

НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ «РЕАВИЗ»

**СБОРНИК НАУЧНЫХ РАБОТ
III МЕЖВУЗОВСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ СТУДЕНТОВ
И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ**

*Под редакцией
доктора медицинских наук,
профессора Н.А. Лысова*

Самара
2013

Сборник научных работ III межвузовской научно-практической конференции студентов и молодых ученых / Под общ. ред. Н.А. Лысова. - Самара: Медицинский институт «РЕАВИЗ», 2013. - 308 с.

Редакционная коллегия

Н.А. Лысов, Заслуженный деятель науки и образования РФ, главный редактор, ректор НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ», доктор медицинских наук, профессор;

М.С. Громов, ректор Саратовского филиала НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ», генерал -майор медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор;

В.П. Казанцев, ректор Санкт-Петербургского филиала НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ», генерал-лейтенант, кандидат исторических наук, доцент;

Р.В. Гавва, ректор Московского филиала НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ», кандидат экономических наук;

А.А. Супильников, проректор по научной деятельности и организационным вопросам НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ», кандидат медицинских наук, доцент;

И.О. Прохоренко, проректор по учебной работе НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ», кандидат медицинских наук, доцент;

А.В. Шумский, заведующий кафедрой стоматологии НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ», доктор медицинских наук, профессор;

Н.В. Тарасов, заведующий кафедрой клинической медицины НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ», доктор медицинских наук, профессор;

Ю.С. Пименов, заведующий кафедрой внутренних болезней НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ», доктор медицинских наук, профессор;

Д.С. Громова, декан медико-социального факультета НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ», председатель Совета молодых ученых;

Е.В. Колесникова, председатель Совета СНО НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ», студент 3 курса лечебного факультета;

Е.О. Шарновская, редактор НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ».

Сборник содержит научные труды студентов и молодых ученых, выполняющих научные исследования по актуальным направлениям развития современной медицины и науки. Издание предназначено для преподавателей медицинских вузов, слушателей циклов усовершенствования врачей, аспирантов, клинических интернов и ординаторов, студентов.

Ответственность за достоверность информации, литературное и статистическое оформление научных трудов, представленных в настоящем сборнике, несет авторы

Секция 1.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И НАУКИ

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ – ОТ ДРЕВНОСТИ К СОВРЕМЕННОСТИ

Студентка 1 курса отделения «Сестринское дело» В.Н. Айтыканова

ГБОУ СПО «Тольяттинский медколледж»

Научный руководитель: преподаватель истории И.И. Суркова

История болезни является основным медицинским документом, который составляют на каждого больного, обращающегося в лечебно-профилактическое учреждение. Она представляет собой хронологическую запись, раскрывающую процессы лечения.

Время возникновения истории болезни на сегодняшний момент трудно установить, так как до XX века отсутствовали какие-либо установленные требования к их оформлению.

Прообразы истории болезни можно найти еще в странах Древнего Востока. В источниках по истории медицины нашей страны встречаются упоминания о «докторских сказках» и «скорбных листах» – предшественниках истории болезни. Впервые единая и обязательная для всех лечебных учреждений форма истории болезни официально была утверждена в 1929 году, когда Наркомздрав РСФСР издал «Инструкцию о заполнении истории болезни». В 1968 году приказом № 55 МЗ СССР историю болезни в больницах заменили на медицинскую карту стационарного больного, которая и сейчас применяется в лечебных учреждениях нашей страны. Понятие «история болезни» является обобщающим и включает в себя всю медицинскую документацию, сопровождающую оказание медицинской помощи. Следуя веяниям времени, в 2006 году разработан национальный стандарт «Электронная история болезни. Общие положения», согласно которому с 1 января 2008 года предполагалось введение электронных историй болезни.

Современная история болезни состоит из нескольких разделов.

Первый раздел представляет собой паспортно-статистическую часть – фамилия, имя, отчество, возраст, профессия больного, название лечебного учреждения. Вторая часть включает жалобы больного, анамнез болезни и жизни. В третий раздел заносятся данные обследования больного в момент его поступления в лечебное учреждение. Данный раздел заканчивается предварительным диагнозом с его кратким обоснованием. Четвертый раздел – так называемый дневник – отражает динамику болезни. Через 10-14 дней заполняется этапный эпикриз, в котором должны найти отражение все те изменения, произошедшие с больным за указанный отрезок времени.

Нет сомнения в том, что в настоящее время история болезни является важным медицинским документом. Оформляя историю болезни, медицинский персонал должен исходить из того, что записи в ней так же имеют важное научное, воспитательное и юридическое значение.

ВОЗНИКНОВЕНИЕ АПТЕК В г. СТАВРОПОЛЬ-на-ВОЛГЕ

Студентка 1 курса специальности «Фармация» Е.Д. Антипина

ГБОУ СПО «Тольяттинский медколледж»

Научный руководитель: преподаватель химии Н.В. Осянкина

При проведении историко-археологических раскопок в районе Порт-поселка г.о. Тольятти, была обнаружена аптечная посуда с маркировкой «Э. Марки», которую, как предполагают исследователи, использовали в аптеке фармацевта Э. Марки.

Город Ставрополь-на-Волге возник в 1738 году. История развития аптечного делопроизводства в Ставрополе-на-Волге начинается примерно с середины XVIII века.

Цель нашей работы стало изучение историко-архивного материала по развитию аптечного делопроизводства в городе Ставрополь-на-Волге.

Для достижения цели нами были поставлены следующие задачи:

- 1) изучить архивные документы по истории г. Ставрополь на Волге;
- 2) изучить материал краеведческого музея по развитию аптечного делопроизводства в г. Ставрополь-на-Волге.

В 1802 году в Ставропольскую больницу приехал венский лекарь Гетте. Под его руководство поступила больница, при которой он должен был открыть аптеку, куда «собирать все травы и коренья, кои можно иметь в той стране». В больнице ему помогали 4 крепостных мальчика, выполнявшие и другие лечебные обязанности, которых он должен был научить своему ремеслу (фармацевтике, медицине).

В 1809 году в Ставрополе-на-Волге была открыта первая аптека, принадлежавшая фармацевту Э. Марки. Аптека располагалась на центральной улице города – Казанской. Здесь же находились женская гимназия, реальное училище.

Э. Марки родился в 1780 году в семье земского врача. По настоянию матери он окончил музыкальную школу по классу фортепьяно, но музыка совершенно не интересовала юношу. Он тяготел к изучению гуманитарных наук, и после долгих его просьб Э. Марки отправили в медицинское училище при больнице в селе Усолье. Обучение длилось два года, после чего студенты проходили практику в различных больницах и лечебницах края. Будущий фармацевт шесть лет работал в вотчинной больнице, после чего вернулся в родной город. К тридцати годам Э. Марки осуществил

мечту всей жизни – открыл аптеку. Аптека была не большой, но находилась на центральной улице города, и ее клиентами были самые состоятельные горожане. Ассортимент лекарств был достаточно широк. Он включал в себя различные травы, сборы, микстуры, настойки, мази, сиропы. При аптеке жили два ученика, которых Э. Марки взял для обучения делу. Также аптека занималась изготовлением косметических средств-кремов, зубного порошка.

СТАНОВЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Студентка 1 курса стоматологического факультета А.Ю. Астанкевич

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н., доцент А.В. Чебыкин

Стоматология является самостоятельной областью клинической медицины и представляет собой не только научно-учебную дисциплину и соответствующую врачебную специальность, но и один из высокотехнологичных быстроразвивающихся медико-технических комплексов. Как медицинская дисциплина она сформировалась в 20-х годах прошлого столетия в результате слияния зубоврачевания и челюстно-лицевой хирургии. С историей Российской стоматологии тесно связано становление и развитие стоматологии на всем постсоветском пространстве. Опыт в развитии этой системы явился моделью для многих стран мира, в том числе и для Казахстана. Становление стоматологии в Республике Казахстан условно можно разделить на 3 этапа.

1) Стоматологическая служба в Казахстане до открытия стоматологического факультета в Алма-Атинском государственном медицинском институте. В этот период в г. Алма-Ате из специалистов стоматологического профиля преобладали зубные врачи. Зубные врачи (в основном из России) оказывали стоматологическую помощь населению Казахстана при проведении ортопедических методов лечения различных нозологических форм заболеваний. Основу стоматологической службы тогда составляли зубные врачи, отбывавшие ссылку на территории Казахстана.

2) Развитие стоматологии после открытия в Казахстане стоматологического факультета в г. Алма-Ате. Необходимо также отметить, что первым учебным заведением стало открытое в 1932 году в г. Уральске зубоврачебное училище, в котором готовились специалисты со средним медицинским образованием с правом клинического приема.

3) Здравоохранение Казахстана, в том числе и стоматологическая отрасль, после распада СССР, как и вся страна, испытало кризис.

В настоящее время в Республике Казахстан функционирует 570 стоматологических организаций, имеющих государственную форму собственности и 1165 организаций, имеющих негосударственную форму собственности. Количество врачей-стоматологов и зубных врачей по стране приближается к 6000 человек. Самый развивающийся по стоматологической помощи город в Западном Казахстане – г. Уральск, где находится медицинский центр «Талап». Анализ, проведенный стоматологической ассоциацией Казахстана, показал, что за последние 5 лет отмечен рост частных стоматологических организаций, активное внедрение инновационных технологий, повышение квалификации врачей, прошедших обучение в России и Европе.

АНГЛИЦИЗМЫ В СОВРЕМЕННОМ РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Студенты 1 курса лечебного факультета Е. Баранова, А. Бегоян

Кафедра гуманитарных дисциплин

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: ст. преподаватель В.А. Шуваева

Каждый человек, сам того не замечая, использует в своей повседневной речи заимствованные слова. Предметом данной работы является исследование заимствований англицизмов в современном русском языке последних десятилетий.

Целью работы является изучение причин возникновения и употребления англицизмов в современном русском языке, а также сферы их влияния на русскую речь.

Необходимо изучить теоретические материалы, связанные с заимствованиями; определить причины заимствования английских слов; рассмотреть способы образования англицизмов; классифицировать наиболее употребляемые англицизмы по группам.

Методы исследования: описательный, сравнения и сопоставления, анализа и синтеза информации.

Люди часто используют англицизмы даже в том случае, когда их вполне можно заменить синонимами русского происхождения. Из-за этого наш язык теряет свою индивидуальность, что на сегодняшний день и является одной из главных проблем.

Наиболее широко английские заимствования начали внедряться в русский язык на рубеже XX – XXI веков. Однако самый бурный поток иностранных заимствований «хлынул» в русский язык во времена правления Петра I. Огромное влияние на язык того времени оказало проникновение целого ряда иностранных слов.

В последнее время наблюдается активизация заимствований иноязычной лексики в русскую речь. Это тесно связано с изменениями в политической,

экономической, культурной жизни нашего общества, научно-технические англицизмы.

Рассмотрев современную ситуацию русского языка, мы можем сделать вывод, что, с одной стороны, многочисленные англицизмы и американизмы, проникающие в нашу речь – это явление закономерное, отражающее активизировавшиеся в последнее десятилетие экономические, политические, культурные, общественные связи и взаимоотношения России с другими странами, в частности с Америкой, а также процесс интеграции.

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЛАТИНСКОГО АЛФАВИТА

Студентка 2 курса лечебного факультета Л.А. Беляева

Кафедра гуманитарных дисциплин

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: ст. преподаватель Н.Ю. Яковлева

Актуальность исследования заключается в изучении истории развития латинского алфавита, применение его в медицине, биологии и других науках. Целью работы стало ознакомление с этапами развития латинского алфавита и взаимодействия его с другими языками.

Основные этапы развития латинского алфавита следующие.

Слово «латинский» происходит от «Latium» – названия области, расположенной в средней части Апеннинского полуострова вдоль побережья Тирренского моря. Латинский язык имеет большое общеобразовательное значение, помогает лучше и глубже анализировать русский язык, в который перешли многие латинские корни, создав ряд новых слов, например: коммунизм, президиум, консилиум, кворум, университет и т. д.

Самый древний и простой способ письма появился еще в палеолите – «рассказ в картинках» – пиктографическое письмо. В IV-III тысячелетиях до н.э. возник другой способ письма: каждое слово передавалось рисунком – иероглифом. Достижением цивилизации можно назвать слоговое письмо. Следующим этапом на пути упрощения письменности стало звуковое письмо, когда каждому звуку речи соответствует свой знак. Именно к такому типу письменности относится латинский алфавит. Современный латинский алфавит состоит из 26 букв: Aa Bb Cc Dd Ee Ff Gg Hh Ii Jj Kk Ll Mm Nn Oo Pp Qq Rr Ss Tt Uu Vv Ww Xx Yy Zz.

На латинском алфавите основано большинство искусственных языков, в частности, эсперанто, интерлингва, идо и другие.

В связи с вышеперечисленным, мы сделали вывод, что латинский алфавит – основа языка науки и университетского преподавания. До настоящего времени он служит источником образования международной общественно-политической и научной терминологии и, прежде всего, медицинской.

ИСТОРИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Студентка 1 курса стоматологического факультета И.В. Бердакова

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н., доцент А.В. Чебыкин

Целью нашего исследования стало рассмотрение вопроса исторического развития стоматологии детского возраста.

Согласно изученным историческим источникам, становление детской стоматологии мы представили в следующем материале.

Гиппократ (460-372 гг. до н.э.) описал клинику прорезывания зубов в главе «Ое йепШопе». А.А. Максимович-Амбодик в труде «Искусство повивания или наука о бабичьем деле» изложил вопросы детской стоматологии, представил информацию о гигиене полости рта ребенка, заболеваний зубов и слизистой оболочки полости рта. Н. Тимофеев разрабатывал подходы к хирургическому лечению заячьей губы у детей. Им было проведено много успешных для того времени операций. И.Ф. Буш (1807) в «Руководстве к преподаванию хирургии» изложил причины неправильного прорезывания зубов, виды аномалий, методы их устранения. В 1892 году вышла книга штаб-лекаря А.М. Соболева «Дентистика или зубное искусство лечения с приложением детской гигиены». Н.П. Гундобин (1896) уделил внимание общей и частной терапии детского возраста. Великий российский врач Н.И. Пирогов производил пластические операции на лице у детей, в том числе хейлопластику. Основоположником детского зубоорачевания в России считается А.К. Лимберг, организовавший первую бесплатную школьную зубоорачебную амбулаторию. На 1-ом Всероссийском съезде зубных врачей, дантистов, состоявшемся в 1896 году, комиссия под руководством А.К. Лимберга разработала проект организации зубоорачебной помощи детям. Детская стоматологическая помощь как отдельная дисциплина в царской России не существовала. В 1922 году П.Г. Дауге опубликована «Инструкция зубоорачебной секции лечебного отдела Наркомздрава о проведении санации зубной системы у детей». В 1919 году в Москве насчитывалось восемь стоматологических кабинетов, где принимались дети. Т.М. Виноградова предложила провести диспансеризацию по степени активности течения кариеса. В 1963 году Колесов организовал кафедру стоматологии детского возраста. Его коллектив создал первый в стране учебник.

Детская стоматология в России развивалась от отдельных врачей до самостоятельных поликлиник, кафедр стоматологии детского возраста. Постепенно происходило изменение стратегии оказания помощи детям от лечения по обращаемости через плановую санацию к диспансеризации.

ЛЕЧЕНИЕ ТРИХОМОНИАЗА В «ДОМЕТРОНИДАЗОЛЬНУЮ ЭПОХУ»

Студентка 1 курса лечебного факультета М.Н. Большакова

Кафедра естественнонаучных дисциплин

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

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

В 1836 году французский врач А. Донне открыл паразитического простейшего, которому дал таксономическое название – *Trichomonas vaginalis* – влагалищная трихомонада. Существенную роль в формировании этиологических представлений о трихомониазе и механизмах его развития и лечения сыграли исследования отечественных учёных-медиков И.П. Лазаревича и К.Ф. Славянского.

Начиная с 1959 года, основными препаратами в лечении трихомониаза всех локализаций стали производные 5-нитроимидазола. Препараты 5-НИ ряда используются до сих пор. Однако факты резистентности простейшего к этим лекарствам стали отмечаться достаточно часто.

Как же лечили трихомониаз ранее, на протяжении более 100 лет? Трихомониаз рассматривали как одно из упорных и трудноизлечимых инфекций мочеполового тракта человека. Это объяснялось как отсутствием специфических противопротозойных препаратов, так и слабой системой борьбы с инфекциями передаваемыми половым путем. Пероральные и парентеральные методы лечения в дометронидазольный период были малоэффективны. Лечение трихомониаза проводили только местно. В этих целях использовали более 300 лекарственных препаратов, главным образом мышьяка (осарсол, аминарсол) и нитрофуранов. Хорошие результаты давал отечественный противотрихомонадный препарат нитазол, который назначался как местно, так и перорально. Женский трихомониаз довольно успешно излечивали растительным алкалоидом лютенурином (Семёнов П.П., 1972). Фитотерапия широко использовалась в лечении инфекций передаваемых половым путем. При трихомониазе значительную эффективность проявляли настои хвоща полевого, чистотела большого, чеснока полевого, черёмухи обыкновенной. Новый этап в терапии мочеполового трихомониаза начался с открытия антибиотиков и синтетических бактерицидных препаратов. В 1952 году были выделены трихомицин и аминитразол, применявшиеся в терапии трихомониаза.

Трихомониаз относится к социально значимым заболеваниям. *Tr. vaginalis* активно адаптируется к современным противопротозойным препаратам. Может быть, полезно заглянуть в историю лечения этой протозоинвазии?

**ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ СОЗДАНИЯ
МУЗЕЯ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ
ПЕРИОДА ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

Курсант 3 курса V факультета К.Г. Бутенко

Кафедра нормальной анатомии

ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия

им. С.М. Кирова»

Научный руководитель: д.м.н., профессор П.С. Пащенко

Музей огнестрельной раны (МОР) является учебным и научным подразделением кафедры нормальной анатомии. За период существования музея (более 20 лет) его посетили сотни учащихся – курсантов и студентов ВМедА им. С.М. Кирова. Сделан ряд докладов на конференциях военного научного сообщества курсантов и слушателей (ВНОКС) курсантами факультета подготовки врачей (ФПВ), посвященных секциям музея, а также процессу его создания на кафедре нормальной анатомии. Значительно меньше внимания было уделено периоду, предшествующему созданию МОР. Устранению этой исторической несправедливости посвящена данная работа.

Истоки создания МОР обнаруживаются в кропотливом труде по сбору анатомических препаратов сотрудниками патологоанатомических лабораторий (ПАЛ). Идея создания ПАЛ принадлежала бригадному врачу, профессору А.А. Васильеву, получившему поддержку начальника ГВСУ КА Е.И. Смирнова. Важной задачей ПАЛ стало накопление научных материалов по патологии боевой травмы. Эти материалы легли в основу всех разделов «Опыта советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.».

Важное значение имел также сбор препаратов (преимущественно огнестрельных ранений) для Военно-медицинского музея, который за военные годы накопил огромное количество экспонатов, документов и других интереснейших материалов о деятельности военной медико-санитарной службы. В музее велась большая научно-исследовательская работа по разделу патологической анатомии, но в период развала Советского союза она пришла в упадок.

В 1988-1989 гг. под руководством профессоров Военно-медицинской академии И.В. Гайворонского и П.С. Пащенко сохранившуюся часть патологоанатомических препаратов перевезли на кафедру нормальной анатомии ВМедА, тем самым сохранив коллекцию и память о собиравших ее людях во благо воспитания достойных будущих поколений военных врачей. С 1990 г. и вплоть до сегодняшнего дня МОР продолжает использоваться в образовательных, научных и воспитательных целях.

ИСТОРИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В г. САРАТОВЕ

Студентка Л.Н. Винеццева

ГОУ СПО СО «Саратовский областной базовый медицинский колледж»

Научный руководитель: О.И. Смирнова

Цель исследования – выявить особенности, закономерности и основные тенденции обращаемости населения Саратова за скорой медицинской помощью.

Станция скорой медицинской помощи в г. Саратове была организована в 1920 году. В то время работала всего одна выездная бригада. 1 ноября разъездной врач Варганов принял первый вызов к больному. На оснащении имелись четыре конные кареты, в штате – два врача: Варганов и Чубенко.

В 1925 году ССМП включили в состав второй городской больницы. Конный транспорт сменили два автомобиля: «Фиат» и «Лорен-Дитрих». В 1926 году в штат станции скорой помощи ввели врачей неотложной помощи.

Сейчас городская станция скорой медицинской помощи, отметившая в недавнем времени свое 90-летие, представляет собой мощное мобильное учреждение, которое оказывает скорую помощь более 830 000 жителей города Саратова.

В ходе реализации национального проекта «Здоровье» в учреждении появились современные санитарный транспорт и медицинское оборудование. Численность бригад достигла 82 ед.

В рамках нашего исследования были проанализированы данные карт вызовов скорой медицинской помощи за 2006-2011 гг. В течение последних лет прослеживается устойчивая тенденция к росту количества обращений на ССМП. Увеличение обращаемости за последние 10 лет обусловлено, по видимому, демографическими процессами, в частности старением населения. Наиболее высока обращаемость в декабре и январе, что происходит в основном за счет инфекционных заболеваний.

Второе место по частоте обращений занимают вызовы на улицы. С мая по август они существенно возрастают. Далее по частоте идут вызовы в лечебные учреждения и общественные места.

Подавляющее число вызовов по поводу заболеваний, требующих срочного медицинского вмешательства, осуществляются «на квартиру». Вместе с тем, сохраняется высокая обращаемость на СМП по поводу заболеваний или симптомов, которые могут в дневное время обслуживать бригады неотложной помощи поликлиник.

Анализ проблем высокого травматизма при ДТП показал, что общая смертность от ДТП возросла в 12 раз, инвалидность – в 6, нуждаемость в госпитализации – в 7. При этом 55% пострадавших в ДТП погибает до прибытия в лечебное учреждение.

Выявленные особенности, закономерности и основные тенденции обращаемости населения Саратова за скорой медицинской помощью позволяют сделать следующие выводы.

1. Рост обращаемости населения за скорой помощью постоянно растёт.

2. Практическая значимость работы – формирование профессионально-компетентной направленности по обеспечению оказания своевременной, эффективной помощи на догоспитальном этапе повышением этико-деонтологической культуры и формированием у будущих специалистов, которые сейчас являются нашими студентами, профессиональной направленности и стремления к оказанию эффективной, своевременной скорой и неотложной медицинской помощи населению Саратова.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АРКАДАКА

Студентка 3 курса Ю.А. Воронина

Аркадакский филиал ГАОУ СПО «Балашовское медицинское училище»

Научный руководитель: О.Н. Князева

Одной из главных проблем современной России и города Аркадака является демографическая ситуация, поэтому активная пропаганда здорового образа жизни среди населения страны стала в настоящее время особенно актуальной.

Цель работы: исследование региональных особенностей и реализация национальных проектов, направленных на укрепление здоровья жителей Аркадака.

На сегодняшний день важнейшей задачей является внедрение в жизнь жизнесохранительного поведения, формирование здорового образа жизни у всех категорий населения. В связи с этим, необходимо активизировать работу по организации и проведению пропагандистской работы, в том числе через средства массовой информации, направленной на пропаганду здорового образа жизни, что предполагает развитие учреждений физической культуры, отдыха и туризма, досуговых центров (особенно для детей, подростков и молодежи). Следует обеспечить поддержку благотворительных акций, инициатив, ставящих своей целью укрепление здоровья населения.

В ходе исследования мною проведен анализ региональных особенностей социально-демографических показателей: рождаемости, смертности, средней продолжительности жизни, заболеваемости, уровень физического развития в городе Аркадаке. Также исследовано, какие условия созданы для экономической и социокультурной мотивации к здоровому образу жизни, особенно у молодых людей.

Здоровье человека неотделимо от его жизнедеятельности: достичь благополучия возможно только через труд, направленный на расширение своих духовных, физических и социальных возможностей.

Современная ситуация такова, что в России и городе Аркадаке реализуются конкретные меры по решению демографической ситуации и состоянию здоровья. Создаются проекты с целью повышения информированности людей о проблемах сохранения здоровья и формирования здорового образа жизни. Анализ современной демографической ситуации и здоровья жителей города Аркадака позволяет выделить следующие положительные тенденции:

- за 2012 год рождаемость в нашем городе выросла на 10,6%;
- смертность сократилась на 4,8%;
- уровень безработицы сократился с 0,87 до 0,65%;
- существенно сократилась детская смертность.

Работая над данной темой, можно прийти к выводу, что необходимо продолжать мероприятия, направленные на усовершенствование медицины, физкультурно-оздоровительных комплексов, реализацию оздоровительных проектов.

Используемая литература

1. Бальсевич В.К., Задорожнов В.А. Физическая активность человека. – Киев: Здоровье, 1987. – 224 с.
2. Мальникова И.В. Знакомимся с законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» // Сестринское дело. – 2012. – №3 – С. 14.
3. Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней. – М.: Академия, 2001. – 346 с.
4. Митяева А.М. Здоровьесберегающие образовательные технологии. Монография. – Орел.: Орлик, 2001. – 200 с.
5. Рахимова И.В. Быть здоровым – современно // Сельский врач. 2013 Аркадак: Саратов-медиа, – 1 с.
6. Хмельнова О.А. Приходите за здоровьем // Сельская новь. 2013, №120 – Аркадак: Саратов-медиа, – 2 с.
7. www.bestreferat.ru
8. www.kzid.ru

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ

В.В. Жданова, к.ф.н., доцент
Кафедра гуманитарных дисциплин
НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Здоровьесберегающие технологии можно рассматривать, как совокупность тех принципов, приемов и методов педагогической работы, которые, дополняя традиционные технологии обучения и воспитания, наделяют их признаками здоровьесбережения.

К первой группе относятся медико-гигиенические технологии. Это совместная деятельность педагогов и медицинских работников.

Ко второй группе относятся физкультурно-оздоровительные технологии (ФОТ), которые направлены на физическое развитие.

К третьей группе относятся экологические здоровьесберегающие технологии (ЭЗТ), которые направлены на создание природосообразных, экологически оптимальных условий жизни и деятельности людей, гармоничных взаимоотношений с природой.

К четвертой группе относятся технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности (ТОБЖ). Их реализуют специалисты по охране труда, защите в чрезвычайных ситуациях, архитекторы, строители (учебных корпусов), инженерно-технические службы, пожарной инспекции и т.д.

К пятой группе относятся здоровьесберегающие образовательные технологии (ЗОТ), которые делятся на три подгруппы:

– организационно-педагогические (ОПТ), определяющие структуру учебного процесса, способствующие предотвращению состояния переутомления и гиподинамии и прочих дезадаптационных состояний;

– психолого-педагогические технологии (ППТ) связаны с непосредственной работой на уроках физической культуры;

– учебно-воспитательные технологии (УВТ), которые включают в себя программы по обучению заботе о своем здоровье и формированию культуры здоровья учащихся, мотивации их к ведению здорового образа жизни.

Отдельное место занимают еще две группы технологий, традиционно реализуемые вне вуза.

1. Социально-адаптирующие и личностно-развивающие технологии (САЛРТ) – формирование и укрепление психологического здоровья студентов.

2. Лечебно-оздоровительные технологии (ЛОТ) составляют самостоятельные медико-педагогические области знаний.

Все вышеперечисленные здоровьесберегающие технологии необходимо использовать системно и в комплексе.

Используемая литература

1. Кучма В.Р., Степанова М.И. Современные гигиенические подходы к оценке влияния образовательных технологий на здоровье детей и подростков / Здоровье населения и среда обитания. – 2002. – № 2. – С. 1–4.

2. Макарова В.И., Дегтева Г.Н., Афанасенкова Н.В. и др. Подходы к сохранению здоровья детей в условиях интенсификации образовательного процесса // Российский педиатрический журнал. – 2000. – № 3. – С. 60-62.

3. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы. – М.: АРКТИ, 2003. – С. 272.

4. Создание здоровьесберегающего образовательного пространства как условие повышения качества образования / Юсупова Н.П., Плетнева Е.Ю. // Сибирский учитель – научно-методический журнал. – 2005. – № 4 (40).

ПЕРЕКИСЬ ВОДОРОДА: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Студентка 1 курса специальности «Фармация» М.А. Зубеева

ГБОУ СПО «Тольяттинский медколледж»

Научный руководитель: преподаватель химии Е.С. Винокурова

В настоящее время в средствах массовой информации все чаще поднимается вопрос о нетрадиционных методах лечения. Выпускается большое количество литературы, периодических изданий, содержащих методики лечения на основе трав, природных минералов и нестандартного применения давно известных лекарственных средств.

В данной работе рассмотрены взгляды специалистов в области медицины на применение перекиси водорода в медицинской практике.

В ходе работы было выявлено, что перекись водорода как антисептическое и обеззараживающее средство применялась в XVIII веке. В начале XIX века доктор Картель применил перекись водорода для лечения заболеваний носа и горла, дифтерии. В этот период были совершены первые попытки внутривенного введения раствора пероксида водорода докторами Нистеном (1811) и Демарки (1886) в ходе экспериментов на животных.

Ученые XX столетия провели множество исследований с целью изучения воздействия перекиси водорода на организм человека.

В данной учебно-исследовательской работе освещены эксперименты по внутривенному введению растворов пероксида водорода, проведенные докторами Тернклиффом, Стеббингом, Сингхом и Шахом, описаны результаты работы ученых медицинского центра при университете Бейлор под руководством Финнея.

Интерес к этой проблеме в России появился после Второй Мировой войны. А.В. Мельников, А.А. Гуревич, А.А. Опокин с коллегами изучали влияние перекиси водорода при лечении газовой гангрены, вялотекущих, гнойных ран при лучевой болезни. Г.В. Бондарь, Н.А. Макаркин в своих работах рассматривали использование перекиси водорода при лечении экологических заболеваний. И.В. Арсеньева, Д.А. Арлимова исследовали влияние растворов пероксида водорода при лечении облитерирующего склероза нижних конечностей.

Взгляды современных ученых на применение H_2O_2 в качестве лекарственного препарата неоднозначны. В работе рассмотрены идеи, выдвинутые В.П. Казминым, профессором И.П. Неумывакиным, Т.А. Терновской, У. Дугласом и др. Приведены результаты исследований Института биомедицинской химии РАМН применения перекиси водорода при ишемической болезни сердца.

В результате работы мы пришли к выводу, что вопрос о применении растворов пероксида водорода остается открытым, требующим дополнительных детальных исследований.

ЭПИДЕМИЯ В Г. КУЙБЫШЕВЕ В 1941 – 1942 ГОДАХ

*Доцент, к.и.н. О.Ю. Игошина
Кафедра гуманитарных дисциплин
НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»*

В первые месяцы Великой Отечественной войны в г. Куйбышев прибыли десятки тысяч эвакуированных. С июля по ноябрь 1941 года население города увеличилось с 390 тыс. до 529 тыс. человек. Большой механический прирост населения вызвал ухудшение санитарного состояния города, что создало предпосылки для распространения инфекционных заболеваний.

С января по декабрь 1941 года заболеваемость брюшным тифом, корью и дифтерией увеличилась в 2 раза, дизентерией – в 9 раз, коклюшем – в 2,6 раз. (ЦГАСО. Ф.Р. -2521. Оп. 10. Д. 37. Л. 1.)

Зарегистрирован высокий уровень распространения детских инфекционных болезней: заболеваемость корью в этот период возросла по области на 31,1%, скарлатиной – на 17,9, дифтерией – на 46,5%.

8 августа 1941 года Куйбышевской горздравотдел отмечал: «В городе эпидемия. Массовые заболевания среди населения дизентерией и другими инфекциями...».

Смертность от инфекционных заболеваний в 1941 г. составила 9,7%. В 1942 г. этот показатель увеличился в 2 раза – 18,4%. (ЦГАСО. Ф.Р. – 4054. Оп. 1. Д. 198. Л. 32.), его повышение происходит за счет заболеваемости сыпным тифом, дифтерией, дизентерией, токсической диспепсией.

Заболевшими в основном были приезжие (сняты с поездов, прибыли из других областей) (Там же. Д. 197. Л. 2.).

В г. Куйбышеве в 1942 году привозные случаи заболевания сыпным тифом составили 41%, в 1943 году – 50%. Если в декабре 1941 года в областном центре было зарегистрировано 44 случая заболевания сыпным тифом, то в январе 1942 г. – 290 случаев, в феврале – 248 случаев.

Рост летальности по причине указанных болезней, в конечном итоге обусловивший общее увеличение смертности, свидетельствует о том, что в первые полтора года Великой Отечественной войны воздействие негативных факторов внешней среды на демографическую подсистему значительно усилилось, тогда как способность государства противостоять этому воздействию снизилась.

МИФОЛОГИЧЕСКИЙ ПУТЬ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

*Студент 1 курса лечебного факультета Я.Д. Исаев
Кафедра гуманитарных и социально-экономических дисциплин
Московский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»
Научный руководитель: к.фил.н., доцент М.А. Бородина*

Изучение латинского языка невозможно без рассмотрения основных путей формирования медицинских терминов, а поскольку последний складывался в большинстве случаев при помощи сравнения и переноса сходства какого-то

явления на анатомический орган или название болезни, постольку оказывается актуальным рассмотрение наименований, основанных на мифах, то это позволит расширить представления о том или ином медицинском термине, углубить знания о нем и указать его новые возможные отличительные особенности. Более того, данная научная работа в принципе актуальна для любого студента, так как развивает аналитические способности и навыки мышления.

Целью исследования стал анализ названий медицинских терминов анатомической и клинической терминологии для изучения заложенного в них мифа, «сказания о представлении людей» о болезни, органе или части тела (палец, глаз, радужная оболочка глаза и т.д.) и раскрытия нового толкования наименования.

Мы использовали анатомическую и клиническую номенклатуру, взятую из учебника по латинскому языку и основам медицинской терминологии, автором которого является М.Н. Чернявский. В основу положен этимологический метод, рассматривающий происхождение наименования медицинского термина, а также структурный анализ термина.

В ходе работы было выявлено, что, клиническая терминология оказалась более подвергнутой мифологическому влиянию, чем анатомическая, составлен список медицинских наименований с мифологическим сюжетом, определено существование такого понятия как «мифофобия», что дало возможность по-другому посмотреть на термин, глубже изучить его этимологию, задуматься над русским переводом латинского слова.

Мы считаем, что необходимо постоянно работать над происхождением того или иного медицинского термина, уделяя внимание его мифологической основе, через которую воспринимался и описывался мир болезни вообще. Это позволит, на наш взгляд, повысить мотивацию студента к дисциплине и будет способствовать формированию профессиональных компетенций будущих специалистов.

ВРАЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЕМЬИ ЛУКАШЕЙ

Студентка 4 курса отделения «Сестринское дело»

К.А. Кашкова

Аркадакский филиал ГАО УСПО «Башкирское медицинское училище»

*Научный руководитель: преподаватель русского языка
и культуры речи О.Б. Моисеева*

Одним из важнейших исследований в нашей стране является изучение истоков и становления здравоохранения, так как именно с этой государственным направлением человек сталкивается всю свою жизнь.

Исходя из определения, можно провести тождество между двумя понятиями: «здоровье» – «жизнь».

Каждый человек понимает смысл слова «здоровье» по-разному. Для одних это способность работать и стремление к карьерному росту; для других – способность создать крепкую семью. Но для всех, без исключения, здоровье – это способность жить.

Мы с нашим классным руководителем неоднократно посещали Аркадакский краеведческий музей, и меня сразу же заинтересовала информация о врачах прошлого поколения.

Целью данной работы является расширение кругозора современной молодежи, повышение эрудиции и научных знаний студентов, выбравших медицинскую профессию, формирование интереса к этой теме для дальнейшего изучения. Задачами данного исследования стали изучение архивных материалов, истории развития здравоохранения в Аркадакском районе, систематизация полученных материалов и знаний.

При изучении жизни семьи врачей Лукашей использованы воспоминания младшей дочери Татьяны Николаевны Лукаш, бывших сотрудников Николая Николаевича Лукаша.

Лукаши были в волости единственными врачами – универсальными специалистами. Николай Николаевич – хирург, терапевт, невропатолог, психиатр, отоларинголог. Дарья Никитична совмещала профессии терапевта и гинеколога.

Семья Лукашей является ярким примером врачей-профессионалов. Опытные, знающие свое дело, они внесли большой вклад в развитие медицины Аркадакского района. Их доброжелательность, оптимизм, любовь к профессии заразительны. Им хочется подражать, на них хочется равняться. Собранный материал может быть использован для проведения классных часов, самостоятельных работ студентов, на занятиях истории медицины для более глубокого изучения данной тематики.

Используемая литература

1. Кравцов В.М. Край родной, навек любимый. – Саратов: Аквариус, 2003. – 223 с.
2. Архивные материалы Аркадакского филиала Саратовского областного музея краеведения.
3. Кузнецов В. Памяти семьи врачей // Сельская новь. – 1989. – с. 2.
4. Ершов А. К вопросу о реорганизации губернских больниц // Саратовская земская неделя. – 1904. – № 2. – с. 67.
5. Леопольдов А.А. Статистическое описание Саратовской губернии. – СПб., 1839. – 157 с.

МЕДИЦИНСКИЙ КОНТЕКСТ В АНГЛИЙСКИХ ПОСЛОВИЦАХ И ПОГОВОРКАХ

Студент 1 курса стоматологического факультета М.А. Кочергин

Кафедра гуманитарных и социально-экономических дисциплин

Московский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.ф.н., доцент М.А. Бородина

Актуальность исследования: иностранный язык в современной действительности является неотъемлемой частью мировоззрения человека, более того, можно говорить о двуязычии современного менталитета, когда образованный специалист владеет не только своим родным (русским) языком, но и иностранным, в частности, английским. Рассмотрение медицинского контекста в английских пословицах и поговорках актуально по нескольким причинам, во-первых, посредством их обучающийся знакомится с иноязычным представлением о том или ином медицинском понятии, во-вторых, изучает сам медицинский контекст, в-третьих, имеет возможность соотнести английские пословицы с подобными латинскими афоризмами. Все это духовно обогащает студента, развивает компаративные способности, вызывает неиссякаемый интерес начинающего специалиста в изучении медицинской терминологии, как на иностранном языке, так и на древнем языке.

Целью работы стало изучение медицинского контекста в английских пословицах и поговорках для выявления специальной терминологии (лексем), используемой в англоязычной литературе, сравнение со сходными латинскими афоризмами и выражениями, определение адекватности английского перевода для русских и латинских пословиц.

Материалом изучения послужил словарь русских пословиц и поговорок и их английских аналогов Ю.В. Бодровой, крылатые латинские выражения Ю.С. Цыбульника. Выбраны методы исследования: научный, теоретический и сравнительный.

В ходе работы были выбраны около 100 английских пословиц и поговорок на английском языке, в которых использовалась медицинская терминология, и практически ко всем были подобраны аналоги на латинском языке. Выделены лексемы медицинской терминологии по тематическим группам (около 10), в частности, названия частей тела, смерть и ее составляющие, болезнь, организм человека, здоровый образ жизни и физическая культура, лечение как медицинское и философское понятие, составлен мини-словарь с их дефинициями, а также с латинским словом и его определением. В то же время определено, что английская поговорка не всегда точно передает смысл латинского афоризма, и на русский язык, зачастую, переводится несколькими, подчас, разными вариантами, что говорит об определенной вольности при переводе исходного крылатого выражения с латинского языка на английский.

Особенность данной работы заключается в том, что она дает возможность для дальнейшего исследования в плане дополнительного изучения английской медицинской терминологии, понятия «англомедицинский термин» с его коннотациями и полисемией.

«ФИЛОСОФСКАЯ ПОЛИЦИЯ»: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

*Студентка 2 курса лечебного факультета **К.К. Крюкова***

Кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный

медицинский университет им. В.И. Разумовского»

*Научный руководитель: ассистент, к.ф.н. **А.А. Живайкина***

Актуальность данного исследования состоит в обращении к проблемам общественной морали и критериям аморальности. Условия современного этапа развития общества, характеризуемого как информационное, присоединяет к вопросу о допустимости действия (поступка) вопрос допустимости слова (информации, знания). Подробное изучение этиологии термина «философская полиция» обращает нас к специфике философского знания.

Цель исследования заключается в определении значения термина «философская полиция», в установлении понятийного статуса данного термина. Гипотезой исследования выступает предположение о внутреннем противоречии понятия о философской полиции, о подмене философского значения политическим, с соответствующей подменой ценностей и целевой направленности.

Задачами исследования стали определение условий появления термина «философская полиция», его трактовка Г. Честертоном, обращение к существенным функциям полиции, установление понятийного статуса закона в рамках классической философии права.

Исследовались труды Г. Гегеля, П.Ж. Прудона, произведение «Человек, который стал Четвергом» Г. Честертона, исторические сведения о диалектике цензуры. Методологическая база строилась на применении формально-логических методов анализа, синтеза, обобщения, реконструкции. Компаративистский и интегративный подходы позволяют выявить истоки, сущность и перспективы существования философской полиции.

Главный вывод проведенного исследования заключается в утверждении о невозможности философской полиции. Философская полиция, реализуя свои предполагаемые функции, утрачивает определение философской.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РИСКИ В МЕДИЦИНЕ

*Студентка 4 курса лечебного факультета **Т.Н. Кузнецова***

Кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»

*Научный руководитель: к.ф.н., ассистент **Е.В. Ермолаева***

Тема весьма актуальна в последнее время, так как часто приходится сталкиваться с ошибками, допущенными при оказании медицинской помощи, приводящими к ухудшению состояния нашего здоровья. Подтверждением этому служит информация I Национального Конгресса терапевтов в Москве

о том, что каждый третий диагноз, который ставится российскими врачами своим пациентам, впоследствии признается ошибочным. По данным специальных исследований выявлено, что врачебные ошибки в 80-85% случаев являются причиной осложнений заболеваний, зачастую приводящих к тяжелому клиническому, а иногда летальному исходу.

Целью данного исследования является анализ экономических рисков, возникающих в сфере здравоохранения, анализ их основных причин и способов управления.

Существует не менее десятка типологий рисков с различными критериями классификации.

1. Социально-политические риски:

- изменения в законодательстве по формам и методам организации медицинской помощи населению;
- внесение изменений в систему финансирования здравоохранения;
- развитие новых экономических отношений и методов управления здравоохранением;
- введение и реорганизация системы медицинского страхования (ОМС, ДМС, смешанное медицинское страхование);
- приватизация или национализация субъектов здравоохранения.

2. Риски, связанные с управлением:

- отсутствие системы базовой подготовки специалистов в области управления и экономики здравоохранения, медицинского права;
- некомпетентность руководителей в области менеджмента, экономики и законодательства в здравоохранении;
- низкий профессиональный уровень части персонала;
- пренебрежение деятельностью по охране труда и технике безопасности.

3. Профессиональные (медицинские) риски:

- диагностические;
- лечебные;
- медикаментозные (фармако-терапевтические);
- профилактические;
- инфекционные;
- психогенные (психоэмоциональные);
- риски, связанные с угрозой здоровью медицинских работников со стороны больных группы риска.

