивающего обучения четвертого года обучения. Методы исследования состояли из теоретической подготовки и эмпирических наблюдений. Теоретическая часть включала в себя изучение и анализ психолого-педагогической литературы. Эмпирическая часть заключалась в проведении ряда тестов для определения уровня развития речевых и коммуникативных способностей детей:

- понимание ребенком задач, предъявляемых взрослым в различных ситуациях взаимодействия;
- понимание ребенком состояния сверстника;
- представление о способах выражения своего отношения ко взрослому;
- представление ребенка о способах выражения своего отношения к сверстнику;
- оценка уровня общительности (тест В.Ф. Ряховского).

На первом этапе главной задачей было ознакомление с психолого-педагогической литературой по теме исследования. Был отобран ряд тестов, позволяющих оценить уровень развития навыков речевой коммуникации у младших школьников. Первый тест заключался в демонстрации каждому ребенку набора картинок, где показаны различные ситуации взаимодействия детей и взрослых. Детям необходимо было оценить действия, определить задачи и требования и выстроить свое поведение в соответствии с ними. Второй тест состоял в необходимости оценки школьниками эмоционального состояния детей, изображенных на картинке, что подразумевает понимание и своих сверстников тоже. Третий тест был направлен на оценку представлений детей об общепринятых нормах и способах выражения отношения к взрослому. Четвертый – на способы выражения своего отношения к сверстнику, могут ли они оказать помощь и поддержку, имеют ли представление о социально приемлемых действиях. Еще один тест (по В.Ф. Ряховскому) состоял в предложении ребенку дать ответы на целый ряд вопросов. Ответы могли быть только «да», «нет», «иногда». Вопросы были посвящены самым различным ситуациям, где детям необходимо было проявить те или иные речевые навыки. По каждому тесту ребенок мог получить от 1 до 3 баллов. В конце баллы суммировались.

Результаты исследований. Проведенные тесты показали, что уровень развития коммуникативных навыков у исследуемой группы детей находится на недостаточно высоком уровне. Около 60% детей показали средний результат, свидетельствующий о недостаточном, но все же умении распознавать ситуации взаимодействия, несколько затрудненном понимании эмоционального состояния сверстников и общепринятых нормах поведения. 35% детей справились с задачей на минимальном уровне, продемонстрировав таким образом, что они испытывают существенные затруднения в общении как со сверстниками, так и со взрослыми. Отметим, что детей, которые не смогли пройти ни одного теста, зарегистрировано не было.

Выводы. У детей с задержкой психического развития, несмотря на сниженные потребности в общении, сохраняется поступательный характер развития деятельности общения от низших форм к высшим. Общение детей с задержкой психического развития друг с другом отличается целым рядом особенностей от общения их нормально развивающихся сверстников. Общение со сверстниками у детей с задержкой психического развития носит эпизодический характер. Большинство детей предпочитает играть в одиночку. Полученные результаты показали преобладание среднего уровня развития коммуникативных навыков у исследованной группы детей, что указывает на целесообразность продолжения педагогической работы в данном направлении.

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В СИСТЕМЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Хайбуллаева Ф.Р.¹, Бобрик Ю.В.², Мощанская О.В.³

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

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

³ студент кафедры специального (дефектологического) образования ГБОУ ВО РК
«Крымский инженерно-педагогический университет»
yura.bobrik@mail.ru

Введение. На данном этапе развития специального образования актуальной проблемой остается коррекция нарушений двигательной сферы у детей с нарушениями интеллектуального развития. Особенности развития их двигательной сферы проявляется несовершенством психомоторики, нарушениями точности движений, равновесия и координации, что обуславливает необходимость использовать в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях адаптивную физическую культуру.

Цель исследования. Теоретически изучить проблему применения адаптивной физической культуры в системе специального образования.

Задачи исследования.

1. Проанализировать общую и специальную психолого-педагогическую литературу по проблеме применения адаптивной физической культуры в системе специального образования.
2. Раскрыть особенности применения адаптивной физической культуры в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях.
3. Раскрыть условия реализации коррекционно-развивающего педагогического воздействия на уроках адаптивной физической культуры в специальных (коррекционных) учреждениях.

Методика исследования. Теоретический анализ и обобщение общей и специальной психолого-педагогической литературы по проблеме исследования.

Результаты исследований. Адаптивная физическая культура - это часть или вид физической культуры, которая предназначена для людей со стойкими нарушениями функций вследствие врожденных или приобретенных заболеваний, травм и дефектов, направленная на стимуляцию позитивных реакций организма и формирование необходимых умений, навыков, физических качеств и способностей, пишет Н. А. Строгова.

Цель адаптивной физической культуры заключается в максимальном развитии с помощью методов и средств адаптивной физической культуры жизнеспособности человека, который имеет устойчивые отклонения в состоянии здоровья, поддержание его оптимального психофизического состояния.

На современном этапе развития специального образования адаптивная физическая культура является неотъемлемой частью полноценной реабилитации ребенка. Такие ученые как Д. М. Маллаев и Г. А. Магомедов отмечают, что при различных отклонениях в психофизическом развитии специально подобранные физические упражнения, с правильной дозировкой их использования, положительно влияют на коррекционную работу и способствуют функциональной компенсаторной перестройке сохранных анализаторов, обеспечивающих замещение или восполнение нарушенных функций организма.

Система коррекционной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья должна включать в себя не только занятия адаптивной физической культуры, но и медицинские, психологические и педагогические мероприятия. Коррекционная работа посредством адаптивной физической культуры должна сопровождать человека всю его жизнь,

так как она поддерживает необходимый для их адаптации, социализации и интеграции в общество двигательный тонус активности.

Занятия по адаптивной физической культуре предусмотрены в следующих специальных учреждениях:

- специальные (коррекционные) дошкольные образовательные учреждения ;
- специальные (коррекционные) общеобразовательные учреждения;
- специальные (коррекционные) профессиональные училища для детей и подростков с отклонениями в развитии;
- классы компенсирующего обучения и специальные (коррекционные) классы.

Занятия по адаптивной физической культуре, в выше перечисленных коррекционных учреждениях, реализуются в форме уроков физической культуры, ритмики (в младших классах) и физкультминутки на общеобразовательных уроках. Помимо уроков предусмотрены также физкультурно-оздоровительные мероприятия в режиме учебного дня: гимнастика до учебных занятий, физкультурные паузы, дополнительные занятия во второй половине дня, указывает С.В. Евсеева.

Главный принцип, который должен учитываться на занятиях адаптивной физической культуры в специальных учреждениях, принцип коррекционно-развивающей направленности педагогических воздействий. Он реализуется в соблюдении следующих условий:

- активизация речевой и познавательной деятельности;
- повышение двигательной активности;
- эмоциональность занятий, стимулирование игровой деятельности;
- индивидуальное нормирование двигательной активности с учетом состояния здоровья, психофизического развития и состояния сохранных функций;
- соблюдение санитарно-гигиенических требований на занятиях;
- приемы безопасности и стимуляции деятельности;
- наличие необходимого инвентаря и оборудования;
- систематический контроль над состоянием занимающихся учеников;
- профилактика и предупреждение вторичных отклонений.

Выводы. Анализ литературных источников показал, что адаптивная физическая культура положительно влияет на здоровье и общее психофизическое состояние ребенка с ограниченными возможностями здоровья, способствует компенсаторной перестройке нарушенных анализаторов. Также адаптивная физическая культура выступает средством социально-психологической реабилитации, которое раскрывает реальный уровень жизненных способностей людей с ограниченными возможностями здоровья, помогает им приобрести уверенности в своих силах.

Таким образом, адаптивная физическая культура занимает особое место не только в системе комплексной реабилитации и интеграции, но и в системе всего специального образования.

ОПТИМИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ УМЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Андрусёва И.В.¹, Бобрик Ю.В.², Бородкина М.А.³

¹к.п.н., доцент, зав. кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»

²д.м.н., профессор кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины,
физиотерапии с курсом физического воспитания

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, КФУ

³студентка кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»

yura.bobrik@mail.ru

Ведение. Актуальность научной проблемы в определении особенностей использования здоровьесберегающих технологий в развитии детей с задержкой психического развития заключается в том, что в связи с увеличением количества детей, имеющих нарушения различной степени и сложности, необходим поиск новых организационных форм помощи, способствующих их коммуникации.

Целью данной статьи является анализ работ исследователей, которые занимались выявлением особенностей использования здоровьесберегающих технологий в процессе коррекции нарушений у детей с задержкой психического развития и выявлению эффективности их применения.

Материалы и методы. Теоретическому анализу подвергнуты работы авторов, занимавшихся вопросом изучения здоровьесберегающих технологий как средства коррекции – А. А. Бирюкова, К. Петрова, М. А. Повалева, Н. К. Смирновой, В. В. Цвынтарного и других.

Результаты исследований. Здоровьесберегающие технологии, по мнению Н. К. Смирнова, – это все те психолого-педагогические технологии, программы, методы, которые способствуют сохранению и укреплению здоровья и направлены на воспитание у учащихся культуры здоровья, личностных качеств, формирование представления о здоровье как ценности, мотивацию на ведение здорового образа жизни.

Рассмотрим некоторые технологии здоровьесбережения, которые приносят наиболее эффективные результаты в развитии детей. Самомассаж, по мнению А. А. Бирюкова, — это все виды массажа на самом себе. Выполняет его ребенок самостоятельно, следуя примеру педагога. Систематически выполняемый самомассаж улучшает функции рецепторов проводящих путей, усиливает рефлекторные связи коры головного мозга с мышцами и сосудами, что благоприятно влияет на речевое развитие детей с задержкой психического развития.

Су-Джок терапия, как одна из форм здоровьесберегающих технологий, по мнению М. А. Повалева, воздействует на биологически активные точки, которые располагаются в определенном порядке и соответствуют всем органам и участкам тела. Правильно определив нужные точки можно развивать и речевую сферу ребенка. Немаловажно, что неправильное применение этой технологии не нанесет организму ребенка никакого вреда. Она просто не даст желаемого результата.

В. В. Цвынтарный отмечает, что у детей с задержкой психического развития наблюдается недостаточная координация пальцев и кисти рук, вследствие чего плохо развивается мелкая моторика. Поэтому, важное место в коррекционной работе по развитию речи и интеллекта является работа над формированием и совершенствованием мелкой моторики пальцев рук детей посредством пальчиковой гимнастики.