Возникает вопрос о возможных методах управления рисками. Управление рисками (риск-менеджмент) представляет собой комплекс мер, целью которых является уменьшение опасного воздействия на здоровье, жизнь, имущественное, финансовое положение рискующего. Можно выделить три основных метода воздействия на риск:

1. Снижение риска достигается при помощи осуществления предупредительных организационно-технических мероприятий и систем оповещения.

2. Сохранение риска – создание резервного фонда, фонда самострахования или фонда риска, из которых будет производиться компенсация убытков при наступлении неблагоприятных ситуаций.

3. Передача риска – передача ответственности за него третьим лицам при сохранении существующего уровня риска – страхование, финансовые гарантии, поручительства.

Специфика медицинской деятельности затрудняет точное определение границ ответственности медицинских работников, поскольку она никогда не стремится к негативному результату. В медицинской практике, как и в любой сфере деятельности, встречаются недостаток знания, небрежность и легкомыслие, сознательное злоупотребление своими профессиональными возможностями. Приоритетом управления рисками в медицине является управление качеством лечебно-диагностического процесса и тем самым – обеспечение медицинской безопасности пациента. Главными инструментами риск-менеджмента в здравоохранении являются:

- модули структурных стандартов качества медицинской помощи;
- протоколы ведения больных;
- модели конечных результатов труда.

Медицинский риск представляет собой разновидность обоснованного риска, т.к. он возникает при оперативных вмешательствах, терапевтическом лечении, при проведении различных биомедицинских экспериментов.

Риск считается правомерным в том случае, если:

- действия медицинского работника были направлены на сохранение жизни и здоровья человека;
- отсутствовал альтернативный путь лечения, не связанный с риском для пациента;
- врачом предприняты меры, направленные на предотвращение или снижение возможного вреда, благодаря накопленному опыту, знаниям и умениям, достижениям современной медицинской науки и практики.

Таким образом, для повышения безопасности медицинской помощи необходимы комплексные системные усилия, включающие широкий спектр профессиональных, организационных, правовых и психологических мер по совершенствованию лечебно-диагностического процесса, обеспечению реальных условий по управлению риском.

ГРЕКО-ЛАТИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТАХ

Студент 1 курса стоматологического факультета Л.А. Лапшова

Кафедра гуманитарных и социально-экономических дисциплин

Московский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.фил.н., доцент М.А. Бородина

Существует огромное количество медицинских документов в профессиональной деятельности врача. Студент уже на первом курсе проходит производственную практику и учебные практики по терапевтическому и хирургическому уходу за больным и так или иначе начинает знакомиться

с таким документом, как история болезни. Изучение терминологии, заложенной в данный документ, является актуальным, потому что именно здесь врач представляет и анализирует весь «фактический материал всестороннего обследования больного», динамику его болезни, лечение и прогноз на терминологическом языке, являющимся одной из составляющих речевой компетентности каждого доктора.

Целью исследования стал анализ терминологии, заложенной в истории болезни по стоматологии, для выявления процентного соотношения используемой терминологии (анатомической, клинической и фармацевтической) и ее основного словообразования.

В основу положен аналитический метод, рассматривающий составляющие части термина, статистический анализ, истории болезни по стоматологии (www.studentmedic.narod.ru).

В ходе работы было выявлено, что, терминология истории болезни состоит из анатомических и клинических терминов, с небольшим преобладанием последних в процентном соотношении, крайне редко встречаются фармацевтические термины (3%), клиника построена на основосложении терминоэлементов греческого происхождения.

Профессиональный язык медицины – латинский язык – представлен не только в изучаемой дисциплине на I курсе, но и в медицинских документах, клинических дисциплинах на старших курсах, а также в разговорном русском языке, начиная от слов вермишель, телевизор, телефон, заканчивая словами пациент, аспирант, монитор.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

*Ассистент О.А. Логвина
Кафедра гуманитарных дисциплин
НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»*

Проблемы исследования языкового представления дискурсивных, когнитивных и культурных аспектов знания, как целостной системы языка, являются в настоящее время наиболее актуальными в парадигме теории языка.

Данная статья посвящена изучению и описанию одного из когнитивно-семиотических феноменов – медицинского дискурса, представляющего собой компонент культуры как дискурсивного сложного образования. Актуальность выбранной тематики и проблемы заключается также в следующем.

1) «Исследование вербально-семиотических характеристик медицинского дискурса позволяет раскрыть потенциал языковых и речевых средств, осуществляющих институциональную коммуникацию».

2) Параметры медицинского дискурса определяются его базовыми концептами, исследование которых позволит расширить имеющиеся в лингвистике представления о принципах формирования различных типов дискурса.

3) Изучение медицинского дискурса как характерного культурного кода раскрывает культуру как особое пространство. Объектом исследования выступают тексты и текстовые фрагменты сайтов американских и британских госпиталей, объективирующие предметную область «медицина» посредством гетерогенных вербально-семиотических единиц, синтезирующих информационно-смысловое пространство медицинского дискурса.

Таким образом, можно предположить, что медицинский дискурс представляет собой лингвокультурный код, ключевыми звеньями которого выступают концепты «Жизнь», «Здоровье», «Диагноз».

Используемая литература

1. Дейк Т.А. Ван. Язык. Познание. Коммуникация: пер. с англ. – Благовещенск: Благовещ. гуманитар. колледж, 2000. – С. 56.

2. Карасик В.И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс. – Волгоград: Перемена, 2002. – С. 235.

ИЛЬЯ ИЛЬИЧ МЕЧНИКОВ – ГОРДОСТЬ РУССКОЙ НАУКИ

Студентка 1 курса специальности «Акушерское дело» Е.С. Маклакова

ГБОУ СПО «Тольяттинский медколледж»

Научный руководитель: преподаватель основ микробиологии

В.Я. Саттаров

Целью данной учебно-исследовательской работы является изучение роли великого русского ученого Ильи Ильича Мечникова в истории медицины.

Илья Ильич Мечников (1845-1916) – российский биолог и патолог, один из основоположников сравнительной патологии, эволюционной эмбриологии, отечественной микробиологии и иммунологии, создатель учения о фагоцитозе и теории иммунитета, член-корреспондент (1883) и почетный член (1902) Петербургской Академии Наук. В 1867 году защитил магистерскую диссертацию, в 1868 году – докторскую.

Работы в области биологии положили начало эволюционной эмбриологии. В 1865 году И.И. Мечников впервые обнаружил феномен внутриклеточного пищеварения. За это он в 1867 году получил премию им. Карла Бэра, присуждаемую Академией наук за работы по эмбриологии. В связи с массовым размножением насекомых-вредителей Мечников впервые в России применил в 1879 году биологический метод защиты растений – заражение патогенным грибом хлебного жука и свекловичного долгоносика.

В 1886 году И.И. Мечников основал первую в России бактериологическую станцию, в 1882 году открыл явление фагоцитоза. В трудах «Невосприимчивость в инфекционных болезнях» (1901) изложил фагоцитарную теорию иммунитета, создал теорию происхождения многоклеточных организмов. За работы в области иммунитета получил Нобелевскую премию.

Великие ученые И.М. Сеченов и И.П. Павлов называли И.И. Мечникова гордостью русской науки. Его блестящая и многосторонняя научная деятельность оставила яркий след в многочисленных областях биологии и медицины. В огромном литературном наследии Мечникова отражены проблемы зоологии, эмбриологии, дарвинизма, сравнительной патологии, иммунологии, бактериологии и эпидемиологии инфекционных болезней. Кроме того, ученый как блестящий писатель, полемист и глубокий мыслитель, оставил много ярких и интересных статей и книг по истории биологии, воспоминания о ближайших друзьях и соратниках. И.И. Мечников скончался 15 июля 1916 года в Париже. Урна с прахом, согласно его воле, хранится в библиотеке Пастеровского института.

ПОСТЧЕЛОВЕК И ТРАНСЧЕЛОВЕК: ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Студентки 2 курса педиатрического факультета

Н.Д. Мамедова, А.Б. Нуржанова

Кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

*ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский
университет им. В.И. Разумовского»*

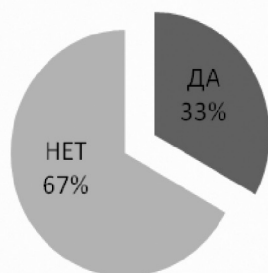
Научный руководитель: к.ф.н. А.А. Живайкина

Во все времена человечество интересовалось проблемой вечной жизни, лекарства от всех болезней, обнаружения и развития новых способностей человека. В настоящее время проблема постчеловека активно разрабатывается на философском уровне.

Целью исследования данной работы стало выявление возможности существования постчеловека в будущем.

В поставленные перед нами задачи входил анализ гуманистической проблематики в философии (даосизм, Сократ, Д. Мирандола, Ф. Бэкон, рациональный гуманизм, М. Фуко, Ж. Делез, Ф. Ницше, Б. Франклин, Б. Рассел, трансгуманисты Р. Эттингер и Эсфандиари (Future Man 2030), а также выявление трансгуманизма и его развития в современном мире.

Готовы ли Вы в будущем испытать на себе новейшие технологии (молекулярная нанотехнология, генная инженерия, искусственный интеллект, носимые и вживляемые компьютеры)?



Мы пришли к следующим выводам.

1. Человек всегда стремился расширить границы своего существования: географические, экологические, биологические и т.д.

2. Трансгуманисты прогнозируют появление постчеловека к 2050 году, благодаря успехам в генной инженерии, молекулярным нанотехнологиям, созданию нейропротезов и прямых интерфейсов «компьютер-мозг».

3. Постлюди могут оказаться полностью искусственными созданиями (основанными на искусственном интеллекте) или результатом большого числа изменений и улучшений биологии человека.

4. Постлюди могут оказаться полностью искусственными созданиями (основанными на искусственном интеллекте) или результатом большого числа изменений и улучшений биологии человека.

5. Трансчеловек – «переходный человек» к постчеловеку, ближайшая перспектива развития биомедицинских технологий.

6. Согласно результатам социологического опроса (120 человек в возрасте 17-20 лет) только 35 % опрошенных знакомы с термином «трансчеловек», 50% хотели бы значительно продлить годы жизни (до 200-300 лет). Полученные результаты утверждают готовность общества к принятию трансгуманистической идеологии.

АЛКАЛОИДЫ: ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ

Студенты 2 курса фармацевтического факультета

В.В. Метельникова, П.Ю. Сорокина

Кафедра естественнонаучных дисциплин

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.б.н., доцент С.Н. Буришина

История использования алкалоидов, точнее алкалоидосодержащих растений, уходит своими корнями в далекое прошлое. Еще в Древнем Египте белену использовали как обезболивающее и одурманивающее средство, алкалоиды табака, по мнению ряда авторов, входили в состав бальзамирующих смол. За тысячу лет до н.э. в Индии для лечения эпилепсии и при

укусах змей широко использовали раувольфию, содержащую резерпин. В китайской медицине большой популярностью пользовалась эфедра; в странах Америки давно известны противомаларийные свойства хинного дерева. В средние века в Европе дурман, красавка, мандрагора являлись обязательными компонентами галлюциногенных «колдовских зелий», а препараты, содержащие алкалоиды спорыньи применялись для нелегальных абортов.

Изучение алкалоидов как химических соединений началось в XIX веке. В 1804 году Ф. Сертюрнер выделил из млечного сока мака снотворного (*Papaver somniferum*) морфин, в двадцатых годах того же века были открыты и выделены в чистом виде хинин, стрихнин, атропин, кофеин, колхицин и другие. В 1886 году А. Ладенбургом был проведен первый полный синтез алкалоида кониина. В 1889 году вышла в свет монография русского ученого Е.А. Шацкого об алкалоидах, в которой он писал следующее: «Открытие алкалоидов, последовавшее в начале нынешнего столетия, имело для медицины почти такое же важное значение, как открытие железа для мировой культуры». И это, пожалуй, неоспоримо!

Сейчас известно более 12 000 алкалоидов, но в медицине используется лишь небольшое их количество. Эффект действия алкалоида зависит, прежде всего, от особенностей его химического строения. Можно выделить группы алкалоидов обезболивающего, спазмолитического действия, или, напротив, тонизирующего. Пожалуй, наиболее хорошо известными являются алкалоиды мака – папаверин, морфин, алкалоид белладонны – атропин, алкалоиды листьев чая и плодов какао – кофеин и теобромин, а также выделенные в 60-х годах XX века из барвинка розового, обладающие противоопухолевым действием, – винбластин и винкристин. Большую группу составляют кодеиносодержащие препараты противокашлевого действия. Интересными являются препараты на основе алкалоида йохимбина, получаемого из коры тропического дерева *Pausinystalia johimbe*, а также препарат «Табекс», содержащий алкалоид цитизин, выделенный из *Cytisus ruthenicus* и *Thermopsis lanceolata*.

Таким образом, проделан большой путь – от использования алкалоидов в составе растений, до индивидуальных химических соединений.

МАТЕМАТИКА В МЕДИЦИНЕ

Студентка 4 курса отделения «Сестринское дело»

Е.А. Митасова

Аркадакский филиал ГАОУ СПО «Башкирское медицинское училище»

*Научный руководитель: преподаватель математики **О.В. Ивлиева***

Как писал А.Д. Александров: «Значение математики сейчас непрерывно возрастает. В математике рождаются новые идеи и методы. Всё это расширяет сферу её приложения. Сейчас уже нельзя назвать такой области деятельности людей, где математика не играла бы существенной роли. Она стала незамени-

мым орудием во всех науках о природе, в технике, в обществоведении. Даже юристы и историки берут на своё вооружение математические методы».

В медицинских учебных заведениях роль математики не является значительной. На первый план, естественно, выдвигаются медицинские и клинические дисциплины, а теоретические, в том числе математика, отодвигаются на второй план. Все это приводит к непониманию и небрежному отношению к изучению математики. Вследствие этого преподавателям математики приходится постоянно доказывать студентам-медикам, что роль математики в медицине огромна, и с каждым годом связь математики и медицины расширяется и углубляется. С этой целью на втором курсе, наряду с элементами высшей математики вводится прикладная математика. В курсе прикладной математики студенты знакомятся с медицинской статистикой, с математическими формулами в педиатрии и фармакологии, узнают о математизации здравоохранения в мировом пространстве и введении новых технологий и методов, основанных на математических достижениях в области медицины.

Математика дает людям методы изучения и познания окружающего мира, методы исследования, как теоретических, так и практических проблем. Как известно, вопросам оказания медицинской помощи и развития здравоохранения в Российской Федерации последние годы уделяется пристальное внимание. Национальные проекты в здравоохранении требуют серьезных финансовых вложений, а при проведении расчетов в масштабах страны никак не обойтись без математических знаний.

Математика и медицина часто требуют одних и тех же приемов: прежде всего – это наблюдение, анализ, диагностика, неоднократная проверка полученных результатов. Внимание, терпение и настойчивость, – вот качества, необходимые как медицинскому работнику, так и математику. И здесь вполне уместно высказывание К. Маркса: «Наука только тогда достигает совершенства, когда ей удается пользоваться математикой».

МАЗУР БЕРК ЛИТМАНОВИЧ

(1896 – 1987 гг.)

Студентка 5 курса лечебного факультета Р.И. Мугинова

Кафедра фтизиопульмонологии

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

минздрава России

Научный руководитель: к.м.н. Э.Д. Гизатуллина

Респираторная медицина Татарстана тесно связана с именем Берка Литмановича Мазура.

Мазур Берк Литманович родился 21 октября 1896 года в м. Орли Бельского уезда Гродненской губернии. После окончания медицинского факультета

Казанского государственного медицинского университета в 1923 году был ординатором, а затем и ассистентом факультетской терапевтической клиники. До этого в рядах Красной Армии он служил на военно-санитарном пароходе «Воронеж» (1919), работал в военном госпитале (1920), в прививочном отряде армии (1921).

В 1928 году Берк Литманович предложил новый метод выделения туберкулезных палочек, вошедший во все руководства под названием «метод Мазура». Суть метода в том, что была получена некислотоупорная разновидность туберкулезных бацилл, фильтрат которых был лишен свойств туберкулина и обладал свойствами антивируса. «Атуберкулиновый антивирус Мазура» использовали при лечении некоторых форм внелегочного туберкулеза (лимфаденит, волчанка, скрофулодерма).

Без защиты диссертации (за большой вклад в науку о туберкулезе) в 1935 году ему была присуждена ученая степень доктора медицинских наук, а уже в 1937 году было присвоено ученое звание профессора. В 1940 году Берку Литмановичу присвоено звание Заслуженного деятеля науки ТАССР.

В 1935 году при кафедре кожных болезней специально для Б.Л. Мазура создан курс туберкулёза, а в 1936 году курс передан кафедре факультетской терапии.

В 1940 году апробирован препарат из «синих палочек» для лечения бронхиальной астмы и хронических пневмоний у взрослых и детей.

Во время Великой Отечественной войны Б.Л. Мазур изготовил бактериофаг для лечения гнойных ран. В 1962 году им впервые был получен туберкулезный бактериофаг, который, пройдя ряд испытаний, стал применяться в клинике для лечения лекарственно-устойчивых форм легочного туберкулеза.

Профессору Б.Л. Мазуру принадлежат оригинальные работы по выделению микобактерии туберкулёза, ряда бактериофагов, препаратов для лечения бронхиальной астмы. В своих изысканиях Б.Л. Мазур на много десятилетий опередил появление моно- и поливалентной вакцин. Так, одна из его разработок была передана для клинического изучения в НИИ пульмонологии МЗ РФ, где сотрудниками препарат был доведен до оригинального лекарственного средства «Рузам» и выпущен серийно заводом «Ферейн».

Перу ученого принадлежат работы «К биологии туберкулезной палочки», «Клиническое значение коллоидных реакций Daranyi, Matefi и урохромогенной реакции Weissa при туберкулезе легких», «О диссоциации туберкулезных бацилл», «О методике выращивания анаэробов на поверхности плотных сред», «Феномен Шварцмана и туберкулез» и другие. Б.Л. Мазур опубликовал более 200 научных работ, под его руководством защищено 11 кандидатских и 3 докторских диссертации. Он был награжден Орденом Трудового Красного Знамени, медалями, почетными грамотами.

СТАНОВЛЕНИЕ ФАРМАЦИИ ПРИДНЕСТРОВЬЯ

Ст. преподаватель О.О. Наумова

Кафедра «Фармации»

НОУ ВПО «Тираспольский межрегиональный университет»

Научный руководитель: провизор высшей категории Е.А. Мамулат

Прошлое мы изучаем для того, чтобы лучше понимать настоящее, полнее представить развитие явлений и событий в будущем. Опыт прошлого вооружает молодого специалиста знаниями, которые в той или иной форме в дальнейшем используются в практической работе. За годы двадцатилетнего становления государственности ПМР сформировала различные органы власти и структуры управления, необходимые для оформления законодательной, нормативной базы. Анализируя начало реформ в целом и в фармации в частности (в период становления нашей республики), можно сказать, что они сопровождались рядом негативных явлений, таких как резкий рост цен на лекарственные средства, слабым государственным регулированием текущих процессов, снижением объемов оказания лекарственной помощи на условиях бесплатного и льготного отпуска и пр. В течение 20 лет фармацевтическая служба в ПМР развивалась постепенно, в 1994 году было организовано республиканское производственное объединение «Фармация Приднестровья». В его состав входили аптечные склады, испытательные лаборатории и государственные унитарные предприятия «Аптечные управления» городов Приднестровья. Государственное унитарное предприятие «Аптечные управления» являлось главным органом управления аптечным делом в республике. В то же время появляется сертификация лекарственных средств и контроль их качества. В 2001 году Указом Президента ПМР от 16 ноября 2001 года №613 было создано государственное учреждение «Центр по контролю за обращением медико – фармацевтической продукции». На сегодняшний день особенностями фармацевтического рынка ПМР являются практическое отсутствие муниципальных аптек, слаборазвитая сеть сельских аптек, ограниченное производство лекарственных средств, функционирование социальных аптек при ЛПУ, реорганизация ГУПов. При изучении вопроса развития аптек негосударственной формы собственности, обращается внимание на следующее: высокая концентрация фармацевтических организаций в городе и низкая в селе. Последние 10 лет государственная политика в области регулирования фармацевтического рынка направлена на устранение этих отрицательных тенденций.

КУЙБЫШЕВЦЫ В СТАЛИНГРАДСКОЙ БИТВЕ

Студентка 1 курса стоматологического факультета

Е.В. Перепелицына

Кафедра гуманитарных дисциплин НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.и.н., доцент О.Ю. Игошина

*70-й годовщине разгрома фашистских войск
под Сталинградом посвящается*

Летом и осенью 1942 года внимание всего мира было приковано к Волге, где проходила величайшая битва Второй мировой войны. Советские Вооруженные Силы провели операцию, которая по своим результатам и последствиям не имела равных в истории войн. Более 50 тысяч уроженцев Куйбышевской области (ныне – Самарской) защищали Сталинград от захватчиков в составе 62-й и 21-й армий, на кораблях Волжской военной флотилии и пароходства Волготанкер.

В суровые сентябрьские дни 1942 года вся страна узнала о подвиге комсомольского взвода во главе с 19-летним куйбышевцем – младшим лейтенантом В. Кочетковым. Шестнадцать бойцов взвода были нашими земляками. Двое суток взвод удерживал боевой рубеж. Были уничтожены сотни фашистов, подбито 10 танков.

В небе, над городом отважно сражались летчики-куйбышевцы Ю. Тюленев и В. Фадеев.

Легендарный буксир «Ласточка», на котором воевал ныне почетный гражданин Самары В. Пермяков, в день самой ожесточенной бомбежки Сталинграда – 23 августа 1942 года вывез на другой берег Волги из горевшего города 300 детей.

Нельзя не отметить роль медицинских работников, участвовавших в тяжелых уличных боях. Под разрывами пуль и снарядов, забыв про усталость и страх, санитары и санитарные инструкторы переползали от одного раненого к другому, делая им перевязки, прятали их в воронках и канализационных трубах, переносили к Волге, чтобы ночью переправить на левый берег. Такими героями-медиками были З.А. Ладыженко, Л.А. Степанычева.

Операции под Сталинградом сопровождались большими потерями. В Волгоградской области захоронено 4354 куйбышевца (4,7% от общего числа погибших уроженцев нашего региона. Так, под Сталинградом пали смертью храбрых сызранец, рядовой И.Д. Дорофеев. Героический подвиг совершил куйбышевец Ю.П. Нектаров. В упорном бою он уничтожил более 100 фашистов. Когда кончились патроны, он вызвал огонь на себя.

Жители Самары ценят и помнят, какой ценой досталась победа в битве за Сталинград. Недаром в нашем городе есть Площадь Героев 21-й армии (ул. Осипенко – пр. Ленина).

РОЛЬ Н.И. ПИРОГОВА В РАЗВИТИИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Студентка 2 курса специальности «Сестринское дело» Е.А. Печенкина

ГБОУ СПО Губернский колледж г. Похвистнево

Научный руководитель: Л.П. Ельшина

Н.И. Пирогов – выдающийся русский врач и учёный, крупнейший хирург, анатом, основоположник военно-полевой хирургии, педагог и общественный деятель, двухсотлетие которого отметила вся медицинская общественность.

Пирогову принадлежит пальма первенства в привлечении женщин для ухода за ранеными и больными на территории военных действий.

Н.И. Пирогов – участник четырёх войн: Кавказской, Крымской, Франко-Прусской, Русско-Турецкой. Свой опыт в организации и оказании помощи раненым и больным на войне он изложил в книге «Начала общей военной полевой хирургии». Впервые в истории военно-полевой хирургии, по инициативе Н.И. Пирогова сёстры милосердия и врачи были разделены на четыре группы. Первая группа обязана была сортировать поступающих по тяжести ранений, а тех, кто нуждался в срочной операции, немедленно передавали второй группе. Третья группа осуществляла уход за ранеными, которые не нуждались в срочном оперативном лечении. Четвёртая группа, состоявшая из одних сестёр и священника, занималась безнадежно больными, умирающими.

Н.И. Пирогов для каждой группы разработал подробную инструкцию деятельности врачей и медицинских сестёр.

Сёстры-хозяйки должны были обеспечивать свежим нательным и постельным бельём раненых, чистоту в палатах и проветривание. В обязанности сестры-хозяйки входило прокуривание (дезинфекция) палат.

Группа перевязочных сестёр несла суточные дежурства в отделениях госпиталей, помогала врачам при операциях и перевязках, наблюдала за чистотой и порядком.

В обязанности сестры-аптекари входили раздача больным предписанных врачом медикаментов, приготовление отваров, накладывание примочек, горчичников, хранение лекарств.

Несмотря на то, что первые сёстры милосердия практически не имели никакого образования, все они быстро обучились сестринскому делу. На полях войны работали 160 сестёр, 17 из них погибли при исполнении своего долга.

Героический труд сестёр милосердия продолжился в русско-турецкой, русско-японской и Великой Отечественной войне.

Деятельность сестёр милосердия и разделение их функций сыграли огромную роль в развитии сестринского дела в России.

ФИЛОСОФИЯ И МЕДИЦИНА: ЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

*Студентка 4 курса отделения «Сестринское дело» С. Полякова
Аркадакский филиал ГАОУ СПО «Балашовское медицинское училище»
Научный руководитель:
преподаватель общественных дисциплин Н.Б. Фоломкина*

*«Мудрый да творит добро – вот сокровище,
которое у него никто не отнимет...»
(Будда)*

Работа посвящена анализу проблемы эвтаназии, которая свое летоисчисление начинает с глубокой древности, и уже тогда она вызывала многочисленные споры среди медиков, которые не прекращаются и сегодня. Возникают вопросы: является ли право на жизнь не только правом, но и долгом или обязанностью, должно ли общество сохранять жизнь человека вопреки его воле?

Основанием для выбора темы послужило то, что проблема эвтаназии не только философская, этическая, медицинская, но и социально-экономическая, так как связана с социально – экономической стороной функционирования государства. Меня заинтересовала данная проблема потому, что я являюсь будущим медработником. Существовали тысячелетия назад, существуют и сегодня повышенные требования к людям, занимающимся медициной, к их нравственным качествам. Не потеряли своей актуальности требования, предъявляемые Гиппократом: «В какой бы дом я не вошел, я войду туда для пользы больного...».

Проблема жизни и смерти – сложная этическая и диалектическая проблема. У всякого явления есть свой философский подтекст, и поэтому следует использовать диалектические методы при анализе медико-биологических явлений. Жизнь человека представляет собой диалектическое единство противоположностей. «Всему свое время... Время рождаться и время умирать... Время убивать и время врачевать...». Здесь интересы медицины переплетаются с интересами философии. Но целесообразно ли лечить детей – уродов, гуманно ли мучить жизнью неизлечимо больных? И как при этом не нарушить Клятву Гиппократа, которую дает каждый медицинский работник: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла»? Но существуют ситуации, когда поступки врача идут вразрез с принесенной им клятвой. Речь идет об эвтаназии. Закономерен вопрос: не обязан ли врач, убедившись в категоричности решения неизлечимого больного, помочь ему уйти из жизни наименее тяжелым и болезненным путем, прекращать его страдания, если смерть является единственным средством избавления от мук? Ответ очень труден и неоднозначен. В соответствии с Конституцией РФ каждому человеку принадлежит неотъемлемое право на жизнь, один из аспектов которого предполагает возможность самостоятельно распоряжаться ею,

решать вопрос о прекращении жизни. В своей работе врач должен руководствоваться благом больного, так как страшнее ошибки в каком-то конкретном случае может быть та ошибка, которую нельзя обнаружить в настоящем. Надо помнить, что побуждение и осуществление любой формы эвтаназии в соответствии с законодательством РФ является преступлением.

Используемая литература

1. Библия. Книги Священного Писания, Ветхого и Нового завета канонические. – 1991. – Т.1-2.
2. Гиппократ. Избранные книги. – М., 1994.
3. Книга Экклесиаста или Проповедника, гл.3.
4. Платон. Государство. Собр. соч. т. 3. – М., 1994.
5. Плутарх. Избранные жизнеописания. т. 1. – М., 1986.
6. Сенека. Нравственные письма к Луцилию.

ПЕРЕВОДЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ В МЕДИЦИНСКОМ АНГЛИЙСКОМ ТЕКСТЕ

Старший преподаватель С.В. Ромашкина

Кафедра гуманитарных дисциплин

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

В современном мире английский язык – это не только язык международного общения, но и язык бизнеса, науки и техники, СМИ.

Ведущую роль английский язык играет и в современной медицине. Нередко можно прочесть аннотации к лекарствам на английском языке, посмотреть медицинский научный фильм по стоматологии. Иностраные медицинские журналы изобилуют открытиями в хирургии, кардиологии, акушерстве и гинекологии и других областях медицины. Внедряются новые методы диагностики и лечения различных заболеваний. Описание работы медицинского оборудования, работа медицинской сестры в различных отделениях больницы за рубежом требует высокого уровня знания английского языка и тщательной подготовки, поскольку стиль и процесс работы существенно отличается от стандартов, принятых в России.

В повседневной жизни мы можем столкнуться с переводом медицинских текстов, документов, статей с английского языка на русский.

В английском языке существуют лексико-грамматические категории, которых нет в русском языке, и наоборот, количество данных категорий различается в двух языках. Например, в русском языке три времени – прошедшее, настоящее и будущее, тогда как в английском языке существует шестнадцать времен действительного залога: это группа продолженных или прогрессивных времен, группа совершенных или перфектных времен, группа простых или неопреде-

ленных времен и группа совершенно-продолженных времен. В английском языке, в отличие от русского, отсутствует категория падежа, все выражается при помощи предлогов и существительных, которые стоят рядом с ними.

Особенности английского языка требуют соответствующих знаний переводческих трансформаций. Перевод медицинских текстов требует тщательного исследования и анализа предложений, так как при переводе с английского языка на русский может измениться структура предложения, а так называемым многофункциональным словам может соответствовать лишь один, определенный эквивалент, который подходит данному контексту. Следует также обратить особое внимание на перевод инфинитива, причастий, сослагательного наклонения и модальных глаголов; существование так называемых «ложных друзей переводчика» накладывает огромную ответственность на медработника, поскольку фонетическое сходство слова может ввести в заблуждение, и, как следствие, привести к искаженному переводу. С другой стороны, обилие латинских заимствований в английском значительно облегчает перевод при условии прекрасных познаний в латыни.

Используемая литература

1. Кролик Н.И. Английский язык для студентов-медиков: учебное пособие для вузов – М.: Астрель: АСТ, 2003. – 128 с.
2. Мухина В.В. Английский для студентов-стоматологов: учебник. – М.: Астрель: АСТ, 2006. – 415 с.
3. Слепович В.С. Курс перевода (английский-русский)=Translation Course (English-Russian) – Минск: ТетраСистемс, 2008. – 320 с.
4. Слепович В.С. Курс перевода (русский-английский)=Translation Course (Russian – English) – Минск: ТетраСистемс, 2008. – 320 с.
5. Allum V., McGarr P. Cambridge English for nursing – Cambridge University Press, – published 2010.

ИСТОРИЯ ЭПИДЕМИЙ ГРИППА XX-XXI ВЕКА В США

Студенты I курса лечебного факультета К. Саломатин, Н. Майоров

Кафедра гуманитарных дисциплин

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: В.А. Шуваева

Актуальность данного исследования заключается в изучении эпидемий гриппа в США XX-XXI века, а также ознакомиться с их масштабами и количеством жертв.

Эпидемия – это массовое, прогрессирующее во времени и пространстве в пределах определенного региона распространение инфекционной болез-

ни людей, значительно превышающее обычно регистрируемый на данной территории уровень заболеваемости. Эпидемия обладает очагом заражения – территорией, где возможно заражение людей и животных. Основные пути распространения инфекции во время эпидемии: водный, пищевой; воздушно-капельный; трансмиссивный.

1918-1919 гг. Испанский грипп, испанка. Количество смертей от 20 до 50 млн. людей погибли во всем мире. Более 500 000 людей погибли в США.

1950 год. Эпидемия полиомиелита. 13,5 тысяч случаев заболеваний. 1350 человек погибли, 5400 человек остались инвалидами.

1957 год. Эпидемия «Азиатский грипп». Эпидемия гриппа (штамм H2N2), погибло около 2 млн. человек. В США погибло 70 000 человек.

1968 год. Эпидемия «Гонконгский грипп». Миллион погибших в мире. В США погибло 33800 человек.

1981-2006 гг. Эпидемия СПИДа, умерли 25 миллионов человек.

2003 год. Эпидемия «Птичий грипп». С 2003 года по 2008 год от этого заболевания погибли 262 человека.

2009 год. Пандемия «свиного» гриппа A/H1N1 – «мексиканский грипп», в 2009-2013 гг. от него погибло 18114 человек. Большая часть погибших – в США.

Следующая эпидемия гриппа неизбежна, однако никто не знает, когда именно она случится. Имея опыт о предыдущих эпидемиях, целесообразно предотвращать их в первичных очагах заражения, соблюдая личную гигиену и проводя преждевременно вакцинацию населения.

ПОДГОТОВКА ФАРМАЦЕВТОВ К ПРИЕЗДУ ИНОСТРАННЫХ ГОСТЕЙ НА ОЛИМПИАДУ СОЧИ – 2014

Студенты 2 курса фармацевтического факультета

И. Селезнева, Е. Холстинина, Д. Романова

Кафедра гуманитарных дисциплин

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: В.А. Шуваева

Во время проведения зимних Олимпийских игр в г. Сочи в 2014 году медицинская и фармацевтическая помощь может понадобиться примерно 220000 человек. Также не исключается возможность открытия специального современного фармацевтического склада, который позволил бы пополнять ассортимент аптек во время проведения Олимпиады.

Сами же аптеки и аптечные пункты будут располагаться в зоне максимального скопления людей: в местах проведения культурно-массовых мероприятий, в крупных торговых комплексах, гостиницах и других объектах зоны международного гостеприимства. Расчетное количество и место расположения аптек будет пропорционально количеству зон с максимальным

скоплением гостей города, 24-часовая система мониторинга аптечной сети (обеспеченность достаточным количеством медикаментов, контроль за соблюдением требований сертификации), расположенной вблизи от отелей и туристических маршрутов, установлена на время проведения Олимпийских игр. Цены на лекарственные препараты будут формироваться в соответствии с существующим Российским законодательством.

Сейчас рассматривается вопрос создания инструкции для этих лекарств на иностранных языках. В соответствии с требованиями Международного олимпийского комитета, местные фармацевты пройдут подготовку в специально созданных языковых центрах. Так же будет организована горячая линия по оказанию языковой поддержки аптекам. В процессе подготовки к проведению Олимпийских игр в аптеках будут проведены языковые тренинги для персонала. Кроме этого рассматривается вариант издания специального разговорника на семи языках для специалистов аптечной сети. Функционирование аптек и аптечных пунктов после проведения Олимпийских игр напрямую будет зависеть от их экономической рентабельности. Финансирование строительства «олимпийских» аптек будет осуществляться в рамках программы «Сочи – олимпийский город».

ИСТОРИЯ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ. ОБЩЕКУЛЬТУРНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА

Преподаватель латинского языка О.И. Смирнова

ГАОУ СПО «Балаковский медицинский колледж»

Научный руководитель: М.Ю. Смирнова

Латинский язык (*língua Latína*) принадлежит к италийской группе индоевропейской семьи языков. Это язык небольшого племени латинян (*Latíni*), жившего в центральной части древней Италии в области Лаций, а также языком жителей Древнего Рима. Со временем этот язык стал государственным языком огромной Римской империи, включавшей до V в. н. э. все страны Средиземноморского бассейна, в том числе территории современной Италии, Испании, Франции, Греции, а также части Британии, Германии, Венгрии, Румынии, Молдовы и других стран. Усвоение, понимание терминологии – обязательное условие приобретения специального образования. Высоко– квалифицированного врача и фармацевта всегда отличает культура профессиональной речи. «Термин» – латинское слово, *terminus* значит «предел, граница». Термин обозначает именно научное понятие – результат научного теоретического обобщения, выражение определенной научной теории, научной системы знаний. Научному понятию обязательно приписывают определение или дефиницию (от лат. *definitio* –определение), в ней

раскрывается суть научного понятия, понимая суть которого возможно иметь знания о связи данного понятия (термина) с другими, о его месте в системе понятий (терминов) данной науки.

Каждый врач имел запасы лекарственного сырья, которые хранились в специальной кладовой (apotheca), – отсюда и произошло название «аптека».

Греческие слова, латинизированные еще в римской литературе, сохранились до наших дней, например, brachium – плечо, bronchus – в первоначальном значении – дыхательная трубка, carpus – запястье, hepar – печень, larynx – гортань и др. Врачи античной эпохи должны были владеть двумя языками – греческим и латинским. Так, начиная с античности, медицинская терминология стала формироваться на двуязычной греко-латинской основе. Это двуязычие явилось традиционной закономерностью развития терминологии медицины и фармации на протяжении всех последующих эпох и продолжается в настоящее время. К середине XIX в. положение в корне меняется. Латынь окончательно уступает место (в разных странах – в разное время) национальным языкам, и они становятся средством письменного и устного научного общения. А за латынью сохраняется лишь номинативная функция, т.е. функция называния изучаемых объектов в некоторых медико-биологических классификациях (в анатомии, гистологии, ботанике, зоологии и т.п.).

Основные группы терминов: анатомическая и гистологическая номенклатуры; клиническая терминология; фармацевтическая терминология.

ЭКСКУРС В ИСТОРИЮ ПРОФЕССИИ ФЕЛЬДШЕР

Студентка 4 курса специальности «Лечебное дело» Е.А. Солдаткина

ГБОУ СПО «Губернский колледж г. Похвистнево»

Научные руководители: Л.П. Ельшина, К.П. Рыжова

Первые упоминания о профессии «фельдшер» появились в начале XVIII века в России, хотя с немецкого перевода оно означает «полевой брандмейстер». С созданием регулярной армии возникла потребность, в лекарях. По указу Петра I в 1706 году при Московском военном госпитале учреждается первая госпитальная школа. Через 3 года успевающие ученики получали звание подлекаря, а не достигших особых успехов в лекарском деле отчисляли и направляли в полки рудометами (кровопускатели) и цирюльниками.

В 1741 году в Санкт-Петербургском сухопутном госпитале начали обучаться 10 грамотных мальчиков и «подлекарскому искусству». Это событие и стало началом профессиональной подготовки фельдшеров в России. В 1816 году при Московском госпитале открывается фельдшерская школа на 150 мест, впоследствии на базе отдельных крупных больниц начали создавать фельдшерские школы для нужд гражданского ведомства. Подобная

система подготовки медиков среднего звена в России продолжалась без изменений до конца XIX века.

С 1964 года начинает развиваться сеть самостоятельных фельдшерских пунктов. Земские деятели придерживались взгляда, что доктор – «барский лекарь», а фельдшер – «мужицкий». К сану фельдшеров постепенно стали привлекать женщин, появились первые женские фельдшерские и повивально-фельдшерские школы. Обучение велось по разным программам и учебным планам. В дальнейшем в Москве был разработан Единый Типовой Устав, и фельдшерские школы переименовали в школы помощников врача. После революции эти школы были закрыты.

В 1925 году в РСФСР осталось лишь 10 фельдшерских школ, готовивших специалистов среднего звена для отдаленных местностей. В годы Великой Отечественной войны потребность в специалистах резко возросла. В связи с этим была организована ускоренная подготовка фельдшеров и младших военфельдшеров. В настоящее время подготовку медицинских работников среднего звена в Самарской области ведут 9 образовательных учреждений СПО, и профессия фельдшера остается значимой для практического здравоохранения.

ЗНАЧЕНИЕ И МЕСТО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СЛЕНГА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Студентка 6 курса лечебного факультета Л.В. Фомина

Кафедра клинической медицины

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.В. Миронов

Медицинские работники, как и представители других профессий, широко используют жаргонные и сленговые выражения. Непосвященному человеку медицинский сленг может показаться чересчур жестоким и циничным. Но, по большей части, жаргонные выражения служат для упрощения сложных медицинских терминов и названий лекарств. Ведь в критической ситуации жизнь человека зависит от скорости принятия решений и скорости коммуникаций медицинских работников. Тут уж не до сложных медицинских терминов – главное, чтобы твой напарник тебя понял.

Сленг нередко характеризуется ироничностью, меткостью, стремлением к краткости (сокращению и приспособлению к разговорной речи тяжеловесных «официальных» оборотов), зачастую, это меткие, живые или даже несколько забавные неологизмы.

Медицинский жаргон, с одной стороны, есть проявление пресловутого «профессионального цинизма», с другой, служит утилитарным целям облегчения общения. Гораздо проще и быстрее сказать, например: «клиент

замерцал, кинул давление, ну мы его стукнули и на трубу посадили», чем выговорить «у пациента развился пароксизм тахисистолической мерцательной аритмии, сопровождающийся нестабильностью гемодинамики, что послужило показанием для проведения электроимпульсной терапии с последующей интубацией и переводом на ИВЛ».

Таким образом, корябящий зачастую постороннее ухо сленг не имеет под собой никакого неуважения к пациенту. Более того, использование жаргонизмов ни в коем случае не исключает владения грамотным медицинским языком, а скорее даже наоборот, не будучи клиницистом, правильно пользоваться жаргоном практически невозможно. Разумеется, сленг – не для ушей пациента. Кому понравится услышать про себя «консерва» (понимай: больной, находящийся на консервативном лечении) или «рецидивист» (пациент с рецидивом)?

Приведем несколько сленговых выражений:

Аикнутый – пациент после АИК (аппарат искусственного кровообращения).

Лыжники – пациенты почтенного возраста, шаркающие тапочками по коридору с палочками.

Чупа-чупс, голова – нейрохирургический больной.

Животные – больные с болями в животе.

Корсиканцы – больные с нарушением памяти (Корсаковским синдромом).

Бетховен – пациент, имеющий серьезные проблемы со слухом.

У больного снег пошел – началась белая горячка.

Синдром «почтового ящика» – открытая ЧМТ (черепно-мозговая травма).

dvd плеер, и usb вход – раны головы в зависимости от размера.

Иван Михалыч – инфаркт миокарда.

Доношенные глазки – доношенная беременность у женщины с показанием к кесареву сечению по поводу миопии (близорукости).

Кипятильник – фонендоскоп.

Бортовой самописец – электрокардиограф.

Вертолет – гинекологическое кресло.

Гармошка – аппарат искусственной вентиляции легких (ИВЛ) с ручным приводом.

Мишура – пленка для одного канального электрокардиографа. Обычно свернута в рулон, случайно выпущенная из рук разворачивается наподобие серпантина.

Телевизор – рентгеноскопия.

Черепаша – хирургическая шлем-маска, закрывающая всю голову и оставляющая открытыми только глаза.

Трепонема – тряпка для вытирания рук.

МЕТАФОРИЧЕСКИЙ И МЕТОНИМИЧЕСКИЙ ПУТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

Студент 1 курса лечебного факультета Е.В. Харченко

Кафедра гуманитарных и социально-экономических дисциплин

Московский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.фил.н., доцент М.А. Бородина

Каждому подразделу медицины свойственна своя терминология (анатомическая, фармацевтическая, психологическая и др.), из названий которых видно, что пути ее формирования различны. Изучение метафоры и метонимии, заложенных в тех или иных терминах, актуально потому, что дает возможность проследить эволюцию термина, определить смену его значения, если таковое произошло, или добавление оттенков к исходному понятию, – все это способствует развитию аналитического мышления и профессиональных компетенций будущих молодых врачей.

Мы изучили пути формирования медицинской терминологии с целью выявления терминов, сформированных при помощи метафоры или метонимии, составили глоссарий, сравнили современные дефиниции с исконным значением слова, проанализировали метонимию как лингвистический прием и как речевую патологию.

Материалом исследования послужила терминология, взятая из учебника М.Н. Чернявского «Латинский язык и основы медицинской терминологии», а также десять историй различных внутренних заболеваний. В основу работы положен этимологический метод, сравнительный и структурный анализы.

В ходе исследования было выявлено, что большинство терминов сформировано метафорическим путем (70%), метонимическим (30%), в большей своей части они имеют латинское происхождение. Произошло изменение значений многих слов, например, паразит, эйфория, часть терминов расширили свои значения, в других заложено сравнение с каким-либо природным явлением. Определено, что метонимия в медицине и в лингвистике являются близкими, но не сходными понятиями, что дает возможность для дальнейшего изучения подобных терминов в медицине, в частности, в логопедии.

Языковая работа с медицинской терминологией, изучающая ее происхождение, структуру, значение, номинации, полисемию дает возможность для рассмотрения межпредметных связей между подразделениями медицины, формирует речевую компетентность специалиста, который по номинации любого термина может предугадывать его значение, опираясь на исходный смысл по его составу, этимологии, пути формирования.

ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК КАК ОСНОВА ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ

Студентка 2 курса лечебного факультета Е.О. Шарновская

Кафедра гуманитарных дисциплин

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: ст. преподаватель Н.Ю. Яковлева

Медицинским работникам, в том числе и гомеопатам, необходимо знать большое количество ботанических названий растений, точные фармацевтические термины, но в настоящее время только латинские названия точны, едины и интернациональны.

Целью нашего исследования стало ознакомление с применением латинского языка в гомеопатической медицине.

Основоположник гомеопатии Самуэль Ганеман был одним из немногих медиков, который занимался переводами с латинского и других языков на немецкий, а также издательством медицинской литературы. В 1805 году Ганеман описал на латыни 27 различных веществ, действие которых проверил на себе.

Классические гомеопатические термины – латинские. Основной постулат С. Ганемана – *Primum non nocere* (прежде всего – не навреди), ему также принадлежит утверждение «*similia similibus curentur*», что означает «лечи подобное подобным», в чем и заключается искусство гомеопатии. В настоящее время гомеопатические рецепты по-прежнему выписываются на латинском языке с указанием разведения (потенции), схемы приема. Врачи-гомеопаты продолжают постоянно исследовать новые вещества для пополнения своей *Materia medica* (дословно: материал медицины; справочник гомеопатических лекарств, составленный К. Герингом, последователем С. Ганемана), однако исследовательские группы ученых находятся на разных континентах, зачастую не контактируя между собой. У гомеопатических школ и врачей-гомеопатов сложились свои стереотипы в применении того или иного синонима вещества в повседневной практике, эта же тенденция наблюдается и среди фармацевтов. Поэтому в одних номенклатурных справочниках мы встречаем, например, название воронца гроздевидного – *actaea racemosa*, в других *simicifuga*. В связи с этим, некоторые термины дублировались, путались, происходили досадные казусы в терминологии, и только латинский язык позволил гомеопатам разных стран мира понимать друг друга.

Изучение латинского языка в гомеопатии необходимо не только для знания названий лекарственных гомеопатических средств, но и для изучения многих действующих веществ, из которых они состоят. Именно эти знания помогают врачу-гомеопату понимать явления, которые происходят в организме пациента после применения того или иного лекарственного средства.

Используемая литература

Gediminas Kinderis. Homeopatiniu gyduoliu terminija. – Vilnius: UAB «Petro ofsetas», 2004. – 276 p.

Збірник доповідей I з'їзду гомеопатів України / Під ред. Т. Д. Поповой. – Київ: ПП «Авокадо», 2004. – 200 с.

Зеленин Ю.В. К проблемам гомеопатической терминологии. – М.: «Провизор», 2005.

СМЕРТЬ ПАЦИЕНТА – ПРАВО НА ОШИБКУ ВРАЧА ИЛИ ПРЕСТУПЛЕНИЕ?

Студентка 2 курса лечебного факультета Е.О. Шарновская

Кафедра гуманитарных дисциплин

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: ст. преподаватель Е.В. Белобородова

За последние годы участились случаи смерти больных после проведенного врачами лечения или хирургического вмешательства. Но врачи в редких случаях несут ответственность за содеянное: наказание, выносимое судом, обычно не превышает условных сроков, лишения практики на 3-5 лет или лишения свободы на срок, не более 3-х лет.

Согласно Конституции РФ (ч.1, ст. 20) каждый человек имеет право на жизнь. Одно из основных конституционных социальных прав человека – получение бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения (ст. 41 Конституции РФ). Однако по информации Лиги защиты пациентов (2012), из-за врачебных ошибок в стране гибнет до 50-и тысяч человек в год, несколько десятков тысяч остаются инвалидами, каждый третий диагноз является неверным. По данным ВОЗ, Россия находится на 130-м месте по уровню оказания медицинской помощи (2011), смертность от различного рода врачебных ошибок только в 2009 году была в три раза выше, чем в Европе (Ю. Цвигун. Великая эпоха). В России же официальной статистики врачебных ошибок нет. Более того, трагические врачебные ошибки классифицируются как «Причинение смерти по неосторожности» (ст. 109 УК РФ) или «Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности» (ст. 118 УК РФ).

Одна из причин происходящего, по мнению ректора НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ» профессора Лысова Н.А., заключается и в том, что «Обязательное пятилетнее сертификационное усовершенствование полностью превратилось в формальную процедуру, отсутствует дифференцированный подход к присвоению и подтверждению профессиональных категорий. Аттестация на соответствие занимаемой должности прохо-

дит без участия специализированных медицинских сообществ» (газета «TOTUMVERUM», №48).

В связи с частыми смертельными случаями в медицинской практике необходимо ужесточить наказание за врачебные ошибки, повлекшие за собой смерть пациента, а также квалифицировать сокрытие улик (например, уничтожение анализов, диагноза, назначений лекарственных препаратов пациенту) как умышленное преступление. Также необходимо вести официальную статистику врачебных ошибок, которая должна быть открыта широкой общественности.

РОЛЬ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Студентка 1 курса специальности «Лечебное дело» О.Р. Шарыгина

ГБОУ СПО «Тольяттинский медколледж»

Научный руководитель: преподаватель латинского языка

А.Ю. Ефименко

Терминология современной медицины представляет собой одну из самых сложных терминологических систем. По оценкам специалистов, терминологический фонд современной медицины превышает 500 тысяч медицинских терминов. Большую роль в усвоении и понимании медицинской терминологии играет латинский язык, изучение которого является обязательным для будущих медицинских работников разных специальностей.

Основной фонд медицинской науки составляют термины, возникшие на основе древнегреческого и латинского языков. Так, греческие термины ведут своё начало от Гиппократов, величайшего врача Древней Греции, Клавдия Галена, греческого ученого и врача; термины латинские – от Авла Корнелия Цельса, римского энциклопедиста I века н.э.

Терминологическая система современной медицины состоит из множества подсистем, среди которых выделяются три ведущие:

1) анатомическая (части тела, органы, ткани: caput, abdomen, cor);

2) клиническая (симптомы и проявления болезней, структурные изменения органов и тканей, а также лечение и профилактика заболеваний, инструментальные осмотры органов, методы обследования, названия специалистов: dysphagia – нарушение глотания; meningitis – воспаление мозговых оболочек; splenomegalia – увеличение селезёнки);

3) фармацевтическая (названия лекарственных препаратов, лекарственных растений, химических элементов, солей, кислот: Flores Calendulae, Sulfur, Glycerinum).

В курсе латинского языка основное внимание уделяется клинической терминологии. Большинство клинических терминов представляют собой сложные слова, образованные из словообразовательных элементов (приставки, корни, суффиксы). Терминоэлемент (ТЭ) – это словообразовательный структурный элемент клинического термина, имеющий фиксированное значение и написание. Усвоив минимум таких ТЭ, можно научиться вычленять их в составе слов и путем сложения их значений определять общий смысл значительного числа терминов: gastritis –воспаление слизистой оболочки желудка; atonia – отсутствие тонуса.

Количество наиболее активных ТЭ составляет около 600. Подавляющая часть ТЭ заимствована из древнегреческого языка, поскольку прямым языком медицины является греческий язык. В отечественной практике, в историях болезней клинические термины принято писать в русской орфографии (например: холецистотомия, гепатит, дизурия, гипертония, гастроскопия).

Секция 2.

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ

Студенты 2 курса лечебного факультета

Р.Х. Абдрашитов, В.М. Малосеева, Д.С. Дудин

Кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный

медицинский университет им. В.И. Разумовского»

Научный руководитель: ассистент, к.ф.н. А.А. Живайкина

Актуальность проведенного исследования заключается в проблеме социальной адаптации подростков. Подростковый возраст является одним из самых сложных периодов в онтогенезе человека. В плане духовного развития в этот период не только происходит коренная перестройка ранее сложившихся психологических структур, но и закладываются основы сознательного поведения, вырисовывается общая направленность в формировании нравственных ориентиров и социальных установок.

Цель исследования – изучение влияния занятий различными видами спорта (бокс, каратэ, легкая атлетика, пауэрлифтинг и спортивные игры) на развитие психоэмоциональных качеств подростков и на провоцирование агрессивного поведения.

Задачи исследования: выделить наиболее распространенные виды спорта, которыми увлекаются подростки; провести исследование количественными методами (анкетирование) на выявление уровня агрессивности, враждебности и тревожности, способности к неадекватному поведению; провести анализ полученных данных; разработать обобщенные рекомендации.

В работе проведена диагностика состояния агрессии (опросник Басса-Дарки), состоящая из 75 вопросов; использовался опросник «Определение склонностей к отклоняющему поведению» А.Н. Орела, который имеет два варианта – мужской и женский, в каждом более ста вопросов и утверждений.

Оценка агрессивности в отношениях проводилась по тесту А. Ассингера. Методика А. Ассингера определяет, достаточно ли человек корректен в отношении с окружающими, легко ли с ним общаться. Обычно этот тест проводится в качестве дополнительного к опроснику Басса-Дарки.

Исследование показало, что не все виды спортивной деятельности оказывают положительное влияние на формирование психоэмоционального состояния и становление социально-психологического статуса подростков. Возрастание напряжения агрессивности возникает только тогда, когда агрес-

сивность направлена на человека. Удар по мячу или спринтерский бег, к сожалению, не приносят такого удовлетворения, как удар по сопернику. Проведенное исследование позволило сформировать шкалу видов спорта по их влиянию на формирование подростковой агрессивности. В порядке возрастания к увеличению агрессии приводят легкая атлетика, волейбол, футбол, пауэрлифтинг, каратэ, бокс.

Естественная агрессивность и враждебность подросткового возраста может только возрасти от их участия в видах спорта, направленных на решение задач силовым путем. Таким образом, тренеры силовых видов спорта должны предъявлять повышенные психологические требования к подростку, а не только оценивать его физические возможности.

СТРУКТУРНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ В СОСУДАХ НАДПОЧЕЧНИКА ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ГРАВИТАЦИОННОГО СТРЕССА

Старший лаборант Ю.А. Антонов

Кафедра нормальной анатомии

ФГК ВОУ ВПО «Военно-медицинская

академия им. С.М. Кирова» министерства обороны РФ

Научный руководитель: д.м.н., профессор П.С. Пащенко

Целью работы явилось исследование кровенаполнения и строения стенки сосудов коркового и мозгового вещества надпочечника в условиях острого и хронического гравитационного стресса с помощью светооптических и электронномикроскопической методик.

Воздействие перегрузок в эксперименте осуществляли по методике (П.С. Пащенко, 1993, 2007), в соответствии с которой производилось моделирование острого (ОГС) и хронического (ХГС) гравитационного стресса у белых беспородных крыс-самцов в возрасте от 8 до 34 недель.

ОГС сопровождался умеренным расширением просвета сосудов коркового вещества (особенно пучковой зоны) и переполнением эритроцитами синусоидов мозгового вещества железы. В стенке капилляров существенных изменений выявить не удалось, за исключением ультраструктурных признаков выброса гранул катехоламинов в просвет сосудов, что мы расцениваем в качестве признаков острой стрессорной реакции.

ХГС сопровождался относительным увеличением площади занимаемой сосудами коркового вещества, в 1,4 раза по отношению к контрольному уровню ($7,2 \pm 0,30\%$) и составил $10,5 \pm 0,54\%$ ($p < 0,05$).

В мозговом веществе просветы синусоидов и прикорневого отдела центральной вены расширены, в них встречаются интравазаты в виде деформированных эритроцитов, капель липидов, клеточного детрита. В стенке синусоидов отмечены гипертрофия и взбухание ядер эндотелиоцитов в просвет

сосуда, а также расширение фенестр эндотелиоцитов. В перикапиллярном пространстве локально встречаются бесструктурные участки низкой электронной плотности, в цитоплазме перицитов – деструкция крист и вакуолизация митохондрий. Изменения капиллярного русла сочетаются с нарушениями секреторного процесса в клетках коркового и мозгового вещества надпочечника, которые проявляются «запустением» капилляров липидов и дегенерацией митохондрий цитоплазмы кортикоцитов пучковой зоны, а также нарушением синтеза катехоламинов в хромоаффиноцитах железы. Выявленные преобразования сопровождаются снижением переносимости животными перегрузок, и являются кумулятивными. Их необходимо учитывать при выяснении механизмов развития адренкортикальных нарушений в условиях ХГС.

УРОВЕНЬ ЭНДОГЕННЫХ ПОРФИРИНОВ И ЛИПОФУСЦИНОВ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, РАБОТАЮЩИХ В НОЧНУЮ СМЕНУ

Аспирант кафедры внутренних болезней Е.В. Асеева

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: д.м.н., профессор Е.Г. Зарубина

В работе представлены результаты изучения уровня эндогенных порфиринов и липофусцинов у лиц молодого возраста при нарушении ритмов труда и отдыха. Исследование проводилось с помощью многофункционального диагностического комплекса «ЛАКК-М» (Россия), в режиме «Флуоресценция» регистрировался спектр вторичного излучения ткани при ее зондировании лазером. Всего было обследовано 296 человек в возрасте от 21 до 36 лет со стажем работы в ночное время менее 5 лет и 296 человек со стажем более 5 лет. В контрольную группу были включены лица с ежедневным полноценным семичасовым ночным сном, по половому и возрастному составу статистически сопоставимые с группами исследования.

Было установлено, что в группе контроля и у пациентов 1 подгруппы отмечается увеличение количества порфиринов в зоне сканирования. У пациентов 2 группы количество гранул порфиринов начинает снижаться. А концентрация липофусцинов с увеличением продолжительности работы в ночное время суток только возрастала.

Одной из причин повышенного накопления эндогенных порфиринов может служить состояние хронической гипоксии тканей в связи с патологическими изменениями в системе микроциркуляторного русла. Однако в условиях начинающейся тканевой гипоксии повышение уровня порфиринов в клетках является одним из звеньев в компенсаторных реакциях организма. То есть, накопление порфиринов – ответная реакция на воздействие неблагоприятных факторов внешней среды, а снижение их уровня свидетельствует об истощении компенсаторных механизмов и угнетении возможностей

мобилизации тканей в ответ на гипоксию. Увеличение концентрации липофусцинов расценивается как фактор повреждения клеток гидроперекисями, что, в свою очередь, также объясняется микроциркуляторными нарушениями у лиц, работающих в ночную смену.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что у лиц, длительно работающих в ночное время, развиваются нарушения кровообращения на уровне микроциркуляторного русла, и в результате тканевой гипоксии повышается уровень накопления порфиринов и липофусцинов в клетках.

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМОГО ЭФФЕКТА ГЕНОДИАГНОСТИКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Студентка 4 курса специальности «Лечебное дело» А.А. Афанасьева

Кафедра фундаментальной медицины и гигиены

ФГ БОУ ВПО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова»

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.С. Агеева

Мультифакториальные заболевания (МФЗ) – группа болезней, развитие которых определяется взаимодействием наследственных и средовых факторов. Одним из ранних способов диагностики МФЗ является генетическое тестирование. Генодиагностику проводят здоровым людям для выяснения возможного риска заболеваний и путей профилактики, людям, имеющим профессиональные вредности, будущим мамам и папам, планирующим зачатие ребенка. Особое значение тестирование имеет для людей, в чьих семьях уже есть случаи болезни – родственникам больных, а также пациентам, имеющим факторы риска развития определенных заболеваний – состояние предболезни.

Целью работы стало изучение социальных аспектов эффективности генодиагностики в профилактике МФЗ.

В исследовании приняли участие 16 мужчин и 34 женщины, из них 23 студента, 27 интерны и врачи, возраст 19-64 лет. Отношение к генодиагностике, желание определить наличие и риск наследственного заболевания выявляли методом анкетирования.

В результате выявлено, что о «генодиагностике» знают 88% респондентов. Считают ее эффективным методом диагностики заболеваний 80%. 78% респондентов имеют представление о МФЗ, причем 22% отмечают их наличие у себя или своих родных.

Нами было проанализировано, какую сумму респонденты готовы потратить на генетическое тестирование. В анкете для студентов этот вопрос был открытого типа, что определило разнообразие ответов. Наибольшее количество (26%) готово потратить на исследование 3-5 тыс. руб.; 22% тестируе-

мых ответили от 1 до 3 тыс. руб.; 5-10 тыс. руб. потратили бы 16%, более 10 тыс. руб. – 12%. Ответ «затрудняюсь ответить» встретился в 18% случаев. А вот 4% респондентов считают, что исследование должно быть бесплатным. 2% совсем не стали бы проводить исследование.

Таким образом, большинство тестируемых (88%) знали, что такое генодиагностика. Все респонденты хотели бы получить как можно больше информации о генетическом тестировании. 40 человек (80%) считают генодиагностику эффективным методом диагностики многих заболеваний. Каждый хотел бы знать о предрасположенности к тому или иному заболеванию, чтобы скорректировать свой образ жизни и снизить риск возникновения патологического процесса.

РОЛЬ ГЛУТАТИОНЗАВИСИМОЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ И СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ В НАРУШЕНИЯХ РЕДОКС-СТАТУСА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

Магистр 2 курса факультета биологических наук Д.Ю. Гвалдин

Кафедра биохимии и микробиологии

ФГАО ВПО «Южный федеральный университет»

Научный руководитель: к.б.н., профессор Н.П. Милютина

Деформирующий остеоартроз, в том числе артроз коленного сустава или гонартроз (ГА), относится к числу широко распространенных заболеваний и является постоянно возрастающей медицинской и социальной проблемой. Дегенеративно-дистрофические изменения в суставном хряще могут быть обусловлены нарушением редокс-состояния тканей сустава, т.е. смещением баланса в системе прооксиданты↔антиоксиданты в сторону усиления свободно-радикального окисления.

Целью данной работы являлась исследование роли глутатион-зависимой антиоксидантной системы в молекулярных механизмах патогенеза гонартроза (ГА). Для оценки состояния глутатион-зависимой системы исследовали активность глутатион-пероксидазы (ГПО), глутатион-S-трансферазы (GST) и содержание восстановленного глутатиона (GSH). Было обследовано 98 больных гонартрозом, средний возраст которых составил $56,4 \pm 2,4$ года. Больные были разделены на 3 группы: 1 – пациенты, получавшие консервативное лечение; 2 – пациенты, подвергнутые артроскопии без повреждения костной основы; 3 – больные, которым проводили артроскопию с повреждением костной основы. В качестве контроля использовали кровь 20 практически здоровых людей (доноров), средний возраст которых составил $46,2 \pm 0,7$ года.

Установлено, что в 1-й и 2-й группах больных ГА наблюдается умеренное снижение уровня восстановленного GSH в эритроцитах, и более значитель-

ное падение его уровня – на 35% и 77% – в синовиальной жидкости (СЖ) 2-й и 3-й группы пациентов. При этом наблюдается снижение активности ГПО в эритроцитах трех групп больных на 25-27%, в СЖ 2-й и 3-й группы – на 31-32%, тогда как в лимфоцитах отмечено значительное повышение (+63%) активности фермента при консервативном лечении, а в плазме крови ГПО активируется на 26-36% во всех обследованных группах. Активность GST резко повышается (103-123%) в эритроцитах трех групп больных ГА и в лимфоцитах (+88%) пациентов 1-й клинической группы, тогда как в СЖ активность GST существенно ингибируется (82-89%) во 2-й и 3-й группах. Оценка состояния глутатион-зависимой антиоксидантной системы в крови и СЖ – ценный показатель, который может быть биомаркером тяжести патологического процесса при ГА и определения эффективности проводимого лечения.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ГАМК ДО И В УСЛОВИЯХ МОДЕЛИРОВАНИЯ СТРЕССОГЕННОЙ СИТУАЦИИ В ОПЫТАХ НА КРЫСАХ

Студенты 3 курса лечебного факультета

И.А. Грибанов, С.А. Шляпников

Кафедра медико-биологических дисциплин

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.б.н., доцент В.И. Беляков

В опытах на половозрелых крысах-самцах исследовали влияние активации ГАМКергической системы на динамику изменений различных форм двигательной активности, вегетативного напряжения и уровня тревожности. Активацию ГАМКергической нейромедиации обеспечивали 14-дневным введением *per os* «Гаммалона» (*Daiichi Sankyo, Япония; 60 мг/кг*). Дизайн второй части эксперимента включал моделирование стресса однократным введением гидрокортизона ацетата («Геден Рихтер», Венгрия; 62,5 мг/кг; в/м). Контрольные особи по аналогичным схемам получали физиологический раствор. Поведенческий паттерн оценивался в тестах «Открытое поле», «Черно-белая камера» и «Приподнятый крестообразный лабиринт» на 1, 3, 7, 10 и 14 день после введения «Гаммалона», а также на 15 день через 30 минут от начала инъекции стрессорного вещества. Исследования выполнялись согласно Правилам лабораторной практики в РФ и в соответствии с директивами, принятыми Европейской Конвенцией по защите позвоночных животных. В динамике изменений различных показателей поведения опытных и контрольных крыс установлено постепенное затухание тревожно-фобического состояния, вегетативного напряжения в сочетании с увеличением горизонтальной, вертикальной двигательной и исследовательской

активности. Показана большая выраженность данных перестроек в поведении крыс с напряжением ГАМКцептивных структур. На 14 день наблюдения их горизонтальная двигательная активность и исследовательская мотивация повышались в сравнении с контролем на 44 % и 30 % соответственно; уровень тревожности снижался на 37 %. Хроническое введение «Гаммалона» моделировало поведенческие реакции на действие гидрокортизона. В этих условиях у опытных крыс острый стресс незначительным образом отражался на относительно высоких значениях показателей ориентировочно-исследовательского поведения и изменял сложившийся уровень тревожности. В работе анализируются механизмы корректирующего влияния ГАМК на организацию различных компонентов целостного поведения и его модификацию на действие стрессорных факторов.

ВЛИЯНИЕ ГБО-ИНДУЦИРОВАННОГО ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА НА УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА GPO4 В ЛЕЙКОЦИТАХ КРОВИ КРЫС

*Аспирант 3 курса факультета биологических наук **О.И. Гуценко***

Кафедра биохимии и микробиологии

ФГАОУ ВПО «Южный Федеральный Университет»

*Научный руководитель: **д.б.н., профессор В.В. Внуков***

Изучение молекулярных механизмов воздействия экстремальных факторов среды на живой организм является актуальной проблемой современной биологии и медицины. Вовлечение все большего контингента людей в контакт с кислородом под повышенным давлением представляется неизбежным. В настоящее время не вызывает сомнения, что АКМ, повышенная генерация которых наблюдается в процессе развития окислительного стресса, относятся к числу важнейших регуляторов активности генома. В связи с этим окислительный стресс, индуцированный гипербарооксигенацией (ГБО), является адекватной моделью для разностороннего исследования влияния активированных кислородных метаболитов на экспрессию генов.

Целью настоящего исследования явилось изучение уровня экспрессии гена глутатионпероксидазы гидроперекисей фосфолипидов (GPO4) в лейкоцитах крови крыс через 12 часов после воздействия повышенного давления кислорода (0,5МПА, 90 мин). Экспериментальные исследования проводились на белых крысах *Rattus norvegicus* (самцах) половозрелого возраста (3-4 мес.) массой 170-200 г. Выделение РНК из крови крыс осуществляли по методу Chomczynski P, Sacchi N. с помощью коммерческого препарата Trizol™. Исследования экспрессии гена GPO4 выполняли методом ПЦР «в реальном времени» со специфическими праймерами. В качестве референсного транскрипта использовали ген «домашнего хозяйства» – β -актин.

Наряду с Mn-SOD, GPO4 является главным ферментативным антиоксидантом в митохондриях. GPO4 эффективно ингибирует накопление гидроперекисей, снижает выход цитохрома *c* и предотвращает развитие апоптоза при действии АКМ-индуцирующих агентов. В результате проведенного исследования было показано снижение на 66% уровня экспрессии гена GPO4 в крови крыс через 12 часов после действия повышенного давления кислорода относительно нормы. Снижение уровня экспрессии гена данного фермента может привести к усилению свободнорадикального окисления в биомембранах клеток крови. Неконтролируемые процессы свободнорадикального окисления биомолекул в живой клетке выступают как мощный повреждающий фактор, нарушая структуру и функционирование внутриклеточных компонентов, и сопровождают развитие множества патологических состояний.

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ И ПРОГРАММНЫЕ МЕРЫ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИД В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Студент 1 курса лечебного факультета Д. К. Джурсаев

Кафедра естественнонаучных дисциплин

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: ст. преподаватель Е.В. Антипов

Число людей, живущих с ВИЧ, по оценочным данным ЮНЭЙДС, составило в мире в 2011 году 34,2 млн. человек. В Таджикистане, по данным РЦ СПИД МЗ РТ, на 1 октября 2012 года, начиная с 1991 года, официально зарегистрировано 4500 случаев ВИЧ-инфекции. По данным Отчета о Глобальной эпидемии СПИД Объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС), Таджикистан относится к ряду стран, где уровень заболеваемости ВИЧ увеличился за последние 10 лет более чем на 25%.

В настоящее время в развитии эпидемии ВИЧ в РТ наблюдаются следующие тенденции: 1) количество вновь зарегистрированных случаев ВИЧ продолжает значительно расти из года в год; 2) факторами, способствующими развитию эпидемии, являются бедность, безработица, увеличения количества потребителей инъекционных наркотиков и лиц, оказывающих сексуальные услуги, трудовая миграция, низкая осведомленность о способах передачи и методах профилактики ВИЧ-инфекции, стигматизация и дискриминация в области ВИЧ/СПИД в обществе; 3) увеличилось количество людей, инфицированных ВИЧ половым путем; 4) увеличилась доля ВИЧ-инфицированных женщин в общей структуре зарегистрированных случаев. Таким образом, эпидемия ВИЧ в РТ находится в концентрированной стадии.

В 2010 году было завершено выполнение третьей Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в РТ. Достигнуты основные цели Програм-

мы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД и универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ до 2010 г.: распространенность ВИЧ инфекции не превысила 20% среди групп населения, наиболее подверженных высокому риску, и не превысила 1% среди общего населения. Разработана и утверждена аналогичная четвертая Программа на период 2011-2015 гг. РФ одной из первых стран в мире разработала Национальную Стратегию Развития до 2015 года.

Вопросы ВИЧ/СПИД включены, как приоритетные, в Стратегию сектора здравоохранения на 2010-2020 гг. РФ в настоящее время имеет шансы для достижения основных целей новой Национальной Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД на период 2011-2015 гг. и Цели Развития Тысячелетия 6: остановить распространение ВИЧ/СПИД и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ПИТАНИЯ НА ЭРИТРОПОЭЗ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»

Студентка 4 курса лечебного факультета Ю.А. Жабина

Кафедра фундаментальной медицины и гигиены

*ФГБОУ ВПО «Хакасский государственный университет
им. Н.Ф. Катанова»*

Научный руководитель: к.фарм.н., доцент С.В. Дутова

Известно, что созревание и скорость продукции эритроцитов в значительной степени зависят от состояния питания человека. В нашем рационе питания ежедневно присутствуют микро– и макронутриенты, необходимые для нормальной регуляции эритропоэза. В случае их нехватки или полного отсутствия возникают патологические состояния, связанные с нарушением работы органов и систем, и, в результате, приводящие к вторичным повреждениям. Проблема анемии у юношей и девушек, особенно студентов, практически не изучена. Современная диагностика анемии, особенно у молодых людей, важна, так как анемия даже на ранних стадиях существенно снижает работоспособность и сопротивляемость организма к инфекциям, что приводит к ряду патологических изменений в организме. В связи с этим возникает необходимость проводить лабораторные исследования у студентов, на основании которых наметить лечебно-профилактические мероприятия. В настоящей работе мы исследовали роль микро– и макронутриентов в процессе эритропоэза путем определения содержания гемоглобина и абсолютного количества эритроцитов и цветного показателя в крови испытуемых, которыми явились студенты специальности «Лечебное дело».

Целью данного исследования стала оценка влияния факторов питания на состояние эритропоэза на примере студентов 2-3 курса специальности «Лечебное дело».

При выполнении работы использовали методику анкетирования. С целью выявления особенностей режима, полноценности питания и наличия признаков анемии было опрошено 39 студентов в возрасте от 18 до 21 года, из них 29 девушек и 10 юношей. Далее в образцах венозной крови респондентов проводили лабораторное определение показателей эритропоэза: содержание гемоглобина, абсолютное число эритроцитов, степень насыщения эритроцитов гемоглобином (цветовой показатель) по стандартным методикам (Методы клинических лабораторных исследований, 2011).

В результате анализа анкет установили, что большинство опрошенных студентов (69,6%) принимают пищу 3-4 раза в день, 49,0% опрошенных чаще пропускают завтраки, и только 21,0% – обед. При оценке режима питания 81,8% респондентов свой режим питания считают нерациональным. Больше половины опрошенных указали на склонность к легким перекусам (51,5%) в течение учебных занятий, только лишь 12,1% предпочитают полноценный обед. 24,2% студентов отметили, что ранее им уже выставляли диагноз «анемия». Одинаковое число опрошенных (по 21,2%) отмечали появление ранних признаков анемии (трещины на коже рук и/или ног, пристрастие к различным запахам, извращение вкуса). О проблемах с концентрацией внимания заявило 60,6% опрошенных.

В результате проведенного лабораторного исследования мы установили, что абсолютное число эритроцитов в образцах крови у обследованных девушек колебалось в пределах нормы и в среднем составило $3,95 \pm 0,591 * 10^{12}/л$. Несмотря на это, у девяти из двадцати девяти девушек наблюдали снижение данного показателя до нижней границы нормы. У 50% обследованных юношей абсолютное число эритроцитов оказалось ниже нормы и в среднем в выборке составило $4,27 \pm 0,77 * 10^{12}/л$. При определении уровня гемоглобина и цветового показателя крови студентов специальности «Лечебное дело» отклонений данных параметров от нормы выявлено не было. Как у юношей, так и у девушек среднее значение содержания гемоглобина в эритроцитах соответствовало норме. При определении степени насыщения эритроцитов гемоглобином у испытуемых девушек среднее значение данного показателя составило $0,98 \pm 0,23$, что соответствует норме. Среди юношей данный параметр несколько превысил норму и составил $1,06 \pm 0,25$.

Данные лабораторных исследований коррелируют с результатами анкетирования. Студенты со сниженным количеством абсолютного числа эритроцитов при ответе на вопросы анкеты отметили у себя наличие признаков анемии в виде повышенной утомляемости, нарушения концентрации внимания и трещин на коже рук и/или ног. Юноши, у которых диагностировали эритропению и повышенный цветовой показатель, ответили, что принимают пищу 1-2 раза в день, часто пропускают обед, а также имеют проблемы с концентрацией внимания. Низкое количество эритроцитов в крови и высокая степень насыщения их гемоглобином могут свидетельствовать о

наличии V_{12} -дефицитной анемии, для подтверждения которой требуются дополнительные исследования.

Таким образом, по данным анкетирования у большинства студентов специальности «Лечебное дело», режим и полноценность питания которых имели отклонения, отметили у себя признаки анемии. Абсолютное число эритроцитов, содержание гемоглобина и цветового показателя в образцах крови девушек в пределах нормы, у 50% юношей выявлена эритропения и гиперхромия эритроцитов, что также коррелирует с недостаточным поступлением в организм микро- и макронутриентов.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА НА ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ

*Инженер биологического факультета **Е.М. Зинченко**
Кафедра физиологии человека и животных
ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный
университет им. Н.Г. Чернышевского»
Научный руководитель: к.б.н., доцент **Е.Ю. Лыкова***

Адаптация является фундаментальным свойством организма поддерживать постоянство основных жизненных констант в условиях меняющегося окружения. Учитывая влияние вегетативной нервной системы (ВНС) на сердечно-сосудистую систему (ССС), последняя, обладая сложными нервно-рефлекторным и гуморальным механизмами, тонким и чувствительным аппаратом саморегуляции, активно участвует в процессах адаптации.

В связи с этим целью исследования явилось изучение показателей ССС студентов с учетом их вегетативного статуса.

Исследование проводилось в Саратовском государственном университете им. Н.Г. Чернышевского. Обследовались 188 студентов, обучающихся на биологическом, механико-математическом, химическом и историческом факультетах. У всех обследуемых определяли показатели функционального состояния ССС. Все полученные данные подвергались статистической обработке.

В ходе исследования студенты были разделены на три группы с учетом типа вегетативного реагирования: 1 группа – студенты с эйтонией (48%), 2 группа – с симпатикотонией (32%), 3 группа – с ваготонией (20%). Следовательно, у большинства обследуемых – сбалансированные влияния ВНС на ССС.

Как показали исследования, показатели ССС студентов соответствуют возрастным нормам. Были выявлены различия между группами. Так, у лиц с эйтонией величины ЧСС и СО существенно ниже по сравнению со студентами из 2 группы ($p < 0,05$), но выше, чем у студентов из 3 ($p < 0,05$). Показатели САД, ДАД и АД_{сер} достоверно больше у представителей с ваготонией

($p < 0,05$). Для лиц этой же группы характерны самые низкие значения ИТС и КВ ($p < 0,05$).

Также было выявлено, что во всех группах преобладают лица с удовлетворительной адаптацией, но больший процент их составляют студенты с симпатикотонией. Возможно, повышенный симпатический тонус благотворно влияет на адаптацию ССС к окружающей среде.

Таким образом, у студентов с разным вегетативным статусом функциональные возможности системы кровообращения достаточные и предопределяют удовлетворительную адаптацию к изменяющимся условиям среды.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ПОЛУЧЕНИЕ УСТОЙЧИВЫХ К МЕТРОНИДАЗОЛУ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗОЛЯТОВ *Tr. Vaginalis*

Студенты 1 курса лечебного факультета

М.Н. Большакова, Ф.И. Керimli

Кафедра естественнонаучных дисциплин

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

ФГ БОУ ВПО «Саратовский государственный

медицинский университет им. В.И. Разумовского» минздрава РФ

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

Начиная с 1959 года препараты – производные 5-нитроимидазола используются в качестве основных лекарственных средств при лечении урогенитального трихомониаза. Практически сразу стали отмечаться случаи устойчивости некоторых популяции *Tr.vaginalis*. В конце 90-х годов насчитывалось более чем 100 резистентных к метронидазолу клинических изолятов (Горчаков Д.А. с соавт. 2012). Механизмы развития резистентности простейшего к метронидазолу до конца не изучены.

Целью работы стало изучение формирования резистентности *Trichomonas vaginalis* к метронидазолу.

Инокулят для культивирования брался от пациентов мужского пола (всего 32 человека), в возрасте наибольшей сексуальной активности (18-39 лет). Было осуществлено длительное культивирование паразита на проточном ферментёре конструкции Д.А. Горчакова. Каждая из 32 культур была подвержена действию трихомонацидных концентраций метронидазола. Длительность культивирования достигала 60-и суток. Культуры подвергались комплексному воздействию препарата и электромагнитных излучений (ЭМИ). Для оценки результатов комплексного воздействия экзогенных факторов на жизнедеятельность простейших, выявления резистентных к метронидазолу изолятов *Trichomonas vaginalis* были использованы методы микроскопирования, культивирования в диагностической среде «Vagicult», полимеразной цепной реакции.

При воздействии метронидазола и ЭМИ на 7-е сутки культивирования происходило значительное увеличение клеток простейшего (до 2,6 млн/мл, при контроле – 430-600 тыс. клеток/мл). На 14-17-е сутки непрерывного культивирования наблюдалось снижение количества клеток трихомонад до 150-210 тыс. в мл. На 21-е сутки были выделены паразиты из субстратов носителей ферментёра в количестве 300-380 клеток на мл. Они имели округлую форму и размеры 8-10 мкм. Пересев этих штаммов на стационарную среду давал рост трихомонад, устойчивых к метронидазолу.

РЕАКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНИ ПЕЧЕНИ ЭМБРИОНОВ КРЫС В РЕЗУЛЬТАТЕ НАГРУЗКИ ШРОТОМ СЕМЯН КУНЖУТА

Студент 3 курса лечебного факультета Е.В. Колесников

Кафедра естественнонаучных дисциплин

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.б.н., доцент О.Н. Павлова

Нарушения функций печени, вызванные воздействием токсических веществ, являются широко распространенной проблемой и занимают важное место в структуре заболеваемости и смертности населения. Причинами и факторами, способствующими развитию заболеваний печени, могут быть вирусы, токсические вещества, гормональные и метаболические нарушения, неправильное питание, хронические болезни пищеварительной системы и другие. Важная роль в этиологической структуре поражений печени принадлежит лекарственным средствам и алкоголю.

Сложившаяся ситуация требует все более частого назначения гепатопротекторов, действие которых направлено на восстановление гомеостаза печени, повышение устойчивости органа к действию патогенных факторов, нормализацию функциональной активности и стимуляцию репаративно-регенерационных процессов в печени. В настоящее время отдается предпочтение гепатопротекторам преимущественно растительного происхождения, сочетающих мягкое терапевтическое действие с минимумом побочных эффектов

Шрот семян кунжута отличается повышенным содержанием белка, богатым минеральным составом, а также имеет ценный набор биологически активных соединений. В связи с этим, цель нашего исследования состояла в изучении реактивных изменений ткани печени эмбрионов крыс (на 15-е и 21-е сутки развития) фоне нагрузки шротом семян кунжута, как потенциального гепатопротекторного средства.

Исследования проводили на 20 белых беспородных крысах массой 190-210 г, которые были поровну поделены на контрольную и опытную группы.

Материалом для гистоструктурного анализа ткани печени послужили эмбрионы, полученные от крыс, которые в течение 30 дней до наступления беременности и до родов в качестве дополнительной нагрузки внутрижелудочно получали шрот семян кунжута в виде суспензии в дозе 10 мг/100 г веса тела, объемом 1 мл. Суспензию шрота готовили на дистиллированной воде. Контролем послужил материал от интактных крыс.

По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

- длительное введение шрота семян кунжута в организм крыс не вызывает патологических изменений ткани печени их потомства;
- расширение желчных протоков в печени крыс на 21 сутки эмбриогенеза свидетельствует о том, что шрот семян кунжута усиливает пролиферацию клеток желчевыводящих протоков;
- у эмбрионов сохраняются красные островки кроветворения до момента рождения.

МЕХАНИЗМЫ БИОЛОГИЧЕСКОГО (ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО) ДЕЙСТВИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

*Студентка 1 курса стоматологического факультета Л.А. Лапинова
Московский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»*

Научный руководитель: д.б.н., профессор С.В. Москвин

Для эффективного и безопасного применения лазерной терапии необходимо знать детали механизма терапевтического (биологического) действия низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ). Выделяют первичный механизм взаимодействия НИЛИ с биологическим объектом и вторичные процессы, развивающиеся в организме человека уже после окончания воздействия лазером. Выдвигалось достаточно много гипотез в отношении первичного механизма: изучение как фотобиологический процесс; восприятие (ошибочное) вторичных процессов в качестве первичного механизма; как нерезонансное, «информационное» или иное взаимодействие.

Все эти концепции отвергнуты по разным причинам, основной из которых является очевидное противоречие результатам клинической практики. Рекомендации, сделанные на основе различных теоретических моделей и экспериментов, не реализуются в медицинские методики, они не работают при попытке их реализации для решения сугубо практических задач.

Итак, лазерный свет в терапии – это, своего рода, внешний биорегулятор клеточной биохимической активности и физиологических функций организма в целом. Принципиально важно понимать взаимодействие НИЛИ с биологическими объектами в виде многоступенчатого процесса, развивающегося после первичного акта поглощения энергии фотона. Кроме двух

независимых этапов со своими механизмами (первичный процесс и вторичные ответные реакции) также рассматриваются и клинические аспекты, в медицинской литературе чаще всего условно добавляют третий этап: 1) первичные эффекты (изменение состояния электронных уровней молекул живого вещества, стереохимическая перестройка молекул, локальные термодинамические сдвиги, возникновение повышенной концентрации Ca^{2+} в цитозоле); 2) вторичные эффекты (распространение волн повышенной концентрации Ca^{2+} в клетке и между клеток, стимуляция (или угнетение) биопроцессов на клеточном уровне, изменение функционального состояния, как отдельных систем биологической клетки, так и организма в целом); 3) эффекты последствия (образование продуктов тканевого обмена, отклик систем иммунного, нейрогуморального, эндокринного регулирования и т.д.).

Все это и определяет широчайший спектр ответных реакций организма на лазерное воздействие, начиная от первичного акта поглощения энергии фотона и заканчивая реакцией различных регулирующих систем организма (Москвин С.В., 2009). Данная схема в итоговой части обычно дополняется деталями и особенностями патогенеза конкретного заболевания.

В связи с вышеперечисленным, НИЛИ представляет значительный интерес для включения в протоколы лечения самых разных заболеваний твёрдых тканей зуба и пародонта.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА У СТУДЕНТОВ ПРАВШЕЙ, ЛЕВШЕЙ И АМБИДЕКСТРОВ В СИТУАЦИИ ЭКЗАМЕНА

Аспирант биологического факультета А.И. Лукина

Кафедра физиологии человека и животных

ФГ БОУ ВПО «Самарский государственный университет»

Научный руководитель: д.б.н., профессор О.А. Ведясова

Исследование выполнено на 327 студентах 1 и 2 курсов Самарского государственного университета, среди которых 159 правшей, 62 левши и 106 амбидекстров. Индивидуальный профиль моторного доминирования (ПДМ) у испытуемых определяли по методике Н.Н. Брагиной и Т.А. Доброхотовой, функциональное состояние сердца изучали методами электрокардиографии и вариационной пульсоксиметрии.