Физкультурные минуты в учебно-воспитательном процессе благотворно влияют на восстановление умственной работоспособности, препятствуют нарастанию утомления, повышают эмоциональный уровень учащихся, снимают статические нагрузки. При этом, они сочетаются со словом, вследствие чего корректируются недостатки речи, активизируется имеющийся словарный запас детей.

Правильная организация учебной деятельности сохраняет работоспособность детей, исключает переутомление обучающихся. Наиболее сложные задания необходимо преподносить после семи минут занятия, а последние пять минут занятия малопродуктивны, поэтому это время желательно использовать для снятия утомления. На протяжении всего занятия можно провести несколько разноплановых здоровьесберегающих подвижных и малоподвижных минуток (мимические, голосовые, дыхательные и физические упражнения, работа над усвоением лексико-грамматического строя речи), так как физпаузы и физминутки несут дополнительную речевую нагрузку, а также позволяют размять тело, передохнуть и расслабиться.

Выводы. Итак, анализ специальной литературы по выявлению особенностей использования здоровьесберегающих технологий в развитии детей с задержкой психического развития показывает, что правильное их внедрение в учебно-воспитательный процесс может способствовать улучшению их коммуникации, повышению речевой активности, развитию речевых умений и навыков как показателей этой коммуникации (речь детей становится чётче, понятнее, улучшается лексико-грамматический строй речи), снятию напряжения, восстановлению работоспособности, активизации познавательного интереса, улучшению концентрации внимания.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДИСЛЕКСИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Кулик Н.М.¹, Бобрик Ю.В.², Ляшенко А.Н.³, Алтынбаева Н.А.⁴

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

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

³к.п.н., доцент кафедры специального (дефектологического) образования ГБОУ ВО РК
«Крымский инженерно-педагогический университет»

⁴студентка кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»

yura.bobrik@mail.ru

Введение. Проблема изучения дислексии у детей в данный период времени является одной из самых актуальных вопросов педагогики. Дислексия является довольно распространённым речевым нарушением у учащихся младших классов с задержкой психического развития. При отсутствии своевременной диагностики и профессиональной проведенной коррекционной и профилактической работы нарушения письменной речи отрицательно на успеваемости младших школьников с задержкой психического развития. Распространённость дислексии у младших школьников с задержкой психического развития достаточно велика. Актуальность проблемы своевременной коррекции дислексии указывает на необходимость разработки, апробации и реализации вариативных учебно-методических, дидактических разработок, коррекционно – развивающих методик, программно – методических пособий. Потребность создания специальных учебно – методических и учебно – дидактических методик продиктована социальным запросом со стороны родителей младших

школьников и администрации, педагогов общеобразовательных школ, а также и специализированных школ.

Цель работы – разработка программы коррекции и развития компонентов устной речи (фонематическое восприятие, звуковой анализ и синтез, лексико – грамматический строй, связная речь).

Методика исследований. В ходе педагогической практики нами проведена экспериментальная работа. Работа на начальном этапе включала, в себя педагогическое обследование группы детей и в результате обследования нами было, выбрано двое детей и составлены психолого – педагогические характеристики. Для исследования взят один ученик 2 класса с задержкой психического развития второй ученик 2 класса массовой школы Костя Н. При анализе полученных данных выявили следующие: Максим Л. дислексии акустическая и оптическая при обследовании были выявлены следующие виды ошибок: пропуски согласных при их стечении, пропусках гласных, перестановках и добавлениях букв; пропусках, перестановках и добавлении слогов; Замена согласных д – б, к – т, н – ю. У Кости Н. также выявлена дислексия акустическая и оптическая и выявлены такие же ошибки, вот только он заменял согласных д – в, с - ш, н – ю. У обоих детей было нарушено пространственно ориентация на листе бумаге. Далее организованы и проведены индивидуальные коррекционные и развивающие занятия, в соответствии с подготовленным планом, проведена консультативная работа с родителями этих детей. Во время организации и проведении коррекционных занятий нами были использованы следующие виды упражнений: работа по слоговым таблицам, чтение букв перевернутом положении, работа по устойчивости внимания с помощью математических и буквенных таблиц Шульте на внимание, вычеркивание из текста букв которые путали дети. Ученикам были предложены несколько видов азбук, в частности были изготовлены буквы из бархатистого картона, тонкой наждачной бумаги, сделаны из картона и обклеены гофрированной бумагой. Упражнение по методике Т. Г. Визель. Так как оба ученика применяли послоговое чтение, то нами было принято решение применить способ чтения книг в перевернутом положении. Чтобы перейти к чтению целым словом. Так же нами применялось чтение слов с перепутанными буквами.

После проведенной коррекционной работы получены следующие данные: дети перестали заменять согласных д – б, к – т, и д – т, с – ш. скорость чтения увеличилось в 2 раза. В начале исследовательской работы оба ученика Максим Л читал 11 слов в минуту и Костя Н. читал 15 слов в минуту. В конце исследовательской работы Максим Л стал читать 25 слов в минуту и Костя Н. стал читать 35 слов в минуту.

Выводы. Таким образом, анализ педагогической, психологической, методической литературы и проведенный нами эксперимент позволяют сделать следующие выводы. Неоспоримым остается тот факт актуальности данной проблемы и необходимости дальнейших разработок в направлении профилактической и коррекционной работы. Исходя из выше сказанного считаем, что необходимо больше внимания уделять информированию учителей общеобразовательных школ о проблеме дислексии.

РОЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В СОВРЕМЕННОМ СОЦИУМЕ

Хайбуллаева Ф.Р.¹, Бобрик Ю.В.², Будникова М.Е.³

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

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

³ студент кафедры специального (дефектологического) образования ГБОУ ВО РК
«Крымский инженерно-педагогический университет»
yura.bobrik@mail.ru

Введение. В данном разделе делается обзор существующих положений реабилитации умственно отсталых школьников. Ее этапы, виды и значение в жизни современного социума.

Цель и задачи исследований. Проанализировать и обобщить общую и специальную психолого-педагогическую литературу по проблеме реабилитации детей с интеллектуальными нарушениями в современном социуме.

Результаты исследований.

Со временем все больше внимание уделяется проблеме улучшения жизни учащихся специальных школ. Возрастает интерес разработки методов реабилитации для школьников с нарушенным интеллектом.

Под термином реабилитация подразумевается комплекс различных видов мероприятий, которые направлены на компенсацию и восстановление поврежденных или окончательно утраченных функций. К таким мероприятиям можно отнести медицинскую, психологическую, педагогическую и множество других видов помощи. При дословном переводе реабилитация означает восстановление. Именно это чрезвычайно важно для школьников с ограниченными возможностями здоровья.

В термине реабилитация находит отражение не определенная научная область, а огромный спектр проблем, методов и приемов множества научных исследований.

Между собой тесную связь имеют медицинская, физическая, трудовая, психологическая и социальная виды реабилитации. В работе они часто взаимодействуют, значительно ускоряя процесс помощи.

Для успешного внедрения в общество лиц с ограниченными возможностями здоровья важную роль играет социальная реабилитация. Остро поставлена проблема их трудоустройства, активной и полноценной жизни.

Залогом успеха реабилитации является раннее выявление проблемы и своевременное оказание необходимой помощи. Это могут быть различные виды воздействия: психологическое, педагогическое и медицинское.

Перед педагогами-дефектологами и психологами стоит важная задача – развитие потенциальных возможностей. Необходимо направлять все усилия на то, что бы личность ребенка развивалась в положительном направлении.

Будущее каждого из учеников специальной школы во многом зависит от условий их проживания, квалифицированности оказанной помощи, ближайшего окружения, уровня их образованности и потенциальных возможностей.

Опираясь на вышесказанное, программы реабилитации умственно отсталых школьников направлены на социокультурные аспекты в обучении, уделяя им особое внимание. Для учащихся специальных школ создаются комфортабельные условия жизни и обучения, которые способны стимулировать развитие их умственных способностей. Происходит обеспечение социальными и экономическими возможностями.

Важную роль в психическом и физическом восстановлении играют трудовые процессы. Это было отмечено еще Ф. Энгельсом, он писал: "Труд есть первое основное условие всей человеческой жизни и притом в такой степени, что мы в известном смысле должны сказать: труд создал человека". Для развития человека обязательной является трудовая деятельность.

Реабилитация детей с нарушенным интеллектом протекает значительно тяжелее, если сравнивать ее с восстановлением каких-либо физических функций. Работа над интеллектуальной сферой учащихся усложнена тем, что подобные дефекты приводят к нарушению или тотальному отсутствию социальных связей.

Любая реабилитационная работа должна выстраиваться с учетом психических особенностей учащихся, так же во внимание должно приниматься своеобразие физического состояния, речи, личности, моторики

Реабилитацию можно разделить на три этапа: восстановительная терапия, реадaptация и реабилитация.

Восстановительная терапия предотвращает формирование стойкого дефекта. Осуществляется при помощи лекарственных препаратов и психосоциальное воздействие.

Реадaptация имеет профессионально-педагогическую направленность. Коррекционно-воспитательная работа формирует приспособляемость личности на биологически неполноценном уровне. Ведущая роль психологических, педагогических и психосоциальных воздействий.

При реабилитации медикаментозная терапия применяется с целью предупреждения обострения дефекта. Преобладают психолого-педагогические, психотерапевтические и трудотерапевтические мероприятия.

Изучая научные труды так же можно выделить некоторые формы реабилитации: трудовая, психолого-педагогическая, социально-медицинская, социокультурная, социальная. Среди разновидностей реабилитации невозможно выделить наиболее действенную, которая была бы способна решить все проблемы самостоятельно. В связи с этим возникает необходимость комплексного подхода к проблеме.

Исследуя данную тему, невозможно обойти стороной особенности речевого развития и общее влияние речи на состояние организма в целом. Колоссальное влияние на положительное формирование психических процессов оказывают логопедические мероприятия. Благодаря устранению дефектов речи происходит улучшение нервно-психического развития.

При сочетании интеллектуальной недостаточности с нарушениями опорно-двигательной системы незаменимое влияние оказывает лечебная физкультура. Она способствует развитию моторики, координации, внимания, подвижности психических процессов, укреплению общего соматического состояния больных.

Выводы. Изучив материалы по данной проблеме, следует отметить, что залогом успешного воздействия на школьников с нарушенным интеллектуальным развитием является своевременность, систематичность и комплексность. Именно эти аспекты помогают достичь наиболее положительного прогрессирующего результата.