Установлено, что ситуация экзамена вызывала у студентов изменения деятельности сердца и напряжение его регуляторных механизмов, характер и выраженность которых зависели от ПДМ. Так, у представителей всех типов моторной асимметрии наблюдалась тенденция достоверного увеличения частоты сердечных сокращений (ЧСС). Однако наиболее значительная

реакция отмечена в выборке амбидекстров, у которых ЧСС повышалась от 73 ± 2 уд./мин в состоянии психоэмоционального покоя до 93 ± 3 уд./мин во время экзамена (26% ; $p < 0,001$). Данный эффект сопровождался укорочением интервалов R-R, P-Q, Q-T и комплекса QRS на электрокардиограммах, причем эти изменения у лиц с правым ПМД оказались слабее, чем у амбидекстров и особенно левшей, что может объясняться особой ролью правого полушария, доминирующего у этих представителей, в обработке сердечно-сосудистой афферентации. Анализ вариабельности сердечного ритма показал, что во время экзамена проявлялась активация центрального контура регуляции сердца, что выражалось в стабилизации его ритма и уменьшении разброса длительностей кардиоинтервалов на пульсограммах у всех испытуемых. При этом показатель моды кардиоинтервалов у правшей и амбидекстров снижался в среднем на 20% ($p < 0,001$), тогда как у левшей эффект был в 2 раза слабее. Эти изменения коррелировали с ростом индекса Баевского (ИБ), который особенно резко увеличивался у левшей (на 115% относительно состояния покоя; $p < 0,001$), тогда как у правшей и амбидекстров прирост ИБ составлял 75% ($p < 0,001$) и 80% ($p < 0,001$) соответственно. На фоне экзаменационного стресса ослаблялись парасимпатические и усиливались симпатические (СИМ) влияния на сердце. По выраженности отклонений показателя СИМ лидерство принадлежало левшам, как истинным, так и скрытым, что свидетельствует о большей напряженности регуляторных механизмов у студентов с левым ПМД, сочетающимся у них с доминированием правой гемисферы.

РЕСПИРАТОРНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ МИКРОИНЪЕКЦИИ ГАМК В МЕДИАЛЬНОЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЕ ЯДРО

*Студентка 5 курса биологического факультета **О.М. Мальцева***

Кафедра физиологии человека и животных

ФГ БОУ ВПО «Самарский государственный университет»

*Научный руководитель: **д.б.н., профессор О.А. Ведясова***

В настоящее время при изучении центральных механизмов регуляции дыхания особое внимание уделяется анализу роли нейромедиаторных систем в реализации влияний на дыхательный центр со стороны супрабульбарных структур. Одной из таких структур являются ядра вестибулярного комплекса, имеющие разнообразный нейромедиаторный состав и тесно взаимодействующие с нейронами дыхательного центра. Цель нашего исследования заключалась в изучении ГАМКергических механизмов медиального вестибулярного ядра (МВЯ) в регуляции дыхания у крыс.

Поставлены острые опыты на взрослых беспородных крысах массой $180-250$ г под уретановым наркозом ($1,6$ мг/кг), у которых изучали респираторные реакции при электростимуляции МВЯ и микроинъекциях в него

раствора ГАМК (0,3 мкл; $10^{-4}M$). Респираторные реакции оценивали по паттерну внешнего дыхания, который регистрировали методом спирографии.

Электростимуляция МВЯ вызывала выраженные изменения всех временных и объемных показателей дыхания. Наиболее типичным эффектом было укорочение вдоха и выдоха, увеличение частоты дыхания в сочетании с уменьшением его глубины в среднем на 30-40%. Легочная вентиляция при этом существенно не менялась. Респираторные эффекты воздействия на МВЯ раствора ГАМК имели меньшую выраженность и несколько отличались по направленности отклонений параметров спирограммы. Так, происходило увеличение длительности вдоха и выдоха относительно исходного фона на 16,5% и 13,3% ($p < 0,05$) соответственно. Это обуславливало рост общей продолжительности дыхательного цикла и снижение частоты дыхания в среднем на 13,0% ($p < 0,01$). Направленность изменений дыхательного объема при инъекциях ГАМК в МВЯ совпадала с эффектами его электростимуляции. В частности, глубина дыхания уменьшалась на 14,0% ($p < 0,01$), что в сочетании с уменьшением частоты дыхательных движений обуславливало значительное снижение легочной вентиляции (на 24,8%; $p < 0,01$). На основании сходства и различия в динамике отдельных параметров паттерна дыхания при электрическом и нейрохимическом раздражениях МВЯ можно говорить о вовлечении ГАМКергических механизмов вестибулярных ядер в контроль за деятельностью функционально различных нейросетей дыхательного центра. Так, допустимо считать, что при активации ГАМК-рецепторов МВЯ подавляется активность его нейронов, стимулирующих ритмогенерирующие структуры дыхательного центра, что происходит на фоне ограничения тормозных влияний МВЯ на механизмы, контролирующие глубину дыхания.

ИЗМЕНЕНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ИНСПИРАТОРНЫХ МЫШЦ ПРИ МИКРОИНЪЕКЦИЯХ 2-ГИДРОКСИСАКЛОФЕНА В КОМПЛЕКС БЕТЦИНГЕРА И КОМПЛЕКС ПРЕ-БЕТЦИНГЕРА

*Аспирант биологического факультета Н.Г. Маньшина
Кафедра физиологии человека и животных
ФГБОУ ВПО «Самарский государственный университет»
Научный руководитель: д.б.н., профессор О.А. Ведясова*

В рамках проблемы нейромедиаторных механизмов регуляции дыхания изучали роль ГАМК_B-рецепторов на уровне локальных респираторных нейросетей комплекса Бетцингера (КБ) и комплекса пре-Бетцингера (КПБ) в формировании абриса биоэлектрической активности инспираторных мышц

у крыс. В острых опытах на наркотизированных животных регистрировали изменения суммарных и интегрированных электромиограмм (ЭМГ) наружных межреберных мышц (НММ) и диафрагмы (Д) при микроинъекциях в КБ и КПБ раствора селективного антагониста ГАМК_B-рецепторов 2-гидроксисаклофена (10^{-6} М; 0,2 мкл.).

Установлено, что временные параметры ЭМГ НММ и Д при блокаде ГАМК_B-рецепторов КБ 2-гидроксисаклофеном имели тенденцию к уменьшению. Следует отметить, что изменения длительности инспираторных залповых разрядов на ЭМГ Д отличались большей выраженностью и развивались с более коротким латентным периодом (16,4% относительно фоновых значений, $p < 0,05$; 5-я мин. после микроинъекции), чем на ЭМГ НММ (13,1%; 25-я мин. после инъекции). Что касается межзалповых интервалов, то их значения при блокаде ГАМК_B-рецепторов КБ уменьшались на ЭМГ обеих инспираторных мышцах в равной степени, в том числе на 9,4% ($p < 0,05$) на 15-й мин. для Д и на 10,0% ($p < 0,05$) на 35-й мин. для НММ. При инъекциях 2-гидроксисаклофена в КПБ латентное время развития статистически значимых изменений абриса ЭМГ Д и НММ было заметно больше, а направленность отклонений параметров ЭМГ носила прямо противоположный характер, чем в случае воздействия блокатора на КБ. В частности, наблюдалось увеличение длительности инспираторных залпов, которое на ЭМГ Д составляло максимально 12,5% ($p < 0,05$) на 20-й мин. экспозиции, а на ЭМГ НММ – 9,1% ($p < 0,05$) на 45-й мин. Межзалповые интервалы на ЭМГ обеих инспираторных мышц синхронно увеличивались. Максимальная реакция отмечалась на 40-й и 50-й минутах наблюдений и составляла 12,0 % и 13,2% ($p < 0,05$) для Д и НММ соответственно.

Результаты исследования указывают на различную роль ГАМК_B-рецепторов области КБ и КПБ в бульбарных механизмах контроля ритмической залповой активности Д и НММ.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В СФЕРЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ/СПИДА В СТРАНАХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

Студент 1 курса лечебного факультета Д.Д. Мирзоев

Кафедра естественнонаучных дисциплин

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: ст. преподаватель Е.В. Антипов

Согласно докладу Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) в 2011 году число новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей в связи со СПИДом достигло самого низкого уровня по сравнению с пиком развития эпидемии: оно снизилось на 21% по сравнению с 1997 годом, а

смертность от связанных со СПИДом заболеваний уменьшилась на 21% по сравнению с 2005 годом.

Однако в странах Восточной Европы и Центральной Азии эпидемия продолжает стремительно распространяться. В 2010 году по сравнению с 2001 годом число людей, живущих с ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии, увеличилось на 250% (с 410 тыс. в 2001 году до 1,5 млн. в 2010 году). По данным Всемирного банка, хотя распространенность заболевания, то есть абсолютное число людей, живущих с ВИЧ, в этих регионах ниже, заболеваемость или число новых случаев эпидемии ВИЧ-инфекции и СПИДа разрастается в мире самыми высокими темпами. Отсутствуют какие-либо данные, указывающие на стабилизацию эпидемии в этих регионах. После замедления роста показателя заражения ВИЧ в начале 2000-х годов этот показатель с 2008 года снова начал расти быстрыми темпами: в Центральной Азии данные об официально зарегистрированных больных выросли с 500 в 2000 году до 8000 человек в 2004 году, что составляет прирост в 1600 %. Это главным образом объясняется резким ростом числа инфекций, регистрируемых в Казахстане, Кыргызстане и Узбекистане. Предполагается, что реальные цифры значительно выше. Ход развития эпидемии в странах идентичен по текущей тенденции и по ожидаемой в ближайшем будущем.

Нами проведен анализ данных эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и СПИДу в странах Центральной Азии (Таджикистан, Казахстан, Кыргызстан, Узбекистан) по следующим показателям: количество официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в 2010 году на 100 тыс. человек населения, половозрастная структура, количество больных СПИДом, распространенность среди различных групп населения, основные проблемы в сфере противодействия распространению ВИЧ-инфекции.

БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СУПРАХИАЗМАТИЧЕСКИХ НЕЙРОНОВ IN VITRO

Аспирант биологического факультета

К.А. Мистрюгов

Кафедра физиологии человека и животных

ФГ БОУ ВПО «Самарский государственный университет»

Научный руководитель: д.б.н., профессор А.Н. Инюшкин

Супрахиазматическое ядро гипоталамуса млекопитающих является структурой головного мозга, в которой располагается ведущий осциллятор, задающий течение разнообразных биологических ритмов: ультра-, цирка-, инфрадианных, циркасептанных, циркавигентанных, циркатригентанных, цирканнуальных. Нейроны данного ядра ответственные за генерацию соот-

ветствующих ритмов, характеризуются значительным разнообразием продуцируемых ими нейромедиаторов и нейромодуляторов, нейропептидов. Также их отличает очень малый размер, значительная плотность, наличие щелевых контактов, функциональная гетерогенность.

Все эти структурно-функциональные особенности супрахиазматических нейронов связаны с функциональной активностью эндогенного осциллятора супрахиазматического ядра, однако физиологические механизмы, лежащие в основе этой активности недостаточно выяснены, поэтому особый интерес представляет изучение биоэлектрической активности расположенных здесь нейронов.

В большинстве работ, посвящённых анализу биоэлектрической активности, в качестве основного исследуемого параметра использована частота генерации потенциалов действия. Нами был предложен новый подход к анализу спайкового кода, основанный на теории информации. Данный метод позволяет выполнить параметрическую оценку основных показателей спайкового кодирования информации – регулярности генерации потенциалов действия и степени паттернирования спайковой информации. Он основан на расчёте двух показателей – энтропии распределения межспайковых интервалов и обоюдной информации между сопряжёнными межспайковыми интервалами.

Было зарегистрировано 37 нейронов супрахиазматического ядра. Для всех нейронов медиана средней частоты генерации спайков составила $1,52 \text{ с}^{-1}$. Энтропия распределения межспайковых интервалов – $6,558 \pm 0,158$ бит; медиана обоюдной информации – $0,030$ бит. Анализ особенностей биоэлектрической активности позволил выделить 4 типа супрахиазматических нейронов: нейроны с регулярной (35,1%), нерегулярной (43,2%), залповой (10,8%) и низкой (10,8%) активностями.

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ МОДЕЛЕЙ СПОРТСМЕНОВ СПОРТИВНЫХ СБОРНЫХ КОМАНД РФ

С.В. Нурисламов

Отдел психологии и психофизиологии

ФГБУН ГНЦ РФ «Институт медико-биологических проблем РАН»

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ю.А. Бубеев

Индивидуальная модель оптимального функционального состояния спортсмена, описываемая категориями психофизиологических параметров, динамически изменяющихся в процессе спортивной подготовки и коррекции функционального состояния, многими авторами в настоящее время трактуется как модель оптимального функционального состояния. Она указывает на

некий индивидуальный экстремум спортсмена, достижение которого к моменту ответственных соревнований и является целью подготовки спортсмена. В процессе подготовки модель позволяет указывать на эффективность применяемых методов, в том числе, и методов коррекции функционального состояния, предвосхищать и выявлять на ранней стадии дезадаптационные явления, и давать информацию психофизиологического содержания, позволяющую сравнивать различных спортсменов друг с другом, с их собственными историческими или эталонными характеристиками.

Для правильного и эффективного формирования оптимального психофункционального состояния спортсмена необходима разработка психофизиологических моделей оптимального функционального состояния спортсменов различных видов спорта.

В рамках подготовки к формированию психофизиологических моделей оптимального функционирования спортсменов проведены различного уровня исследования и сформированы психофизиологические модели отдельных видов спорта (керлинг, фигурное катание, гребля на байдарках и каноэ, художественная гимнастика, большой теннис, биатлон, лыжные гонки, санный спорт, фристайл, прыжки с трамплина, шорт-трек, конькобежный спорт и др.).

При этом были определены основные методы, которые необходимо использовать при оценке и составлении психофизиологических моделей оптимального функционирования по основным группам видов спорта – нейрофизиологический контроль реального и идеомоторного компонента действия спортсмена (АПК «Энцефалан» или аналоги), теппинг-тест, вариационная динамометрия, психофизиологическая полиграфия в сочетании с эргометрией, анализ траектории движения глаз («RED 500» или его аналог), стабилософия и стабилметрия, а также методики исследования когнитивных функций (Тест Векслера, Стенфорд-Бине, Равена).

БИОРИТМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У СТУДЕНТОВ

Студентка 5 курса биологического факультета С.И. Павленко

Кафедра физиологии человека и животных

ФГБОУ ВПО «Самарский государственный университет»

Научный руководитель: д.б.н., профессор О.А. Ведясова

Цель данного исследования состояла в изучении динамики фоновых параметров внешнего дыхания и их изменений при дозированной умственной нагрузке в течение дня у студентов с разными типами биоритмов (БР). Были обследованы 3 группы студентов: с утренним («жаворонки», 22 чел.), дневным («голуби», 28 чел.) и вечерним («совы», 31 чел.) пиками активности.

Дыхание у испытуемых регистрировали методом спирографии утром с 7.30 до 9.00, днем с 13.00 до 15.00 и вечером с 18.00 до 19.00.

Показано, что утром наибольшие различия в параметрах паттерна дыхания проявлялись между студентами «голубьями» и «совами», в частности, жизненная емкость легких и емкость вдоха у «сов» были выше, чем у «голубей» соответственно на 15% и 19% ($p < 0,05$). Также выявлена достоверная разница между «голубьями» и «жаворонками» по длительности фаз дыхания и его частоте. Днем существенные различия наблюдались только между «голубьями» и «жаворонками» в длительности инспирации, которая у первых была на 24% ($p < 0,05$) больше. В вечерние часы различия между студентами с разными БР проявились в длительности экспирации, которая у «голубей» оказалась в среднем на 18% ($p < 0,05$) больше, чем у «жаворонков» и «сов». Обобщая эти данные, можно говорить, что в течение дня достоверные различия в динамике фоновых параметров спирограмм более часто проявлялись между студентами «жаворонками» – «голубьями» и «голубьями» – «совами». Разница в изменениях параметров паттерна дыхания в течение дня у лиц с крайними типами БР не проявилась. Сравнение реакций на нагрузку у представителей с разными биоритмами показало, что наибольшая встречаемость достоверных различий в изменениях жизненной емкости легких, емкости вдоха, дыхательного объема, частоты и минутного объема дыхания отмечалась между «жаворонками» и «голубьями» (7/5), а также между «голубьями» и «совами» (7/4). Достоверная разница между изменениями этих параметров паттерна дыхания в паре «жаворонки» – «совы» проявлялась гораздо реже (3/2). Стоит отметить, что по числу достоверных изменений отдельных параметров внешнего дыхания на дозированную умственную нагрузку лидировали «жаворонки», а по выраженности – «голуби». Большая, чем у других типов лабильность параметров дыхания у «жаворонков» отражала, с одной стороны, нестабильность механизмов регуляции дыхания в течение суток, а с другой, – может служить показателем у этих лиц более широких адаптационных возможностей дыхательной системы.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ОСВЕЩЕНИЯ И МЕЛАТОНИНА НА КАРТИНУ БЕЛОЙ КРОВИ У КРЫС

Студентка 5 курса биологического факультета А.А. Петрова

Кафедра физиологии человека и животных

ФГ БОУ ВПО «Самарский государственный университет»

Научный руководитель: к.б.н., доцент В.И. Беляков

В исследовании на 24 шестимесячных нелинейных крысах-самцах решались следующие задачи.

1. Изучить влияние инверсии светового режима на лейкоцитарную формулу, количество общего белка и глюкозы в крови.

2. Проанализировать воздействие длительной световой экспозиции на лейкоцитарную формулу, количество общего белка и глюкозы в крови.

3. Исследовать особенности влияния мелатонина на картину белой крови.

На первом этапе изучалось влияние искусственно созданных режимов фото-периода на некоторые показатели крови крыс. Животные первой экспериментальной группы подвергались инверсии светового режима с соотношением дня и ночи 12:12 в течение 21 дня. Крысы 2-й опытной группы помещались под влияние постоянного круглосуточного освещения от люминисцентной лампы с мощностью света порядка 300 ЛК в районе клеток. Вторым этапом нашей работы заключался в анализе изменений картины белой крови в условиях хронического воздействия мелаксена. Крысы опытной группы на протяжении 27 дней *per os* получали раствор мелаксена из расчета 0,25 мг/кг. Животным контрольной группы аналогичным образом спаивался физ. раствор.

В результате проведенного исследования сделаны следующие выводы.

1. Искусственно созданные режимы освещения в виде инверсии фото-периода и постоянного воздействия свет приводит к изменениям в картине белой крови у крыс. В случае действия первого фактора отмечается относительно быстрое увеличение представленности нейтрофильной группы в сочетании с развитием эозинопении. В ранние сроки изменяется начальное нейтрофильно-лимфоцитарное соотношение в пользу нейтрофилов.

2. Условия постоянного освещения обеспечивают увеличение числа сегментоядерных нейтрофилов в сочетании со снижением количества палочкоядерных нейтрофилов.

3. Введение мелатонина вызывает увеличение общего числа клеток белой крови, главным образом, за счёт роста численности лимфоцитов и моноцитов. Соотношение в системе «нейтрофилы/лимфоциты» изменяется в сторону лимфоцитов.

СОСТОЯНИЕ ПРООКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ В КРОВИ И СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

Магистр 2 курса факультета биологических наук А.А. Плотников

Кафедра биохимии и микробиологии

ФГАО ВПО «Южный федеральный университет»

Научный руководитель: к.б.н., профессор Н.П. Милютин

Дегенеративно-дистрофические заболевания коленного сустава являются постоянно возрастающей медицинской и социальной проблемой. Механизмы развития гонартроза включают активацию свободно-радикального окисления и развитие окислительного стресса.

Целью работы стало клинико-биохимическое изучение состояния прооксидантной системы в крови и синовиальной жидкости (СЖ) больных го-нартрозом (ГА), которым проводили различные виды терапии. Для оценки прооксидантного уровня крови и синовиальной жидкости (СЖ) определяли активность прооксидантных ферментов – миелопероксидазы (МПО) и НАДФН-оксидазы в мононуклеарных клетках (МК) периферической крови, содержание стабильных метаболитов оксида азота нитритов/нитратов (NO_x^-) в плазме и СЖ больных ГА.

Обследовано 87 больных ГА обоего пола, средний возраст $54,1 \pm 2,5$ года. Больные были разделены на 4 группы: 1 группа – больные, получавшие консервативное лечение, 2 группа – больные, которым проводили артроскопию без повреждения костной основы; 3 группа – пациенты, которые подвергались артроскопии с повреждением костной основы, 4 группа – пациенты, которым проводили артротомию. В качестве контроля использовали кровь 20 практически здоровых людей (доноров) обоего пола, средний возраст $46,2 \pm 0,7$ лет.

Установлено, при консервативном лечении ГА не обнаружено достоверных изменений активности НАДФН-оксидазы в МК, тогда как при артроскопии обнаружено увеличение активности фермента на 40 %, при артроскопии с повреждением костной основы – на 55 %, при артротомии – на 63% относительно доноров. При консервативном лечении ГА отмечено увеличение на 27 % активности МПО в МК относительно контроля. В плазме крови при артроскопии наблюдается увеличение содержания нитритов/нитратов (NO_x^-) на 32 %, при артроскопии с повреждением костной основы – на 85%, при артротомии – на 162%. На фоне проведения артротомии в СЖ наблюдается увеличении на 133% концентрации нитритов/нитратов (NO_x^-) по сравнению с первой группой.

Таким образом, при ГА возрастает интенсивность ферментативной продукции активированных кислородных метаболитов в плазме крови и СЖ. Повышение прооксидантного потенциала плазмы крови и СЖ при ГА зависели от степени выраженности патологического процесса и тяжести оперативного вмешательства.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗЛОЖЕНИЕ РАДИОАКТИВНЫХ ВАКУУМНЫХ И ТРАНСФОРМАТОРНЫХ МАСЕЛ

А.В. Сафонов, В.Е. Трегубова

Лаборатория химии технеция

*ФГ БУН «Институт физической химии
и электрохимии им. А.Н. Фрумкина» РАН*

Большое количество радиоактивных отработанных масел накоплено на предприятиях ЯТЦ, АЭС, атомном флоте. Несмотря на то, что отработанные масла относятся к низкоактивным жидким отходам, их утилизация пред-

ставляет собой достаточно сложную проблему по ряду причин: их хранение небезопасно в пожарном отношении; цементирование осложнено невысоким наполнением матрицы маслом и ее возможной микробиологической деструкцией за счет воздействия биогенных органических кислот. Сжигание подобных отходов является довольно сложной технологической задачей, а переработка осложнена разнообразным химическим составом и фазовой неоднородностью. Биологические методы утилизации могут служить достойной альтернативой физико-химическим, поскольку способны приводить к полному разложению органического материала и обладают невысокой себестоимостью.

Данное исследование направлено на разработку биологического реактора, позволяющего провести деструкцию всех компонентов масла, при этом произвести очистку от радионуклидов, используя в качестве сорбента бактериальную биомассу.

Поскольку деструкция нефтепродуктов осуществляется работой различных ферментных систем (типа оксигеназ), был произведен поиск и подбор штаммов микроорганизмов, позволяющих осуществлять широкий спектр превращений. Микроорганизмы были выделены из нефтеносных пластов (респ. Татарстан и Китай месторождение Кондиан), в работе использованы бактерии, обитающие в хранилище «Северный» Горно-химического комбината. Особое внимание уделялось оценке радиорезистентности бактерий и их способности образовывать гликолипиды, обладающие поверхностно-активными свойствами.

Были выбраны масла ВМ4 и ГК разной степени отработки (неотработанное, отработанное на половину своего ресурса и полностью отработанное). Процесс культивирования проходил 10 дней в аэробных условиях при температуре 30°C и значениях pH 7-7,5. В среду для культивирования добавляли до 20 объемных % масла. Оценка степени деструкции проведена гравиметрическим, хроматографическим, хромато-масс-спектрометрическим методами, а так же ИК и УФ спектрометрией.

Данные, полученные в ходе работы, свидетельствуют о том, что исходное масло ГК потребляется на 20-50% лучше, чем исходное масло ВМ4, причем процент потребления увеличивается пропорционально степени отработки масла. Полностью отработанное масло потребляется на 70-80%, при этом деструкция фракции n-алканов и ароматики происходит на 80-90%, продуктов окисления на 40-60%, а полиароматическая фракция деструкции не подвергается.

В дальнейшем будут оценены кинетические параметры процесса, подобраны оптимальные условия его протекания и разработана технологическая схема модуля, позволяющего проводить данные процессы в опытно-промышленных масштабах.

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (грант № 12-08-3127412) и гранта Президента РФ (МК-2330.2012.3).

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА В УСЛОВИЯХ ОСТРОЙ ИШЕМИИ

*Студент 5 курса лечебного факультета М.А. Сахань
Кафедра нормальной физиологии им. И.А. Чуевского
ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский
университет им. В.И. Разумовского» минздрава РФ
Научный руководитель: к.м.н., доцент А.Н. Иванов*

Цереброваскулярные заболевания – наиболее распространенные патологические состояния в неврологической практике. Ишемический инсульт лидирует среди причин инвалидности и смертности населения. Целью работы явилось изучение протекторных возможностей электромагнитного излучения на частотах молекулярного спектра излучения и поглощения (МСИП) оксида азота 150, 176-150, 664 ГГц в предотвращении сдвигов показателей микроциркуляции коры головного мозга в условиях острой экспериментальной ишемии.

Эксперименты проведены на 24 беспородных крысах-самцах массой 180-220 г, которых разделили на две группы. У крыс первой группы моделировалась 5 минутная ишемия головного мозга, с последующей реперфузией. Животные второй группы перед воспроизведением острой ишемии подвергались облучению электромагнитными волнами на частотах МСИП оксида азота. Для анализа перфузии тканей мозга использовался метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Анализировались средний показатель перфузии (М, перф. ед.), а так же максимальные величины амплитуд эндотелиальных, вазомоторных, дыхательных и пульсовых колебаний амплитудно-частотного спектра ЛДФ-грамм. Регистрацию показателей микроциркуляции у каждого животного проводили три раза: исходно, во время воспроизведения ишемии и на 120-й минуте реперфузии.

В результате проведенных исследований обнаружено, что у животных обеих групп в период ишемии происходит резкое статистически значимое снижение показателя перфузии, а так же амплитуд эндотелиальных, вазомоторных, дыхательных и пульсовых колебаний. На 120-й минуте реперфузии у животных второй группы, в отличие от первой, происходит полное восстановление показателей микроциркуляции, и они не отличаются от значений доишемического периода.

Таким образом, установлено протекторное действие электромагнитных волн на частотах МСИП оксида азота 150, 176-150, 664 ГГц на эндотелий сосудов микроциркуляторного русла головного мозга крыс-самцов при острой экспериментальной ишемии.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИХЛОРИРОВАННЫХ БИФЕНИЛОВ НА РАЗВИТИЕ ПОТОМСТВА КРЫС

Студенты 2 курса педиатрического факультета

В.И. Сахаров, Е.П. Каширина

Кафедра нормальной физиологии

ФГ БОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ю.Б. Великомолова

Полихлорированные бифенилы (ПХБ) – это диоксиноподобные соединения, группа очень токсичных химических веществ, выбрасываемая с продуктами и отходами целого ряда технологий. Эти соединения часто называют «суперэкоксикантами». Они способны к биоаккумуляции, являются универсальным клеточным ядом. ПХБ характеризуются чрезвычайно высокой устойчивостью к химическому и биологическому разложению, они способны сохраняться в окружающей среде в течение десятков лет и переносятся по пищевым цепям.

Целью нашего исследования стало изучение соматического и сенсомоторного развития потомства самок крыс, получавших ПХБ в малых дозах.

Работа была проведена на белых беспородных крысах. Самки были разделены на опытную и контрольную группы. ПХБ вводились опытной группе внутривентрикулярно с помощью зонда в дозе 1/40 LD50 в течение 28 дней. Далее обе группы самок скрещивались со здоровыми самцами. После рождения у всех детенышей оценивалась степень соматического и сенсомоторного развития в течение 21 дня с момента рождения. Данный подход основан на тестировании широкого спектра врожденных функциональных систем, поведенческих актов, реализуемых в определенные периоды раннего постнатального онтогенеза.

В ходе эксперимента забеременело 60% самок из опытной группы, тогда как в контрольной группе забеременело 100 % самок. Детеныши опытной группы по темпам развития значительно отличались от крысят контрольной группы, более того они созревали не равномерно.

Оценка соматического развития крысят показала, что опытная группа медленнее набирала вес, процент отставания с каждым днем увеличивался: в первые сутки отставание составило 12%, на 6 сутки – 17%, на 11 сутки – 27,8%, на 15 сутки – 36,8%, далее процент отставания немного снизился и на 21 сутки составил – 25,7% . У крысят опытной группы наблюдалось шелушение кожи, при этом появление шерсти (первичного волосяного покрова) и полное обшерствление (наличие шерстяного покрова на вентральной линии живота, образующего «шерстный гребень») происходило позже. Прозрение контрольной группы произошло на 16-17 сутки, опытной с 16 по 20 сутки. Выделение ушных раковин отличалось на сутки. Появление резцов у обеих групп наблюдалось в одно и то же время.

Оценка сенсомоторного развития показала, что наиболее сильно опытная группа отставала в сенсомоторном развитии по таким показателям как

избегания края обрыва, рутинг, экстензия, координация задних конечностей, удерживание на канате с помощью передних и задних лап, подъем и спуск по вертикальному канату. В таком показателе так избегание наклонной плоскости наблюдалось незначительное отставание: животные опытной группы не менее успешно, чем контрольной группы, разворачивались на поверхности, меняя положение головы. Такие показатели как переворачивание на горизонтальной плоскости, сгибание передних и задних конечностей, вибриссный плейсинг, движение ушками, аудиторный стартл, зрительный плейсинг практически у обеих групп не отличались.

Таким образом, экспериментально доказано, что введение ПХБ в малых дозах негативно влияет на репродуктивную функцию самок крыс, а также на их соматическое и сенсомоторное развитие потомства, ранее получавшее ПХБ в дозе 1/40 ЛД50.

ПХБ и их метаболиты способны передаваться через молоко матери к потомству, что может усугублять отставание в развитии крысят.

Литература:

1. Киселев А.В., Худолей В.В. Отравленные города. – М., 1997.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА КРЫС В ПОСТНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ НА ФОНЕ НАГРУЗКИ ГУМАТОМ КАЛИЯ

Студентка 5 курса естественно-географического факультета

В.И. Сырова

ГБОУ ВПО «Поволжская государственная социально-гуманитарная академия»

*Научные руководители: к.б.н., доцент А.А. Семенов,
к.б.н., доцент О.Н. Павлова (НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»)*

Известно, что гуминовые препараты интенсифицируют белковый обмен в организме. Гуматы широко используются в сельском хозяйстве для увеличения продуктивности животных и птиц. В настоящее время в литературе не представлены данные по изучению функционального состояния организма животных на фоне включения в рацион гумата калия.

В связи с этим, цель работы состояла в изучении функционального состояния организма крыс в постнатальный период развития на фоне нагрузки гуматом калия.

Исследование проводилось по общепринятым методикам. Объектами исследования служили 20 половозрелых крыс (10 самок и 10 самцов), которые были поровну разделены на 2 группы (опытную и контрольную) и потомство, полученное от них (138 крысят). Животным опытной группы в качестве дополнительной нагрузки ежедневно внутрижелудочно вводили

объемом 1 мл гумат калия в виде раствора, из расчета 10 мг/100 г массы тела животного, в течение 21-го дня.

В ходе эксперимента оценивали физическое развитие потомства, скорость созревания сенсорно-двигательных рефлексов, а так же развитие обучаемости и памяти. По результатам проведенного эксперимента выявлено, что опытные крысы были крупнее контрольных на 13 % по длине тела и на 22 % по массе. В ходе исследования скорости созревания сенсорно-двигательных рефлексов выявлено, что на фоне нагрузки гуматом калия у крысят опытной группы рефлекс «переворачивание на плоскости» был сформирован на 6-й день, что на 2 дня раньше, чем у крысят контрольной группы (8-й день). Рефлекс «отрицательный геотаксис» был сформирован у крысят опытной группы на 10-й день, то есть на 3 дня раньше, чем у крысят контрольной группы (13-й день).

На фоне нагрузки гуматом калия в опыте «открытое поле» показатель поднимания головы у крысят контрольной группы наблюдался на 10-й день, что на день раньше, чем у крысят опытной группы (11-й день).

По дням формирования показателей поднимания передних лап и ползания крысы развивались одинаково в контрольной и опытной группе. Опора на задние конечности и подъем всего тела у крысят опытной группы наблюдались на 14-й день, что на день раньше, чем у крысят контрольной группы (15-й день).

Изучение обучаемости и памяти в опыте «обучение в лабиринте с положительным (пищевым) подкреплением» показало, что на фоне нагрузки гуматом калия в опытной группе рефлекс сформировался за 9 дней у 83,3 % животных. В контрольной группе рефлекс был сформирован за 11 дней у 85,71% животных.

Таким образом, нагрузка гуматом калия наиболее интенсивно отражается на массе и длине крысят (они гораздо крупнее, чем в контрольной группе), а также способствует созреванию сенсорно-двигательных рефлексов и интенсификации обучения и памяти.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ У СТУДЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ЭКЗАМЕНА

Аспирант биологического факультета Д.А. Трушина

Кафедра физиологии человека и животных

ФГ БОУ ВПО «Самарский государственный университет»

Научный руководитель: д.б.н., профессор О.А. Ведясова

Наиболее информативным показателем, отражающим функциональное состояние головного мозга человека в условиях психоэмоционального напряжения, является электроэнцефалограмма (ЭЭГ). Цель данной работы заключалась в анализе пространственной картины ЭЭГ у студентов во время экзаменационного стресса. У испытуемых регистрировали ЭЭГ во фронтальных (F1, F2, F3, F4, Fz, Fp1, Fp2), парietальных (P1, P2, P3, P4, Pz), тем-

поральных (T1, T2, T3, T4, T5, Tz) и окципитальных (O1, O2, Oz) отведениях до и сразу после экзамена. В работе использовали электроэнцефалограф NVX–32, ЭЭГ анализировали по методике Е.А. Жирмунской.

Установлено, что до экзамена большинству студентов (75% обследованных) независимо от пола был присущ III тип ЭЭГ, характеризующийся почти полным отсутствием или резким ослаблением α -ритма во всех отведениях, увеличением количества β -колебаний в париетальных (P2, P3), темпоральных (T1, T3, T4, Tz) и окципитальных (O1, O2, Oz) отведениях, а также небольшим количеством δ - и θ -волн во фронтальных отведениях (Fp1, Fp2). У меньшинства обследованных лиц (25%) был выявлен II тип ЭЭГ, который отличается отсутствием α -ритма и доминированием β -активности низкой частоты (16 Гц) в темпоральных (T3, T4, T5, Tz) и париетальных (P1, P2, P3, P4, Pz) отведениях или наличием θ -активности во фронтальных (F1, F2, F4, Fz) отведениях. После экзамена у обследованных студентов произошло пространственное перераспределение ритмов ЭЭГ, а также изменились типы ЭЭГ. В частности, проявилось доминирование I типа, который характеризуется появлением и высокой степенью регулярности α -ритма. Причем смена II типа ЭЭГ на I тип была зарегистрирована во всех отведениях, тогда как III тип менялся на I тип только в париетальных (особенно P1, P4, Pz), окципитальных (O1, O2, Oz) и темпоральных (особенно T1, T2, T3) отведениях.

Таким образом, в условиях экзаменационного стресса в наибольшей степени активизируется лобная зона, что, вероятно связано с усилением восходящих влияний ретикулярной формации, отвечающей за обеспечение деятельных состояний организма, в том числе и умственных процессов, а в состоянии постэкзаменационной релаксации наиболее быстро ослабляется уровень возбуждения и стабилизируется активность в височной, затылочной и теменной зонах, тогда как лобная область коры мозга продолжает сохранять повышенный фон возбуждения.

**АППАРАТУРА ДЛЯ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ
НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ – НАШИ РАЗРАБОТКИ**
Студент 1 курса лечебного факультета Е.В. Харченко
Московский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»
Научный руководитель: д.б.н., профессор С.В.Москвин

Самая высокая квалификация специалиста и лучшие методики лазерной терапии не позволят получить нужный результат, если в руках врача не будет хорошего и качественного инструмента – лазерного терапевтического аппарата, к выбору которого надо подходить максимально тщательно и педантично, понимая какие технические параметры важны, а какие нет.

Блочный принцип построения позволяет успешно решить эти задачи (Москвин С. и др., 2004). В соответствии с этой концепцией аппаратура условно разделяется на четыре, полностью совместимые и сочетаемые части: базовый блок, излучающие головки и насадки к ним, а также блок внешней модуляции. В настоящее время данная концепция развивается в рамках новой серии аппаратов для лазерной и лазерно-вакуумной терапии ЛАЗМИК®.

Взаимозаменяемость излучающих головок и насадок позволяет каждому врачу в соответствии с конкретной задачей составлять оптимальный комплект оборудования или организовывать многофункциональные, высокоэффективные лечебные кабинеты. В этом и есть основное преимущество блочного принципа построения аппаратуры.

Простота управления тесно связана с эргономичностью. В любом случае должна быть обеспечена такая работа медицинского персонала, при которой все внимание сосредоточено на больном, на выполнении основной задачи – качественного лечения, при этом о технических действиях самой аппаратуры можно было бы не задумываться.

Контроль параметров лазерного излучения чрезвычайно важен для обоснованности применяемых методов воздействия и правильной дозировки, что обеспечивает наиболее качественное и эффективное лечение, а также для решения вопросов безопасности пациента и врача. Контролируют следующие параметры: *длина волны излучения, частота повторения импульсов излучения, или частота модуляции, время сеанса (таймер)*.

Контроль мощности лазерного излучения особенно актуален при работе с инфракрасными лазерными головками, излучение которых невидимо, поэтому невозможно визуально определить их работоспособность.

Информационное обеспечение является важнейшим звеном в цепи максимально полной реализации возможностей аппаратуры. В первую очередь это техническая документация: паспорт и инструкция по эксплуатации. Необходима также методическая литература, в которой должны быть представлены не только частные методики, эффективность которых доказана клиническими исследованиями и многолетним опытом, но также обзор литературы, являющийся хорошим подспорьем для начинающих ученых.

Сервисное обслуживание осуществляется производителем самостоятельно или по договору с местной организацией, работающей в этой области. Как правило, сервисная служба проводит и поверку фотометров аппаратов. Гарантийный срок на аппараты должен быть 5 лет.

Специализированные лазерные физиотерапевтические комплексы, возможности которых направлены на максимально эффективное лечение узкого круга заболеваний в одной области медицины. В состав таких комплексов, как правило, включается и аппаратура с другими лечебными физическими факторами: вакуум, вибрация, магнит, КВЧ, ультразвук и др. Отличительной особенностью специализированных комплексов является

наличие специальных приспособлений, насадок и т. п., предназначенных для обеспечения максимально лучшего сочетания нескольких методов воздействия. При этом учитываются принципы сочетания и комбинирования, анатомические и физиологические особенности области воздействия.

Лазерные излучающие головки, которые являются источником света (НИЛИ), подключаются к базовому блоку. Они состоят из одного или нескольких лазерных диодов и электронной схемы управления. Излучающие головки классифицируются по параметрам лазеров (импульсные или непрерывные, длина волны излучения, мощность) и типу применяемых с ними насадок.

Матричные излучатели составляют особый класс головок и автономных аппаратов. Было доказано, что получить оптимальные пространственные характеристики светового поля можно и с 8-ми более мощных лазерных диодов (Москвин С.В., 2008).

В автономных портативных аппаратах для ЛТ используются чаще всего одиночные излучатели и исключительно импульсные ИК-лазеры, поскольку они позволяют реализовать больше всего методик ЛТ с максимальной эффективностью и абсолютно безопасны. С учетом этого был разработан портативный аппарат лазерной терапии «Матрикс-МИНИ».

Разработанные фирмой «Техника» с нашим участием портативные аппараты лазерной терапии «Матрикс-МИНИ» и ЛАЗМИК® являются представителями нового поколения медицинских приборов, способных решать перспективные вопросы лечения больных методами квантовой медицины.

ГОМЕОПАТИЯ – НАУКА, ТРЕБУЮЩАЯ ГЛУБОКОГО ИЗУЧЕНИЯ

Студентка 2 курса лечебного факультета Е.О. Шарновская

Кафедра морфологии и патологии

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: д.м.н., профессор Р.А. Дробышева

К научному обоснованию различных явлений предъявляются определенные правила и требования. Не является исключением и гомеопатия: в последние годы законам гомеопатии, открытым ее основателем Самуэлем Ганеманом (статьи о новом методе опубликованы в главном медицинском журнале Германии «Журнале Гуффеланда» (1796 г., 1806, 1810 г., 1816 г., 1829 г.) и др.), в рамках доказательной медицины дается современное научное обоснование.

Анализ научной литературы по вопросам гомеопатии показывает, что, несмотря на успех гомеопатического метода лечения в целом, остается много споров между врачами, глубоко изучившими принципы Ганемана, которые требуют индивидуального подхода к конституции каждого пациента, при-

менения лекарственных веществ по принципу «*similia similibus curentur*», и врачами, применявшими гомеопатические лекарства традиционно, по симптомам заболеваний. Именно у последних были неудачи в лечении больных, что и привело к мифу о неэффективности гомеопатического лечения. В настоящее время данный миф по-прежнему основывается как на поверхностных знаниях гомеопатической науки, так и подтверждается исследованиями, показывающими, что в препаратах, приготовленных по методу Ганемана, не регистрируются привычные для классической медицины дозы лекарственных веществ. Однако еще английский физик и химик Уильям Крукс в своих исследованиях (1904-1912) доказал, что частицы разряженного вещества высвобождают особую энергию. (Кудрявцев П.С. Курс истории физики. М: Просвещение, 1982). Именно это явление лежит в основе феномена потенцирования (последовательных разведений, динамизации), что экспериментально подтверждено в 1992 г. А.Ф. Возиановым, Н.К. Симеоновой, А.Н. Дубровым с помощью ядерно-магнитного резонанса (ЯМР), который определил величину потенци гомеопатического лекарства. Доктор физико-математических наук Э.Э. Годик, академик Ю.В. Гуляев и другие используют понятие о квазикристаллической структуре воды, кластерах, торсионных полях, которые могут быть ответственными за выделение энергии, источником которой являются атомные превращения. (А.Гордон/ Библиотека/ Физические поля человека. 2010.). Все эти исследования говорят о том, что в основе действия гомеопатических веществ лежат малоизученные явления, которые требуют дальнейших глубоких научных изысканий.