Огромное значение реабилитации можно объяснить тем, что люди, имеющие умственную отсталость, составляют значительную долю форм нервно-психической патологии. Так же это объясняется тем, что возрастает тенденция дефектологии и медицины к гуманизации. Общество обеспокоено вопросами организации обучения, устройства на работу после получения доступного образования, облегчения социализации и адаптации в условиях современного социума.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В НИВЕЛИРОВАНИИ НЕГАТИВНОГО ВЛИЯНИЯ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА НА ПСИХОФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Андрусёва И.В.¹, Бобрик Ю.В.², Драгомощенко Р.С.³

¹к.п.н., доцент, зав. кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»

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

³ магистрант кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»
yura.bobrik@mail.ru

Введение. Неполноценность опорно-двигательного аппарата (ОДА) накладывает существенное негативное влияние на формирование растущего ребенка. В результате нарушений, с одной стороны, разрушается целостность и естественность функционирования центральной нервной системы и, следовательно, всего организма; а с другой – формируются комплексы психической неполноценности, характеризующиеся тревогой, потерей уверенности в себе, пассивностью, изолированностью или, наоборот, эгоцентризмом, агрессивностью, а подчас и антисоциальными установками.

Цель. Проанализировать влияние нарушений ОДА на психофизическое развитие детей и подростков.

Материалы и методы. Теоретическому анализу подвергнуты работы раскрывающие системный подход в психологии и психофизиологии (П. К. Анохин, Б. Ф. Ломов, В. С. Мерлин и др.); теория развития психики, сознания как свойства мозга в конкретной деятельности (С. Л. Рубинштейн), методологические принципы организации психологического исследования (Б. Ананьев, А. Анастаси, Б. Ф. Ломов, С. Д. Максименко и др.); подходы к оценке и оптимизации психофизиологического состояния человека (Л. Дикая, Е. П. Ильин, О. Карпенко, А. Б. Леонова, М. В. Макаренко, В. А. Семеченко и др.).

Результаты исследований. В условиях дефекта ОДА отмечаются:

- первичные отклонения в деятельности функций, обусловленные повреждением того или иного органа вследствие заболеваний или травматических повреждений организма;
- вторичные отклонения в виде временного недоразвития некоторых психических процессов и двигательных функций, которые являются следствием пострадавших сенсорных функций.

Необходимо подчеркнуть, что проблема развития движений является важнейшей составной частью проблемы развития личности в целом. Еще И.М. Сеченов указывал, что чувственное восприятие представляет собой целенаправленный процесс, в котором используются аппараты и ресурсы всего человеческого организма, и приводятся в движение целые системы органов чувств. Это положение особенно важно при рассмотрении процесса формирования движений, протекающих в условиях нарушения функции ОДА.

Исследованиями доказано, что при норме в выработке автоматизированных двигательных навыков значительная роль отводится мышечному чувству. В то же время в практике обучения детей с ОВЗ использованию этого вида чувствительности еще не придается должного значения. Поэтому, чтобы у них быстрее развивались компенсаторные функции и сохранялось остаточное зрение, целесообразно в большей мере использовать и развивать мышечное чувство.

При частичной или полном нарушении ОДА в наибольшей степени нарушаются координация, выносливость, быстрота и ритм движений (отставание от нормы составляет от 5

до 30%). В меньшей степени (не более 8-12%) выражено отставание по показателям мышечной силы и скоростно-силовым качествам.

Одной из сложных функций организма является функция равновесия. В реакциях поддержания устойчивости тела, рефлекторно взаимодействуя, принимает участие ряд анализаторов (зрительный, вестибулярный, двигательный и тактильный).

Низкий уровень развития двигательных способностей детей с нарушением ОДА связан как с последствиями первичных нарушений, так и с ограничением объема двигательной активности, по сравнению с учащимися массовых школ, но на это оказывает также влияние недостаточная разработка некоторых аспектов методики их физического воспитания.

Выводы. В процессе компенсации при нарушении ОДА принимают активное участие все звенья центральной нервной системы. При этом компенсация может развиваться одновременно по разным каналам, так как анализаторы при взаимодействии друг с другом позволяют одну и ту же работу выполнять разными способами. В этом случае компенсация может проходить за счет внутрисистемных и межсистемных перестроек. Любая из этих систем располагает большими запасами механизмов компенсации, которые в обычной жизни не всегда используются и находятся как бы в резерве, а при физической реабилитации может быть активизирована.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МОТОРНОГО И РЕЧЕВОГО ПРАКСИСА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Андрусёва И.В.¹, Бобрик Ю.В.², Бучеловская А.В.³

¹к.п.н., доцент, зав. кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»

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

³ магистрант кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»

yura.bobrik@mail.ru

Введение. Принятие Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (Приказ МО и Н РФ №1598 от 19.12.2014 года) требует от учителей-практиков и ученых занимающихся проблемами обучения и воспитания данной категории детей поиск новых технологий их всестороннего развития, которые бы соответствовали их потенциальным возможностям. Реализация требований, отраженных в СФГОС поможет детям с ограниченными возможностями здоровья получить соответствующий социальный статус, который удовлетворит их общечеловеческие потребности.

Цель. Выявление и разработка приоритетных направлений функционирования системы специального (дефектологического) образования – диагностико-прогностической, коррекционно-развивающей, лечебно-восстановительной, функционально-прогностической, профилактической составляющих всего коррекционного процесса.

Материалы и методы. Теоретическому анализу подвергнут целый ряд психолого-педагогических исследований, посвященных различным аспектам проблемы развития и коррекционной направленности обучения и воспитания детей с ОВЗ Л. А. Даниловой, М. В. Ипполитовой, Е. С. Калижнюк, И. И. Мамайчук, А. М. Мастюковой, А. Н. Правдиной-Винарской, К. А. Семеновой, М. Я. Смуглина, Н. В. Симоновой, М. Б. Эйдиновой и др.

Результаты исследований. Совершенствование системы специального (дефектологического) образования требует глубокого и разностороннего изучения

умственного и физического развития лиц с ограниченными возможностями здоровья. Ведь первичные нарушения в развитии этих детей приводят к «выпадению» их из социального и культурно обусловленного традиционного образовательного пространства, к нарушению общения как источнику развития специфических человеческих способностей и способов деятельности высших психических функций (Н. Н. Малофеев).

Поскольку специфической особенностью управления движениями человека является речевая регуляция, а процесс формирования двигательных актов происходит при активном участии таких психических процессов как: память, мышление, внимание и восприятие, то прослеживается четкая зависимость своеобразия моторного и речевого параксиса. В связи с этим, важным звеном этого процесса является разработка и научное обоснование целостной системы теоретико-методических основ коррекции моторного и речевого параксиса как основы обучения письму.

Моторный параксис – это произвольные двигательные акты, в формировании которых ведущее значение принадлежит второй сигнальной системе, регулирующей связи с первой сигнальной системой. В норме первая и вторая сигнальные системы работают без нарушений.

Речевой параксис рассматривается как целенаправленные автоматические речевые движения, составляющие основу моторной стороны речи.

Ученые отмечают, что среди различных движений моторного параксиса особое значение имеют движения пальцев руки, поскольку именно они влияют на развитие высшей нервной деятельности ребенка. По данным М. М. Кольцовой движения пальцев руки стимулирует созревание ЦНС, что является прочным средством повышения работоспособности коры головного мозга. Также прослеживается и обратная взаимосвязь – моторный параксис влияет на развитие речевого параксиса и речевое развитие в целом.

Выводы. Итак, анализ научно-методических работ по психофизиологии, нейропсихологии, физиологии и др. позволяет нам обосновать значительную роль моторного параксиса в регулировании речевого параксиса, что в свою очередь позволит педагогу на занятиях решить учебные, оздоровительные и коррекционные задачи на основе использования моторного параксиса как основы обучения письму. Процесс коррекции моторного параксиса, а также более полных и выразительных представлений ребенка о двигательных действиях, позволит сформировать определенные знания, умения и навыки в произвольных действиях в процессе освоения навыка письма.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ПРИ РАЗВИТИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ УЧАЩИХСЯ

Андрусёва И.В.¹, Бобрик Ю.В.², Новикова К.П.³

¹к.п.н., доцент, зав. кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»

²д.м.н., профессор кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины,
физиотерапии с курсом физического воспитания

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, КФУ

³студентка кафедры специального (дефектологического) образования
ГБОУ ВО РК «Крымский инженерно-педагогический университет»

yura.bobrik@mail.ru

Введение. Психофизиология развивается в неразрывной связи с психологическими науками, в том числе и со специальной психологией, которая изучает основные психологические закономерности психического развития учащихся с умственной отсталостью. Ведь исследования психических процессов, состояний, свойств человека предполагает использование совокупности данных, накопленных в науках о мозге. В то же время понимание нейрофизиологических механизмов нарушенной психики невозможно без раскрытия специфики психологических закономерностей ее функционирования.

Цель. Раскрыть значение психофизиологии в развитии познавательных процессов у умственно отсталых учащихся.

Материалы и методы. Теоретическому анализу подвергнуты работы Б. Ломова, В. Небилицина, Б. Теплова, Е. Соколова.

Результаты исследований. По этому поводу Б. Ломов отмечал, что физиология и психология «все больше и больше вторгаются в проблематику друг друга. С одной стороны, физиологи начали разрабатывать проблемы, которые недавно считали сферой «чистой» психологии: например, восприятия, памяти, принятия решения и тому подобное. Психологи, в свою очередь, внесли значительный вклад в развитие физиологических проблем, например в исследование свойств нервной системы (Б. Теплов, В. Небилицин)». На рубеже психофизиологии и психологических наук (общей, специальной, дифференциальной, сравнительной, возрастной) формируются и развиваются специальные дисциплины и их направления: а) общая психофизиология, в которой традиционно выделяют сенсорную психофизиологию (в т. ч. векторную психофизиологию - разработанную Е. Соколовым отрасль, основанная на данных о векторное кодирование информации в нейронных сетях), психофизиологию организации движений, психофизиологию активности, психофизиологию памяти и обучение, психофизиологию речи, психофизиологию мотивации и эмоций, психофизиологию сна и стресса, психофизиологию функциональных состояний и т.д.;

б) сравнительная психофизиология – наука, нацеленная на установление закономерностей и выявление различий в структурно-функциональной организации мозга, поведению и психике животных различных видов, а также у человека и животных;

в) дифференциальная психофизиология – мультидисциплинарная наука, сфокусирована на изучении механизмов детерминации индивидуально-психологических различий (в т. ч. различий в темпераменте и характере);

г) возрастная психофизиология – отрасль психофизиологии, исследующий онтогенетические изменения физиологических основ психической деятельности человека.