РОЛЬ КСАНТИНОКСИДОРЕДУКТАЗЫ В РАЗВИТИИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

*Магистр 1 курса факультета биологических наук **Е.А. Шевякова***

Кафедра биохимии и микробиологии

ФГАО ВПО «Южный федеральный университет»

*Научный руководитель: к.б.н., профессор **Н.П. Милютина***

Состояние хронического окислительного стресса (ОС) сопровождается множеством заболеваний, и в последнее время всё активнее изучается его вклад в развитие остеоартроза (ОА). Существенный вклад в продукцию активных форм кислорода (АФК), в частности, супероксидного анион-радикала, в организм вносит ксантиноксидоредуктаза (КОР). С другой стороны, основным продуктом КОР-катализируемой реакции является мочевая кислота (МК), выступающая антиоксидантом. Целью данного исследования стало выявление роли КОР в развитии ОС при гонартрозе.

Было обследовано 96 пациентов с диагнозом гонартроз (ГА), которые были разделены на две клинические группы: 1-ая – пациенты, лечение

которых проводилось консервативными методами; 2-ая – пациенты, лечение которых включало применение эндоартрохирургических технологий. В качестве контроля обследована группа из 17 условно здоровых людей (доноров).

Наличие окислительного стресса в развитии ГА было подтверждено повышением большинства показателей люминол-индуцированной хемилюминесценции и накоплением малонового диальдегида, особенно в синовиальной жидкости. Было показано, что хронический ОС при ГА характеризуется значительным повышением активности КОР: у пациентов с консервативным лечением активность фермента в плазме крови повысилась на 109%, а в лимфоцитах – на 129%. Во 2-ой группе – на 86% в плазме крови. В синовиальной жидкости отмечено трёхкратное увеличение активности КОР по сравнению с плазмой крови. Уровень мочевой кислоты в синовиальной жидкости при ОА соотносится с активацией КОР: во 2-ой группе пациентов было отмечено превышение нормальной концентрации МК в синовиальной жидкости, а также превышение её содержания на 75% по сравнению с 1-ой группой.

В плазме крови пациентов 2-ой группы концентрация стабильных метаболитов оксида азота нитритов/нитратов (NO_x^-) на 57% выше, чем в 1-ой группе, что соотносится с гиперактивностью КОР, которая в патологических условиях способна нарабатывать NO^* из NO_x^- .

Будучи продуцентом одновременно как про-, так и антиоксидантов, КОР способна как поддерживать и регулировать, так и нарушать равновесие редокс-системы. Определение активности КОР в комплексе с показателями окислительного стресса может быть использовано в клинике в качестве теста для оценки тяжести патологического процесса при ОА и эффективности проводимого лечения.

**ИЗМЕНЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНОГО КОЛИЧЕСТВА
Т-ЛИМФОЦИТОВ, СОДЕРЖАЩИХ CXCR3 И CCR5
ХЕМОКИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ, У НЕКУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**
Студенты 4 курса лечебного факультета Д.Р. Ясюкайт, А.В. Карпучок
Кафедра биологической химии
УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Руководитель: ассистент А.Г. Кадушкин

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание, характеризующееся прогрессирующим ограничением скорости воздушного потока, существенными внелегочными проявлениями и серьезными сопутствующими заболеваниями, которые могут дополнительно отягощать тече-

ние болезни. Распространенность ХОБЛ во всем мире растет, и, по прогнозу ВОЗ, к 2020 году войдет в первую тройку причин заболеваемости и смертности во всем мире. Главным внешним фактором риска развития данного заболевания признается курение. Однако, по последним данным, до 68,6% пациентов с ХОБЛ не курили. Поэтому продолжают изучаться механизмы развития хронической обструктивной болезни легких. Предполагается, что в развитии данного заболевания важную роль играют Т-лимфоциты.

Целью исследования стало определение закономерности изменения относительного количества CD3+CXCR3+ и CD3+CCR5+ клеток в общей популяции лимфоцитов крови у некурящих пациентов с ХОБЛ.

Были обследованы 21 некурящий пациент с ХОБЛ, 20 курящих пациентов с ХОБЛ, 20 некурящих здоровых людей, 21 здоровый курильщик. Пациенты, принимавшие участие в исследовании, имели ХОБЛ В или С стадии (GOLD 2011).

У некурящих пациентов с ХОБЛ обнаружено увеличение количества CD3+CXCR3+, по сравнению с некурящими здоровыми людьми. Выявлено увеличение относительного количества CD3+CCR5+ у некурящих пациентов с ХОБЛ по сравнению со здоровыми некурящими людьми.

Мы считаем, что ХОБЛ характеризуется увеличением относительного количества CD3+CXCR3+ и CD3+CCR5+, не связанным с курением. Это приводит к мысли о схожем механизме увеличения данных субпопуляций Т-лимфоцитов у курящих и некурящих пациентов с ХОБЛ.

Секция 3.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ

ВЛИЯНИЕ МОДЕЛИРОВАННОЙ ГИПЕРФУНКЦИИ ЯИЧНИКОВ НА МОРФОЛОГИЮ НЕКОТОРЫХ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА

Студентка 3 курса стоматологического факультета А.В. Айдарова

Кафедра морфологии и патологии

Кафедра медико-биологических дисциплин

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

*Научные руководители: ассистент С.В. Полетаева,
ст. преподаватель Д.С. Громова*

В настоящее время, широко распространены патологии опухолей желёз внутренней секреции, в том числе яичников. Некоторые из данных типов патологических процессов являются гормонпродуцирующими. Любые нарушения в работе эндокринной системы носят системный характер и вызывают значительные перестройки в функционировании всех систем организма. Имеются многочисленные данные о влиянии патологии желёз внутренней секреции на органы полости рта. Большинство авторов описывают изменения, вызываемые гипофункциональным состоянием органов (преимущественно щитовидной, паращитовидных желез и надпочечников), и нигде в литературе нам не удалось найти данных о влиянии гиперфункции яичников на состояние ротовой полости.

В связи с этим, целью нашей работы стало изучение влияния экзогенных эстрогенов на морфо-гистологические особенности органов полости рта.

Исследование проводилось на 12 половозрелых нелинейных крысах женского пола массой 170-180 гр. Все животные содержались в стандартных условиях вивария на сбалансированном пищевом рационе в свободном доступе к воде. Формировали две группы животных по 6 особей в каждой: контрольная и экспериментальная. Животным экспериментальной группы в течение 14 суток внутрибрюшинно вводили по 0,34 мг эстрадиола («Эстрофем», Ново Нордикс, Дания), растворённого в 0,5 мл физиологического раствора. Животные контрольной группы в том же количестве получали физиологический раствор. По окончании указанных сроков проводили забой одного животного из каждой группы с последующим забором материала для гистологического исследования. Осуществлялся гистологический анализ лимфатических узлов, альвеолярного отростка и слюнных желёз животных. Гистологические срезы яичников выступили контролем, подтверждающим модель хронической гиперфункции женских половых желёз.

Полученные данные подтверждают, что хроническое введение эстрадиола вызывает значительные структурные изменения в органах ротовой полости. Обсуждается вопрос о механизмах наблюдаемых изменений.

ОБЗОР ПРИЛОЖЕНИЯ DENTAL CHART

Студентка 4 курса стоматологического факультета Ж.Ю. Антонова

Кафедра стоматологии

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

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

Многие медицинские учреждения разного профиля сегодня работают с электронными медицинскими картами. Такое решение продиктовано временем – внедрение системы электронного учёта с использованием специальных программ полностью избавляет от рутинной работы с бумажными носителями.

Большинство компьютерных программ управления стоматологической организацией и электронных историй болезни созданы для операционной системы Windows. Однако одной из самых популярных операционных систем в мире и в России является iOS фирмы Apple. По данным официального сайта Apple, только за 4 квартал 2012 года в мире продано 26,9 млн. шт. iPhone и 14,0 млн. шт. iPad. На начало 2013 года создано свыше 775 000 приложений для владельцев iPhone, iPad и iPod touch, количество загрузок приложений из онлайн-магазина App Store превысило отметку в 40 млрд.

Dental Chart – это приложение для iPad, которое предоставляет стоматологам простой способ ведения электронных стоматологических карт.

Основные возможности Dental Chart:

- полная запись зубной формулы (включая молочные зубы), с указанием локализации кариозных полостей, различных пломбировочных материалов и ортопедических конструкций;
- описание пародонтологического статуса с указанием величины рецессии десны, степени подвижности зубов, кровоточивости десны, глубины пародонтальных карманов;
- возможность создания нескольких осмотров и заметок для каждого осмотра, хранения медиа-файлов;
- запись проводимых манипуляций с возможностью распечатки полученных данных;
- настраиваемый анамнез заболевания;
- наглядный для пациента план лечения;

Нами проведен сравнительный анализ приложения Dental Chart и «бумажной» медицинской амбулаторной карты по данным опроса 39 стоматологов, использующих данное приложение в своей работе. Полученные результаты свидетельствуют о предпочтении использования стоматологами приложения Dental Chart.

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА В ЧАСТНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Студентка 4 курса стоматологического факультета

Ж.Ю. Антонова

Кафедра стоматологии

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

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

Медицинская карта служит для записи данных о результатах диагностики, профилактики и лечения, а также для их обобщения и анализа. В настоящий момент медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у) оформляется в соответствии с приказами Минздрава СССР №1030 от 04.10.1980 г. и №1338 от 31.12.1987 г.

В 1988 году был издан приказ МЗ СССР (№ 750 от 05.10.1988), согласно которому приказ Минздрава №1030 утратил силу. Однако нового регламентирующего документа и новой формы амбулаторной карты до сих пор не издано.

В настоящее время все большую популярность среди стоматологов имеют компьютерные программы управления стоматологической организацией и электронные истории болезни. В настоящее время известно около 20 стоматологических программ.

Внедрение в стоматологию новых компьютерных технологий регламентировано приказом Минздрава РФ №158 от 23.04.96 «О Целевой программе информатизации здравоохранения России». Основная задача информатизации здравоохранения, в том числе стоматологии, – повышение качества и эффективности диагностики, профилактики и лечения, с высоким экономическим эффектом (до 30%) за счет избавления от рутинной канцелярской работы.

Грамотно реализованная электронная история болезни, значительно облегчает работу медицинского персонала. Она избавляет врачей от рутинной «бумажной работы», уменьшает количество врачебных ошибок, улучшает качество медицинской помощи за счет обширных экспертных и аналитических возможностей, увеличивает доверие пациентов к клинике, так как врач может распечатать результаты осмотра, рекомендации, лекарственные назначения, выписку из амбулаторной карты. И с этими документами пациент сможет ознакомиться в любое удобное для него время.

Таким образом, проблема выбора способа ведения медицинской карты и модернизации имеющейся формы 043/у является одной из актуальных в организации современной стоматологической помощи.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Студентка 4 курса специальности «Сестринское дело»

Е.А. Володина

ГБОУ СПО «Тольяттинский медколледж»

Научный руководитель: преподаватель Т.Г. Борицкая

Совсем недавно гигиеническое воспитание называли «санитарно-просветительной работой». Считалось, что медицинский работник – пропагандист знает «все», а пациент – «ничего», и должен был молча соглашаться со сказанным. Этот подход медицинского просвещения населения нередко упоминался, как метод «пустого сосуда»: пациент – это пустой сосуд, ожидавший медицинского работника, который наполнит его знаниями.

Однако для действенного медицинского воспитания населения необходимо учить студентов медицинских специальностей теории и методам мотивации пациентов, чтобы воспитать привычки гигиенического поведения, адекватные здоровому образу жизни. И в частности, привычка чистить зубы у детей и у взрослых должна формироваться по подобию выполнения воинской службы. Метод «пустого сосуда» для этой цели оказался малопригодным, потребовалось интерактивное взаимоотношение врача и пациента, врача и целой группы населения на основе равноправного партнерства.

Цель исследования стало выявление уровня знаний будущих медиков о влиянии факторов внешней среды на стоматологическое здоровье.

Большинство опрашиваемых студентов медицинского колледжа (не стоматологических специальностей) правильно отвечают на вопросы о вреде нерационального потребления сладостей и о значимости фторидсодержащих зубных паст. Но плохая гигиена полости рта у этих лиц не свидетельствует о том, что они регулярно ухаживают за полостью рта, а высокий уровень интенсивности кариеса не отражает умеренности в употреблении рафинированного сахара.

Это указывает на то, что распространение медицинских знаний, в том числе и через средства массовой информации, является важным звеном в обучении населения, но этого недостаточно, чтобы усилия медицинских работников увенчались ожидаемым успехом.

Подготовка специалистов для выполнения программы по гигиеническому воспитанию населения, направленной на профилактику стоматологических заболеваний, является одним из основных факторов ее успеха.

ВЛИЯНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ НА ДИСФУНКЦИЮ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Студентки 4 курса стоматологического факультета

А.Р. Галимова, А.О. Тарасова, Н.Р. Усманова

Кафедра стоматологии детского возраста

ФГ БОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

минздрава РФ

*Научный руководитель: **д.м.н., профессор Н.Х. Хамитов***

Целью данного исследования стали изучение частоты встречаемости дисфункции ВНЧС, выявление основных причин их вызывающих, определение болезненных (триггерных) точек.

Было обследовано 20 пациентов на ортодонтическом приеме, 13 из которых продолжали лечение и 7 находились в периоде ретенции. Клиническое исследование проводилось на основании анкетирования и объективного осмотра больного. Анкета состояла из ряда вопросов, включающих персональные данные пациента (ФИО, возраст, профессия), анамнез заболевания (наличие полного обследования ВНЧС до и вовремя лечения, начало лечения, период ретенции, жалобы на дисфункцию мышечно-суставного аппарата, наличие окклюзионных накладок, эластической тяги). При объективном осмотре определяли болезненные (триггерные) точки в области жевательной мышцы, височной, подъязычной, крыло-видных мышц и в затылочной области.

Обследование 20 пациентов показало, что у 12 (60%) определяется наличие в анамнезе жалоб на дисфункциональную активность мышц и щелканье сустава, которое возникало при открывании рта у 8 (67%), при закрывании – у 4 (33%), при боковых движениях нижней челюсти – у 5 (42%). Был отмечен шум в ушах у 3 (15%); 7 (35%) больных связывают появление боли в височной области с применением эластической тяги во время лечения. У 2 (10%) пациентов – иррадиация боли в затылочную область, у 1 (5%) – в шею, возникновение спонтанной зубной боли – у 2 (10%). Наличие триггерных точек у 6 (30%), при этом в анамнезе у 2 (10 %) имелась эластическая тяга и у 1 (5% – окклюзионная накладка.

Проанализировав результаты данных клинического исследования, выяснилось, что чаще всего у пациентов, имеющих в анамнезе наличие окклюзионных накладок, эластической тяги, а также жалоб на дисфункциональную активность мышц, наблюдается дисфункция ВНЧС и наличие болезненных (триггерных) точек в области лица и шеи.

ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННОЙ НА РИСК РАЗВИТИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

Аспирант Н.М. Левина

*ФГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»
минздрава РФ*

Научный руководитель: д.м.н., профессор Э.М. Гильмияров

В гинекологии семейный статус женщины признан одним из медико-социальных факторов, влияющих на развитие осложнений беременности и сопутствующих заболеваний [1]. Так, наличие постоянного партнера, во-первых, уменьшает вероятность ЗППП, во-вторых – гарантирует более тщательное планирование и подготовку женщины к беременности и, следовательно, снижает вероятность гестационных осложнений, в том числе экстрагенитальных воспалительных заболеваний [2]. На основании этого была выдвинута гипотеза о том, что семейный статус может свидетельствовать о степени риска (то есть являться маркером риска) развития гипертрофического гингивита (ГГ) на фоне беременности.

Для проверки данной гипотезы было проведено сравнительное исследование среди беременных и небеременных женщин с ГГ. В качестве контроля использовались показатели беременных и небеременных женщин без воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП).

Опрос показал, что в официальном браке состоит только $50,3 \pm 2,50\%$ женщин диспансерной группы, в неофициальном браке проживали $37,0 \pm 2,41\%$ обследуемых, не имели постоянного партнера $12,8 \pm 1,67\%$ женщин.

В группах беременных женщин доля пациенток, состоящих в официальном браке, достоверно больше, чем в группах небеременных. Наименьшая доля официальных браков имела в группе небеременных с ГГ ($35,0 \pm 4,77\%$), что в 1,8 раза меньше, чем в группе беременных с ГГ, в 1,6 раза меньше, чем в группе беременных без ВЗП и в 1,4 раза меньше, чем в группе небеременных без ВЗП.

В группе беременных с ГГ доля женщин, состоящих в браке, была достоверно больше, чем в группе небеременных без ВЗП (в 1,3 раза, $p < 0,05$). Доля неофициальных браков в группе беременных с ГГ достоверно превышала аналогичный показатель группы небеременных без ВЗП (в 1,8 раза, $p < 0,05$), в то же время была достоверно ниже, чем в группе небеременных с ГГ (в 1,3 раза, $p < 0,05$).

В группах небеременных женщин доля пациенток без постоянного партнера была высоко достоверно больше, чем в группах беременных.

При обобщении результатов анализа мы пришли к выводу, что все достоверные отличия в семейном положении, описанные выше, вызваны самими критериями отбора в группы. В России женщины крайне редко решают

родить ребенка без постоянного партнера. Поэтому в группах беременных так высок процент женщин, живущих с постоянным мужчиной: $98,0 \pm 1,40\%$ среди беременных с ГГ и $99,0 \pm 0,99\%$ среди беременных без ВЗП. В то же время в стране наблюдается демографический дисбаланс полов – мужчин меньше, чем женщин соответствующего возраста, поэтому в группах небеременных так велика доля женщин без постоянного партнера.

Таким образом, выявленные отличия в семейном положении не имеют причинно-следственной связи с ГГ у беременных. Однако применительно к небеременным женщинам некая зависимость имеется: среди небеременных с ГГ доля официальных браков в 1,4 раза меньше, чем в среди практически здоровых небеременных женщин. Количество неофициальных браков среди небеременных с ГГ, напротив, в 2,4 раза больше ($p < 0,01$). При этом количество женщин без постоянного партнера в этих двух группах практически одинаково. Следовательно, неофициальный брак по каким-то причинам свидетельствует о большей вероятности развития ГГ на фоне беременности.

Статистический анализ подтвердил данный вывод. Так, показатель относительного риска (RR) ГГ на фоне беременности при неофициальном браке составил 0,84 (если RR менее 1,0 – фактор не имеет достоверной связи с заболеванием). При этом для небеременных женщин, состоящих в неофициальном браке, $RR = 1,79$.

Список используемой литературы

1. Лепшоков Р.Д. Особенности репродуктивного здоровья женщин Карачаево-Черкесии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.Д. Лепшоков. – Ростов-на-Дону, 2005. – 26 с.
2. Левахина О.Б. Динамика изменений клинико-лабораторных показателей состояния органов и тканей полости рта у женщин в период беременности / О.Б. Левахина // Институт стоматологии. – 2006. – № 2. – С. 90-93.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕЖПРОКСИМАЛЬНОЙ СЕПАРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ СКУЧЕННОСТИ В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ СМЕННОГО ПРИКУСА

Клинический ординатор Ю.А. Гордина

Кафедра детской стоматологии и ортодонтии

ФГ БОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия

им. академика Е.А. Вагнера» минздрава РФ

Научный руководитель: д.м.н., профессор М.А. Данилова

Скученное положение зубов – одна из наиболее часто встречающихся патологий зубочелюстной системы. По данным ряда авторов (Арсенина О.И. 2002; Персин Л.С., 2004; Хорошилкина Ф.Я., 2006 и др.), её распространенность составляет в среднем 33,7%.

Устранение данной аномалии без использования несъемной техники может применяться как в сменном, так и в постоянном прикусе, при соответствующих к ней показаниям.

Межпроксимальная сепарация редко используется как самостоятельный метод лечения и более эффективна в сочетании со съёмными аппаратами и пальцевым массажем отдельных зубов, особенно в сменном прикусе.

Цель исследования заключалась в проведении клинической оценки эффективности межпроксимальной сепарации молочных и постоянных зубов в позднем сменном прикусе у пациентов 9-12 лет, находящихся на ортодонтическом лечении с помощью съёмной аппаратуры функционально-направляющего действия (LM-активатор, регулятор функции Френкеля), имеющих легкую степень скученности зубов.

Цели сошлифовывания эмали с проксимальной поверхности зубов – создать пространство для установления зубов в правильном положении, улучшить форму зубов, обеспечить совпадение средней линии между центральными резцами верхней и нижней челюстей, ускорить ортодонтическое лечение.

Максимальное удаление эмали во фронтальной группе зубов нижней и верхней челюсти возможно до 2,5 мм, поэтому применение данного метода обосновано только при легкой степени скученности.

На базе кафедры детской стоматологии и ортодонтии было взято под наблюдение 15 пациентов в возрасте от 9 до 12 лет со скученным положением зубов на верхней и нижней челюсти. Дефицит места при скученности определялся по методике Nance и составлял в среднем 1,7-3,0 мм, что соответствует легкой степени скученности зубов. Наблюдение за пациентами проводилось в течение 3 месяцев.

В первую группу наблюдения вошли 7 человек, которые находились на ортодонтическом лечении на съёмной аппаратуре функционально-направляющего действия без применения межпроксимальной сепарации.

Во вторую группу вошли 8 человек, в процесс лечения которых помимо съёмного функционально-направляющего аппарата, была включена межпроксимальная сепарация фронтальной группы зубов: молочных клыков и постоянных резцов на верхней и нижней челюсти. Во избежание травмы десневого сосочка предварительно раскрывали межзубные промежутки с помощью эластических колец. Сепарация постоянных зубов проводилась с помощью металлической абразивной штрипсы, в области молочных зубов – турбинным наконечником с твердосплавным фиссурным бором. После манипуляции осуществлялось фторирование зубов. За период наблюдения пациентов данная манипуляция выполнялась в среднем 3-4 раза.

Оценка изменений перемещения зубов при лечении скученности легкой степени оценивалась по 3 балльной системе: 0 – изменений не выявлено; 1 – изменения есть, но выражены в слабой форме; 2 – изменения есть, более выраженные.

Месяц	1 группа		2 группа	
	Верхняя челюсть	Нижняя челюсть	Верхняя челюсть	Нижняя челюсть
1	0,2	0,4	0,2	0,4
2	0,4	0,8	0,6	1,0
3	0,7	1,1	1,0	1,75

Эффективность перемещения зубов в процентном соотношении определяли по формуле: $Ef = \frac{A}{N} \times 100\%$, где А – количество пациентов, имеющих самые выраженные изменения перемещения зубов, N – общее число пациентов.

Эффективность перемещения зубов в первой группе наблюдения на верхней и нижней челюсти составила 14,0%, во второй группе на верхней челюсти – 37,0%, на нижней челюсти – 75,0%. В результате исследования установлено, что лечение пациентов съёмными аппаратами функционально-направляющего действия с применением межпроксимальной сепарации на 62,0% эффективнее. Также в ходе исследования было выявлено, что на верхней челюсти перемещение зубов было более длительным, это объясняется вариабельностью размеров фронтальной группы зубов на верхней челюсти по сравнению с нижней челюстью. Использование межпроксимальной сепарации на нижней челюсти эффективнее на 23,0% по сравнению с верхней челюстью.

В ходе проведенного исследования установлено, что применение межпроксимальной сепарации в позднем периоде сменного прикуса достаточно эффективно и оправдано, главное не стремиться за одно посещение сошлифовать большое количество эмали. Также необходимо помнить о глубоком фторировании зубов и использовать данную методику только при санированной полости рта.

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Аспирант А.С. Данилов

Кафедра стоматологии

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: д.м.н. В.Ю. Широков

Воспалительные заболевания пародонта с характерной для них этиологической многофакторностью и четко выраженной этапностью (фазностью) развития (от легкого гингивита до тяжелого пародонтита) служат наглядной

клинической иллюстрацией переходных состояний от полного здоровья пародонта до утраты зубов вследствие разрушения основных составляющих пародонтального комплекса. Столь серьезные медико-социальные последствия воспалительных заболеваний пародонта и отсутствие заметных позитивных сдвигов в их массовой профилактике определяют необходимость углубления и конкретизации представлений об этиологии и патогенезе этого заболевания, в том числе путем уточнения. Нарушения микроциркуляторного русла, происходящие в тканях пародонта, являются ведущими в начале патологического процесса и в процессе развития всего заболевания. Эти изменения вследствие ишемии тканей приводят к глобальным морфологическим изменениям в пародонте. Немаловажное значение в развитии и течении заболевания имеют нарушения системы гемостаза, возникающие вследствие повреждения сосудистой стенки, а также микробной интоксикации.

Цель нашего исследования – изучение состояния эндотелия сосудов у больных хроническим генерализованным пародонтитом.

Основную группу обследованных составили 80 больных хроническим генерализованным пародонтитом (40 – с легкой степенью тяжести и 40 – со средней степенью тяжести). Контрольную группу составили 40 практически здоровых доноров – добровольцев. В результате проведенного исследования установлено, что у больных пародонтитом повышается продукция тканевого активатора плазминогена. При этом повышается выделение эндотелиального фактора роста, что вызывает ремоделирование сосудистого русла. Таким образом, у больных хроническим генерализованным пародонтитом происходит нарушение основных функций эндотелия сосудистой стенки. Эндотелиальная дисфункция при пародонтите не ограничивается только микроциркуляторным руслом тканей пародонта, а носит системный характер. Дисфункция эндотелия сосудов, возникающая при пародонтите оказывает влияние на развитие и течение целого ряда заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистой системы. В настоящее время общепризнанным является роль хронического пародонтита как фактора риска атеросклероза, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и других кардиоваскулярных заболеваний. Отсюда следует, что генерализованный пародонтит приводит к нарушению функции эндотелия сосудистой стенки, что может приводить к развитию сердечно-сосудистой патологии у таких пациентов. Все высказанное требует дальнейших исследований в указанном направлении с целью коррекции выявленных изменений.

**ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ
ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ
ПАРОДОНТИТОМ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КВЧ-ВОЛН**

Аспирант А.С. Данилов

Кафедра стоматологии

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: д.м.н. В.Ю. Широков

Микроциркуляторные нарушения являются одним из ведущих звеньев патогенеза хронического генерализованного пародонтита. Ключевая роль в регуляции микроциркуляции принадлежит эндотелию сосудов. В связи с этим цель настоящего исследования заключалась в изучении половых особенностей изменения функций эндотелия сосудистой стенки при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести на фоне комплексной терапии с использованием КВЧ-волн.

Для достижения цели исследования проводили изучение образцов сыворотки крови 40 здоровых доноров добровольцев (20 мужчин и 20 женщин) и 40 больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести (20 мужчин и 20 женщин) до и после курса комплексной терапии. Проводилось комплексное лечение пациентов с пародонтитом, включающее этиологическую, патогенетическую и симптоматическую терапию. В качестве патогенетической терапии, направленной на нормализацию микроциркуляции в тканях пародонта, использовали КВЧ-воздействие в количестве 10 сеансов на биологически активные точки кожи лица. Для оценки эндотелиальной дисфункции проводили определение иммуноферментным анализом с использованием наборов реактивов фирм «Biomedica» (Австрия) и «Axis-Shield» (Норвегия) эндотелина I и гомоцистеина на анализаторе Stat Fax 2100.

Обнаружено, что при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести происходит увеличение содержания в сыворотке крови гомоцистеина и эндотелина I. Увеличение концентрации гомоцистеина в сыворотке крови в большей степени выражено у мужчин, чем у женщин. Однако повышение концентрации эндотелина I в сыворотке крови при этом одинаково выражено и у мужчин и женщин.

Под влиянием комплексной терапии с использованием КВЧ-волн у больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести происходит снижение повышенной концентрации маркеров эндотелиальной дисфункции в сыворотке крови. Комплексная терапия при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести более эффективно нормализует концентрации в сыворотке крови маркеров дисфункции эндотелия у женщин по сравнению с мужчинами.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ

Студентка 1 курса стоматологического факультета Л.В Иванова

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н., доцент А.В. Чебыкин

Актуальность темы данной работы определяется возрастающей потребностью населения в качественных медицинских услугах.

Целью работы явилось изучение особенностей развития стоматологической помощи в г. Екатеринбурге.

Стоматология – наиболее востребованная отрасль здравоохранения, особенно в среде платных медицинских услуг. К сожалению, многие рассматривают данную сферу, как удачный способ вложения денежных средств, не имея соответствующего образования и опыта. Это приводит с одной стороны, к конкуренции среди специалистов-стоматологов, стоматологических поликлиник и частных кабинетов, с другой – к изменению отношения пациентов к врачу, клинике. В частности, медицинская стоматологическая помощь воспринимается как «поход в магазин или получение услуги».

Известное выражение «кадры решают все» до сих пор актуально. И так, отмечается недостаток высококвалифицированных врачей как в Екатеринбурге, так и Свердловской области. В последние годы в судах Екатеринбурга и Свердловской области наблюдается значительное увеличение количества гражданских исков, предметом которых является возмещение ущерба и морального вреда. К сожалению, далеко не всегда пациенты адекватно оценивают качество оказанной им медицинской помощи. Наиболее часто причиной их заниженной оценки являются необоснованные ожидания результатов лечения. Кроме того, юристы, представители обществ по защите прав потребителей создают нездоровый ажиотаж через СМИ и активной рекламы своих услуг.

Можно предположить, что в будущем нас ждет увеличение подачи исков в суды, жалоб в Роспотребнадзор и другие контролирующие инстанции. Вопрос о вероятном пути развития стоматологии – постепенное укрепление и развитие двух основных секторов – государственного и частного. По последним данным, в 2012 году в Свердловской области зарегистрировано 564 частные клиники, из них в Екатеринбурге – 280, что подчеркивает бурное развитие частной стоматологии, хотя бесплатную стоматологическую помощь гарантирует государство. Анализируя данные по медстрахованию в отношении предоставления платных услуг, Свердловская область занимает лидирующую позицию по сравнению с другими субъектами Российской Федерации (ОМС – 28%, а платные услуги-72%).

В целом, будущее рынка стоматологической помощи эксперты связывают с развитием высоких технологий и появлением клиник новых форматов.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ ГУБЕРНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Студентка 3 курса специальности «Сестринское дело» А.И. Икромова

ГБОУ СПО «Губернский колледж г. Похвистнево»

Научный руководитель: Е.М. Кавтаськина

Эпидемиология изучает здоровье населения, а так же распространение и особенности течения заболеваний, влияние на них окружающей среды и образа жизни людей. Согласно номенклатуре ВОЗ, для оценки пораженности зубов кариесом используют три основных показателя: распространенность заболевания, интенсивность поражения и прирост интенсивности. Распространенность кариеса определяется процентом лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы. Показатель интенсивности поражения – среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями (к), запломбированных (п) и удаленных (у). Общая сумма таких зубов определяется как индекс КПУ и имеет определенное цифровое значение. Прирост интенсивности – увеличение индекса КПУ за год. С целью стандартизации оценки стоматологической заболеваемости созданы определенные требования. Индекс КПУ обладает значительной информативностью. Используя цифровые значения индекса можно рассчитывать потребность в лечебной работе, судить о ее качестве и эффективности, профилактической работе.

Проведенное обследование стоматологического статуса студентов Губернского колледжа позволило определить индекс КПУ (кариес, пломба, удалённые зубы). Полученные результаты показали, что распространённость кариеса составляет 85%, нарушения прикуса выявлено у 20%, у 35% участников обследования обнаружены заболевания пародонта. Также было проведено анкетирование, позволившее определить основные ошибки студентов в уходе за полостью рта.

1. Неправильная чистка зубов – 63%.
2. Употребление большого количества сладостей – 74%.
3. Нерегулярное посещение стоматолога – 56%.

Индекс КПУ по результатам обследования среди студентов Губернского колледжа равен 4,2, что соответствует среднему показателю по России. Для профилактики стоматологических заболеваний требуется проведение санитарно-просветительской работы среди студентов, которая будет способствовать улучшению стоматологического статуса.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Студентка 2 курса медицинского факультета

А.А. Коломейко

Кафедра стоматологии

НУОВППО «Тираспольский межрегиональный университет»

Научный руководитель: к.м.н. П.Н.Большакова

Особенности психофизиологических процессов в организме беременных пациенток на стоматологическом приёме позволяют включить их в особую группу риска. Отсутствие соответствующей информации и сложившиеся неверные предположения о потенциальной опасности стоматологического лечения для плода вызывают беспокойство беременной женщины и её семьи.

Целью нашего исследования стало изучение некоторых проблем, с которыми приходится часто сталкиваться стоматологам при лечении беременных пациенток. С помощью поисковой системы PubMed нами проведен мета-анализ результатов рандомизированных клинических и экспериментальных исследований за последние пять лет, рекомендаций международных стоматологических ассоциаций по стоматологическому лечению здоровых беременных женщин.

Лечение зубов неотложного характера может быть проведено в любом сроке беременности, так как для его запрета даже в первом триместре недостаточно доказательств. Оптимальным периодом для полного лечения зубов беременной является срок 14-20 недель. Диагностическое стоматологическое рентгеновское исследование в дозах ионизирующего излучения менее 5 рад. не увеличивает риск пороков развития, задержки роста или выкидыша и при необходимости может применяться во время беременности с использованием защитного фартука со щитовидным воротником. Гормональный статус беременной предрасполагает к заболеваниям пародонта, а периодонтальные патогены способствуют преждевременным родам и низкому весу при рождении ребёнка.

Лечение зубов во время беременности является не только безопасным, но и необходимым в связи с тем, что состояние здоровья матери влияет на процессы минерализации эмали молочных зубов ребенка. Поэтому диспансеризация беременной женщины – способ антенатальной профилактики кариеса зубов будущего ребенка.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Аспирант Н.М. Левина

*ФГ БОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»
минздрава РФ*

Научный руководитель: д.м.н., профессор Э.М. Гильмияров

Этиологические факторы воспалительных заболеваний пародонта подразделяются на местные и общие. Это разделение является условным, так как этиологические факторы могут быть тесно связаны между собой и с организмом человека.

До 60-х годов XX века развитие воспалительных заболеваний пародонта связывали, с одной стороны, с системными заболеваниями организма (однако не был понятен механизм изменений в пародонте), с другой — с окклюзионной травмой [1, 2]. Однако в соответствии с современными научными воззрениями, ведущая роль в развитии воспалительных заболеваний пародонта принадлежит микрофлоре зубной бляшки, зубного налета, которая представлена преимущественно грамотрицательными и грамположительными кокками, облигатными и факультативными анаэробами, актиномицетами, простейшими, фузобактериями, дрожжевыми грибами, спираллами, спирохетами, бактериоидами и др. [3, 4].

Многочисленными исследованиями было установлено: без зубной бляшки нет воспалительных заболеваний пародонта [5, 6]. Все причинные факторы были разделены на первичные и вторичные. К первичному комплексу причин относили зубную бляшку и вызванные ею воспалительные реакции. Вторичный комплекс причин охватывал местные и системные факторы, позволяющие реализоваться первичному комплексу.

Образование зубного налета и зубной бляшки в большинстве случаев вызвано двумя основными причинами: 1) плохая гигиена полости рта или ее отсутствие; 2) нарушение механизмов естественного самоочищения зубов [7, 8].

Под самоочищением понимают постоянную способность полости рта к очищению ее органов от детрита, остатков пищи, микрофлоры. Ведущую роль в механизме самоочищения играют слюнные железы, обеспечивающие адекватный объем секрета, ток и качество слюны [9, 10]. Кроме того, играют роль движения нижней челюсти, языка, губ, щек, а также нормальное строение зубочелюстной системы, правильно протекающие функции жевания, глотания, дыхания, речи, полноценная нагрузка жевательного аппарата, характер питания (преобладание грубой, жесткой пищи) [11, 12].

Также в самоочищении ПР участвует пульпа зуба за счет выделения зубного ликвора на поверхность зуба. Показано, что депульпированные и расположенные вне зубной дуги зубы плохо очищаются [13, 14]. Через пульпу, ее сосудистую сеть, соединительнотканые структуры реализуется влияние общего состояния организма человека на способность поверхности зубов к самоочищению.

Ослабление механизмов самоочищения зубов может быть вызвана рядом местных факторов:

- нарушением секреции слюнных желез – гипосаливация или вязкая слюна;
- травматической окклюзией – при скученности зубов, аномалиях прикуса в разных плоскостях, неправильно проводимом ортодонтическом лечении, раннем удалении молочных моляров, что приводит к перегрузке постоянных резцов;
- аномалиями строения и прикрепления уздечек губ и языка, мелким преддверием полости рта;
- нарушением функций жевания (ленивое или жевание на одной стороне), глотания (инфантильный тип), дыхания (ротовое, смешанный тип);
- вредными привычками – курение, частое употребление алкоголя, самоповреждение пародонта (ногтями, ручками, заколками и др. твердыми предметами) и т.п.;
- хронической травмой пародонта разрушенными зубами, неправильно наложенными пломбами, деталями ортодонтических аппаратов;
- недостаточной нагрузкой жевательного аппарата, связанная с преобладанием в рационе тщательно обработанной мягкой пищи [15, 16].

Данные факторы затрудняют вымывание микробов слюной, что приводит к нарастанию количества патогенных микроорганизмов в полости рта, нарушению динамического равновесия между нормальной и патогенной флорой.

Список используемой литературы

1. Тургенева Л.Б. Клинический опыт применения мексидола в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита / Л.Б. Тургенева [и др.] // Вестник Смоленской мед. академии. – 2003. – №3. – С. 47-48.
2. Czesnikiewicz-Guzik M. et al. Association of the presence the *Helicobacter pylori* in the oral cavity and in the stomach // J. Physiol. Pharmacol. – 2004. – Vol. 55. – Suppl. 2. – P. 105-115..
3. Соловьева О.П. Эффективность комплексного лечения больных хроническим пародонтитом с местным применением новых антибактериальных препаратов пролонгированного действия: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / О.П. Соловьева. – М., 2005. – 19 с.
4. Laine M.A. Effect of pregnancy on periodontal and dental health // Acta odontol. Scand. – 2002. – Oct. – Vol. 60. – № 5. – P. 257-264.
5. Рабинович С.А. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам (Ч. 3) / С.А. Рабинович, В.Ф. Дмитриева-Носова // Институт стоматологии. – 2005. – № 1. – С. 85-87.
6. Пузин М.Н. Комплексная оценка неспецифических факторов риска при генерализованном пародонтите / М.Н. Пузин [и др.] // Рос. стом. журнал. – 2003. – № 2. – С. 29-35.
7. Hu C.Z. et al. Investigation and analysis of pregnancy gingivitis in 700 pregnancy women // Shanghai Kou Qiang Yi Zue. – 1999. – Mar. – 8(1). – P. 15-17.

8. Павловская О.А. Особенности течения патологических процессов в тканях полости рта при физиологической беременности и гестозе (Клинико-лабораторное исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Павловская. – М., 1999. – 24 с.
9. Михалева Л.М. Хронический пародонтит. Клиническая морфология и иммунология / Л.М. Михалева [и др.] – М.: «Триада-фарм», 2004. – 126 с.
10. Genco R.G. Assessment of risk of periodontal disease // Compendium. – 1994. – Suppl. 18. – P. 678-683.
11. Лемецкая, Т.И. Клинико-экспериментальное обоснование классификации болезней пародонта и патогенетические принципы лечебно-профилактической помощи больным с патологией пародонта: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Т.И. Лемецкая. – М., 1998. – 62 с.
12. Offenbacher S. Periodontal diseases: pathogenesis // Ann. Periodontol. – 1996. – Vol. 1. – № 4. – P. 821-878.
13. Кузьмина, Э.М. Эффективность профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у беременных женщин / Э.М. Кузьмина, В.Ю. Дорошина // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. – 1997. – № 2. – С. 19-22.
14. Bruce A. The Relationship between periodontal disease attributes and Helicobacter pylori infection among adults in the United States // American. Journal of Public Health. – 2002. – Vol. 92. – №11. – P. 1809-1815.
15. Киченко С.М. Новые критерии в ранней диагностике пародонтита у людей / С.М. Киченко [и др.] // Рос. стоматол. журнал. – 2004. – № 5. – С. 31-33.
16. Bobetsis Y.A. et al. Exploring the relationship between periodontal disease and pregnancy complications // Am. Dent. Assoc. – 2006. – Vol. 137. – Suppl. 2. – P. 78-138.

**СОЗДАНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА В РЕЖИМЕ 3D**
Студентка 3 курса стоматологического факультета М.А Майорова
Кафедра реабилитологии и сестринского дела
НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»
Научный руководитель: Заслуженный врач РФ,
д.м.н., профессор В.С. Попов

Воспалительные и дегенеративные изменения в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС) – довольно частая патология, с которой сталкиваются врачи – стоматологи. Статистика показывает, что до 25% обратившихся в стоматологию пациентов сталкиваются с проблемой в области ВНЧС. Сложность анатомического строения сустава, своеобразная амплитуда движений, ранимость структур создают проблемы для исследования и пунктирования данного сустава. В свое время А. Holmlund и G. Hellsing (1985-1986) обосновали артроскопические доступы в ВНЧС. Однако до сих пор не решены вопросы изменения объема сустава, не определены оптимальные точки для

проведения лечебной пункции сустава и углы вхождения иглы («Углы атаки») при различных положениях нижней челюсти.

Целью исследования стало создание математической модели ВНЧС в режиме 3D и поиск нового подхода для исследования и диагностики суставного пространства ВНЧС.

Для решения поставленных вопросов мы провели научное исследование совместно с Университетским центром Самарского технического университета «СамГТУ – стоматология». Исследования проводили на нативном черепе человека с нижней челюстью путем сканирования на лазерном аппарате 3D Roland IPX – 60. Сканирование проходило при параметрах: шаг – 0,8 мм, 10 плоскостей. Отсканированные модели обрабатывались в программном пакете Geomagic studio. После отдельного сканирования проводилась состыковка их с использованием программы Rapidform. Получившаяся математическая модель ВНЧС дает возможность объемного представления о строении ВНЧС, определения оптимальных точек доступа для пункции и артроскопии. При проекции артроскопических точек, указанных выше авторами на область сустава подтверждена их целесообразность для использования в целях лечебной пункции.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ РАННЕГО ДЕТСКОГО КАРИЕСА

Студент 1 курса медицинского факультета В.О. Михеев

Кафедра стоматологии

НУОВППО «Тираспольский межрегиональный университет»

Научный руководитель: к.м.н. П.Н.Большакова

Ранний детский кариес (РДК) – опасная форма кариеса зубов, которая может уничтожить первые зубы младенцев и детей дошкольного возраста и вызвать хронический тонзиллит, ревматизм, заболевание почек, суставов, желудочно-кишечного тракта и ослабить зрение. Эта модель кариеса называется также «рожковым», «бутылочным», «циркулярным», «ползучим» кариесом или «кариесом вскармливания».

Цель данной работы – выявление причин массовости РДК путём мета-анализа результатов опубликованных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) с использованием поисковых систем MEDLINE и Кокрановской Библиотеки среди англоязычных публикаций (2005 – 2013 гг.) о распространённости, факторах риска и профилактике РДК. В результате 53 РКИ отвечали критериям включения.

Распространённость РДК колеблется от 24,2% до 55,4%, но не зависит от расы, национальности или культуры, наиболее уязвимы малообеспеченные дети. Недоедание во время перинатального периода вызывает гипоплазию эмали и последующее развитие кариеса. РДК – инфекционное заболевание, вызванное стрептококком мутанс (СМ), основным

резервуаром которого является мать, от которой ребёнок инфицируется в течение около 2 лет. Дети, рождённые в асептических условиях путём кесарева сечения, более восприимчивы и колонизируются СМ раньше, чем рождённые естественно. От колонизации до развития кариеса проходит примерно 13-16 месяцев. Выявлена зависимость между продолжительностью грудного вскармливания и количеством поражённых или запломбированных зубов: пострадали 75% детей, которые были на грудном вскармливании более 2 лет.

Инфицирование СМ в раннем детском возрасте может быть компенсировано хорошей гигиеной полости рта и некариесогенной диетой. Медико-санитарное просвещение и соответствующие руководства по кормлению и гигиене снижают риск и распространённость РДК и имеют устойчивый эффект до школьного возраста.

**ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КОЛИЧЕСТВА
КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ ЧЕЛОВЕКА В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ЗУБА
ПАЦИЕНТОВ ЧП «АКСИС ДЕНТ», г. ГРОДНО**

*Студентка 6 курса факультета биологии и экологии **Н.И. Нейнска***

Кафедра зоологии и физиологии человека и животных

УО «Гродненский государственный университет им. Янки Купалы»

*Научный руководитель: к.б.н., доцент **Н.З. Башун***

Строение зубов является актуальным предметом разностороннего изучения вследствие практической и теоретической значимости. В антропологической и медицинской одонтологии, кроме описания зубных признаков (одонтоскопии), используются измерения зубов (одонтометрия).

Целью настоящей работы явилась характеристика вариабельности корневых каналов зубов человека в зависимости от групповой принадлежности зуба. Исследования проводились на базе стоматологического кабинета ЧП «Аксис Дент» клинически (*in vivo*) и лабораторно (на удаленных зубах). За основу вариаций морфологии корневых каналов зубов была взята классификация *Vertucci*, которая является одной из наиболее известных в мировой практике. В нашем исследовании были проведены: рентгенография зуба после инъекции рентгеноконтрастным веществом, секционные исследования – изготовления шлифов зуба; методики очистки и придания прозрачности стенкам корня с одновременным введением красящих веществ в полость зуба и корневые каналы и др.

В результате исследования было установлено, что количество корней в одноименных зубах молочного и постоянного прикуса варьирует, причем в молочных зубах наличие дополнительного корня встречается реже, чем в одноименных зубах постоянного прикуса. У обследованных мужчин общая длина зуба и анатомической коронки большая, а корневая система более мощная по сравнению с одноименными зубами у обследованных женщин.

Также выявлена тенденция к увеличению у женщин специфических особенностей корневой системы (наличие латеральных каналов и апикальной дельты, встречаемости типа строения корневого канала).

Установлено, что изменчивость корневой системы зубов человека не случайна и имеет выраженную направленность, обеспечиваемую принадлежностью к определенной возрастной или половой группе.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА АНАЛИЗА ИЕРАРХИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Соискатель Н.М. Полховская

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ГБУЗ СО «Самарская городская стоматологическая поликлиника №1»

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ю.Л. Минаев

Задачу оценки приоритетов различных показателей качества стоматологической помощи, видимо, можно решить только методом экспертной оценки на основе мнений группы достаточно компетентных специалистов.

Мы постарались решить эту задачу, исходя из современных математических методов нечеткой логики. Для этого были использованы исследования американского математика Т.Л. Саати (Saaty Thomas L.), который предложил так называемый метод анализа иерархий (МАИ). Данный метод основывается на принципах попарного сравнения элементов задачи по отношению к их воздействию («весу», или «интенсивности») на общую для них характеристику. В нашем случае в качестве элементов рассматриваются показатели качества, а в качестве общей характеристики – интегральный показатель качества.

Сущность метода состоит в том, что человеку всегда проще определить соотношения отдельных элементов, чем их количественно оценить. Вспомним старый афоризм: «Все познается в сравнении». После иерархического или сетевого воспроизведения проблемы возникает вопрос: как установить приоритеты критериев и оценить каждую из альтернатив по показателям, выявив самый важный из них?

В МАИ все элементы задачи сравниваются попарно. В нашем случае эти сравнения производились группой экспертов-стоматологов. Мы всегда имеем дело с положительными обратносимметричными матрицами, и для их оценки необходимо произвести $n(n-1)/2$ сравнений, где n – общее число сравниваемых элементов. Для данного исследования были выбраны следующие показатели качества стоматологической помощи.

- Удельный вес осложненного кариеса.
- Соотношение числа вылеченных зубов к удаленным.
- Удельный вес осложнений после удаления зубов.
- Удельный вес первичных посещений стоматологов (зубных врачей).

- Среднее число посещений на лечение одного зуба.
- Удельный вес санированных среди первичных обращений.
- Количество УЕТ на одного врача в день.
- Средняя продолжительность временной нетрудоспособности на один случай.
- Отсутствие случаев, сопровождающихся жалобами пациентов и / или их родственников.

Поводами для жалоб служили осложнения при оказании стоматологической помощи; некачественное лечение, повлекшее удаление зуба, повторное лечение пациента либо переделку зубного протеза; расхождения диагноза поликлиники и стационара; необоснованное удлинение сроков лечения и / или протезирования; нарушение этики и деонтологии медицинскими работниками.

Таким образом, число необходимых сравнений с учетом 9-ти показателей качества равно 36. Каждый эксперт при сравнении выбирал один из вариантов относительной важности показателей: от 1 («равная важность») до 9 («очень сильное превосходство»). Для обратной зависимости – соответственно от 1 до $\frac{1}{9}$.

Из полученной матрицы парных сравнений мы сформировали набор локальных приоритетов, которые выражают относительное влияние множества элементов на результирующий элемент. Далее определялась относительная сила, величина, ценность: желательность или вероятность каждого отдельного объекта через «решение» матриц, каждая из которых обладает обратносимметричными свойствами. Для этого нужно вычислить множество собственных векторов для каждой матрицы, а затем нормализовать результат к единице, получая тем самым вектор приоритетов.

Вычисление собственных векторов – задача, которая может потребовать довольно много времени. К счастью, имеются несложные пути получения хорошего приближения к приоритетам. Одним из наилучших путей является геометрическое среднее. Это можно сделать, перемножая элементы в каждой строке и извлекая корни n -й степени, где n – число элементов. Полученный столбец чисел нормализуется делением каждого числа на сумму всех чисел. Так определяется не только порядок приоритетов каждого отдельного элемента, но и величина его приоритета.

В результате проведенного исследования нами была получена матрица размерностью 9×9 , содержащая относительные попарные среднегеометрические значения приоритетности показателей качества стоматологической помощи. В дальнейшем полученная матрица послужила основой для определения последовательности показателей, отсортированных по уровню приоритета, а также вывода математической модели комплексной оценки качества стоматологической помощи. Из-за очень большого объема в данной статье эти выкладки мы не приводим.

В связи с выше перечисленным, применение метода анализа иерархий (МАИ) является перспективным для комплексной оценки качества стоматологической помощи, а также аналогичного использования в других разделах медицины.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖИТЕЛЕЙ г. ТОЛЬЯТТИ

Студентка 3 курса стоматологического факультета

У.Ю. Силинская

Кафедра стоматологии

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: преподаватель Т.Г. Борицкая

Самарская область является регионом высокой экологической напряженности. Экологически неблагоприятные факторы способствуют снижению резервных возможностей организма, угнетению специфических защитных реакций, нарастанию степени напряжения механизмов адаптации организма.

Целью исследования стало выявление влияния факторов внешней среды на стоматологическое здоровье населения г. Тольятти.

В задачи нашего исследования входило следующее.

1. Изучение факторов внешней среды, влияющих на стоматологическое здоровье населения г. Тольятти.

2. Изучение стоматологической заболеваемости взрослого населения г. Тольятти по данным обращаемости в частную стоматологическую клинику.

К неблагоприятным факторам, влияющим на стоматологическое здоровье населения города Тольятти, относятся:

- неправильное применение средств гигиены;
- вредные привычки;
- нерациональное питание;
- профессиональные вредности.

В ходе исследования были осмотрены пациенты в различных возрастных группах.

Распространенность кариеса у обследуемого населения в возрасте от 16-29 лет – 100%. Распространенность заболеваний пародонта выявлена в среднем у взрослых – 55 % случаев. Из общего количества пациентов с заболеваниями пародонта лечение прошли 85%.

В ходе осмотра был определен уровень гигиены пациентов стоматологической клиники.

Также определялся РМА-папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс, позволяющий судить о протяженности и тяжести гингивита

На основании анализа результатов проведенного исследования следует вывод, что распространенность и интенсивность кариеса, патологии пародонта у населения города Тольятти значительно превышает требования ВОЗ для стоматологического здоровья.

АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Внешний соискатель М.Л. Тёмкин

*Кафедра стоматологии
НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»*

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

В настоящее время регламентирующим документом для указания сведений в договоре является Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Нами был проведен анализ договоров на предоставление платных медицинских услуг в 37 частных медицинских стоматологических организациях на соответствие его требованиям нормативных документов.

Проведенный анализ показал, что в 93% случаев отмечены несоответствия используемых договоров установленным требованиям регламентирующих документов.

При изучении договоров выявлены следующие несоответствия.

1. Консультация или лечение проводятся вообще без заключения договора – 14% исследуемых договоров.

2. Предмет договора четко не обозначен: оказываемые услуги именуются как «стоматологические» – 23%.

3. Договор сложен для восприятия – основные пункты объединены или перемешаны между собой – 14%.

4. Обязанности исполнителя не прописаны детально: обеспечение качественного лечения, предоставление всей необходимой информации пациенту, получение согласия на лечение, гарантии и т.д. – 7%.

5. Обязанности пациентов не доведены до их сведения. В результате клиенты могут позволить себе не явиться на прием без предупреждения, опоздать или не выполнить рекомендации врача -14%.

6. Несоответствие договора оказания стоматологических услуг действующему законодательству – в 83% случаев нет сведений о лицензирующем органе и данных о регистрации юридического лица.

7. Не отмечены условия оплаты и порядок расчётов – 29%.

8. В документ включено информированное добровольное согласие на лечение – 21%. Это отдельный медицинский документ.

9. Некачественное оформление документа: ошибки в тексте, сложные предложения, противоречия, мелкий шрифт, отсутствие подзаголовков и разделения на абзацы – 53%.

Таким образом, наиболее распространенными ошибками при оформлении договора на предоставление медицинских услуг являются несоответствие договора оказания стоматологических услуг действующему законодательству, что на наш взгляд связано с недостаточной информированностью руководителей стоматологических организаций.

НОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ДОГОВОРУ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Внешний соискатель М.Л. Тёмкин

*Кафедра стоматологии
НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»*

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

На протяжении последних лет в нашей стране наблюдается увеличение количества судебных исков к медицинским работникам и медицинским организациям.

Анализ судебной практики по рассмотрению пациентов исков к медицинским организациям свидетельствует, что только около 30% дел составляют вполне обоснованные претензии пациентов по поводу неудовлетворительного качества лечения и врачебных ошибок.

В настоящее время регламентирующим документом для указания сведений в договоре является Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Согласно данному Постановлению, договор должен содержать:

а) сведения об исполнителе: наименование и фирменное наименование (если имеется) медицинской организации – юридического лица, адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию; номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа;

б) фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);

в) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

г) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

д) условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;

е) должность, фамилию, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени исполнителя, и его подпись, фамилию, имя, отчество (если имеется) потребителя (заказчика) и его подпись.

ж) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

з) порядок изменения и расторжения договора;

и) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

Таким образом, необходимо приведение договора на оказание платных услуг в соответствие с требованиями регламентирующих документов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА КПУ У НАРКОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ

Студентка 2 курса стоматологического факультета

Е.Е. Формакидова

Кафедра естественнонаучных дисциплин

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.б.н., доцент С.Н. Буригина

По данным статистики в России около 5 млн. человек, включая официально не зарегистрированных, страдают от наркотической зависимости. Учитывая, что численность населения нашей страны составляет около 145 млн. человек, каждый 29 житель России – наркоман! Не менее печальная статистика по Саратову и области – ежемесячно Саратовский психоневрологический диспансер фиксирует новых больных, страдающих наркотической зависимостью, причем последнее время возросло число тех, кто употребляет «жесткие» наркотики – героин и дезоморфин. По итогам 2012 года Саратовская область занимает пятое-шестое место в России по количеству официально зарегистрированных наркоманов, скрытый коэффициент наркомании в области – 6,73%.

Наркотики влияют на весь организм в целом, в том числе на состояние зубов. Нами было проанализировано состояние зубов у десяти пациентов обоего пола в возрасте 25-35 лет, употребляющих героин и дезоморфин, срок наркотизации – от 1 до 6 лет. У всех пациентов выявлено поражение зубов кариесом, причем тяжесть кариеса зубов зависела от продолжительности и вида употребляемого наркотика (на наш взгляд, дезоморфин оказывает более быстрое и мощное разрушительное действие на зубные ряды и состояние ротовой полости в целом).

Как известно, одним из показателей состояния зубов является индекс КПУ – сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов. Согласно классификации (Николаев А.И., Цепов Л.М., 2005), легкой степенью поражения зубов считается КПУ до 8 баллов, средней – 9-12 баллов, и КПУ 13 и более баллов рассматривается как тяжелые поражения всех зубов. И если у пациентов со сроков наркотизации 1-3 года индекс КПУ составил 10-11 баллов, то у наркозависимых пациентов «со стажем» (наркотизация героином 5-6 лет) – этот показатель составил не менее 13 баллов. Более высокий индекс КПУ, на наш взгляд, был характерен и для употребляющих дезоморфин – например, у пациента 25 лет, наркотизация дезоморфином 2 года, КПУ составил 14 баллов.

Таким образом, проведенное обследование выявило у всех пациентов данной группы тяжелую степень течения кариеса.

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Студентка 2 курса стоматологического факультета

А.К. Чумышева

Кафедра стоматологии

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: преподаватель Т.Г. Борицкая

Повышенный риск повреждения тканей зуба у пациентов с несъемной ортодонтической аппаратурой объясняется ухудшением естественной очистки и затруднением доступа к вестибулярной и щечной поверхностям зубов, на которых фиксирована ортодонтическая аппаратура. Очаги деминерализации чаще всего возникают вокруг брекетов и под ортодонтическими кольцами. Эти поражения в виде белых пятен, считающиеся предшественниками кариеса эмали, появляются в результате накопления и длительного сохранения бактериального налета на поверхности зуба. Ортодонтические аппараты не только способствуют увеличению зубного налета, но и физически изменяют микробную среду. Усиливается распространение факультативной бактериальной флоры, появляются новые ретенционные участки, где имеются условия, благоприятствующие колонизации и размножению *Streptococcus mutans*. Микробная флора под ортодонтическими кольцами сходна с флорой при кариесе эмали.

В своем исследовании мы решили доказать необходимость проведения профессиональной гигиены полости рта во время ортодонтического лечения, а также охарактеризовать стоматологический статус пациентов с ортодонтическими конструкциями в полости рта.

Задачами нашего исследования стали изучить гигиенического состояния полости рта, оценка стоматологического статуса пациентов при лечении несъемной ортодонтической техникой и выявление уровня гигиенических знаний и умений, разработка комплекса профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития осложнений при ортодонтическом лечении пациентов.

Были использованы следующие методы исследования: анкетирование и оценка стоматологического статуса с помощью индексов.

Риск возникновения кариеса и увеличения очагов поражения при лечении несъемными ортодонтическими аппаратами составляет от 15 до 85%.

Если гигиенисту не удастся добиться от пациента оптимальной гигиены полости рта, если он не распознает пациентов из группы риска или не примет интенсивных профилактических мер, то это может закончиться плачевно для пациента, у которого возможно возникновение повреждения твердых тканей зуба и пародонта.

Секция 4.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МОРФОЛОГИИ И ПАТОЛОГИИ

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВУШЕК САРАТОВСКОГО РЕГИОНА

К.м.н., доцент И.С. Аристова

Кафедра морфологии и патологии

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Исследования показали, что мегалосомная конституция (57,4%) саратовских девушек в 5,8% представлена атлетическим соматотипом и в 94,2% субатлетическим, представляющим высоких девушек со средним содержанием жирового и костного компонентов. На втором месте по частоте встречаемости находится лептосомная конституция (15,5%), состоящая из девушек стенопластического (95,7%) и астенического (4,3%) соматотипов. Только 4,0% девушек имеют мезосомную конституцию, представленную только пикническим типом (100%). 22,9% девушек не относятся ни к одному из представленных типов.

Среднее значение величины индекса массы тела ($20,55 \pm 0,2\%$) соответствует нормальному распределению, но находится на границе с величиной соответствующей дефициту массы тела ($P < 0,01$).

Средняя величина жирового компонента составляет $14,4 \pm 0,3$ кг (25,4%), костного $7,2 \pm 0,08$ кг (12,8%). Сравнительный анализ показателей компонентного состава тела девушек различных соматотипов показал, что жировой компонент девушек лептосомной конституции составляет $11,0 \pm 0,6$ кг ($22,6 \pm 1,1\%$), костного $6,1 \pm 0,1$ кг ($12,7 \pm 0,3\%$); мезосомной конституции $17,2 \pm 0,1$ кг ($29,8 \pm 0,4\%$) и $7,1 \pm 0,2$ кг ($12,2 \pm 0,3\%$) соответственно; мегалосомной конституции $13,0 \pm 0,3$ кг ($23,5 \pm 0,4\%$) и $7,3 \pm 0,01$ кг ($13,2 \pm 0,1\%$) соответственно.

Наименьший жировой компонент (4,5 кг или 11,7%) встречается при астеническом типе телосложения. У представительниц стенопластического типа он составляет $11,3 \pm 0,6$ кг (23,1%), субатлетического – $12,9 \pm 0,3$ кг (23,6%), атлетического – $14,5 \pm 0,5$ кг (22,9%), пикнического – $17,2 \pm 0,1$ кг (29,8%) и неопределенного – $17,9 \pm 0,5$ кг (31,3%). Костный компонент при астеническом типе телосложения – 5,8 кг (14,9%), стенопластическом – $6,1 \pm 0,1$ кг (23,1%), пикническом – $7,1 \pm 0,2$ кг (12,2%), субатлетическом – $7,2 \pm 0,09$ кг (13,2%), неопределенном – $7,6 \pm 0,1$ кг (12,2%) и атлетическом – $8,5 \pm 0,1$ кг (13,6%).

Представительницы лептосомной конституции – низкорослые и с минимальным содержанием жировой и костной тканей; мезосомной конституции также низкорослые, но со средним содержанием костной и высоким жировой тканей; мегалосомной конституции – высокорослые и со средним содержанием жировой и костной тканей. Девушки неопределенного типа высокорослые, имеют среднее содержание костной ткани и повышенное жиросложение.

**ИЗМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА
ТРЕХ ПОКОЛЕНИЙ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
ВО ВРЕМЕНИ КАК ОТРАЖЕНИЕ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ
(НА ПРИМЕРЕ БЕЛИЧСКОЙ УБ СЛУЦКОГО РАЙОНА)**

*Студент 6 курса факультета биологии и экологии **Е.Ю. Байко***

Кафедра экологии

УО «Гродненский государственный университет

им. Янки Купалы»

*Научный руководитель: к.б.н., доцент **Н.З. Башун***

Один из наиболее важных вопросов возрастной антропологии – изучение процессов роста и развития детей и подростков, связанных с воздействием факторов окружающей среды. Его актуальность только увеличивается с течением времени в связи с нарастанием антропогенной плотности среды: экологического и информационного стрессов, двигательного голода или гиподинамии, ослабления факторов отбора за счет успехов медицины.

Целью работы стало изучение изменения биологического статуса трёх поколений детей школьного возраста во времени (на примере Беличской УБ Слуцкого района). Исследования проводили на основании анализа данных, зафиксированных в журнале регистрации школьных осмотров и в индивидуальной карте ребёнка. Всего в исследовании участвовало 150 человек 3-х поколений, которые были разделены на 3 группы.

1 группа (младший школьный возраст) – 50 человек: 1963-1965 г.р. – I поколение; 1983– 1985 г.р – II поколение, 2003-2005 г.р. – III поколение);

2 группа (средний школьный возраст) – 50 человек: 1958-1959 г.р. – I поколение; 1978-1979 г.р.– II поколение, 1998-1999 г.р. – III поколение.

3 группа (старший школьный возраст) – 50 человек: 1955-1957 г.р. – I поколение; 1975-1977 г.р. – II поколение; 1995-1997 г.р. – III поколение.

В этих группах учащихся мы исследовали морфологические и физиологические показатели физического развития. Для получения данных о предыдущих поколениях использовались журнал результатов медицинского осмотра школьников и индивидуальная карта ребёнка. Исследования показали, что наряду с процессами акселерации по росту, у школьников села идут процессы ретардации по весу. Возраст наступления первой менархе у девочек II и III поколений практически не отличался и составил 13,2 года и 13,1 года соответственно, а в I поколении первая менархе наступала позже на 1 год (14,2 года). Анализ функциональных показателей сердечнососудистой системы у школьников показал, что показатели артериального давления всех групп школьников во всех трёх поколениях существенно не различаются и соответствуют возрастной норме.

УДИВИТЕЛЬНЫЕ ТОЧКИ НА ТЕЛЕ ЧЕЛОВЕКА

Студентка 1 курса лечебного факультета М.Н. Большакова

Кафедра морфологии и патологии

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н., доцент В.А. Осипова

Все сведения об окружающем нас мире мы получаем благодаря специальным чувствительным органам. Мы можем закрыть глаза и уши, не брать ничего в рот и зажать нос, но от пятого тактильного чувства мы избавиться не можем. Оно сопровождает нас всегда.

Заболевания внутренних органов зачастую связаны с нарушением функции соединительной ткани. Как правило, при этом нарушается подвижность кожных покровов, подкожной клетчатки по отношению к фасциям, кроме того, нарушается рельеф кожи над очагами заболевания.

Наш организм требует постоянного внимания и ухода. Управлять им, помогая правильно функционировать долгие годы, можно с помощью воздействия на биологически активные точки. Исследования показали, что лечебное и профилактическое воздействие на анатомические точки на ладонях, ступнях, спине и ушных раковинах эффективно сказывается на организме. Точечный массаж способствует нормализации обмена веществ и улучшению кровообращения. Одним из достоинств точечного массажа является то, что методика его проведения довольно проста, она не требует дополнительного оборудования и дорогостоящих приборов. Кроме того, зона действия точечного воздействия очень мала.

Используя волшебные точки, вы можете не только избавиться от целого ряда недугов, но и воздействовать в желаемом направлении на свой характер, изменяя определенные характеристики своей личности, например, укрепить волю, повысить математические способности, уровень ответственности и сознательности, избавиться от последствий стресса, различных комплексов, нерешимости, тревог и страхов.

НЕКОТОРЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Аспирант Е.Н. Буракова

Кафедра морфологии и патологии

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: д.м.н., профессор П.А. Гелашвили

Измерение различных параметров имеет большое значение для оценки общего физического развития ребенка и пропорциональности развития отдельных частей его тела, изменяющихся при эндокринопатиях, нарушении обмена веществ, врожденных аномалиях развития (таких как хондродистрофия) и др. [1].

Изучение конституциологии должно быть направлено на выявление во

внутри- и межпопуляционного масштаба частоты встречаемости типов телосложения в связи с полом, возрастом, видом деятельности, этнической принадлежностью.

Общепринятыми точками, от которых проводится измерение, служат наиболее доступные ощупыванию костные выступы [2].

На базе ММУ ГПМ№9 ДПО нами проведено антропометрическое изучение динамики роста длинных трубчатых костей и позвоночника у здоровых детей – жителей г. Самары. Были обследованы 220 детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет.

Целью исследования являлось комплексное изучение конституциональных особенностей роста детей от рождения до 18 лет в Самарской области.

Из проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

1) До 1 года равномерно увеличивается длина голени и бедра, как у мальчиков, так и у девочек по отношению к росту; 2) в 4-5 лет отношение длины бедра к росту отражает отставание бедра от общего роста; 3) в 14-15 лет отражение длины голени к росту отражает отставание роста голени от общего роста; 4) замеченные изменения характерны больше для мальчиков, чем для девочек, чем может объясняться более высокая частота нарушения роста костей, например, остеохондропатий среди мальчиков; 5) ускорение роста верхней конечности отмечается в 13-14 лет, как у мальчиков, так и у девочек, но в отличие от нижней конечности, части верхней конечности растут более пропорционально (соотношение приближено к 1:1,08); 6) значительный разброс в размерах окружности груди у детей начиная с 2 месяцев ($\pm 2,18$) возможно связан различным весом, тогда как в размерах окружности головы такого разброса не наблюдается; 7) индекс Соловьева гармонично изменяется в течение всей жизни. До подросткового периода ИС примерно одинаков у обоих полов, но, начиная с 14-тилетнего возраста, отмечается различие в ИС у мальчиков и девочек на 0,25-0,5 см, что, возможно, связано с активным ростом у мальчиков в этот период.

Созданная база данных позволяет провести не только индивидуальную, но и популяционную оценку физического развития, и может служить основой создания программного обеспечения антропологического подхода в клинике. Внедрение в детских учреждениях оценочных таблиц, выделение групп риска по нарушению физического развития у детей от рождения до 18 лет г.Самары, способствует ранней диагностике отклонений в их развитии и своевременное назначение корригирующих мероприятий.

Литература

1. Буракова Е.Н. Возрастные периоды роста длинных трубчатых костей и позвоночника у современных детей // Сборник материалов IV Всероссийской (78 Итоговой) студенческой научной конференции: «Студенческая наука и медицина XXI века: традиции инновации и приоритеты». – Самара, 2010. – С. 42-43.

2. Маркс В.О. Ортопедическая диагностика: руководство-справочник. – Мн.: Наука и техника, 1978. – С. 48-54.

3. Баландина И.А., Гаряев П.А. О достоверности экспресс-оценки телосложения молодых людей с помощью индексов // Сборник статей Международная дистанционная научно-практическая конференция «Внедрение инновационных технологий в хирургическую практику (фундаментальные и прикладные аспекты)», посвященная памяти выдающегося учёного и хирурга профессора В.Н. Парина (Электронный ресурс), режим доступа: <http://www.osurg.com/pages/confpages/98.html>.

4. Буракова Е.Н. Возрастные периоды становления костной системы у детей современного мегаполиса // Сборник материалов V Всероссийской (79 итоговой) студенческой научной конференции: «Студенческая наука и медицина XXI века: традиции инновации и приоритеты». – Самара, 2011. С. 39-40.

К МОРФОЛОГИИ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ СОСУДИСТОГО СПЛЕТЕНИЯ БОКОВОГО ЖЕЛУДОЧКА

*Курсант 6 курса факультета подготовки военных врачей
для сухопутных и ракетных войск **И.Н. Гайворонский**,
студентка 3 курса ФПГВ **Н.Г. Ничипорук**,
студентка 6 курса лечебного факультета **А.А. Сидоркина**
ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»,
Санкт-Петербургский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»
Научные руководители: **д.м.н., профессор И.В. Гайворонский**,
к.м.н., доцент Г.И. Ничипорук, **к.м.н. С.А. Ландик***

Сосудистые мальформации (ангиодисплазии) сосудов головного мозга – достаточно редкая патология. Это вид патологического сообщения между артериями и венами головного мозга.

Во время изготовления анатомического препарата боковых желудочков обнаружена гигантская мальформация левого полушария головного мозга. Она имела овоидную форму и представляла собой переплетение патологически измененных извитых сосудов левой части бокового желудочка, имеющих вид клубка размером 7x5x4 см. При рассечении данного образования установлено, что оно состоит из сосудистых лакун неправильной формы различного размера (от 1 до 5-7 мм). Был взят материал для гистологического исследования с целью установления преобладания компонентов (артериального или венозного) в структуре данного образования.

Согласно литературным данным, сосудистые мальформации – это врожденный порок развития сосудов головного мозга. При незначительных размерах чаще наблюдается бессимптомное течение, крупные мальформации могут вызывать головную боль из-за нарушения гемо– и ликвородинамики,

эпилептические припадки или кровоизлияния. По данным ретроспективного анализа медицинской документации, пациент, от которого был получен аутопсийный материал, не страдал какими-либо признаками поражения головного мозга. Учитывая размеры мальформации, указанный факт является достаточно интересным.

Несмотря на редкую встречаемость артериовенозных мальформаций, в клинике нейрохирургии ВМедА им. С.М.Кирова несколькими разнопрофильными специалистами накоплен большой опыт диагностики и комплексного лечения таких пациентов. В большинстве случаев применяется этапное лечение больных: вначале выполняется внутрисосудистая облитерация патологических сосудов, затем микрохирургическая резекция или радиохирургическое облучение оставшегося фрагмента. Это позволяет ликвидировать патологические сосуды, нивелировать риск геморрагического инсульта, вызвать регресс симптомов заболевания.

ОСОБЕННОСТИ УГЛОВ НАКЛОНА ТАЗА И НАКЛОНА ПЛОСКОСТИ БОЛЬШОГО СЕДАЛИЩНОГО ОТВЕРСТИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

*Курсант 6 курса факультета подготовки военных врачей для сухопутных
и ракетных войск И.Н. Гайворонский*

ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»

Научный руководитель: к.м.н., доцент Г.И. Ничипорук

Нами были изучены 30 мужских и 30 женских тазов из коллекции В.Л. Грубера и 12 современных скелетов взрослого человека (6 женских и 6 мужских) музея кафедры нормальной анатомии, у которых оценивали особенности углов наклона плоскости большого седалищного отверстия и наклона таза. Измерения проводили с помощью циркуля Мартина и специального штанген-циркуля.

Углы наклона таза и наклона плоскости большого седалищного отверстия измерялся на современных скелетах взрослого человека в вертикальном положении. На женских скелетах максимальный угол наклона таза составил 61° , минимальный угол – 54° , среднее значение данного угла – 57° . На мужских скелетах максимальный угол наклона таза составил 57° , минимальный угол – 49° , среднее значение данного угла – 53° .

На женских скелетах максимальный угол между сагиттальной плоскостью и плоскостью большого седалищного отверстия составил 34° , минимальный угол – 30° , среднее значение данного угла – 32° . Максимальный угол между горизонтальной плоскостью и плоскостью большого седалищного отверстия составил 113° , минимальный угол – 107° , среднее значение данного угла – 110° . Максимальный угол между фронтальной плоскостью и

плоскостью большого седалищного отверстия составил – 34°, минимальный угол – 30°, среднее значение данного угла – 32°. На мужских скелетах максимальный угол между сагиттальной плоскостью и плоскостью большого седалищного отверстия составил 43°, минимальный угол – 38°, среднее значение данного угла – 40°. Максимальный угол между горизонтальной плоскостью и плоскостью большого седалищного отверстия составил 115°, минимальный угол – 110°, среднее значение данного угла – 112°. Максимальный угол между фронтальной плоскостью и плоскостью большого седалищного отверстия составил – 43°, минимальный угол – 38°, среднее значение данного угла – 40°.

Установленные морфометрические параметры и ориентация плоскости большого седалищного отверстия доказывают у мужчин и женщин наличие признаков полового диморфизма.

К ВОПРОСУ ОБ ИНФОРМАТИВНОСТИ ПЕЛЬВИОМЕТРИЧЕСКИХ МРТ ИССЛЕДОВАНИЙ

*Курсант 6 курса факультета подготовки военных врачей
для сухопутных и ракетных войск **И.Н. Гайворонский**
ФГКВБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»
Научный руководитель: **к.м.н., доцент Г.И. Ничипорук***

Целью исследования являлось сравнение результатов поствитального анатомического и магнитно-резонансного морфометрических исследований костного таза и их сопоставление, а также определение информативности метода МР-пельвиометрии для измерения костного таза у взрослых женщин.

Исследование включало 2 части: анатомическую и прижизненную. В анатомическом исследовании объектами изучения служили костные препараты таза взрослых женщин (n=31) из коллекции В.Л. Грубера и А.И. Таренецкого музея кафедры нормальной анатомии Военно-медицинской академии.

Прижизненное морфометрическое исследование костных структур таза было проведено на МР-томографе Siemens 1.0T у взрослых женщин (n=43) без видимой патологии костного таза (опухоли, переломы, анкилозы) с использованием стандартных протоколов исследования органов малого таза.

Пельвиометрические параметры, полученные в ходе анатомического и МРТ исследований, были проанализированы и сопоставлены. Для каждого пельвиометрического параметра вычислены значения средней арифметической, ошибки средней арифметической и коэффициент вариации.

Различия средних значений у групп тазов, исследованных с помощью анатомического и магнитно-резонансного методов, между такими параметрами, как наружная конъюгата, анатомическая конъюгата, истинная конъюгата, диагональная конъюгата, прямой размер полости малого таза, высота

крестца, длина копчика, высота симфиза, высота таза, межребневое расстояние, поперечный размер входа, расстояние между седалищными остями и поперечный размер выхода, оказались в данной выборке статистическими не значимыми ($p > 0,05$).

Величины размеров таза, полученные различными методами, отличались, в среднем, на 4 мм. Некоторые расхождения в размерах костного таза, полученных по данным Р-пельвиометрии, объясняется, на наш взгляд, также тем, что в последние десятилетия наблюдается тенденция к акселерации населения, включающая увеличение роста и размеров таза.

Таким образом, на основании проделанной работы можно считать, что результаты прижизненной и поствитальной пельвиометрии сопоставимы, а метод МР-пельвиометрии по точности приближается к поствитальному анатомическому методу.

Магнитно-резонансная томография является высокоинформативным прижизненным методом исследования пельвиометрических характеристик и может использоваться для оценки стандартных размеров и архитектуры костного таза взрослых женщин.

ОСОБЕННОСТИ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПРИТОКОВ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ НОГИ В ОБЛАСТИ ОВАЛЬНОЙ ЯМКИ

*М.А. Гальчун, А.Г. Арданкин, З.А. Гермашиков,
студентки 3 курса ФПГВ Н.Г. Ничипорук, Е.Б. Манашева,
студентка 6 курса лечебного факультета А.А. Сидоркина
ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»,
Санкт-Петербургский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»
Научные руководители: д.м.н. профессор И.В. Гайворонский,
к.м.н., доцент Г.И. Ничипорук*

На материале от 20 трупов людей изучены сосуды, расположенные в области устья большой подкожной вены ноги (БПВ). На 4 препаратах выявлено удвоение БПВ на уровне бедра. При этом слияние указанных сосудов в общий ствол происходило за 1,5-4 см до места впадения в бедренную вену (БВ).

В конечный отдел БПВ впадают несколько наиболее постоянных притоков: наружные половые вены, поверхностная надчревная вена, поверхностная вена, огибающая подвздошную кость. Такое полное сочетание встретилось нам на 8 нижних конечностях. Наружные половые вены (1-3) в большинстве случаев впадали отдельными стволиками в *v. saphena magna* наиболее дистально из указанных выше притоков. На двух препаратах наружная половая вена вливалась в область соустья отдельным стволиком, на трех препаратах отмечено слияние наружных половых вен в единый сосуд непосредственно перед впадением. Поверхностная надчревная и вена, огибающая подвздош-

ную кость, в большинстве случаев впадали в терминальный отдел БПВ общим стволом. В 30% случаев отмечалось впадение поверхностной надчревной вены самостоятельно, а вен, огибающих подвздошную кость, в 1,5-3 см от него. На двух препаратах поверхностная вена, огибающая подвздошную кость, впадала непосредственно в БВ.

Также притоками БПВ являются заднемедиальная (добавочная медиальная подкожная) и переднелатеральная (добавочная латеральная подкожная) вены, выделенные на 20 нижних конечностях. Наличие обеих добавочных подкожных вен встретилось в 6 случаях. Устье переднелатеральной подкожной вены, как правило, располагалось в месте слияния поверхностной надчревной вены и поверхностной вены, огибающей подвздошную кость. Устье заднемедиальной подкожной вены располагалось в 2-4 см от места впадения *v. saphena magna*. При этом добавочная медиальная подкожная вена впадала в БПВ либо самостоятельно, либо после слияния с наружной половой веной (3 и 2 препарата соответственно). Добавочная латеральная подкожная вена в половине случаев формировалась из нескольких (2-3) мелких вен на расстоянии 1-2,5 см от места впадения. Кроме перечисленных выше, встречались притоки, собирающие кровь, главным образом, из задней и медиальной групп мышц бедра. Они впадали в *v. saphena magna* со стороны её задней поверхности.

В области устья БПВ также проходит наружная половая артерия. На 6 препаратах она была представлена двумя ветвями: верхней – *r. inguinalis*, и нижней, – *r. scrotalis (labialis)*. Верхняя ветвь всегда пересекала БПВ спереди, непосредственно у места ее впадения. Нижняя ветвь пересекала БПВ в 2-4 см от соустья, причем спереди и позади *v. saphena magna* в равных соотношениях. На 10 нижних конечностях имелась одна наружная половая артерия, пересекающая БПВ в 0,2-2 см от соустья. При этом артерия располагалась позади *v. saphena magna* в 4 раза чаще, чем впереди нее.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕДРАКОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА

Студентка 2 курса лечебного факультета О.В. Гоголева

Кафедра морфологии и патологии

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: ассистент кафедры С.В. Полетаева

Предраковые поражения шейки матки, вагины и вульвы отличаются большим разнообразием. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) является часто встречающимся состоянием, тогда как предраковые поражения цервикального glandулярного эпителия относительно редки, и вследствие этого плохо изучены. Дифференциальная диагностика между аденокарциномой *in situ* (AIS) и ранней, инвазивной аденокарциномой крайне

затруднительна. Среди доброкачественных, пограничных и злокачественных заболеваний цервикального канала большой интерес представляют дольковая эндоцервикальная железистая гиперплазия (LEGH), и ее вариант – атипическая LEGH, предшествующая цервикальной аденокарциноме с желудочной дифференцировкой, не ассоциированной с HPV-инфекцией. Многорядная муцин-продуцирующая интраэпителиальная неоплазия (SMILE) требует дифференциальной диагностики с CIN и AIS, особой формой резервноклеточной дисплазии и многоядерноклеточной формой AIS.

Целью работы стало выявление частоты предраковых поражений цервикального канала и особенности их морфологической диагностики.

Изучали биопсийный, операционный и консультативный материал патологоанатомического отделения ГБУЗ СОКОД за 2008-2012 гг. Для дифференциальной диагностики в сложных случаях использовали иммуногистохимическое исследование для определения гистогенеза опухолевых клеток, пролиферативной активности и оценки целостности базальной мембраны.

Наличие glandулярной дисплазии часто не указывается в связи с сомнительной диагностической ценностью, тогда как при ретроспективном исследовании выявлено более 20 наблюдений с данными патологическими изменениями.

При ретроспективном исследовании выявлено 14 наблюдений аденокарциномы *in situ* (менее 2 % изученного материала), 11 – инвазивной аденокарциномы цервикального канала. В 5 наблюдениях для дифференциальной диагностики с очагами эндометриоза потребовалось дополнительное исследование. В 6 наблюдениях изменения цервикального канала сочетались с очагами CIN2-3 в покровном многослойном эпителии шейки матки. В 4 наблюдениях AIS имелись очаги интестинальной дифференцировки. Среди факторов, затрудняющих точную диагностику, можно выделить тангенциальные срезы, а также частые наблюдения тубо-эндометриальной метаплазии (TEM) цервикального эпителия со сходными морфологическими проявлениями. Митотическая активность в люминальном слое и наличие апоптотических телец в базальном слое явились наиболее значимыми диагностическими признаками AIS.

Наибольшие трудности в диагностике вызвали наблюдения с гистологической картиной, подозрительной на минимально инвазивную форму аденокарциномы цервикального канала. Термин «ранняя инвазия» не рекомендован и не включен в систему градации FIGO. Установить наличие или отсутствие микроинвазии в glandулярных цервикальных поражениях намного сложнее, чем в плоскоклеточных предраковых изменениях. При необходимости уточнения характера поражения (AIS, микроинвазивная аденокарцинома, инвазивная аденокарцинома) требуется определение индекса пролиферативной активности (ki-67) и целостности базальной мембраны (p63).

Диагностика glandularной дисплазии цервикального канала является трудной и плохо воспроизводимой в заключениях разных патологов. Предраковые поражения цервикального канала сложны для морфологической диагностики. Определение индекса пролиферативной активности и иммуногистохимическая оценка состояния базальной мембраны позволяют уточнить характер поражения в сложных диагностических случаях.

ПРОПОРЦИИ ТЕЛА ШКОЛЬНИКОВ ЛИЦЕЯ

Студентки 1 курса лечебного факультета Я.Г. Дерюжова, А.И. Дукарец

Кафедра морфологии и патологии

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

*Научные руководители: д.м.н., профессор П.А. Гелашвили,
врач-педиатр Т.П. Федоренко*

Изменение пропорций тела подчиняется общим закономерностям. Так, в период полового созревания ускорение роста проходит через следующие этапы: усиление роста кистей и стоп, затем бедер, груди и плеч, в последнюю очередь – туловища. Меньше всего увеличивается голова, так как рост черепа и развитие мозга предшествуют остальному созреванию. При этом кости лицевой части растут быстрее прочих, так что происходит удлинение лица. Все эти изменения у мальчиков выражены сильнее, чем у девочек.

Рост тела и течение полового созревания, безусловно, определены генетически. До периода полового созревания общий рост увеличивается в основном за счет роста ног, после периода полового созревания – за счет туловища. До полового созревания более интенсивно происходит рост в высоту, во время и после полового созревания более интенсивно происходит процесс утолщения костей.

От рождения и до достижения взрослого состояния каждый сегмент тела имеет свойственные ему пропорции по отношению к длине тела. Однако основные антропометрические исследования проведены в 30-50 годы прошлого столетия. После этого произошли существенные изменения, в частности вследствие процессов акселерации.

У учеников Самарского классического лицея (возраст от 12 до 17 лет) нами определены рост, вес, окружность головы, индекс Соловьёва, длины предплечья, стопы, по опросу – рост и вес обоих родителей. Всего исследовано 158 учеников. Среди них было 82 девушки и 76 юношей. Всех учеников мы разделили по возрасту на 9 групп. Каждая группа отличалась от другой на полгода. Например, первая группа учеников возрастом от 12,0 до 12 лет и 6 мес., следующая группа – от 12 лет и 7 мес. до 13,0 лет и так далее.

Результаты измерения веса и роста сведены в таблицу 1. Отмечено, что мальчики лицея оказались выше девочек. Кроме этого, мальчики медицин-

ского лица почти всех классов тяжелее по весу. Только девочки 13,5-14 лет имеют больший вес, чем их одногодки-мальчики. Таким образом, физическое развитие организма изменяется по весу, росту и изменению параметров различных сегментов тела при изменении соотношения между ними.