Необходимость учета психофизиологических факторов часто возникает и во время исследования познавательных процессов у умственно отсталых детей. Так, важным для понимания социально-психологических и других особенностей процесса обучения и реабилитации данной категории детей является изучение социальной психофизиологией

физиологических механизмов тех психических процессов и состояний, существенно связанные с обеспечением межличностного их общения. Обращение к теории психофизиологии, ее методов и результатов конкретных исследований нужно и тогда, когда дефетологическая наука привлекается к решению практических задач. Например, в определенных сферах коррекционной практики.

Выводы. Психофизиология связана не только с фундаментальными научными и общественными науками, но и с конкретными научно-практическими комплексами. В медицинских науках необходимость применения данных психофизиологии возникает при исследовании большинства проблем здоровья, что, в частности, прослеживается в клинической психофизиологии, которая сфокусирована на изучении патофизиологических мозговых процессов при различных заболеваниях (в том числе интеллектуальной недостаточности). Данные психофизиологии нужны и в педагогических науках. На рубеже педагогики, педагогической психологии и психофизиологии развивается педагогическая психофизиология, которая рассматривает и психофизиологические аспекты решения проблемы оптимизации процесса обучения детей с умственной отсталостью. В ней значительное внимание уделяется установлению уровня оптимальности (с точки зрения биологических критериев) выбранного педагогом режима обучения, а также оценке энергетических затрат ученика с умственной отсталостью на усвоение знаний путем фиксирования изменений его функционального состояния.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ, ВЫЗВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Дергачева А.В.¹, Пономарев В.А.²

¹Врач-ординатор 1 года обучения МА им. С.И.Георгиевского

²К.М.Н., доцент кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физвоспитания Медицинской академии им. С.И.Георгиевского
КФУ им. В.И.Вернадского
tacula@yandex.ru

Актуальность. Статистические данные ВОЗ показывают, что от хронической тазовой боли страдают около 15% женщин. В поисках причины выраженного болевого синдрома 10% становятся пациентами гинекологов. Наиболее частые патологии, которые приводят к появлению хронической тазовой боли у женщин, – это эндометриоз, фибромиомы, спаечный процесс, кисты яичников и хронические воспалительные заболевания половых органов. Довольно часто хроническая тазовая боль у женщин связана с менструальным циклом или с овуляцией, что проявляется резкими спастическими болями внизу живота.

Перечисленные заболевания с большим трудом поддаются лечению. А при некоторых из них можно использовать только поддерживающую терапию, направленную на предотвращение распространения патологического процесса.

Цель. Оценить эффективность физиотерапевтического лечения при хронической тазовой боли у женщин, вызванной патологией половых органов.

Материалы и методы. Были обработаны 44 истории болезни женщин, страдающих хронической тазовой болью в следствие патологии половой системы. Из них только 32 пациентки в возрасте от 18 до 34 лет проходили курс физиотерапии в условиях санатория. Произведена оценка клинических, лабораторных и инструментальных данных до и после санаторно-курортного лечения.

Результаты. Из 32 пациенток у 8 (25%) обнаружен спаечный процесс, который привел к выраженному болевому синдрому в области придатков матки. 10 (31,25%) женщин страдали

патологией яичников, из них у 6 отмечалась альгодисменорея. У 14(43,75%) пациенток были диагностированы хронические воспалительные заболевания верхнего этажа женских половых органов.

Женщинам, страдающим от хронической тазовой боли на фоне частых рецидивов воспалений половых органов, применялись электро- и грязелечение. При развитии осложнений хронического сальпингита в виде спаек маточных труб использовались ультразвуковая терапия, грязевые тампоны электрофорез с ферментными препаратами. В качестве лечения патологии яичников использовался лекарственный электрофорез, СМТ-терапия. Все женщины получали массаж пояснично-крестцовой области, а пациенткам с гормональной дисфункцией яичников дополнительно назначали массаж воротниковой зоны и головы. 100% отдыхающих получали бальнеолечение.

В процессе санаторно-курортного лечения 26 (87,5%) пациенток отмечали улучшение состояния уже после первых сеансов физиопроцедур, еще 3 (6,25%) женщины - постепенное стихание тазовой и менструальной боли с полным ее исчезновением к концу курса физиолечения. 3 (6,25%) пациентки отмечали снижение интенсивности болевого синдрома, но не полное его исчезновение. При выполнении контрольных обследований с помощью инструментальных методов диагностики у 29 женщин была зафиксирована положительная динамика. Лабораторные показатели уровня женских половых гормонов пришли в норму. Частота обострений патологий, которые способствовали развитию хронической тазовой боли у женщин, прошедших санаторно-курортное оздоровление, значительно снизилась по сравнению с пациентками, которые лечились только медикаментозно.

Выводы. Основываясь на конечных данных результатов исследования, можно сделать вывод, что физиотерапия является неотъемлемым методом лечения хронической тазовой боли, вызванной патологией женских половых органов.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫНОСЛИВОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Хрипунова Л.Д.¹, Маметова О.Б.¹, Белоус В.В.², Потапина Е.С.²

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

²студенты Медицинской академии КФУ

vladbelous95@mail.ru

Введение. Вегетативный тонус – это степень функционального напряжения того или иного органа или физиологической системы в состоянии относительного покоя. Он определяется поступающей на орган импульсацией по постганглионарным симпатическим и парасимпатическим волокнам и определяется генетическими особенностями индивида, так как у каждого человека ведущей системой выступает какая-либо из этих двух частей вегетативной нервной системы.

Было показано, что при преобладании симпатических влияний на сердечный ритм отмечается увеличение ударного и минутного объема крови на фоне относительной тахикардии (М. В. Шайхелисламова «Влияние исходного вегетативного тонуса на состояние гемодинамики младших школьников»). Также была прослежена взаимосвязь между ожирением и гиперинсулинемией у подростков страдающих ожирением, где при определении исходного тонуса вегетативной нервной системы патогномотичным признаком выступила парасимпатикотония.

Так как симпатическая и парасимпатическая системы – антагонисты друг друга и регулируют разные биохимические процессы (симпатика – ускоряет метаболизм и клеточное

дыхание, парасимпатика – замедляет), то определив чей тонус преобладает, можно предположить какие биохимические процессы у конкретного человека преобладают, и тем самым определить какой вид физической нагрузки ему будет предпочтительнее. Этим принципом для определения рационального режима тренировок у профессиональных спортсменов все чаще руководствуются врачи спортивной медицины.

Цель и задачи – изучить взаимосвязь уровня физической выносливости и тонуса вегетативной нервной системы у студентов медиков.

Методика исследования. В исследовании приняли участие 40 студентов основного и подготовительного учебных отделений 3 курса медицинской академии, занимающиеся в течение текущего учебного года в зале борьбы. Средний возраст испытуемых 21 ± 2 года. Замеры показателей для определения вегетативного тонуса производились в одно и то же время, в первой половине дня.

Для оценки тонуса вегетативной нервной системы определяли вегетативный показатель кровообращения, который рассчитывается по формуле:

$$ВПК = k \times (ЧСС/60^{-1})^2 \times АДп/АДс$$
 (где ВПК – вегетативный показатель кровообращения; k – размерный эмпирический коэффициент, равный $2c^2$; ЧСС – частота сердечных сокращений, c^{-1} , (уд/мин); АДп – пульсовое артериальное давление (мм рт. ст.); АДс – систолическое артериальное давление (мм рт. ст.). Таким образом, ВПК включает в себя произведение пульсового артериального давления, косвенно отражающего динамику ударного объема, и позволяет количественно оценить отклонения в вегетативной регуляции. Для оценки выносливости производили расчет индекса выносливости:

Индекс выносливости = $t - tk \times n$,

где t — время преодоления какой-либо длинной дистанции; tk — лучшее время на эталонном отрезке; n — число таких отрезков, в сумме составляющих дистанцию. Чем меньше индекс выносливости, тем выше уровень развития выносливости.

Исходную дистанцию брали как результат теста Купера, который сдавали студенты в качестве семестрового норматива. Тест заключается в 12-минутном беге с замером пройденной дистанции. Эталонным отрезком выступал забег на 100-метровую дистанцию.

Статистическая обработка данных производилась в программе «МЕДСТАТ» и Excel. Для оценки достоверности изменений использовали t -критерий Стьюдента. За достоверную принималась разность средних значений при $p < 0,05$. Для оценки корреляции рассчитывали коэффициент Пирсона.

Результаты исследований. Индивидуально для каждого студента были рассчитаны индексы выносливости (ИВ). Средний показатель индекса выносливости у девушек – $415,6 \pm 6,2$; у парней – $347,8 \pm 7$.

Вегетативный показатель кровообращения у юношей определялся в пределах от 0,86 до 1,83 условных единиц, у девушек от 0,90 до 1,75 условных единиц. Среди парней и девушек было выявлено около 12% ваготоников, что говорит о преобладании симпатикотонии разной степени выраженности в данной исследованной группе.

В программе Excel были построены корреляционные поля, а также рассчитан коэффициент Пирсона, который составил у парней 0,97; у девушек 0,96, что соответствует весьма высокой тесноте связи. А также графически подтверждена положительная линейная корреляция. В программе «МЕДСТАТ» был получен t -критерий Стьюдента ($p < 0,01$), что свидетельствует о том, что данная корреляционная связь является статистически значимой.

Выводы. В обследованной группе студентов преобладает симпатикотония (около 80% участников) при этом показатели выносливости соответствуют средним значениям для этой возрастной группы. Была выявлена тесная связь показателей выносливости и вегетативного тонуса, с общей закономерностью – чем ниже значения вегетативного показателя кровообращения, тем ниже показатели индекса выносливости. Следовательно, исходя из того, что низкие значения ВПК соответствуют ваготонии, а чем ниже показатели ИВ – тем выше выносливость, можно с уверенностью подтвердить, что парасимпатикотония обуславливает более высокую выносливость.