Таблица 1.
Средние значения роста и веса учащихся медицинского лица

ПОЛ	ВОЗРАСТ, лет, мес.	РОСТ, см	ВЕС, кг
девушки	12,0-12,6	154,00 \pm 6,56	51,00 \pm 11,53
	12,7-13,0	160,18 \pm 8,23	51,45 \pm 11,95
	13,1-13,7	165,78 \pm 4,47	50,89 \pm 7,61
	13,8-14,1	160,36 \pm 5,71	50,64 \pm 9,14
	14,2-14,8	160,60 \pm 5,95	48,60 \pm 4,72
	14,9-15,3	166,18 \pm 5,59	55,06 \pm 7,18
	15,11-16,5	160,50 \pm 4,37	48,83 \pm 4,17
	15,4-15,10	166,10 \pm 6,82	51,70 \pm 5,50
	16,6-17,0	167,33 \pm 3,55	56,00 \pm 5,15
	17,1-17,11	164,00 \pm 4,55	52,75 \pm 4,11
юноши	12,0-12,6	156,86 \pm 7,06	48,71 \pm 10,34
	12,7-13,0	168,00 \pm 6,75	56,20 \pm 13,63
	13,1-13,7	158,78 \pm 9,74	46,33 \pm 8,03
	13,8-14,1	168,20 \pm 8,96	52,40 \pm 9,42
	14,2-14,8	172,93 \pm 8,33	58,73 \pm 9,32
	14,9-15,3	167,22 \pm 4,63	62,11 \pm 9,31
	15,11-16,5	172,13 \pm 5,99	59,25 \pm 7,61
	15,4-15,10	176,25 \pm 8,73	59,00 \pm 7,87
	16,6-17,2	179,25 \pm 11,15	71,25 \pm 11,50

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ВРЕДНОСТЯМИ (НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОК УЗ «БОРИСОВСКИЙ РОДДОМ»)

Студентка 6 курса факультета биологии и экологии Т.С. Драгун

Кафедра зоологии и физиологии человека и животных

УО «Гродненский государственный университет им. Янки Купалы»

Научный руководитель: к.б.н., доцент Н.З. Башун

В условиях производств на человека действует комплекс неблагоприятных факторов в различных комбинациях. Результатом воздействия могут быть нарушения репродуктивной системы, изменения сексуального поведения, снижение фертильности, неблагоприятные исходы беременности, различные гинекологические заболевания.

Целью настоящей работы стало определение характеристики репродуктивной системы пациенток женской консультации № 1 УЗ «Борисовский роддом».

На 3-х участках УЗ «Борисовский роддом» проживает 14000 женщин, из них 706 женщин состоят на диспансерном учете с гинекологической патологией. Проведя анализ заболеваемости репродуктивной системы у жителей г. Борисова за период с 2010 года по октябрь 2012 года, была выявлена взаимосвязь гинекологической патологии с отдельными производственными факторами. Во внимание принимались такие производственные факторы, как повышенная температура воздуха и оборудования, ядохимикаты, электромагнитное излучение, вибрация. Такие факторы присутствуют на предприятиях СП «Фребор», ОАО «БЗМП», хрустальном заводе, деревообрабатывающем комбинате, заводе пластмассовых изделий, заводе резинотехники, ОАО «БАТЭ», ОАО «Автогидроусилитель», РУП «Борисовхлебпром».

Заболевания – фибромиома, полипоз эндометрия чаще встречаются у женщин в возрасте 36-55 лет. В возрасте 16-20 лет такая патология встречается крайне редко. Киста яичника и дисплазия характерны для более раннего возраста – 21-35 лет (реже 16-20 лет). Онкологические заболевания чаще наблюдаются у женщин в возрасте 36-65 лет, реже, но тем не менее затрагивают и возрастной период 21-35 лет. Женщины, работа которых не связана с профессиональными вредностями, чаще всего болеют фибромиомой (28% случаев), на втором месте стоит онкология (26%), полипоз эндометрия занимает третье место (14%). У женщин, имеющих профессиональные вредности, на первое место по частоте заболеваемости выходит онкология (29% случаев), на втором месте стоит фибромиома (22%), третье место занимают дисплазии (17%).

ОСОБЕННОСТИ РАЗМЕРОВ И ФОРМЫ ВХОДА В ГЛАЗНИЦУ

*Преподаватель кафедры нормальной анатомии М.П. Кириллова
ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»
Научный руководитель: д. м. н., профессор И.В. Гайворонский*

Исследование размеров и формы входа в глазницу проведено на 100 черепах из коллекции фундаментального музея кафедры нормальной анатомии ВМА им. С.М. Кирова. Черепа принадлежали мужчинам и женщинам I-II периодов зрелости. Размеры, учтенные в работе: ширина глазницы (Март. 51), высота глазницы (Март. 52), орбитный указатель (Март. 52:51). Средние значения, как и диапазоны значений, в мужской и женской выборках различаются на 1-2 мм, размеры правой и левой глазниц близки. Высота глазницы составляет $33,6 \pm 2,3$ мм у мужчин и $32,6 \pm 1,9$ мм у женщин, ширина – $42,1 \pm 2$ мм и $40,6 \pm 2,2$ мм соответственно. Диапазон значений составляет до 1 см, коэффициент вариации – не более 7%.

В женской выборке замечено смещение распределения категорий орбитного указателя в сторону малых значений (категория хамеконх – 57% от общего числа глазниц), в мужской выборке данная тенденция менее

выражена (47%). Категория «гипсиконх» слабо представлена: 18% – в мужской, 10% – в женской выборке. При соотнесении категорий входа правой и левой глазниц каждого объекта было выявлено, что максимальное соответствие характерно для малых значений орбитного указателя (более 70%); для категории «меззоконх» 50-60% совпадений; для категории «гипсиконх» в мужской выборке – 60%, в женской – менее 30%. Стоит отметить, что сочетание «гипсиконх-хамеконх» встретилось единожды (0,5%), то есть разница между указателями контрлатеральных сторон не превышает предела средних значений (категория «меззоконх»).

Форма входа в глазницу достаточно разнообразна. Выделены 2 принципиальных варианта: четырехугольная и округлая. Четырехугольная в свою очередь представлена прямоугольной, квадратной, трапециевидной, реже ромбовидной формами. К округлой форме относятся круглая, овальная и овоидная. Большинство форм (кроме круглой и квадратной) являются вытянутыми формами. Формы входа в правую и левую глазницу абсолютно совпадают в 67% случаев. В мужской выборке соотношение случаев округлой формы и четырехугольной – 1:2, в женской выборке – 5:7. Наиболее типичные формы: квадратная (26%), прямоугольная (22%), овоидная (19%), трапециевидная (13%), круглая (13%). Выполнено разделение выборки в соответствии с категориями орбитного указателя. Малым категориям орбитного указателя соответствуют вытянутые формы – прямоугольная, овоидная, трапециевидная; большим – квадратная в мужской выборке и круглая в женской.

Таким образом, размеры входа в глазницу у мужчин и женщин различаются, форма входа в глазницу также имеет половые особенности и связана с категориями орбитного указателя.

СОСТОЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

*Студент 3 курса медико-профилактического факультета М.Ю. Копаев
Кафедра токсикологии и экстремальной медицины
ФГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный
медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.П. Куценко*

Одним из основных направлений медицинской эвакуации является применение авиационного транспорта, особенно в мегаполисах.

Анализ литературных данных позволяет констатировать глубокие и перспективные направления развития использования авиационного транспорта в системе оказания медицинской помощи населению в г. Санкт-Петербург.

Так, по состоянию на 2012 год в Санкт-Петербурге имелось только два медицинских учреждения: НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и Детская

городская больница №1, которые могли принимать авиационный транспорт (санитарные вертолеты Ми-8 и Ка-32). Имеющиеся вертолетные площадки проходят соответствующую модернизацию (специальные средства связи, аэронавигационное и светосигнальное оборудование), которая позволит принимать пострадавших круглогодично, не зависимо от климатических условий.

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова также имеет подобную вертолетную площадку, однако официально она не введена в эксплуатацию.

О необходимости развития авиационной медицинской эвакуации в городе говорит и тот факт, что Комитетом по транспортно-транзитной политики в 2013 году запланировано введение в городе в строй 2-х площадок (Александровская и Елизаветинская больницы); а в 2014 году – еще 2-х площадок (СПб ГУЗ «Городская больница № 40 и Больница № 38 им. Семашко).

К концу 2014 года в Санкт-Петербурге запланировано иметь около 6-7 медицинских учреждений, способных принимать санитарные вертолеты.

Кроме того, в настоящее время в городе имеется 18 лицензированных вертодромов (крыша отеля Амбассадор, Английская и Свердловская набережные, Центральном Яхт-Клуб, аэропорт Пулково, Петропавловская крепость и др.).

Однако основной проблемой является недостаточное количество лицензированных вертолетных площадок.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ОБХВАТНЫХ РАЗМЕРОВ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ г. АНДИЖАНА

*Студентка 6 курса педиатрического факультета Ш.Д. Кучкарова
Андижанский государственный медицинский институт,
Научные руководители: Д.Б. Мирзакаримова, Р.М. Юнусов*

Целью работы стало изучение возрастных, индивидуальных особенностей изменения обхватных размеров голени у детей школьного возраста.

Материалом исследования послужили дети учащиеся школ и академических лицеев г. Андижана. Всего обследовано 2200 детей в возрасте от 7 до 17 лет. Исследования детей проводились методом В.С. Сперанского, А.И. Зайченко (1980, 1988).

Установлено, что обхват верхней трети голени у обоих полов увеличивается в 1,4 раза. У мальчиков в среднем на 10,3 см, у девочек – на 9,8 см. Прирост обхвата верхней трети голени у мальчиков в 8-летнем возрасте (по сравнению с 7 лет): правый – 1,08 см и левый – 1,04 см. В 9 лет соответственно: 0,82 и 0,76 см; в 10 лет – 0,74 и 0,75 см; в 11 лет – 0,63 и 0,75 см; в 12 лет – 1,21 и 1,44 см; в 13 лет – 1,06 и 0,84 см; в 14 лет – 2,16 и 2,02 см; в 15 лет – 0,66 и 0,65 см; в 16 лет – 1,71 и 1,63 см; в 17 лет – 0,23 и 0,32 см.

У девочек соответственно: 0,69 и 0,75 см; 1,21 и 1,25 см; 1,3 и 1,42 см;

0,28 и 0,08 см; 0,97 и 1,16 см; 2,07 и 1,73 см; 0,98 и 1,41 см; 1,18 и 0,94 см; 0,23 и 0,3 см; 0,79 и 0,64 см.

Обхват средней трети голени у мальчиков увеличивается в 1,48 раза. У мальчиков абсолютный прирост обхвата средней трети голени в 8 лет составляет: правый – 0,36 и левый – 0,47 см. В 9 лет соответственно: 1,76 и 1,63 см; в 10 лет – 0,18 и 0,14 см; в 11 лет – 0,57 и 0,75 см; в 12 лет – 0,13 и 0,25 см; в 13 лет – 1,3 и 1,36 см; в 14 лет – 2,0 и 1,6 см; в 15 лет – 0,5 и 0,54 см; в 16 лет – 1,89 и 1,99 см; в 17 лет – 1,41 и 1,27 см.

У девочек соответственно: 0,77 и 0,78 см; 1,33 и 1,22 см; 0,25 и 1,13 см; 1,15 и 0,25 см; 0,35 и 0,36 см; 1,55 и 1,56 см; 0,7 и 0,8 см; 1,25 и 1,06 см; 0,51 и 0,69 см; 1,34 и 1,05 см.

У обоих полов обхват нижней трети голени увеличивается в 1,25 раза. Прирост обхвата нижней трети голени у мальчиков в 8-летнем возрасте: правый – 0,3 см, левый – 0,34 см; в 9 лет – соответственно 0,48 и 0,46 см; в 10 лет – 0,04 и 0,08 см; в 11 лет – 0,86 и 0,65 см; в 12 лет – 0,76 и 0,87 см; в 13 лет – 0,75 и 0,77 см; в 14 лет – 0,99 и 0,93 см; в 15 лет – 0,54 и 0,5 см; в 16 лет – 0,32 и 0,46 см; в 17 лет – 0,64 и 0,54 см.

У девочек соответственно: 0,21 и 0,39 см; 1,09 и 1,21 см; 0,21 и 0,23 см; 0,02 и 0,29 см; 1,0 и 0,58 см; 0,89 и 1,11 см; 0,88 и 0,61 см; 0,14 и 0,45 см; 0,12 и 0,13 см; 0,34 и 0,22 см.

Обхватные размеры верхней и нижней трети голени у обоих полов увеличивается одинаково, средняя треть – у мальчиков в 1,48 раза, у девочек – в 1,38 раза. Наиболее интенсивный рост голени на всех уровнях различен, варьируется. Абсолютный прирост обхвата верхней трети голени у мальчиков равен 10,3 см, у девочек – 9,8 см; средней трети соответственно: 10,1 и 9,0 см; нижней трети – 4,68 и 4,2 см.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В СОЧЕТАНИИ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГРОДНЕНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»)

Студентка 6 курса факультета биологии и экологии О.А. Лапковская

Кафедра зоологии и физиологии человека и животных

УО «Гродненский государственный университет

им. Янки Купалы»

Научный руководитель: к.б.н., доцент Н.З. Башун

Сердечнососудистые заболевания – одна из ведущих медико-социальных проблем. Миллионы людей во всех странах мира страдают этими заболеваниями; причем рост заболеваемости и смертности охватил контингент лиц не только пожилого, но также среднего и молодого возраста.

Цель настоящей работы заключается в характеристике гормонально-метаболических нарушений на основе изучения показателей биохимического анализа крови больных сердечнососудистыми заболеваниями на примере пациентов УЗ «Гродненский областной клинический кардиологический центр».

Объектом исследования являлись пациенты с болезнями системы кровообращения, находящиеся на лечении в УЗ «Гродненский областной клинический кардиологический центр» за период январь-сентябрь 2012 года. Возраст исследуемых составлял от 18 до 88 лет.

Среди пациентов с сердечнососудистыми заболеваниями преобладают мужчины (66% мужчин и 34% женщин), что, возможно связано с тем, что мужчины имеют дополнительные факторы риска развития болезней системы кровообращения, мужские половые гормоны являются фактором риска атеросклероза, а женские – антифактором риска. Мужские половые гормоны, в частности тестостерон и метилтестостерон, повышают уровень холестерина в ЛПНП, понижают – в ЛПВП, а также увеличивают их атерогенность. Противоположное влияние на липиды крови оказывают женские половые гормоны – эстрогены.

Повышенный уровень основных показателей биохимического анализа крови у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в основном характерен для лиц зрелого, пожилого и старческого возрастных периодов. У пациентов наблюдались такие эндокринно-метаболические заболевания как ожирение, СД 2 типа, узловой зоб, диффузный эндемический зоб, гипотиреоз. Частая встречаемость эндокринно-метаболической патологии способствовала ухудшению клинического течения болезней кровообращения.

ХАРАКТЕРИСТИКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ И ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА У ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ УЗ «МОГИЛЕВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЛЕЧЕБНО – ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР» ФИЛИАЛ «БОЛЬНИЦА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ»)

Студентка 6 курса факультета биологии и экологии О.А. Максимова

Кафедра экологии

УО «Гродненский государственный университет им. Янки Купалы»

Научный руководитель: к.б.н., доцент Н.З. Башун

Сосудистая патология головного мозга занимает все большее место в структуре заболеваемости населения земного шара. В настоящее время в структуре заболеваемости Республики Беларусь особое место занимают острые нарушения мозгового кровообращения. При этом они являются как причиной тяжелой инвалидизации больных, так и в большинстве случаев причиной смертности.

Целью настоящей работы явилось характеристика основных биохимических показателей крови в сыворотки крови больных с ишемическим и геморрагическим инсультом, а также установление факторов риска инсультов в развитии ОНМК у больных на примере УЗ «Могилевский областной лечебно-диагностический центр», филиал «Больница медицинской реабилитации».

В исследование включены 113 больных с острым нарушением мозгового кровообращения, госпитализированные в неврологическое отделение УЗ «Могилевский областной лечебно-диагностический центр» филиал «Больница медицинской реабилитации» в период с 1 января 2011 года по 31 декабря 2011 года.

В результате проведения сравнительного анализа показателей биохимического анализа крови (углеводного, липидного и пигментного обмена) у больных с ишемическим и геморрагическим инсультом в зависимости от возраста было установлено повышение концентрации в крови общего холестерина, ХС ЛПНП, триглицеридов и снижение содержания общего белка и ХС ЛПВП. Наибольшие отклонения биохимических показателей крови при ишемическом и геморрагическом инсульте наблюдаются в возрастной группе 65-74 лет и 75-84 лет.

Это связано с тем, что компенсаторные возможности организма с возрастом уменьшаются, и организм теряет способность восстанавливать прежние значения нормы.

К ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИИ КОЖНЫХ НЕРВОВ КИСТИ

*Студентки 3 курса ФПГВ Н.Г. Ничипорук, Е.Б. Манашева
ФГКВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»
Научные руководители: д.м.н., профессор И.В. Гайворонский,
к.м.н., доцент Г.И. Ничипорук*

На материале 10 кистей человека методом макро-микроскопического препарирования и на 10 препаратах из учебного музея изучен ход и ветвление кожных нервов кисти. Подтвержден классический вариант распределения нервов, при котором кожа ладони с медиальной стороны соответственно V и медиальной поверхности IV пальцев иннервируется локтевым нервом, остальная поверхность кожи ладони – срединным. Латеральная половина кожи тыла кисти иннервирована лучевым нервом, а медиальная – локтевым.

Установлено, что ладонная кожная ветвь локтевого нерва во всех случаях была больше по диаметру, чем тыльная, являясь прямым продолжением основного ствола нерва. Ладонная ветвь отдавала три собственных пальцевых нерва, которые распределялись на локтевой стороне мизинца и обращенных друг к другу сторонах IV и V пальцев. Тыльная ветвь огибала ши-

ловидный отросток локтевой кости, где отдавала пять тыльных пальцевых нервов, которые иннервируют медиальную поверхность 2,5 пальцев тыла кисти. В одном случае наблюдалась еще одна добавочная ветвь, направлявшаяся к латеральной поверхности среднего пальца.

Из срединного нерва происходило семь собственных пальцевых нервов, которые иннервировали оставшуюся часть кожи ладони. При этом три первых отходило от первого общего пальцевого нерва, которые иннервировали обе стороны большого пальца и лучевую – II пальца. В двух случаях эти ветви отходили от основного ствола нерва. Второй и третий общие пальцевые нервы подразделялись на собственные пальцевые нервы, следуя к обращенным друг к другу сторонам II и III пальцев. Во всех случаях удалось отпрепарировать нервы ладонной поверхности до дистальных фаланг соответствующих пальцев.

Поверхностная ветвь лучевого нерва отдавала пять тыльных пальцевых нервов, которые иннервировали 2,5 пальца с латеральной стороны. В двух случаях (правая и левая кисти одного человека) от лучевого нерва отходило 6 пальцевых нервов, иннервируя три пальца с латеральной стороны. Тыльные кожные нервы в большинстве случаев (9 препаратов) удалось проследить до проксимальной части средней фаланги, после чего они резко истончались, отдавая большое количество мелких ветвей.

Таким образом, в распределении кожных ветвей нервов кисти преобладает классический тип их ветвления.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА И УРОВНЯ АПОПТОЗА В ЛИМФОЦИТАХ КРОВИ ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

Аспирант С.Б. Панина

Кафедра биохимии и микробиологии

ФГАОУ ВПО «Южный федеральный университет»

Научный руководитель: д.б.н. В.В. Внуков

Гонартроз, или остеоартроз (ОА) коленного сустава – распространённое хроническое дегенеративное заболевание, которое остаётся ведущей причиной нетрудоспособности в среднем и пожилом возрасте. Ключевые события патогенеза, развивающиеся в тканях сустава при ОА, включают нарушение баланса метаболических и деградационных сигналов через цитокиновые каскады, а также продукцию провоспалительных медиаторов. Обсуждается роль активных форм кислорода (АФК), окислительного стресса и апоптоза в патогенезе ОА. Целью нашей работы стало изучение роли состояния антиоксидантной системы и уровня апоптоза в лимфоцитах периферической крови при гонартрозе.

Были обследованы 116 пациентов с диагнозом гонартроз (ГА), которые

были разделены на две группы: 1 – пациенты, которые получали консервативное лечение (средний возраст $56,4 \pm 2,4$ года); 2 – пациенты, в лечении которых применяли эндартрохирургические технологии (средний возраст $43,9 \pm 2,4$ года). В качестве контроля обследована группа из 17 условно здоровых людей (доноров) соответствующего возраста.

Установлено, что активность сопряженных ферментов первичного звена антиоксидантной защиты – супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы в лимфоцитах крови пациентов обеих групп возрастает: в 1 группе на 29-79%, во 2 – на 34-36% относительно доноров. В лимфоцитах больных ГА отмечено нарушение согласованности действия ферментов глутатионового цикла – глутатионпероксидазы (ГПО) и глутатион-S-трансферазы (GST). На фоне повышения на 53-65% активности GST активность ГПО не выявляет достоверных различий с контролем в лимфоцитах двух групп больных ГА. При этом активность ксантиноксидоредуктазы (КОР), которая продуцирует наряду с мочевой кислотой супероксид (O_2^-), существенно возрастает: в 1 группе на 129%, во 2 группе – на 52%. Обнаруженный дисбаланс и напряженность функционирования ферментов антиоксидантной системы на фоне активации ферментативной продукции АФК в лимфоцитах при ГА может способствовать усилению свободно-радикального окисления и повышению интенсивности апоптоза. Оценка уровня апоптоза по экспрессии фосфатидилсерина во внешнем монослое мембраны лимфоцитов с помощью FITC-меченого аннексина V показала, что в обеих группах больных ГА наблюдается повышение на 50-69% уровня апоптоза лимфоцитов периферической крови. Таким образом, установлена зависимость интенсивности апоптоза лимфоцитов периферической крови от нарушения их антиоксидантного статуса в группах больных ГА, которым проводили различные виды лечения.

**ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
ОТДЕЛЕНИЯ НЕФРОЛОГИИ УЗ**

«ГРОДНЕНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

*Студент 6 курса факультета биологии и экологии **И.Ю. Пащенко***

Кафедра экологии

УО «Гродненский государственный университет им. Янки Купалы»

*Научный руководитель: к.б.н., доцент **Н.З. Башун***

В настоящее время именно хроническая почечная недостаточность (ХПН) является неизбежным и естественным исходом практически всех, за редким исключением, нефропатий, независимо от их природы. ХПН не является самостоятельным заболеванием, а осложняет различные болез-

ни, поражающие почки. Спектр хронических болезней почек за последние десятилетия существенно расширился, что объясняется, прежде всего, общим старением населения и ростом заболеваемости артериальной гипертензией, сахарным диабетом и атеросклерозом с учащением сосудистых поражений почек. Вследствие прогрессирующих заболеваний почек может развиваться хроническая почечная недостаточность, злоупотребление различными лекарствами, в частности обезболивающими.

Целью работы было изучение половозрастных особенностей больных с хронической почечной недостаточностью на примере отделения нефрологии УЗ «Гродненской областной клинической больницы». Исследование проводилось в период 1 января 2012 года по 31 сентября 2012 года.

Установлено отклонение от нормы у больных с хронической почечной недостаточностью основных показателей биохимического анализа крови (*мочевины, креатинина, калия*). Величина отклонения от нормы зависит от тяжести заболевания и возраста пациентов. Среди пациентов с хронической почечной недостаточностью преобладают женщины (54% женщин и 46% мужчин), что согласуется с данными по демографической ситуации Республики Беларусь. Высокие показатели уровня мочевины и креатинина наблюдаются у лиц, больных ХПН во второй возрастной группе (первый период зрелого возраста). Выявлена достоверная обратная зависимость между уровнем мочевины и уровнем гемоглобина: чем выше уровень мочевины в крови, тем ниже содержание гемоглобина и наоборот.

АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ГОЛОВЫ И СОМАТОТИПА

Соискатель кафедры морфологии и патологии А.А. Рухман

Кафедра морфологии и патологии

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: д.м.н., профессор П.А. Гелашвили

Антропометрические показатели, полученные при обследовании однородных групп населения, являются репрезентативными для построения регионарных нормативов физического развития и особенностей телосложения.

Внедрение в широкую клиническую, в том числе и стоматологическую практику высокоэффективной технологии, основанной на применении современной аппаратуры, значительно повысило качество диагностики различных аномалий, которые встречаются в лицевом отделе головы.

Прежде чем проводить ортопедическое и ортодонтическое лечение пациентов с различными патологическими процессами челюстно-лицевой области, необходимо выяснить функциональные и морфологические особенности органов полости рта и других анатомических образований данной области.

Необходимо обновление стандартов физического развития человека каждые 5 лет. Если в отношении соматометрических параметров и показателей исследования проводятся, хотя и с большим интервалом, то в отношении кефалометрических параметров и показателей их крайне мало.

Поэтому мы посчитали возможным предложить алгоритм оценки антропометрических показателей лицевого отдела головы и соматотипа человека.

Форма лица определяется с помощью различных лицевых индексов. Лицевой индекс Gars-n определяют по процентному соотношению морфологической высоты лица (n-gn) и ширины лица в области скуловых дуг (zy-zy). Морфологический лицевой индекс (IFM) I Zard равен процентному отношению расстояния от точки пересечения средней линии лица (-ph) и касательной к надбровным дугам до точки gn к ширине лица в области скуловых дуг (zy-zy).

Профиль лица оценивают по его виду, который бывает вогнутым, прямым и выпуклым, в зависимости от соотношения положения точек n, sn и рг. При оценке профиля лица учитывают положение верхней (UL) и нижней губ (LL) по отношению к эстетической плоскости (название предложено Ricketts), проходящей через точку (EN) на кончике носа и точку (DT), соответствующую точке рг.

Скуловой диаметр – наибольшее расстояние между наружными поверхностями скуловых дуг. Средняя ширина лица – расстояние между наиболее выпуклыми участками скуловых дуг. Верхняя высота лица – расстояние между точками нозион и альвеолярной точкой. Полная высота лица – расстояние между точками наззион и гнатион.

Отношение полной высоты лица к скуловому диаметру называется общим лицевым указателем. Длина альвеолярной дуги – расстояние от простиона до пересечения медиальной плоскости с линией, соединяющей задние края альвеолярного отростка верхней челюсти. Последняя точка определяется по нитке, натянутой между задними краями альвеолярного отростка верхней челюсти и крыловидными отростками основной кости.

Длина неба – расстояние от точки пересечения медиальной плоскости с линией, соединяющей задние края резцовых альвеол, до точки пересечения той же плоскости с линией, соединяющей задние точки твердого неба, находящиеся в основании задней носовой ости.

По общепринятой методике В.В. Бунака (1941) для оценки соматического типа определяли антропометрические показатели организма человека стандартным набором антропометрических инструментов, прошедших метрический контроль (антропометр Мартина с ценой деления 1,0 мм, большой толстотный и скользящий циркуль с миллиметровой шкалой деления; сантиметровую полотняную ленту с ценой деления 1 мм, калипер, медицинские весы с точностью измерения до 200,0 г.).

Парные размеры определялись на правой стороне тела.

С помощью антропометра Мартина определяли продольные размеры:

высоту стояния антропометрических точек над полом, полную длину тела, длину туловища.

С помощью толстого и скользящего циркулей определяли следующие диаметры частей тела: поперечный диаметр груди, продольный диаметр груди, акромиальный диаметр (плечевой диаметр или ширина плеч), подвздошно-остистый диаметр, тазо-гребневой диаметр или диаметр, иже-вертельный диаметр.

Проводился анализ индексов Ропера (P / L^3) и массы тела (P / L^2 , где P – масса тела, L – длина тела).

Между формой лица и шириной, длиной зубных рядов, их апикальными базисами установлена устойчивая взаимосвязь, поэтому при определении индивидуальной средней нормы размера зубных рядов обязательно учитывают форму лица.

Изучение временной динамики изменчивости габаритных размеров и компонентного состава тела позволяет выявить вектор направления индивидуально-типологической изменчивости адаптивных реакций, обменных процессов, влияния антропогенных и других факторов в определённой популяции лиц, проживающих в крупных промышленных городах.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АСИММЕТРИЯ ПОЛУШАРИЙ БОЛЬШОГО МОЗГА

Студент 1 курса лечебного факультета Ш.Б. Саттаров

Кафедра морфологии и патологии

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.б.н., доцент В.А. Осипова

Познать самих себя призывал людей еще великий Сократ. Индивидуальность личности во многом определяется спецификой взаимодействия отдельных полушарий мозга. Доминантность полушарий по отношению к речевым функциям впервые была продемонстрирована французским хирургом и антропологом Брока. Правильность идеи Брока быстро подтвердилась, и в результате родилась теория доминантности мозговых полушарий.

Для изучения функциональной асимметрии мозга нами было проведено исследование высшей нервной деятельности у студентов 1 курса лечебного факультета – 5 юношей и 10 девушек.

С помощью словесных тестов мы определяли свойство нервных процессов:

1. При определении силы нервных процессов было выявлено, что у юношей были более ровные показатели, тогда как у девушек наблюдался большой разброс.

2. По уравновешенности нервных процессов – показатели лучше у юношей, у девушек почти не отличались.

3. По подвижности нервных процессов показатели были лучше у юношей.

Исследование показало следующее.

Юноши: 3 – абстрактно-логическое мышление; 2 – смешанный тип.

Девушки: 8 – конкретно-образное мышление; 1 – абстрактно-логическое мышление; 1 – смешанный тип.

Далее нами была исследована память на цифры, слова и рассказ. Лучшее показатели у студентов были на цифры и отдельные слова.

Функциональная асимметрия правого и левого полушарий большого мозга проявляется в том, что каждая из них обладает своей, только ему свойственной высшей функцией, проявляющейся в наличии или отсутствии анализаторов устной и письменной речи, математических или художественных способностей. Есть принципиальные различия в способе восприятия, переработки и воспроизведения информации, в проявлении эмоций. Следует отметить, что количество леворуких людей составляет 5-10% общества. Леворукость – вариант нормы. Леворукие люди востребованы в некоторых видах спорта и профессиях.

Считается, что из 15 млрд. нервных клеток коры большого мозга человек использует лишь 4%. Это дает надежду на потенциальные возможности мозга.

ЗРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗАТОР И ЗАКОНЫ ВОСПРИЯТИЯ

Студентка 1 курса лечебного факультета Т.А. Стериопулос

Кафедра морфологии и патологии

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н., доцент В.А. Осипова

Анализатор – это многоклеточный и многоуровневый аппарат, отражающий в виде психических актов ощущения и восприятия физических и химических параметров внешней и внутренней среды организма. Это модально специализированный аппарат получения информации.

Зрительный анализатор представляет сложную систему, главной целью которой является наиболее точное восприятие, первоначальная обработка и передача информации, содержащейся в электромагнитном излучении видимого света. Все отдельные части глаза, а также клетки, их составляющие служат максимально полному выполнению этой цели.

Глаз человека, рассматривающий сложный объект, никогда не движется по нему равномерно, а всегда ищет и выделяет информативные точки, привлекающие внимание рассматривающего. Особый интерес представляет изучение с помощью этой методики процесса рассматривания сложных сюжетных картин.

Было проведено исследование анализаторной системы у студентов 1 кур-

са лечебного факультета. В эксперименте учувствовало 15 человек: 5 юношей, 10 девушек. Им была предложена черно-белая иллюстрация. На ней было замаскировано 12 лошадей. Задача студентов – обнаружить их на этой иллюстрации. Девушки нашли 9 силуэтов лошадей, юноши – 7.

В этом процессе такие особенности восприятия, как целостность, предметность, константность выступают в содружестве. Но как только наступают поисковые «соответствия», то особенности восприятия проявляются более самостоятельно. Такие различия восприятия могут отчетливо выступать при рассматривании бессмысленных чернильных пятен. Этот метод был предложен швейцарским психологом Роршахом. Эксперимент показал, что девушки были склонны оценивать предмет в целом, их ответы были очень разнообразны, как и цветовая гамма. Юноши чаще выделяли отдельные детали. Таким образом, результативное восприятие предмета может возникнуть как процесс либо быстрого опознания предмета, либо сложной аналитико-синтетической работы мозга, вследствие чего выделяются одни, существенные, и тормозятся другие, несущественные, признаки. Результатом этого процесса является построение образа.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПОРАЖЕНИЙ УСТЬЕВ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

*Внешний соискатель кафедры нормальной анатомии К.Н. Фомин
ФГКВБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»
Научный руководитель: д. м. н., профессор И.В. Гайворонский*

Применительно к анатомическому обоснованию индивидуальных подходов к технике контрастных исследований сосудов сердца и эндоваскулярных вмешательств в бассейнах правой и левой венечных артерий нами выполнено клинично-анатомическое исследование. Его целью явилось изучение степени стеноза устьев венечных артерий по материалам контрастных ангиографических исследований у больных с разной степенью ИБС, а также морфологическая оценка устьев коронарных артерий у умерших без выраженных признаков общего атеросклероза и кардиосклероза.

Прижизненные ангиографические исследования, выполненные у 935 больных показали, что устье правой коронарной артерии стенозируется значительно в большей степени, чем левой. Так, средние величины стеноза устья правой венечной артерии в группе из 49 больных составили $76,7 \pm 3,42\%$, а устья левой – $49,8 \pm 4,03\%$ (53 пациента). Эти различия явились побудительным мотивом к углублённой морфологической оценке строения и топографии устьев коронарных артерий в норме у разных людей.

Анализ поражений устьев левой и правой венечных артерий

отдел	% стеноза стенки	кол-во наблюдений
Устье левой венечной артерии	49,8 ± 4,03	53
Устье правой венечной артерии	76,7 ± 3,42	49

Выявленные различия в особенностях поражений венечных артерий, по нашему мнению, обусловлены особенностями расположения устья венечных артерий и архитектоники их ствола. Эти вопросы послужат предметом дальнейших прицельных исследований.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА ТЕЛА У СТУДЕНТОВ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ПО ДАННЫМ БИОИМПЕДАНСНОГО АНАЛИЗА

*Студентка 6 курса факультета биологии и экологии А.В. Чекель
Кафедра экологии*

*УО «Гродненский государственный университет им. Янки Купалы»
Научный руководитель: д.б.н., доцент Н.П. Канунникова*

Исследования состава массы тела человека *in vivo* приобретают в последние годы всё возрастающее значение. Изучение состава тела играет ключевую роль в диагностике ожирения, остеопороза, значимо при некоторых других заболеваниях и позволяет с хорошей точностью прогнозировать риск развития многих заболеваний. Величина индекса массы тела в определенной степени отражает запасы жира в организме и может сигнализировать о его излишке, риске развития ожирения и связанных с ним заболеваний. Наиболее объективным и широко используемым методом оценки состава тела человека на сегодняшний день является биоимпедансный анализ.

Целью нашей работы стало изучение изменений состава тела у студентов высшей школы методом биоимпедансного анализа. Объектом исследования явились студенты второго курса дневной формы Учреждения образования «Гродненский государственный университет имени Янки Купалы».

На основании комплексного анализа антропометрических данных и показателей состава тела, а также с учетом процента жировой массы, были выделены следующие группы: истощение, фитнес-стандарт, норма, избыточный вес, ожирение. В группу фитнес-стандарта вошли 25% юношей и лишь 9% девушек. В группу с нормальной массой тела и нормальным процентом жировой массы вошли 44% юношей и 31% девушек. Избыточная масса отмечалась у 43% девушек и 6% юношей. Ожирение было выявлено у 17% девушек и 6% юношей.

Таким образом, биоимпедансометрия позволяет изучать особенности состава тела, оценить физическое и гормональное развитие, степень развития мускулатуры, наличие жировой ткани, интенсивность основного обмена, объем общей жидкости и внутриклеточной жидкости и т.д.

Анализ показателей, полученных при таком способе обследования, дает развернутую картину состава тканей организма, интенсивности основного обмена, процента жировой ткани для каждого отдельного человека. Это предполагает возможность проведения текущего мониторинга состояния организма, своевременной корректировки рациона питания и поддержания оптимальной массы тела, необходимой для сохранения здоровья и профилактики заболеваний.

ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА КРЫС КАК ОБЪЕКТ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

*Студентка 2 курса лечебного факультета **О.А. Чередниченко***

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия»

*Научный руководитель: к.м.н., доцент **И.Ю. Саяпина***

Простата крыс является ценным объектом для экспериментальной медицины. В англоязычной научной литературе в простате крыс выделяют три парные доли: вентральные, дорсальные и латеральные, из которых только дорсальные и латеральные доли (ДЛП) являются морфологическим и биохимическим эквивалентом простатических желез человека. Следовательно, результаты экспериментальных исследований, проведенных на ДЛП крыс, могут быть экстраполированы на человека. К сожалению, в экспериментальных работах большинства отечественных авторов не отражается долевая специфика предстательной железы крыс.

В связи с этим цель настоящей работы – изучить долевую специфику предстательной железы крыс при помощи гистологических и количественных методов.

Обзорная микроскопия показала, что снаружи предстательная железа крыс покрыта тонкой капсулой из плотной волокнистой соединительной ткани, от которой отходят прослойки, разделяющие предстательную железу на парные вентральные, дорсальные и латеральные доли.

Секреторные отделы вентральной простаты (ВП) альвеолярно-трубчатого типа выстилает однослойный высокий призматический эпителий, образующий невысокие складки, выступающие в просвет ацинусов. Согласно данным морфометрии высота glanduloцитов ВП достигает

29,08±0,26 мкм. На уровне выводных протоков высокий призматический эпителий без резкой границы переходит в низкий призматический эпителий, не образующий складок. Секреторные отделы и выводные протоки ВП окружают гладкие миоциты, расположенные в 1-3 ряда.

Секреторные отделы ДЛП выстилает однослойный низкий призматический эпителий, образующий нерегулярные пальцевидные выпячивания в просвет ацинусов. По данным морфометрии высота glanduloцитов ДЛП достигает 21,95±0,20 мкм. На уровне протоков ДЛП количество складок уменьшается, эпителий становится плоским. Стромальный слой, окружающий ацинусы ДЛП, представлен 3-4 рядами гладких миоцитов с циркулярной ориентацией, на уровне протоков железы толщина стромального слоя увеличивается до 5-6 рядов гладких миоцитов.

Таким образом, простата крыс обладает ярко выраженной долевой спецификой, которую необходимо учитывать при проведении экспериментальных исследований.

ДЕМЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛОВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПАЦИЕНТОВ ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ИНВАЛИДОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ ИМ. П.М. МАШЕРОВА»

Студентка 6 курса факультета биологии и экологии К.И. Чернушевич

Кафедра экологии

УО «Гродненский государственный университет им. Янки Купалы»

Научный руководитель: к.б.н., доцент Н.З. Башун

Сердечнососудистые заболевания, наравне с онкологическими заболеваниями и диабетом, прочно удерживают первенство среди самых распространенных и опасных болезней XX, а теперь уже и XXI века.

Целью настоящей работы является характеристика демэкологических особенностей заболеваний сердечнососудистой системы человека на примере пациентов ГУ «РКГ ИВОВ им. П.М. Машерова». Исследование проводилось в период с 1 января 2012 года по 30 июня 2012 года на базе ГК «РКГ ИВОВ им. П.М. Машерова». Исследовано 5330 человек (3346 мужчин и 1984 женщин). Возраст исследуемых составил от 40 до 88 лет. У исследуемых анализировались такие функциональные показатели как частота сердечных сокращений (пульс), артериальное давление (АД), индекс массы тела (ИМТ), кроме этого проводился осмотр глазного дна, осу-

ществлялась оценка сердечной деятельности (выслушивание при помощи стетоскопа), некоторым пациентам кроме инструментальных исследований назначались различные лабораторные тесты.

Проведенные исследования показали, что риск развития заболеваний сердечнососудистой системы у мужчин выше, чем у женщин, но с возрастом данные различия уменьшаются, в то время как женщины составляют группу риска после наступления периода менопаузы. Самую опасную группу риска для развития заболеваний сердечнососудистой системы составляют мужчины старше пятидесяти пяти лет, женщины – старше шестидесяти пяти лет. По результатам проведения анализа частоты заболеваемости среди регионов Республики Беларусь выявлено, что наибольшая встречаемость патологии выявилась в Минске и Минской области, а меньшая – в Гомельской и Могилевской областях. В результате проведенного анализа по распространённости в госпитале среди сердечнососудистых заболеваний первое место занимает артериальная гипертензия, второе – ИБС: стенокардия напряжения, третье – инфаркт миокарда.

Секция 5.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ТЭЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ В СИСТЕМЕ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Студентка 4 курса специальности «Лечебное дело» А.А. Афанасьева

Кафедра общепрофессиональных дисциплин

ФГ БОУ ВПО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова»

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

(Медико-психолого-социальный институт)

Целью работы стало выявление зависимости клинико-лабораторных данных от уровня локализации тромбоэмбола в системе легочной артерии.

Основу работы составил анализ историй болезней 25 пациентов (12 мужчин и 13 женщин, средний возраст $55,9 \pm 5,1$ лет), у которых наличие тромбоэмбола подтверждено данными МСКТ-ангиопульмонографии. Для реализации цели исследования пациенты были разделены на 2 группы: группу 1 составили 10 пациентов с эмболизацией главных и долевых легочных артерий; группу 2 – 15 пациентов с эмболией на сегментарном и субсегментарном уровнях. Анализ историй болезни включал оценку частоты встречаемости жалоб, ЭКГ-признаков, коагулограммы, рентгенологических признаков ТЭЛА.

В группе 1 одышка встречалась статистически значимо чаще ($p=0,045$), чем в группе 2 (100% и 60%, соответственно). Жалобы на боль в грудной клетке и слабость достоверно ($p=0,044$) преобладали у пациентов группы 1 (100% и 70%) по сравнению с группой 2 (33,3% и 26,7%, соответственно). Частота жалоб на кашель и кровохарканье отличалась статистически не значимо ($p=0,32$). В частоте встречаемости рентгенологических признаков в исследуемых группах установлены следующие отличия: достоверное преобладание расширения корней легких (50%, $p=0,032$) и инфильтрации легочной ткани (50%, $p=0,043$) в группе 1 по сравнению с группой 2 (13,3% и 33,3%, соответственно). ЭКГ-признаки: фибрилляция предсердий в 1 группе встречается в 60% случаев, синусовая тахикардия – в 20%, во 2 группе они составляют 20% и 6,7% соответственно. Одним из важных отрицательных прогностических критериев наличия ТЭЛА является уровень D-димера фибрина в крови. У большинства (94,4%) пациентов выявлен высокий уровень ($>0,5$ мг/л) данного показателя, причем в группе 1 частота выявления высокого уровня анализируемого показателя была ниже (85,7%) по сравнению с группой 2 (100%).