Данные полученные в ходе нашего исследования могут быть использованы при индивидуальном планировании физических нагрузок студентов медиков.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Матвеев О.Б.¹, Еременко Е.Ю.¹, Рюмшина В.В.², Хрычёва Н.А.²

²Студенты I медицинского факультета Медицинской академии им.С.И.Георгиевского КФУ

¹Ассистенты кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медицинской академии им.С.И.Георгиевского КФУ

Актуальность Межпозвонковые диски — сложно организованные структурные единицы позвоночного столба. Считают, что нарушение факторов обмена в них незамедлительно приводит к изменениям в костной ткани тел позвонков и, как следствие, к патологическим изменениям на уровне позвоночно-двигательного сегмента. Отсюда следует, что поддержание нормального обмена веществ внутри дисков — одно из ключевых направлений в предотвращении многих клинически значимых поражений, затрагивающих весь позвоночный комплекс.

Цель. Обосновать эффективность комплексного физиотерапевтического метода лечения грыж межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника с применением карипазима в условиях реабилитации в подострый период.

Материалы и методы. Проводилось восстановительное лечение грыж межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника в 54 случаях (контрольная группа, n=26; основная группа, n=28 — с применением комплексное физиотерапевтическое лечение (КФЛ) с применением карипазима). В основную группу вошли пациенты получавшие КФЛ с применением карипазима. В контрольной группе - физиотерапевтическое лечение включавшее магнитотерапию (аппарат Магофон) и терапию токами трабета (аппарат БТЛ -5000) , легкий лечебный массаж. Средний возраст больных прошедших курс реабилитационного лечения составил 54,3±2,76 года.

Метод проведения процедуры электрофореза карипазима заключался в введении препарата методом электрофореза, с положительного полюса. Раствор готовят непосредственно перед процедурой из расчета — на 1 флакон препарата 10 мл физиологического раствора. Для усиления эффекта в него добавляют одну каплю димексида. Электрод с карипазимом накладываается на область поясницы, а на область шеи накладывают электрод с 2,4% — м раствором эуфиллина. Температура прокладок должна быть в диапазоне 37-39° Цельсия. Длительность проведения процедуры 20 минут.

Полученные результаты и их обсуждение. Таким образом, анализ результатов исследований, проведенных в репрезентативных группах, с использованием клинических методов и стандартизированных тестов, свидетельствует, что включение, в лечение больных с межпозвоночными грыжами дисков поясничного отдела позвоночника, комплексного физиотерапевтического лечения с применением карипазима сопровождается существенной эффективностью реабилитационного восстановления.

Вывод. Предложенный комплексный физиотерапевтический метод с применением карипазима может быть рекомендован для применения в реабилитационном лечении межпозвоночных грыж поясничного отдела позвоночника.

Ключевые слова: межпозвонковый диск; реабилитация; физиотерапия.

АНАЛИЗ ТРАВМАТИЗМА И ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У СПОРТСМЕНОВ

Матвеева Н.В.¹, Матвеев А.В.², Чернобрывый В.И.³

¹ доцент кафедры ЛФК и СМ, физиотерапии с курсом физического воспитания
Медицинской академии КФУ;

² доцент кафедры внутренней медицины №1 с курсом клинической фармакологии
Медицинской академии КФУ;

³ студент Медицинской академии КФУ;

matveevanatasha@gmail.com

Введение: Травмы опорно-двигательного аппарата, полученные во время занятий спортом, представляют собой все более актуальную проблему. Повреждение связок голеностопа – самая распространенная травма, которую можно получить занимаясь спортом. В 70% случаев разрыв связок происходит у лиц, ранее уже получавших растяжение. Это связано с тем, что частое растяжение связок приводит к нестабильности голеностопа, а, следовательно, повышает риск повторного травматизма, и как следствие, развитию остеоартроза в будущем. Поэтому необходимо более серьезно подходить к вопросу профилактики развития этого заболевания и реабилитации, занимающихся спортом.

Цель и задачи исследования: Проанализировать спортивный травматизм для определения вида наиболее распространенных травм, изучить эффективность реабилитационного курса, как метода скорейшего восстановления спортсменов, определить рекомендации по повышению эффективности восстановительной терапии и профилактике остеоартроза у спортсменов.

Методика исследований: Нами было проведено анкетирование 150 спортсменов и мониторинг травматизма на протяжении 1 года с последующим применением реабилитационного комплекса. Были использованы: клинические субъективные методы: жалобы, анамнез жизни, шкала оценки боли по ВАШ; клинические объективные методы: осмотр, пальпация, определение подвижности и амплитуды движения в градусах голеностопного сустава, рентгенологическое исследование; статическая обработка данных: определяли среднее арифметическое (M) и ошибку средней арифметической (m). Тип распределения параметров в вариационном ряду устанавливали по критерию Шапиро-Уилка, значимость различий - T-критерий Вилкоксона и независимых выборок - U-критерий Манна-Уитни. Достоверность различий определялась вычислением t-критерия Стьюдента. Критерием достоверности оценок служил уровень значимости с указанием вероятности ошибочной оценки (p). Оценка разности средних считалась значимой при $p < 0.05$.

Результаты исследований: Проанализированы травмы полученные занимающимися спортом и выявлено, что из 150 человек (100%) у 80 (53%) раз или два в год отмечается растяжение связок голеностопа. После полученной травмы ранее, лечение в 40% случаев не проводилось, а заключалось только в использовании льда и фиксации голеностопа эластичным бинтом. При этом длительность полного восстановления составляла 6-8 недель. При обращении к нам, спортсменам с растяжением связок, на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов и анальгетиков, был проведен курс реабилитации: охлаждающие компрессы в острой стадии, затем – лечебный массаж, УВЧ терапия и парафинотерапия 10 сеансов, фиксации голеностопа тейп лентой, а также специально индивидуально подобранный (с учетом клинической картины и физиологических возможностей организма) курс ЛФК. Восстановление движений в полном объеме на фоне полного отсутствия боли отмечалось уже на 2-4 неделе лечения.

Выводы: Таким образом можно сделать вывод, что применение разработанного реабилитационного курса способствует сокращению сроков восстановления движений в поврежденной области у спортсменов, это позволяет рекомендовать реабилитационный курс как метод по повышению эффективности восстановительной терапии и профилактике развития посттравматического остеоартроза у спортсменов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАССИВНОЙ И АКТИВНОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ ПРИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСЦОВЫХ ДОРСОПАТИЯХ

Пономарев В.А.¹, Кадырова З.Ф.², Тен Д.И.²

¹Доцент 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

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 вертеброгенной патологии. Кроме того, стойкий болевой синдром ограничивает активность и снижает качество жизни пациентов. Широкое распространение, медико-социальная значимость данной патологии, определяет актуальность разработки эффективных методов физической реабилитации (ФР). В лечении остеохондроза позвоночника в сочетании с медикаментозной терапией, активно применяются методы лечебной физкультуры (ЛФК): лечебная гимнастика (ЛГ), лечение положением, упражнения на расслабление, растяжение, статические упражнения, изометрические нагрузки, мануальная терапия, классический массаж (включая самомассаж), гидрокинезотерапия.

Цель. Оценка эффективности комплекса динамических и статических упражнений при дорсопатии пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Материалы и методы: В исследование приняли участие 40 волонтеров (28 девушек, 12 юношей) в возрасте 25-30 лет с наличием дорсопатии пояснично-крестцового отдела, которые были разделены на две группы по 20 человек каждая. Общая продолжительность выполнения комплекса упражнений – 60 дней, по 4 - 5 повторений ежедневно. Участникам первой группы 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 второй группы был предложен комплекс статических упражнений: изометрическая гимнастика с саморастяжением позвоночника и последующим постизометрическим расслаблением (ПИР). Упражнения в изометрическом режиме представляют особый интерес, так как являются эффективным средством ЛФК при дорсопатиях, в связи с значительным восстановлением силы пораженных мышц, при минимальных энергозатратах, а также с минимальными 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 комплекса методов ФР в обеих группах отмечалось наличие положительной динамики. Однако, у участников второй группы, с применением статических упражнений, наблюдалось улучшение состояния по сравнению с исходным в 95% случаев, тогда как у участников первой - в 75% случаев соответственно. Отмечались следующие эффекты ЛФК: укрепление мышечного каркаса, стабилизация позвоночника, релаксация патологически напряженных мышц спины, улучшение крово- и лимфообращения в пораженном участке.

Выводы. В ходе исследования, доказана высокая эффективность комплекса статических упражнений, в сравнении с динамическими. Однако, целесообразно применение обоих комплексов упражнений, в связи с отмеченной положительной динамикой. Таким образом, ФР является ведущим звеном комплексной терапии дорсопатий позвоночника. Методы ФР оказывают лечебный эффект не только при обострении, но и являются основой профилактики прогрессирования дегенеративных изменений межпозвоночных дисков.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ШКОЛЬНИКОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ

Пономарев В.А.¹, Баснаева А.Д.²

¹доцент кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии
с курсом физвоспитания;

²студент МА им. С.И. Георгиевского
Pva377@mail.ru

Актуальность. Среди отклонений опорно-двигательного аппарата одно из первых мест занимают различные виды нарушения осанки. В свою очередь, вопрос исправления осанки не теряет остроты и представляет собой достаточно актуальную проблему детского здоровья, поскольку частота таких деформаций по данным научной литературы неуклонно возрастает и составляет 40 %. Однако, несмотря на глубокое изучение данной проблемы, она остается нерешенной в настоящее время, потому как среди существующих методик расширения двигательной активности детей недостаточно изучено использование современных методов коррекции деформаций в комплексном восстановительном лечении.

Цель. Изучить особенности и механизмы функциональных нарушений осанки школьников и разработать методику физической реабилитации нарушений осанки у детей школьного возраста, оценить эффективность разработанной методики и обосновать эффективность предложенной методики.

Материалы и методы. Изучены данные пациентов школьного возраста с функциональными нарушениями осанки обратившихся в ГБУЗ РК «Симферопольская городская детская клиническая больница» («СГДКБ») в период с 2015 по 2016 год. Для достижения поставленной цели использовались методы исследования, включающие общетеоретические методы научного познания (теоретический анализ, обобщение и систематизация, научно-методической литературы). А также ретроспективный анализ данных объективного обследования ортопедического статуса, антропометрия, анализ структуры программы медицинской реабилитации, включающей в себя лечебную физическую культуру, лечебный массаж, общеразвивающие упражнения и упражнения для тренировки мышечного корсета. Помимо этого, пациенты выполняли такие рекомендации: выработка правильной позы при работе, сидении, стоянии, сон на полужесткой постели, ортопедической подушке, утренняя гимнастика. Статистический метод обработки эмпирических данных.

Результаты. На основе анализа данных пациентов ГБУЗ РК «Симферопольская городская детская клиническая больница» («СГДКБ») за 2015 -2016 год получена выборка детей школьного возраста от 7 до 16 лет с функциональными нарушениями осанки и проведена оценка эффективности коррекции выявленных отклонений опорно-двигательного аппарата. Все дети, выполнявшие программу медицинской реабилитации, в той или иной степени улучшили показатели статической составляющей двигательного стереотипа. Изложенное позволяет считать, что исследование, посвященное разработке комплексной программе физической реабилитации при нарушении осанки у детей, построенной с применением оптимально двигательного режима на режимах физической реабилитации является весьма актуальной темой. Теоретическая значимость результатов исследования состоит в дополнении теории и методики физического воспитания школьников, имеющих нарушения осанки, новым материалом о возможностях и целесообразности комплексного использования упражнений коррекционно-профилактической направленности для устранения нарушений осанки и повышения физической подготовленности. Практическая значимость заключается в разработке программно-методического обеспечения физического воспитания школьников, направленного на коррекцию осанки. Материалы исследования могут быть использованы для работы программ по физическому воспитанию школьников, имеющих функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата; в практической

деятельности инструкторов ЛФК, в образовательных учреждениях при решении задач выбора и планирования учебного материала для детей с нарушением осанки. Установлено, что эффективность процесса коррекции осанки существенно повышается при подборе реабилитационных упражнений с учетом индивидуальных особенностей отклонений в формировании осанки детей школьного возраста. Доказана целесообразность включения элементов оздоровительной гимнастики, лечебного массажа, упражнений для тренировки мышечного корсета в комплекс лечебной физической культуры

Выводы. Материалы исследования могут быть использованы для работы программ по физическому воспитанию школьников, имеющих функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата в практической деятельности инструкторов ЛФК, в образовательных учреждениях при решении задач выбора и планирования учебного материала для детей с нарушением осанки.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАНУАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ С ЦЕНТРАЦИЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА И МАССАЖА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ДОРЗОПАТИЯХ С ВЕРТЕБРО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Пономарев В.А.¹, Горлов А.А.²

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

*²интерн 1 года обучения Медицинской академии КФУ
pva377mail.ru*

Введение. Заболевания позвоночника в виде неврологических проявлений наблюдаются периодически у людей в разные возрастные периоды, а мануальная коррекция (МК) применяется крайне редко.

Цель. Изучение клинко-физиологической эффективности различных методик МК при острых, подострых и хронических неврологических проявлениях шейного, грудного и пояснично-крестцового уровня в разные возрастные периоды.

Материал и методы. Проведены наблюдения у 60 человек с вертеброневрологическими проявлениями (ВНП), лечившимися консервативно у невропатолога с неудачным исходом. Им проводилась мануальная коррекция позвоночника. У 25% наблюдалась патология шейного отдела, у 25% - грудного отдела и у 50% - патология пояснично-крестцового отдела. Оценка состояния пациентгов и эффективности восстановительного лечения осуществлялась клинко-анамнестичеки, рентгенологическим, компьютерно-томографическим и другими методами дополнительного исследования, а при патологии шейного уровня ультразвуковой доплерграфией и реоэнцефалографией в позвоночных и полушарных отведениях; при снижении силы мышц конечностей – электромиографией и динамометрией.

40 больным основной группы проводилась мануальная коррекция позвоночника. В лечении использовались следующие методы МК: релаксационный массаж, постизометрическая релаксация, в том числе и изометрическая гимнастика, центрация позвоночника, мобилизации как диагностические, так и лечебные, краниопатическая остеокоррекция. Сравнивалась их эффективность при различных формах. Изредка, когда пациенту необходимо было срочно восстановиться применялась легкая мануальная манипуляция. Однако положительный клинический эффект отмечался в 90 % случаев без привлечения манипуляций.

20 больным контрольной группы проводился традиционный массаж позвоночника.

Результаты исследований. ВНП выявлялись у всех больных. У половины больных с ВНП выявлялась нестабильность позвоночника разной степени: 1 степени - у 40%, 1-2 – у 35%,

2 – у 25%. При второй степени нестабильности восстановление было более затруднительным.

Выявлена положительная корреляция между интенсивностью боли и степенью трудовой дезадаптации: коэффициент Спирмена $r=0,37$, коэффициент линейной регрессии $Beta=0,38$. Установлено, что у пациентов основной группы более выражено уменьшение болевого синдрома, чем контрольной. В основной группе наблюдалось более выраженное уменьшение суммарного неврологического дефицита с 40 ± 5 до 20 ± 5 ($P<0,05$) баллов, чем контрольной (с 40 ± 5 до 30 ± 5 балла). Уровень дезадаптации по анкете Ван Корффа у больных основной группы после терапии снижался с 30 ± 4 до 14 ± 3 баллов ($P<0,05$), а в контрольной – с 30 ± 5 до 20 ± 4 баллов. Аналогичная картина обнаружена с помощью Мак-Гилловского болевого опросника: в основной группе снизился статистически достоверно с 60 ± 5 до 40 ± 5 ($P<0,05$), а в контрольной лишь незначительно – с 60 ± 5 до 50 ± 5 ($P\geq 0,05$).

Сравнительная эффективность традиционного массажа и мануальной коррекции:

	Традиционный массаж позвоночника	мануальная коррекция с центрацией позвоночника
Значительное улучшение	15 %	35 %
Улучшение	45 %	55 %
Без перемен	40 %	10 %

($\chi^2=8$ при $k=3$, $P<0,05$).

Выводы. Такой комплексный подход к терапии, а главное, МК с центрацией позвоночника с указанными выше особенностями реабилитации, позволяют достичь высокой лечебно-восстановительной эффективности ВМП. Таким образом, включение многоцелевой мануальной рефлексотерапии в комплексную реабилитационную программу больных позвоночной дорсопатией сопровождается существенным повышением эффективности восстановительной терапии

Проведенные наблюдения показали более высокую эффективность лечения больных с ВМП при включении в комплекс реабилитационных мероприятий МК в сравнении со сравнительной группой, где использовались только традиционный массаж.

ОСОБЕННОСТИ МАССАЖА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДИАГНОСТИКО-ЛЕЧЕБНЫХ ФАСЦИАЛЬНО-МЫШЕЧНЫХ БОЛЕВЫХ ЗОН

Пономарев В.А.¹, Каламыцев В.П.²

¹доцент кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физвоспитания

²соискатель кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физвоспитания

Медицинская академия имени С.И.Георгиевского КФУ

Pva377@mail.ru

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

Цели. Оптимизация эффективности массажа и мануальной коррекции путем выявления малых зон напряжения тканей, наличия мышечно-тонических нарушений и их диагностико-лечебной оценки в динамике при выполнении массажа и мануальной коррекции.

Материал и методы. Наблюдались 100 больных с различными заболеваниями в возрасте 16-75 лет, 65 женщин и 35 мужчин. Для определения кожных и мышечно-

фасциальных болевых зон выявляли 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 коррекции.

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 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 массажа и мануальной коррекции.

Выводы. Учет болевых малых и больших зон в массаже и мануальной коррекции, дополненный выявленными особенностями повышает их лечебную эффективность.

ОТСАСЫВАЮЩЕ-ДРЕНАЖНЫЙ МАССАЖ ПРИ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

¹доцент кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом физического воспитания Медакадемии имени С.И. Георгиевского КФУ

*²студенты 2-го медицинского факультета 5 курса
Медицинской академии имени С.И. Георгиевского КФУ*

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 отсасывающе-дренажного массажа на организм при венозной недостаточности нижних конечностей.

Материалы и методы. Анализ статистики интернет-данных, наблюдение над 25 больными с венозной недостаточностью, из которых 10 основной группы, получавших дренажно-лимфатический массаж и 15 контрольной группы, не получавших дренажно-лимфатический массаж.

Результаты исследования. Несмотря на противопоказания массажа нижних конечностей при ХВН, применяемый дренажно-лимфатический массаж, совместно с комплексным лечением (аспекард, кардиомагнил 2 раза 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.

Выводы. На основании выполненной работы выявлен положительный эффект отсасывающего лимфо-дренирующего 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.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР

Пономарев В.А.¹, Новак И.Е.²

*¹доцент кафедры ЛФК и спортивной медицины, физиотерапии
с курсом физического воспитания, к.м.н.*

*²студент 6 курса 1 медфака Медицинской академии КФУ
pva377@mail.ru*

Введение. Перелом ребра — частая травма грудной клетки, составляющая 10 - 15% случаев от всех травм. Одной из возможных причин данной травмы являются дорожно-транспортные происшествия, что актуально для нашего региона в связи с увеличившимся притоком автомобильного транспорта, особенно в курортный сезон. Методы физической реабилитации (наряду с адекватным обезболиванием) хорошо зарекомендовали себя для профилактики возникновения застойной пневмонии, часто сопровождающей переломы ребер (в связи с болезненностью акта дыхания).

Цели и задачи. Цель данной работы – доказательство эффективности методов физической реабилитации в профилактике возникновения застойных явлений в легких у больных с переломами ребер.

Материалы и методы. Нами было обследовано 25 больных, проходивших стационарное лечение по поводу переломов ребер (единичных и множественных), из них 10 – в составе множественной травмы (переломы костей голени - 5, плечевой кости - 3, таза – 2), 8 - сочетанной травмы в виде ЗЧМТ разной степени тяжести. Из общего числа больных 15 выполняли режим лечебной физической культуры, рекомендованный лечащим врачом, в полном объеме; 10 больных не выполняли или выполняли частично (из них 5 - в связи с имеющейся множественной или сочетанной травмой – переломом таза либо ЗЧМТ). Из методов физической реабилитации применялись лечение положением (у 5 больных с множественными и сочетанными травмами) и дыхательная гимнастика (у 10 больных).

Результаты исследования. Из числа больных, несоблюдавших лечебно-охранительный режим в полном объеме, застойные явления в легких были выявлены у 4 пациентов (40±8% при $p \leq 0,05$), из них у 3 – бронхит, у 1 - пневмония. Во второй группе больных осложнения в

виде застойных явлений в легких (бронхит) были выявлены лишь у одного пациента, при том что он являлся больным ХОБЛ ($10 \pm 8\%$ при $p \leq 0,05$).

Таким образом, из полученных результатов было установлено, что существует обратная зависимость между выполнением методов ЛФК (в частности, дыхательной гимнастики) и вероятностью возникновения застойных явлений в легких. Это явление связано с гиповентиляцией у больных с переломами ребер.

Есть ряд противопоказаний к выполнению дыхательной гимнастики, в частности дыхательная недостаточность 3 степени, кровохарканье, гемоторакс, пневмоторакс.

Противопоказания к лечению положением – ЗЧМТ и переломы таза.

Выводы. Методы физической реабилитации успешно применяются при переломах ребер с целью профилактики застойной пневмонии. Наиболее эффективный метод - дыхательная гимнастика, однако её применение имеет ряд ограничений в связи с имеющимися травмами у больных. А если нет противопоказаний, применяется лечение положением.

ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Васильева В.В.

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

*Кафедра лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом
физического воспитания.*

Введение. Регуляторно-трафические процессы физических упражнений на организм реализуются через три типа эффектов: уменьшения величины функционального напряжения, падающего на орган; стимуляция «слабого звена» и его функции; противодействие увеличению вегетативных реакций организма (И.В. Муравов 1989 г.).

Особенно ярко проявляются эффекты этих типов со стороны сердечно - сосудистой системы у лиц среднего и пожилого возраста, у которых нередко имеет место функциональные и морфологические изменения сердца и всех звеньев периферического кровообращения.

Цели и задачи исследования: оценить вегетативное влияние на сердечный ритм у лиц среднего и пожилого возраста при занятиях в группе «Здоровье».

Материалы и методы исследования. Проанализированы и сопоставлены кардиоинтервалограммы у 62 лиц среднего и пожилого возраста, занимающихся в группе «Здоровье» (с использованием архивных данных кафедры).

Результаты исследований: анализ кардиоинтервалограмм, зарегистрированных в условиях приближенных к основному обмену с подсчетом следующих показателей (M_0 , ΔX , $A M_0 / \Delta X$, ИИ), показал достоверное снижение авторегуляции и усиление централизации сердечного ритма с увеличением возраста пациентов по данным распределения интервалов 3-3. Обращает на себя внимание значительное расширение пределов колебаний отдельных показателей при повторных измерениях, выявление запредельных цифр у лиц с низким уровнем толерантности к физическим нагрузкам, что является следствием гипокинезии и наличия хронической патологии (ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, гипертоническая болезнь и др.).

Выводы: при увеличении уровня толерантности к физическим нагрузкам и компенсации хронических заболеваний наблюдалось снижение пределов колебаний исследуемых показателей и приближение их к индивидуальному оптимуму. Последнее является следствием достижения более совершенного уровня регуляции функций организма.

ИЗМЕНЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ПЛАНШЕТНОЙ ГИДРОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У СПОРТСМЕНОВ.

Васильева В.В.

*ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского*

*Кафедра лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом
физического воспитания.*

Цель работы: оценка вегетативных эффектов применения планшетной гидродинамической терапии у спортсменов.

Материал и методы исследования: Обследовали спортсменов – баскетболистов (n=38), прошедших курс циркулярного гидромассажа нижних конечностей (10 процедур), (по данным архива кафедры). Методика заключается в воздействии на поверхность тела водных струй, источником которых являются кольцевые муфты, перемещающиеся вдоль нижних конечностей с заданной амплитудой. Температура воды-38 С, давление струй 2,0 атмосферы. Для оценки эффектов применения гидропланшетной терапии наряду с традиционными реовазографическими, биохимическими, функциональными методами исследования использовался метод электропунктурной диагностики всех органов и систем организма со снятием биопотенциалов с биологически активных точек, отражающих общее состояние вегетативной нервной системы, симпатических, парасимпатических ганглиев, сосудистого меридиана.

Результаты: Анализ результатов показал, что по данным электропунктурной диагностики наступает восстановление возбудимости вегетативной нервной системы, соотношения симпатического и парасимпатического отдела в регуляции сосудистого тонуса, имевшей место у 88% обследуемых, с одновременной нормализацией биопотенциалов точек сосудистого меридиана (92%) при положительной динамике показателей гемодинамики в нижних конечностях и функциональных проб.

Выводы. Таким образом, курс планшетно - гидродинамической терапии может быть рекомендован для использования в оздоровительных программах с целью активизации компенсаторно - приспособительных механизмов спортсменов на различных этапах тренировки. А метод электропунктурной диагностики как экспресс – метод оценки эффективности гидробальнеологических процедур.

К ВОПРОСУ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДОРЗОПАТИЯМИ

Васильева В.В., Кадала Р.В.

*ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского*

*Кафедра лечебной физкультуры и спортивной медицины, физиотерапии с курсом
физического воспитания.*

Актуальность. Современными исследованиями подтверждено усиление эффектов реабилитации больных с дорсопатиями при введении гомеопатических средств в область точек рефлексотерапии, кроме того, приводятся свидетельства результативности электрофореза подобными препаратами.

Цель. Указанные факты явились целью для проведения сопоставимого анализа возможностей клинического применения указанных комплексов.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 45 больных: 19 женщин и 26 мужчины в возрасте 20-50 лет с клиническими проявлениями пояснично-

крестцовой дорсопатии. Обследуемые больные были подразделены на 3 группы, по 15 человек в каждой. Фоновое воздействие в группах включало минимальную медикаментозную терапию в сочетании с ЛФК. Кроме того, с целью восстановления обменных процессов организма больные получали в виде внутримышечных инъекций препарат Траумель С (*Хеель, Германия*). Инъекции выполнялись через день, на курс лечения было назначено 10 процедур. В качестве базового лечения использовали препарат Цель-Т (*Хеель, Германия*), который также вводился через день, всего 10 процедур. В 1-ой группе осуществляли фармакопунктуру препаратом Цель-Т, а во 2-ой препарат вводили методом электрофореза. В контрольной группе (группа сравнения) препарат Цель-Т вводили больным по стандартной методике – внутримышечно.

Результаты. В результате проведенных исследований были выявлены следующие данные: в первых двух основных группах положительная динамика изменений в виде купирования дорсалгии отмечены в пределах 74% наблюдений, в то время как в группе сравнения, положительные результаты были выявлены лишь в 51% случаев, что свидетельствует о перспективности применения предложенных комплексов при дорсопатиях.

Выводы. Выявленные особенности следует учитывать в медицинской практике лечения дорсопатий.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Стукал А.М., Костенич В.С.

*студенты 2-го медицинского факультета 5 курса
кафедры дерматовенерологии и косметологии Медицинской академии
имени С.И. Георгиевского, КФУ*

Научный руководитель: к. м. н., доцент, завуч кафедры Прохоров Д. В.

Введение: Акне (угревая болезнь) – одно из самых распространенных хронических заболеваний кожи, которое проявляется у 80% молодого населения. Пик заболеваемости приходится на пубертатный возраст. Тяжелое течение угревой болезни может сопровождаться рубцовыми изменениями кожи, что приводит к психоэмоциональному нарушению и снижению качества жизни. Согласно статистики Российской Федерации за 2015 год акне диагностируется у 88% населения в возрасте 16-25 лет.

Цели и задачи:

1. Изучить распространенность акне в возрастных, половых группах студентов Медицинской академии.
2. Сравнение заболеваемости угревой болезни в различных этнических группах
3. Оценить психоэмоциональный статус студентов с угревой болезнью

Материалы и методы: Осмотр, сбор анамнеза, анкетирование, статистическая обработка полученных данных. Для изучения психоэмоционального статуса будут применяться психологические опросники: Миннесотский многоаспектный личностный опросник (ММП), личностный опросник Бехтеревского института, опросник SF-36

Ожидаемые результаты исследования:

1. Распространенность угревой болезни среди студентов Медицинской академии.
2. Оценка степени тяжести дерматоза.
3. Особенности психоэмоционального статуса пациентов с учетом возраста, пола и расовой принадлежности
4. По результатам полученных данных разработать рекомендации для коррекции выявленных психоэмоциональных отклонений.

Выводы: Данное исследование позволит расширить представления об этиопатогенезе угревой болезни на современном этапе

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

В

Bolshakova O.V., 16, 214
Bolshakova O.V.², 314

Е

Ewang Sube Simon, 136

Ф

Filipov A.V., 85

И

Ilechukwu L., 315, 316

Ж

Jimoh O., 315, 316

М

Maurya Neelam, 273
Mukoro Precious, 136
Muratova R.R., 214

О

Ostapova V.S., 314

Р

Pawar Deepak, 85, 269
Petrova K.I., 214

К

Rajesh Kumar, 122

С

Sara Nourmahal, 303
Sheikh Faiz Abdurrazack,
273

Т

Topchiy Y., 85

А

А.В.Плоткин, 48
А.В.Ткач, 48
Абдуллаева В.Д., 193
Абдуллаева В.Д., 77, 293
Абдураманов Р.А., 284

Абибуллаев И.Х., 96, 254
Абибуллаева Н.К., 91,
151, 205, 318

Аблитаров Т.Р., 8, 123
Абляметова Ф.А., 211
Аблямитов Э.М., 241, 257

Абохадиджех Мохаммед
Б.А., 179

Абсиметова С.Ю., 126
Абухадиджа Амид Б.А.,
179

Абхаирова Э.Э., 113, 115
Аджисалиев Г.Р., 8, 123,
124

Алиев К.А., 105
Алтынбаева Н.А., 335
Андрианова И.И., 60, 218
Андрусёва И.В., 321, 327,
334, 339, 340, 342

Аносов М.С., 108
Асанова Л.Д., 302
Асанова Л.Д., 300, 301
Афанасьева Я. А., 188

Б

Бабак М.Л., 17, 87
Бакланова А.Г., 174
Баранова В., 77
Барсукова А.Д., 115
Басенко М. А., 37
Баснаева А.Д., 349
Бекирова Э.Э., 188, 203
Белалов С.Р., 192
Белоус В.В., 253, 255, 258,
279, 344

Беляева Н.И., 60
Беляева С.Н., 67
Береза П.В., 166
Берёза П.В., 167
Бессалова Е.Ю., 166, 307
Бобкова С.А., 59
Бобрик Ю.В., 65, 67, 321,
322, 327, 329, 330, 332,

334, 335, 337, 339, 340,
342

Богданова А.М., 297
Болоховская Ю. В., 319
Большакова О.В., 241, 261
Бондаренко А.Д., 145
Бородкина М.А., 334
Бочко А.Д., 171, 177
Бояринцева Ю.А., 23
Будникова М.Е., 337
Булавинцева А.В., 230
Бучеловская А.В., 340
Бырка М.В., 237

В

В.И Колесник, 13
Варава С.А., 71
Василенко Е.О., 133
Васильева В.В., 354, 355
Верзилина Г.А., 253
Вовченко А.В., 287
Волкова С.А., 236
Волоцкая Н.И., 198, 202,
205, 206, 288, 306, 307
Воробьева А. С., 19
Воровский В.С., 162
Вороная В.В., 106
Воронов А.Н., 93
Воронов Н.В., 93
Выдайко И.О., 8

Г

Ганиева Л.С-А, 196
Гаффарова А.С., 34, 128,
130
Герашенко Э.Ф., 263
Гербали О.Ю., 259
Гизатуллина Г.Р., 115, 160
Головинская В.А., 289
Голубова Т.Н., 30, 32
Голубова Т.Ф., 33
Гонибова Л.А., 37
Горбач Ю.В., 209
Гордиенко Ал.И., 219
Гордиенко Ан.И., 219
Горлов А.А., 350

Горобец И.В., 247
Горобец О.В., 247
Горобец С.М., 59
Горов В.С., 237
Гривенко С.Г., 90
Гуменюк Л.Н., 198

Д

Давлетова Л.К., 200
Даглы Найле, 321
Данько А.В., 171, 177
Дегтярева Л.А., 200
Демченко Д.В., 111
Демьяненко С.А., 54, 57,
76, 82, 110
Дергачева А.В., 86, 343
Дери К., 286
Дерий Э.К., 8
Джемилева А.Т., 126
Дмитров А.А., 110
Довгань А.Д., 228
Долгополов В.П., 138,
169, 282
Доля Е.М., 238
Драгомощенко Р.С., 339
Дротенко А.А., 209
Дубинина А.В., 117
Дубровина-Парус Т.А.,
192
Дурягина Л.Х., 193
Дусалеева Т.М., 68
Дутко В.С., 56

Е

Евстафьева Е.В., 4, 23, 61
Евстафьева И.А., 4, 23
Езерницкая А.И., 87
Ельманова Т.Н., 228
Еременко Е.Ю., 346
Ермола Ю.А., 206
Еськова А.Ю., 102
Ефетов К.А., 63, 64

Ж

Жукова А.А., 223
Жукова А.В., 113

З

Заднипрыйный И.В., 6, 36
Зайтова Р.Ю., 8
Закерьяев Ш.Д.², 243

Залата О.А., 4, 212
Замарина В.А., 115
Захарчук Ю.В., 180
Зеленая К.В., 223
Зинченко А. А., 131, 231
Зоркин Е. К., 131
Зоркин Е.К., 292

И

Ибрагимов Э.С., 99
Иванов С.В., 145
Идрисова С.Р., 101
Изосимов В.В., 90
Изосимова Е.В., 222
Ирсмамбетова Е.Ю., 141
Исмаилова М., 77

К

Кадала Р.В., 355
Кадырова З.Ф., 265, 348
Кадырова Э. Ю., 245
Казинина Е.Н., 57, 76
Каладзе Н.Н., 17, 87
Каламыцев В.П., 351
Карева, 80
Каримов И.З., 250
Карих Д.М., 180
Карманова Д.А., 280
Кашка Л.Р., 113
Кекош Е. А., 88
Кизиченко М.С., 180
Кирилук Т.И., 148, 155,
159, 204, 207
Кириченко В.Н., 54
Киселев В.М., 63
Кислицын А.А., 51
Княгницкая П.А., 299
Коваленко А.В., 99
Ковтун Е.Р., 133, 238
Колесник В.М., 51
Колесникова И.О., 134,
215
Комаров К.В., 166, 167
Копаенко А.И., 80
Королёва А.В., 259
Костенич В.С., 352, 356
Костырной А.В., 93
Кошель Е.В., 224
Кошель Е.В., 232
Крадинов А.И., 9
Крадинова Е.А., 9

Крамарь Т.В., 169, 276,
282
Крейман И.Э., 309
Кривоносова М.Ю., 233,
234
Кривоносова М.Ю.², 289
Крылова Т.Л., 11, 57, 76
Кузнецова М.Ю., 28
Кулик Н.М., 323, 330, 335
Кульбаба П.В., 124
Кумельский Е.Д., 196, 299
Кумельский Е.Д., 300,
301, 302
Кунцевская И. В., 329
Кучеренко А.С., 243
Кучеренко Е.Е., 64
Кушнир Г. М., 329

Л

Лавер Б.И., 44
Лаврухина М.А., 175
Лагунова Н.В., 33, 43
Латышев О.С., 91
Левина В.И., 21, 153
Либа А.Ю., 306
Лиу Чжюань, 227
Лугачёв Б.И., 268
Лудан В.В., 38, 41
Лукьянова М. Е., 262
Лунева М.В., 21, 153
Любчик В.Н., 10
Ляшенко А.Н., 323, 330,
335
Ляшенко Е.Н., 300, 302
Ляшенко Е.Н.², 301
Лященко О.И., 223

М

Макалиш Т.П., 166, 167
Малев А.Л., 188
Малый К.Д., 105
Маметова О.Б., 344
Манухина М.В., 69
Маркелова Е.Ю., 241, 261
Марченко Н.В., 54
Матвеев А.В., 144, 347
Матвеев О.Б., 346
Матвеева Н.В., 144, 347
Махкамова З.Р., 30, 32
Махмудова Л. Ш., 139
Махотин А.А., 156

Медведева Н.Н., 327
Мельник Н. Ю., 188
Мельник Н.Ю., 272
Мельникова В.М., 185
Мельничук А.В., 211
Мельцева Е.М., 68
Мефаева С.И., 143
Мидикари А.С., 250
Микульская А.С., 212
Миргородский А.С., 41,
275
Мневек Р.А., 184
Мовчун М.Г., 127
Мороз Г.А., 322, 323
Морозова М.Н., 11
Мостовой С.О., 11
Мошкова Е.Д., 27
Мощанская О.В., 332
Мудрик В.С., 180
Мурейко Е.А., 149

Н

Назарова Е.В., 83
Недождий П.П., 86, 198,
202, 206, 288, 304, 306
Новак И.Е., 98, 353
Новикова К.П., 342
Номеровская А.А., 43

О

Овсянникова Н.М., 30
Олимжонов Д.Д., 142
Ольшевский Н.А., 195,
197
Османова А.А., 121, 168,
218, 254

П

Павловский К.Ю., 295
Паршкова Е.В., 63
Пасечникова И.А., 212
Перескокова А.А., 147
Петренко В.И., 236
Петренко Е.В., 182
Петров А.А., 251
Пешков М.В., 11
Пиватова С.С., 123
Пикалюк В.С., 11
Пирогова М.Е., 67
Побегайлов И.С., 240, 244
Поберский Д.А., 27

Полевая Е.В., 281
Поленок И.А., 33
Пономарев В.А., 343, 348,
349, 350, 351, 352, 353
Пономарёва И.В., 275
Постникова О.Н., 71
Потапина Е.С., 255, 258,
344
Прийма Н.В., 69
Пылаева Н.Ю., 76

Р

Рамазанова Э., 77
Расин О.Г., 80
Расулов Н.А., 196
Расулов Н.А., 225
Ревенко Н.А., 68
Резниченко Н.А., 124
Рейн Е.Э., 309
Репинская И.Н., 188, 238
Риштаков С.Ф., 94
Рогова И.В., 187
Романенко И. Г., 88
Романенко И.Г., 59, 79
Рудик А.С., 98
Румянцева З.С., 151, 202,
205, 304, 313, 318
Рустамов Т.Б., 308
Рыбалка А.Н., 106
Рыбалко С.Ю., 40
Рюмшина В.В., 346

С

Савинов И.С., 225
Савчук Е.О.², 310
Савчук Ю.В., 294
Саенко В.Л., 108
Саенко Т.С., 294
Саиднабиев С.С., 216
Санина Г.Н.², 38
Сатаева Т.П., 6
Сахарова В.М., 176
Седых В.П., 193
Сеитвелиева А.С., 123
Сейтумерова Л.И., 311
Сейтягаева С.Э., 143
Семенчук Т.В., 43
Сеферова Л.Ф., 212
Сидмирова Э.М., 250
Симоненко Е.В., 156
Скосырских В.О., 60

Слета А.Д., 145
Слюсаренко А.А., 115
Слюсаренко А.Е., 61
Смирнова С.Н., 223
Соболев А.А., 147
Соболева Е.М., 53
Соловьёва Е.А., 46
Соломенная В.С., 50, 191
Степанов Д. А., 245
Степанов Д.А., 221
Стратович А.Д., 302
Стукал А.М., 352, 356
Сулима А.Н., 106
Сухарева И. А., 19

Т

Тарасова Е.С., 165, 246
Тарман Г.М., 64
Тен Д.И., 348
Тефииков Ф.А., 277
Ткач В.В., 34, 50, 65
Тофан Ю.В., 82
Третьяк Е.В., 230
Третьяк К.В., 310
Третьякова О.С., 6, 32, 36
Трофимов Н.С., 97
Тымченко С.Л., 212, 297

У

Узарашвили В.Р., 266
Умеров Э.Э., 90
Усаченко Ю.В., 172
Усеинуджа З.М., 242
Усиченко К.А., 224, 232

Ф

Фалис В.В., 163
Феськова К.В., 191

Х

Хаваджа М.Д., 69
Хайбуллаева Ф.Р., 332,
337
Хайтович А.Б., 182
Химич Н.В., 219
Хмара П.Г., 65
Хрипунова Л.Д., 344
Хроменкова Т.В., 277
Хрычева Н.А., 274
Хрычёва Н.А., 346

Ч

Челебиева Г.С., 330
Чопикян А.А., 148, 155,
159, 204, 207
Чернобрывый В.И., 144,
291, 347

Ш

Шаблий Д.Н., 110
Шавров Ю.В., 117, 176
Шадчнева Н.А., 299

Шаймарданова Л.Р., 77
Шамшединова Э.Р., 86
Шевкетов М.Э., 192
Шевчук С.О., 270
Шейко В.В., 175
Шейко Е.А., 103
Шибанов С.Э., 72
Шпаковский В.Н., 322
Шульгин В.Ф., 11

Э

Эбубекирова Л.Ш., 113,
115
Эмирсалиева Н.С., 158
Эннанов Э.Х., 103, 222

Ю

Юрьева А.В., 25

Я

Ященко С.Г., 40