Клиническая картина у пациентов с ТЭЛА зависит от уровня эмболизации ветвей легочной артерии. При эмболизации на уровне главных и

долевых легочных артерий отмечаются более выраженные клинические проявления, чем в случаях с локализацией эмбола на уровне сегментарных и субсегментарных ветвей. Рентгенологическая картина также в большей степени выражена у пациентов этой группы.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
У РОДИЛЬНИЦ С ПОСЛЕРОДОВЫМ ЭНДОМЕТРИТОМ**
Ш.К. Баймуратова, Ш.О. Файзуллаева, Н.С. Шаджанова, Д.К. Ширинов
Кафедра акушерства и гинекологии
Ташкентская медицинская академия
Научный руководитель: д.м.н., профессор Ф.М. Аюпова

Одним из важных критериев оценки степени тяжести послеродового эндометрита (ПЭ) являются сроки развития данного заболевания у родильниц после родов через естественные родовые пути (ЕРП) и кесарево сечения (КС).

Целью исследования стало изучение особенностей клинического течения у родильниц с послеродовым эндометритом.

Клинические исследования проведены за период 2006-2010 гг. на базе кафедры акушерства и гинекологии №1 Ташкентской медицинской академии. Под наблюдением находились 80 женщин с ПЭ в возрасте от 18 до 36 лет ($34,3 \pm 1,8$ лет). У 55 (68,85%) женщин ПЭ развился после родов через ЕРП, а у 25 (31,2%) после КС. Степень тяжести ПЭ оценивали в соответствии с общепринятыми критериями диагностики.

Установлено, что в большинстве случаев ПЭ развивался в диапазоне от 2-х до 12-и суток после родов. При этом развитие ПЭ в первые 3-е суток после родов, определили как тяжелая степень ПЭ, а более позднее начало (от 5-и до 12-и) суток как средняя степень ПЭ. Следует отметить, что большинство выявленных ПЭ у родильниц приходится на срок от 3 до 5 сут после родов (36,2%). До 2-х сут выявлено развитие ПЭ у 18,7% родильниц, от 2 до 3– у 26,2%, от 5 до 8 сут и от 8 до 12 сут соответственно у 11,2 и 7,5%. При этом со средней степенью тяжести ПЭ выявлено у 53 (66,25%) родильниц, с тяжелой – у 27 (33,75%). Из 53 родильниц со средней степенью ПЭ развилась у 37 (67,3%) женщин после родов через ЕРП, а после кесарева сечения – у 16 (30,2%). Тяжелая степень ПЭ из 27 родильниц развилась у 18 (66,7%) после родов через ЕРП, и после КС – у 9 (33,3%). Важным симптомом заболевания при развитии ПЭ были повышение температуры тела. У родильниц со средней степенью ПЭ повышение температуры тела отмечено в основном до 38-38,5 (медиана 37,9-0,53), а с тяжелой степенью до 38– 39,3 ($38,2 \pm 0,44$). Общее самочувствие родильниц с ПЭ при средней степени заболевания было относительно удовлетворительным, сон и аппетит оставались хорошими, головных болей не было. При осмотре шейки матки

в зеркалах она гиперэмирована, отечная с цианотичным оттенком. Из полости матки отмечались выделения от мутных до гноевидных. При влагалищном исследовании были определены несколько увеличенные размеры матки, а лохии были мутными с ихорозным запахом и/или гнойными. При тяжелой степени ПЭ важными симптомами заболевания (кроме повышения температуры до 39°C) были тахикардия, головная боль, резкая слабость, нарушения сна, снижение аппетита, боли внизу живота, болезненность матки, гнойные выделения с ихорозным запахом. У родильниц с ПЭ после кесарева сечения клинические симптомы протекали более выражено, чем у родильниц с ПЭ после родов через ЕРП. При клинико-лабораторных исследованиях установлено, что у родильниц с тяжелой степенью ПЭ более выражено нарушения показателей периферической крови, чем у родильниц со средней степенью ПЭ. У родильниц с тяжелой степенью ПЭ выявлено более выраженное повышение в периферической крови лейкоцитов, в том числе палочкоядерных, лимфоцитов, на фоне некоторого снижения сегментоядерных нейтрофилов по сравнению с аналогичными данными у родильниц со средней степенью ПЭ. На степень тяжести развития ПЭ возможно влияло частота выделения факультативно-анаэробных бактерий и дрожжевых грибов из полости матки. При культуральном исследовании аспириатов из полости матки у всех родильниц выявлен высокий титр факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов. Чаще (75%) выделяли по одному виду патогенных микроорганизм в образце в ассоциации с лактобациллами. Реже (25%) ассоциации двух патогенных микроорганизмов в сочетании с лактобациллами, преимущественно *Staphylococcus epidermidis* и *Enterococcus faecalis*. Более чем у 45 (56,2%) микрофлора была представлена только лактобациллами. У родильниц с тяжелой степенью ПЭ микроорганизмы присутствовали в титрах, превышающих 10 КОЕ/мл на фоне высоких концентраций лактобацилл (10^3 - 10^5 КОЕ/мл), ассоциированных с факультативными анаэробами. Одновременно у родильниц с тяжелой степенью ПЭ отмечен более высокий рост дрожжевых грибов *Candida albicans* и *Candida glabrata* – 10^6 - 10^7 КОЭ/мл. Следовательно, среди причин развития средней и тяжелой степени ПЭ важное место занимает высокая степень обсемененности полости матки патогенной и условно патогенной микрофлорой. Развитие ПЭ одновременно характеризовалось нарушениями скорости инволюции матки. Анализ результатов исследований показал, что у родильниц контрольной группы объем матки по данным УЗИ статически значимо уменьшался на 3-7 сутки на 37,6%, тогда как у родильниц с ПЭ на этот срок наблюдения – на 17,8%, то есть на 19,8% ($p < 0,05$) меньше по сравнению с контролем; у родильниц после КС с ОПЭ – а 12,3%; а по сравнению с контролем – на 25,3% ($p < 0,01$). Следует отметить, что у родильниц с ПЭ независимо от метода родоразрешения к концу 7 суток после родов не выявлено значимых различий в инволюции матки, что указывает о едином механизме, приводящем к процессу торможения уменьшения объема матки. Следовательно, ультразвуко-

вая картина послеродовой матки у рожениц с ОПЭ значительно зависит от метода родоразрешения – уменьшение объема матки после КС значительно медленнее. Кроме того, после абдоминального родоразрешения отмечается утолщение объема передней стенки матки, особенно выраженное в области шва. Установлено, что в проекции шва визуализируется зона с неоднородной эхоплотностью, шириной 1,5-2 см, в структуре которой идентифицировали точечные и линейные сигналы с низким уровнем звукопроводимости – отражения от лигатур. Также у рожениц с клиникой воспалительного процесса в матке отмечалась выраженная неоднородность структуры миометрия в области шва на матке с преобладанием участков повышенной эхогенности без четких контуров, которые окружали отражения от шовного материала. У рожениц с ПЭ после родов через ЕРП у 15 (55,0%) выделения мутные с ихорозным запахом и у 2 (44,4%) кровянисто мутные с запахом, а у рожениц после КС у всех с гнойным отделяемым с ихорозным запахом.

Можно сделать заключение, что важными симптомами заболевания ПЭ являются высокая температура тела, головная боль, нарушения сна, потеря аппетита, озноб, слабость, тахикардия, болезненность и субинволюция матки, лохи с гнойным, кровянисто гнойным, мутным отделяемым из полости матки. Ведущую роль в этом процессе играет резидентная условно-патогенная флора, которая, несомненно, определяется состоянием иммунного статуса в организме рожениц.

АДАПТАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ

А.Е. Барченко, И.П. Малыгина
Кафедра акушерства и гинекологии
НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Качество здоровья, его потенциал в современном обществе вызывает большую тревогу (Медик В.А., Токмачев М.С., 2006). Наблюдаемый в настоящее время высокий уровень осложнений гестационного периода и заболеваемости женщин, замедление темпов снижения показателей материнской и перинатальной смертности ставит вопросы профилактики осложнений во время беременности в ряд самых актуальных проблем (Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М., 2007). Группу повышенного риска представляют жительницы городов, особенно крупных, так как динамичный ритм жизни, особенности трудовой деятельности и экологическое неблагополучие среды обитания накладывает повышенные требования к системам физиологической адаптации человека.

Целью исследования стало изучение закономерностей адаптации региональной гемодинамики при физиологической беременности. Для до-

стижения поставленной цели было проведено проспективное исследование 188 беременных, проживающих в условиях крупного промышленного центра. Исследование состояния региональной гемодинамики проводили в течение всей беременности, начиная со срока 8-10 недель с периодичностью 1 раз в 2 недели. При формировании выборки использовали рандомизированный подход. Ретроспективно из общей группы наблюдения были отобраны женщины, беременность которых протекала без осложнений – 76 женщин. Результаты наблюдения, полученные в данной группе, и были использованы для создания модели адаптации региональной гемодинамики при физиологическом течении беременности.

В качестве метода изучения параметров региональной гемодинамики использовали тетраполярную реографию (ТПРГ), которая позволяет в рамках единой методики получить достаточно объективную и точную информацию о состоянии центрального и периферического кровообращения. Среди основных преимуществ метода ТПРГ отмечается простота его применения и возможность получения необходимых параметров за каждый отдельный сердечный цикл, в отличие от прямого метода Фика или метода разведения индикатора, при которых определяется среднее значение УО. Сравнение точности определения УО и МО методом ТПРГ и методом разведения йода-131 сыворотки крови показало различие абсолютных значений УО и МО не более 5% (Тихомиров И.Б., 1977; Покровский Я.В., 1982), коэффициент корреляции 0.96. При этом подчеркивалось, что воспроизводимость импедансных измерений сердечного выброса превышает воспроизводимость тех же данных, полученных методом разведения. Особо обращено внимание на то, что метод способен отразить не только выраженную патологию, но и изменения, связанные с функциональными нарушениями сосудистой системы, выявляя начальные признаки развивающегося патологического состояния.

В обследуемой группе был проведен комплексный анализ результатов клинико-статистических, лабораторных, функциональных и социальных исследований. Изучены особенности течения беременности, родов, послеродового периода. Репрезентативность исследуемой группы генеральной совокупности проверялась по критериям однородности таких признаков как возраст женщины на момент настоящей беременности, место проживания, паритет, акушерский и гинекологический анамнез. Уровень соответствия не должен был быть менее 95%.

В ходе исследования было доказано, что группы были однородны по социальным факторам риска нарушений течения гестации ($p > 0,05$), становлению и частоте нарушений менструальной функции ($p > 0,05$), также как и уровню и структуре соматической и гинекологической патологии у исследуемого контингента женщин ($p > 0,05$).

Исследование параметров артериального притока в сосудах нижних конечностей показало, что он остается стабильным во всех сроках беремен-

ности. Так, в начале второго триместра (16-22 нед.) он равен 0.049 ом, незначительно повышается к концу 2 триместра (23-32 нед.) до 0.054 ом, возвращаясь в 3 триместре к исходному значению (различия не достоверны, $p > 0,05$). Параметр обладает небольшими индивидуальными колебаниями. При воздействии естественной гравитации артериальный приток крови в нижних конечностях уменьшается и составляет 64% от базового уровня в сроке 16-22 недели. В динамике гестации депрессия артериального притока под воздействием гравитации прогрессирует в третьем триместре до 51% от базового уровня (различия достоверны, $p < 0,05$).

Артериальный приток в регионе грудной клетки также претерпевает депрессию, особенно выраженную на рубеже 20-24 недель, составляя в 16-22 недели 0.248 ом, а в 23-32 недели – 0.209 ом (различия достоверны, $p < 0,05$). В 3 триместре он еще более снижается (до 0.201 ом). Как и в регионе нижних конечностей показатель артериального притока имеет небольшие индивидуальные колебания. При воздействии гравитации в сроке 16-22 недели уровень артериального притока остается неизменным – 103%. Однако, начиная с 22 недель беременности, артериальный приток в положении стоя увеличивается на треть, оставаясь на таком уровне до конца гестации. Данный показатель имеет значительные индивидуальные колебания – до 45% от средних значений.

В регионе головного мозга также наблюдается тенденция к уменьшению артериального тока крови с увеличением срока беременности с 0.093 ом в сроке 16-22 недели до 0.072 ом в 3 триместре. Стабилизация показателя наступает к середине 2 триместра, когда индивидуальные колебания составляют около 10% средних значений. При воздействии гравитации показатель остается стабильным на всем протяжении гестации, составляя 80-90% исходных значений.

Асимметрия артериального притока в периферических отделах сосудистой системы в положении лежа появляется только к концу 3 триместра, однако большие значения индивидуальных колебаний не позволяют считать такое изменение достоверным. В положении стоя асимметрия артериального притока также не регистрируется.

Для характеристики венозного течения крови используют два вида показателей: венозное отношение и отношение длительности венозной части реограммы к общей длительности сердечного цикла. Корреляционный анализ показывает, что признаки, полученные в результате рассмотрения венозной части реограммы, полностью повторяют изменения венозного отношения. Учитывая более полное описание признаком «венозное отношение» состояния венозного возврата крови, именно он рекомендуется для характеристики этого параметра гемодинамики.

Данному параметру свойственна очень высокая индивидуальная вариабельность, поэтому выделение общих тенденций затруднительно. При физиологическом течении беременности в регионе нижних конечностей

тонус вен плавно снижается на протяжении 2 триместра с 100.78 % в начале до 208.8% к его концу. В 3 триместре показатель возвращается к исходным значениям – 127.4% (различия достоверны только для 2 триместра). В положении стоя тонус вен сохраняется на базовом уровне. При воздействии естественной гравитации выражены резкие индивидуальные колебания, порой составляющие более 100% средних значений. Учет этих колебаний позволяет выделить индивидуальные реакции венозного звена сосудистой системы, которые обладают большой прогностической ценностью.

В регионе грудной клетки значение показателя венозного тонуса на всем протяжении гестации остается на стабильном уровне (118.3 – 138.8%, различия не достоверны, $p > 0,05$) с умеренно выраженными индивидуальными колебаниями (около 40% средних значений). В положении стоя для срока 16-22 недели характерно повышение тонуса вен в 2 раза. В остальные сроки уровень тонического сокращения стенки венозного сосуда остается неизменным при перемене положения тела (различия не достоверны, $p > 0,05$).

В регионе головного мозга с увеличением срока беременности наблюдается прогрессивное увеличение венозного тонуса с 84.04% в начале 2 триместра до 39.33% к 3 триместру. Индивидуальные колебания, более 110% в сроке 16-22 недели, резко уменьшаются к 3 триместру до 70%. Размах колебаний параметра венозного тонуса при воздействии гравитации составляет от -800% до 1000%, поэтому выделение каких-либо тенденций не представляется возможным.

Асимметрии венозного тонуса в периферических отделах сосудистой системы ни в положении лежа, ни в положении стоя не выявляется.

Для характеристики периферического сосудистого сопротивления используются три вида показателей – систолическое отношение, отношение времени максимального кровенаполнения к длине сердечного цикла и отношение времени максимального кровенаполнения к относительной длине сердечного цикла. Корреляционный анализ этих показателей позволяет выявить их тесные корреляционные взаимосвязи. Поэтому для анализа периферического сосудистого сопротивления (ПСС) достаточно исследовать один из этих признаков. Рекомендуется признак «систолическое отношение» из-за его большей информативности и комплексности, так как при расчете его используются параметры венозной части комплекса, не используемые для расчета других показателей.

Область нормальных значений систолического отношения определена для небеременных женщин и равняется 40 – 80%. Уменьшение свидетельствует об уменьшении ПСС, увеличение более 80% – об увеличении ПСС.

В регионе нижних конечностей уровень ПСС в сроках 16-22 недели составляет 27,19%, что ниже уровня нормы для небеременных женщин. К

к концу 2 триместра уровень ПСС еще более снижается и достигает 21,03%. В 3 триместре наблюдается повышение показателя до 30.3% (различия достоверны, $p < 0,05$). Индивидуальные колебания ПСС составляют не более 25% средних значений. При изменении положения тела определяется выраженная тенденция к повышению ПСС до 2х раз.

В регионе грудной клетки наблюдается прогрессивное снижение ПСС с увеличением срока беременности от 47.9% в сроках 16-22 недели до 31.8% в 3 триместре. В положении стоя, так же как и для региона нижних конечностей, характерно повышение ПСС, но менее значительное – до 130% во 2 триместре и до 160% в 3 триместре. Индивидуальные колебания параметра составляют до 70% средних значений, что, вероятно, обусловлено различными типами центрального кровообращения.

В регионе головного мозга определяется тенденция к уменьшению ПСС к концу 2 триместра с 46.9% до 39.6%. К концу беременности наблюдается обратное изменение – увеличение ПСС с 39.6 % до 49.7%. Индивидуальные колебания параметра составляют менее 20 %. При действии естественной гравитации на всем протяжении 2 триместра происходит увеличение ПСС на 130-140%. В 3 триместре такого увеличения не наблюдается. Асимметрия ПСС в периферических отделах системы кровообращения при физиологически протекающей беременности не наблюдается.

Таким образом, реографическое исследование методом ТПРГ способно дать ценную информацию о состоянии региональной гемодинамики беременных женщин. Высокая диагностическая ценность результатов обследования позволяет своевременно и направленно осуществлять коррекцию выявляемых изменений, что существенно улучшает исход беременности и родов для матери и плода.

Список литературы

1. Айламазян Э.К. Акушерство. Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: Медицина, 2007. – 1300 с.
2. Медик В.А. Руководство по статистике здоровья и по статистике здравоохранения / В.А. Медик, М.С. Токмачев. – М.: Медицина, 2006. – 223 с.
3. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 2 / Под ред. В.И. Кулакова. М.: Медицина, 2006. – 560 с.
4. Серов В.Н. Изменение показателя активности регуляторных систем у беременных женщин с гестозом на фоне артериальной гипертонии / В.Н. Серов, И.И. Стольников // Акушерство и гинекология, 2006. – №4. – С. 19.
5. Соколова И.В. Информативность метода двухкомпонентного анализа реограммы / И.В. Соколова, Х.Х. Яруллин // Клин.мед. – 1983. – №7. – С. 47.

**ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА
КОНЬЮНКТИВАЛЬНОЙ БИОМИКРОСКОПИИ
В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ГЕСТОЗА
В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

*А.Е. Барченко, И.П. Малыхина
Кафедра акушерства и гинекологии
НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»*

С целью определения возможности использования метода конъюнктивальной биомикроскопии в прогнозировании развития гестоза и формировании групп риска по данной патологии были проведены обследования беременных женщин в первой половине беременности. Исследования проводились на базе ТМО № 9 «Центр здоровья женщины». Исследование проводилось проспективно в течение 2008-2009 гг.

Всего было исследовано 120 беременных в динамике гестации. Группы сравнения формировались ретроспективно. В качестве критерия разделения на группы сравнения использовали факт поставки диагноза «Гестоз второй половины беременности» с подтверждением его комплексом клинических и лабораторных признаков. Основную группу составили женщины с осложненным течением беременности, в то время как контрольную – с физиологически протекающей беременностью.

Из 120 обследуемых женщин у 33 был выставлен диагноз «Гестоз второй половины беременности», что составляет 22,5% от общего числа беременных, которые составили основную группу. В контрольную группу были включены 87 беременных с физиологически протекающей беременностью.

Возраст беременных на момент обследования основной группы колебался от 27 до 38 лет, в то время как возрастной критерий женщин контрольной – колеблется в промежутке 21-28 лет. Средний возраст составил в основной группе $31,2 \pm 2.3$ года, тогда как в контрольной $25,2 \pm 1.8$ лет (различия достоверны, $p < 0.05$). Практически половина женщин основной группы имели повторную беременность 45%, тогда как в контрольной – только 22% женщин были повторнобеременными (различия достоверны, $p < 0.05$).

Изучение акушерско-гинекологический анамнеза обследуемых женщин выявило, что самой распространенной гинекологической патологией было патология шейки матки в обеих исследуемых группах. Однако частота достоверно различалась и в основной группе практически в два раза превышала таковую в контрольной – 42% в основной против 22% в контрольной группе. Данные о экстрагенитальной патологии двух групп женщин (основной и контрольной) существенно не отличаются: доминирующими являются заболевания мочевыделительной (64% и 89%), сосудистой системы (55% и 56%) и желудочно-кишечного тракта (82% и 89% соответственно).

Состояние микроциркуляторного русла нами исследовалось на примере сосудов конъюнктивы глаза с помощью фотощелевой лампы. При оценке

состояния микроциркуляции учитывались такие признаки состояния сосудов: спазм в артериальном или венозном звене, количество функционирующих сосудов, наличие сетевидной структуры сосудов. Из околососудистых изменений регистрировались наличие периваскулярного отека; из внутрисосудистых – изменения тока крови (наличие микротромбов).

Сосудистый спазм чаще наблюдался в артериальном звене и регистрировался у 73% женщин основной группы, тогда как в контрольной только у 33% женщин (различия достоверны, $p < 0.05$). Соответственно диагностический коэффициент данного признака составил 2,21, что достаточно для принятия диагностического решения (минимальный диагностический порог в нашем исследовании должен был превышать 1.7).

Изменения тока крови в виде феномена «слайджа» или агрегации тока крови превышающего 10% видимого сосудистого русла значительно чаще наблюдали в основной группе: 24% против 9% в контрольной соответственно (различия достоверны, $p < 0.05$). Значение диагностического коэффициента соответствовало 2.66. Изменения тока крови в виде микротромбирования зарегистрированы только у женщин основной группы.

Периваскулярный отек определялся у 58% женщин основной группы и только у 18% женщин контрольной группы (различия достоверны, $p < 0.05$). Значение диагностического коэффициента составило 3.22. Выраженных форм периваскулярного отека у всех исследованных женщин не зарегистрировано.

При дальнейшем наблюдении за изучаемым контингентом женщин во второй половине беременности удельный вес внутрисосудистых и околососудистых изменений у этих женщин основной группы увеличился, за счет увеличения частоты встречаемости спазма сосудов, периваскулярного отека, изменения тока крови (наличие микротромбов).

Расчет показателей чувствительности, специфичности, положительной и отрицательной прогностической ценности подтвердил возможность использования данных исследования для прогнозирования гестоза и формирования групп высокого риска среди беременных женщин. Так, значение показателя чувствительности составило 68%, специфичности 53%, положительной прогностической ценности – 69%, отрицательной прогностической ценности – 54%.

Таким образом, с целью прогнозирования развития гестоза и формирования групп риска по развитию данной патологии уже в первой половине беременности использование данных конъюнктивной биомикроскопии возможно как метода оценки периферического кровообращения. Результаты исследования обладают достаточным уровнем достоверности, чувствительности, специфичности, а также положительной и отрицательной прогностической ценности. Следовательно, метод исследования можно рекомендовать к использованию в качестве скринингового на этапе обследования в женской консультации в первой половине беременности.

Список литературы

1. Айламазян Э.К. Акушерство. Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: Медицина, 2007. – 1300 с.
2. Кушникова Е.Г. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: Учебно-практическое пособие / Е.Г. Кушникова, Е.А. Романова. – Челябинск: Изд-во ЧГПУ, 2005. – 272 с.
3. Серов В.Н. Изменение показателя активности регуляторных систем у беременных женщин с гестозом на фоне артериальной гипертензии / В.Н. Серов, Стольников И.И. // Акушерство и гинекология, 2006. – №4. – С. 19.
4. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М., 2003. – С. 113-135.
5. Carmeli Eli, Moas Miri, Lennon Shannon, Powers Scott K. High intensity exercise increases expression of matrix metalloproteinases in fast skeletal muscle fibres. // Exp. Physiol. 2005. 90, № 4. – С. 613-619.
6. Reid Greg, Stanish Heidi Professional and disciplinary status of adapted physical activity. // Activ. Quant. 2003. 20, № 3. – С. 213-229.
7. Tanriverdi Halil, Kaftan H. Aswnan, Evrengul Harun, Dursunoglu Dursun, Trugut Gunfer, Kilic Mustafa QT dispersion and left ventricular hypertrophy in athletes. // Acta cardiol. 2005. 60, № 4. – С. 387-393.

ЛЕЧЕНИЕ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Студент 1 курса лечебного факультета Ю.С. Белов

Кафедра естественно-научных дисциплин

НОУ ВПО МИ «РЕВИЗ»

Научный руководитель: доцент М.А. Федорова

Митохондриальные заболевания – это группа наследственных заболеваний, связанных с дефектами в функционировании митохондрий, приводящими к нарушениям энергетических функций в клетках эукариотов, в частности, человека. Митохондрии передаются только по женской линии к детям обоих полов, что обусловлено получением их плодом только через яйцеклетку матери, тогда как они отсутствуют в сперматозоиде отца.

Решение нашли орегонские ученые (США). Три года назад они ставили опыты сначала на макаках-резусах, а затем и на клетках человека. Суть метода в том, что из яйцеклетки, в которой есть митохондрии с повреждённым геномом, удаляют ядро. Затем берут вторую яйцеклетку с нормальными митохондриями, у которой тоже удаляют ядро. Затем ядро от первой яйцеклетки вводят во вторую. Таким образом, получается гибридная яйцеклетка, в которой ядро с основным генетическим материалом совмещено с чужой цитоплазмой и митохондриями. Эту яйцеклетку оплодотворяли сперматозои-

дом и наблюдали за развитием зародыша. В экспериментах с человеческими клетками исследователи доводили развитие до стадии бластоцисты, состоящей примерно из сотни клеток. По словам учёных, они ничем не отличались от обычных эмбриональных клеток.

Данный метод пока не совершенен, так как в половине случаев в принимающей яйцеклетке оставалось ДНК, но процент абсолютно нормальных зародышей довольно высок – 20%. Основной проблемой является финансирование и юридический аспект. Дело в том, что в США сдержанно относятся к эмбриологическим гибридизациям. Так же проблема состоит в том, что фактически родителями ребенка являются 3 человека.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ИНСУЛЬТАХ

Аспирант Г.И. Бондаренко

*Кафедра реабилитологии и сестринского дела
Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»*

Научный руководитель: к.п.н., доцент В.А. Левина

У большинства пациентов с последствиями инсульта в той или иной мере наблюдается психологическая и социальная дезадаптация, чему способствуют выраженный двигательный и речевой дефицит, болевой синдром, когнитивные и эмоционально-волевые нарушения, утрата прежнего социального статуса. Правильно организованный сестринский процесс в постинсультном периоде имеет огромное значение, так как позволяет предупредить осложнения, которые могут ухудшить состояние больного и способствовать неблагоприятному исходу заболевания, и соответственно повышает качество жизни таких пациентов.

Медицинские сестры наиболее полно вовлечены в процесс ведения больного. Их основными функциями при осуществлении сестринского процесса у данной категории больных являются следующие.

– Ежедневная оценка проблем больного, а также его возможностей, используя индекс Бартела. Основываясь на результатах, медсестра составляет план ухода, соответствующий потребностям пациента.

– Обеспечение всех основных нужд (питание, умывание, одевание, туалет, смена положения в постели, перемещение) зависимых больных.

– Обеспечение качественного ухода для предупреждения осложнений, таких как пролежни, боли в плече, аспирационная пневмония. Сюда относятся также придание правильного положения и уход за обездвиженными пациентами.

– Поддержка больного и семьи. Ободрение, информирование, советы, участие очень важны для больных и их близких.

– Обучение самоуходу и обучение родственников уходу. Большинство ежедневных нужд больных ложится на их родственников. Поэтому их обучение – одна из важных задач медицинских сестер.

– Участие медицинских сестер в комплексной реабилитации, которая начинается уже в стационаре и предусматривает физическую, трудовую и речевую терапию.

Основная цель сестринского процесса при инсульте – поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма.

Проведенное нами анкетирование выявило дефицит знаний по уходу у родственников пациентов. В связи с этим медицинские сестры проводят обучение родственников.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Студентка 4 курса лечебного факультета М.Л. Ветрова

Кафедра акушерства и гинекологии

НОУ ВПО МИ «РЕВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н., доцент О.Б. Неганова

Частота встречаемости многоплодной беременности в большинстве европейских стран колеблется от 0,7 до 1,5%. В настоящее время в России, как и во всем мире, отмечена тенденция к их увеличению. Ведущую роль в приросте многоплодия определяют применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) и перенос более одного эмбриона, как метод увеличения результативности ВРТ; использование гормональной коррекции для лечения бесплодия.

Работами последних лет установлено, что многоплодная беременность по количеству осложнений для матери и плода относится к беременности высокого риска, что вывело данную проблему в разряд экстраординарных. В настоящее время близнецы составляют приблизительно 1,5% от всех новорожденных.

Целью данной работы стало изучение течения и исходов родов для матери и плода при многоплодной беременности.

В наши задачи входило изучение особенности течения многоплодной беременности, оценка состояния новорожденных у женщин с многоплодной беременностью.

Частота родов у женщин с многоплодной беременностью в 2009 году в СОККД составила 1,15%; в 2010 году – 0,96%; в 2011 году – 1,16%.

Нами был проведен анализ исхода родов у женщин с многоплодной беременностью в СОККД в 2011 году.

Частота родов с многоплодной беременностью в 2011 году в СОККД составила 1,16% (20 случаев) от общего количества родов.

Среди рожениц большинство первородящих – 55%. Распределение по возрасту родильниц следующим образом: наибольшее количество от 25 до 29 лет 50% и от 30 до 34 лет 25%. Количество женщин, с отягощенным акушерским анамнезом (ЭКО) составило 30%.

Основные осложнения, встречавшиеся в первой половине беременности: угроза прерывания беременности – 40%, ОРВИ – у каждой четвертой беременной.

Во второй половине частые осложнения: гестоз – 75%, анемия – 45%, ХФПН – 45%, у каждой третьей – СЗРП, многоводие – 5%.

Из 20 случаев через естественные родовые пути прошло 7 (35%) родов, из которых 1 роды преждевременные, операция кесарево сечение проведена у 13 женщин, из которых 4 (20%) – плановых и 9 (45%) – экстренных.

Общая кровопотеря составила: 200 мл – 15%, 300 мл – 15%, 400 мл – 10%, больше 400 мл – 60%.

Вес новорожденных распределился следующим образом: менее 2000 г – 2,5%; 2000-2500 г – 47,5%; 2500-3000 г – 40%, 3000-3500 г – 5%.

Рост новорожденных: 44-49 см – 4%, 50-55 см – 47,5%, 56-60 см – 5%.

Оценка новорожденных по шкале Апгар составила: 1-3 балла – 2,5%, 4-5 баллов – 7,5%, 6-7 баллов – 42,5%, 7-8 баллов – 47,5%.

По нашим данным частота многоплодной беременности в течение последних трех лет (2009–2011 гг.) достаточно стабильна и составляет 1 – 1,16%.

У каждой третьей женщины беременность наступила в результате ЭКО. Течение многоплодной беременности часто осложняется гестозом, угрозой прерывания беременности, анемией, ХФПН, СЗРП.

В большинстве случаев при многоплодной беременности роды проведены путем операции кесарево сечение (65%).

Самым частым перинатальным осложнением были гипотрофии, асфиксии умеренной степени. Новорожденные при многоплодной беременности отличаются более низкими показателями роста (50-55 см) и веса (2000-2500 г). Средняя оценка по Апгар составила 6-7.

Таким образом, в связи с большим числом осложнений для матери и для плода многоплодная беременность является одной из сложных проблем в акушерстве и относится к беременности высокого риска.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Студент 5 курса лечебного факультета У.А. Винайкина

Кафедра кардиологии ФПК и ППС

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: д.м.н., профессор В.Ф. Мордовин

Артериальная гипертония (АГ) – это самое распространенное сердечно-сосудистое заболевание (ССЗ). По эпидемиологическим данным АГ в популяции составляет 21,5%. Исходя из результатов международного исследования стандартизованная по возрасту распространенность АГ среди населения

Российской Федерации, обследованного в 2008 году, составляет 40,8%. В США – 28%, Швеции – 38%, Германии – 55%, Англии – 42%. За последние десятилетия широкое применение антигипертензивных препаратов (АГП) привело к значительному снижению ССЗ и смертности, однако их уровень все еще остается высоким. Это обусловлено тем, что среди больных АГ, получающих АГП, контролируют уровень артериального давления (АД) только 23,2%. В США этот показатель составляет 33%.

Среди больных, принимающих АГП, эффективно лечатся 27,3%. Более высокие показатели эффективности лечения отмечаются у женщин: 35,0% сравнительно с 23,8% у мужчин. Низкие показатели эффективности лечения больных АГ отмечаются в Литве: 19,7% и 17,8% среди женщин и мужчин соответственно, и в Турции – 20,7% больных АГ, более высокие в США – 65,8% у мужчин и 62,5% у женщин.

В нашей работе проведена оценка эффективности лечения пациентов с разными формами артериальной гипертензии в условиях специализированного отделения.

Исследование заключалось в изучении историй болезни 302 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении артериальных гипертензий Томского НИИ Кардиологии в течение 2011 года. Соотношение мужчин и женщин составило 52,7 % / 47,3%, средний возраст $53,4 \pm 6,2$ года. Учитывался уровень АД на момент поступления в стационар (степень АГ), проводимая медикаментозная терапия (монотерапия, количество АГП комбинированной терапии), эффективность проводимого лечения (уровень АД при выписке из стационара).

Средний уровень систолического давления при поступлении составлял $159,6 \pm 7,2$ мм рт. ст., диастолического – $102,4 \pm 5,4$ мм рт. ст. При этом 48% пациентов поступили в стационар с I степенью, 34,4% со II степенью и 17,6% с III степенью артериальной гипертензии. За время лечения нормализация АД (до целевого уровня) достигнута у 94% (283 чел.) пациентов, резистентная к медикаментозной терапии АГ зарегистрирована у 1,4% (2 чел.). Данные результаты были достигнуты в результате лечения моно- и комбинированной терапией АГП: в 27,1% случаев целевое АД было достигнуто при применении 1 лекарственного средства, в 72,9% случаев – при применении комбинированной терапии.

Таким образом, сравнение результатов лечения разных форм артериальных гипертензий в отделении артериальных гипертензий НИИ Кардиологии г. Томска (94%) и в популяции в целом (27,3%) свидетельствует о заметно более высокой эффективности определения тактики лечения артериальной гипертензии в условиях специализированного учреждения в сравнении с результатами лечения рутинной врачебной практики.

Использованная литература:

1. Чазова И.Е., Беленков Ю.Н. От идеи к клинической практике: первые результаты Российского национального исследования оптимального снижения артериального давления (РОСА) // Системные гипертензии. Том 06/N 2/2004.
2. Леонова М.В. и др. Результаты фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертонии ПИФАГОР III (опрос пациентов с АГ) // Системные гипертензии. Том №2 / 2010.
3. Katharina Wolf-Maier. et al. Hypertension Treatment and Control in Five European Countries, Canada, and the United States// Hypertension. 2004; 43:10-17.
4. Тактика ведения больных АГ//Приложение 2 к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», 2008, 7(6).
5. Тимофеева Т.Н. и др. Аналитическая справка об эпидемиологической ситуации по АГ в 2008 году и ее динамике с 2003 по 2008 гг. по трем проведенным мониторингам//Журнал «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», №2, 2008.

СИСТЕМА ЧЕЛОВЕКО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ «СФЕРА/SPHERE» (ТЕХНОЛОГИЯ «СФЕРА/SPHERE»)

*Директор А.В. Галушков
ООО «Бюро Деловых Услуг»*

Основным постулатом современного мира является «универсальность» человека нашего времени, его «всёвозможность».

Начиная с первых лет жизни, человек развивает свои способности практически одинаковыми способами. По мнению общества, это является необходимостью социализации и залогом дальнейшего успеха в трудовой деятельности. Такой подход показал свою низкую эффективность, привёл к снижению качества обучения и практических результатов трудовой деятельности людей в основной массе.

В период взросления и во взрослой жизни человека, вследствие вышесказанного, закрепляется мнение (стереотип), что пожелав, можно научиться всему или переучиться и в дальнейшем качественно применять на практике полученные знания. В случае неудач, человеку обосновывается его нежелание, несерьёзность или неготовность в данный момент времени, что не улучшает результат и приводит к заниженной самооценке, а также частым депрессиям. Необходим другой, высокоточный и быстродействующий подход, учитывающий естественные (природные) особенности людей.

Целью данной работы стало повышение качества процесса обучения и практической полезности от применения полученных знаний и навыков в дальнейшей трудовой деятельности.

Мы определяли *синтез индивидуальных врождённых предрасположенностей* к конкретным дисциплинам и перечню выполняемых функций (max 7-8 из 10, min 2-3 из 10), а также *синтез индивидуальных врождённых ситуационных и физических потребностей*, как необходимых условий для реализации *предрасположенностей*.

Определение проводилось через диагностику по технологии «СФЕРА/SPHERE». С помощью данной методики обследовано 457 человек в возрасте от 15 до 77 лет.

Мы считаем, что учет синтеза *индивидуальных врождённых предрасположенностей и потребностей* человека повышает его эффективность, как в процессе обучения, так и в процессе трудовой деятельности.

В процессе обучения, зная и удовлетворяя *синтез индивидуальных врождённых ситуационных и физических потребностей*, человек находится в состоянии естественного спокойствия и концентрации. В таких условиях, делая основной акцент на предметы, к которым у человека *врождённые предрасположенности*, процесс обучения проходит комфортно (комфорт не путать с роскошью!) и качественно.

В процессе трудовой деятельности, когда основной ежедневный функционал коррелирует с *синтезом индивидуальных врождённых предрасположенностей*, человек находится в состоянии естественной мотивации, получая удовлетворение от своей самореализации. Удовлетворение *синтеза индивидуальных врождённых ситуационных и физических потребностей* позволяет получать максимальную практическую полезность в минимальный период времени для каждого конкретного человека.

Применение технологии «СФЕРА/SPHERE» в форме диагностики в процессах обучения и трудовой деятельности позволяет полноценно и корректно использовать человеку заложенный природой потенциал и служит инструментом сбережения здоровья.

ВРЕМЯ ДЕБЮТА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ КАК ФАКТОР РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ

Ассистент кафедры, к.м.н. Н.Н. Гарас

*Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней
Буковинский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Л.А. Безруков*

Целью работы стало определение показателей риска тяжелого персистирующего течения бронхиальной астмы относительно среднетяжелого варианта у детей школьного возраста в зависимости от времени дебюта заболевания.

В пульмонологическом отделении ОДКБ (Черновцы, Украина) обследовано 122 школьника, в частности, 57 детей с тяжелой персистирующей

бронхиальной астмой (БА) и 65 пациентов со среднетяжелым течением заболевания (I и II клинические группы соответственно). Верификация тяжести заболевания осуществлялась согласно отечественному протоколу диагностики и лечения БА у детей и в соответствии с международной глобальной инициативой по диагностике и лечению БА (GINA, версии 2006-2009). Анализ анамнеза выполняли строго согласно медицинской документации пациентов. Результаты работы анализировали с позиций доказательной медицины с использованием принципов клинической эпидемиологии.

Начало заболевания до 3-летнего возраста отмечалось у половины (50,2%) детей с тяжелой БА. В группе сравнения раннее начало заболевания отмечено у 23,1% школьников ($P > 0,05$). «Позднее начало» БА (после 6-ти лет) среди больных I клинической группы регистрировалось почти у каждого третьего пациента (31,6%). Среди детей со среднетяжелой персистирующей астмой дебют заболевания в школьном возрасте отмечался у каждого второго ребенка (55,3%, $P > 0,05$).

Установлено, что в случае начала БА в раннем детском возрасте абсолютный риск развития тяжелого варианта заболевания достигал 0,34 при относительном риске 2,1 (95% ДИ 1,2-3,5) и соотношении шансов 4,1 (95% ДИ 1,5-8,9). Данная анамнестическая характеристика оказалась достаточно специфической в подтверждении тяжелой БА (80%), однако у каждого второго пациента отмечались ложноотрицательные результаты, при отношении правдоподобия положительного результата 2,2. Отсутствие раннего дебюта БА уменьшало посттестовую вероятность верификации тяжелого варианта заболевания только на 12%.

Таким образом, учитывая показатели риска и диагностической ценности, использование времени дебюта бронхиальной астмы как подтверждающего теста тяжелого течения заболевания целесообразно только в комплексе с другими результатами клинико-лабораторного обследования.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Студентка 6 курса лечебного факультета М.А. Данильчук

Кафедра акушерства и гинекологии

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: д.м.н., проф. И.Г. Куценко

Нередко перед клиницистом встаёт вопрос «Что делать?», когда у женщины в постменопаузе определяется объёмное образование яичника диаметром 2-3 см. Ряд зарубежных специалистов (Wolf SI, 1990; Goldstein SR, 1990) высказывают мнение, о возможности динамического наблюдения за женщинами постменопаузального периода при размерах объёмного образования менее 5 см, без хирургического вмешательства. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезней пациенток гинекологической кли-

ники СибГМУ и ОГБУЗ «Томский областной онкологический диспансер» для определения целесообразности хирургического лечения женщин с объёмными образованиями яичников менее 5 см в постменопаузе.

Структура объёмных образований яичников у женщин постменопаузального периода была представлена истинными доброкачественными опухолями, опухолевидными образованиями и процессами. Пограничных опухолей в группах исследования не было. Объёмные образования яичников чаще выявлялись у женщин в периоде поздней постменопаузы. На основании доплерометрии не удалось провести дифференциальную диагностику между истинными опухолями, опухолевидными образованиями и процессами яичников. Несмотря на то, что онкомаркер СА-125 входит в состав новейших прогностических панелей, определяющих наличие опухолей яичника (OVA1, ROMA), наше исследование показало низкую чувствительность СА-125, СА 19-9 и РЭА, что соответствует данным литературы. Анализ амбулаторных карт онкологического диспансера показал, что для пациенток с раком яичников (РЯ) было характерно наличие доброкачественных опухолей яичников в анамнезе; вторичный РЯ встречался в 3 раза чаще первичного РЯ, в большинстве случаев РЯ выявлен на III стадии, повышение уровня опухолевого маркера СА-125 отмечено только у 51,4% женщин.

Мы считаем, что в структуре объёмных образований яичников размером до 5 см у женщин в постменопаузе преобладали истинные доброкачественные опухоли. Поэтому хирургический подход при лечении женщин с объёмными образованиями яичников до 5 см в постменопаузе более предпочтителен, в виду отсутствия в настоящее время достоверных методов, позволяющих провести надёжный дифференциальный диагноз доброкачественных и злокачественных опухолей до этапа морфологического исследования. Подход к ведению больных с объёмными образованиями яичников до 5 см в постменопаузе может быть пересмотрен при разработке надёжных методов дифференциального диагноза.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РИСКА ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ФЕНОТИПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

О.В. Дульгер, Е.П. Ортеменка

*Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней
Буковинский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Е.К. Колоскова*

Все чаще неэффективность базисной терапии бронхиальной астмой (БА) связывают с гетерогенностью патологии, а именно с существованием эозинофильного и незозинофильного фенотипов заболевания. Однако использо-

вание метода индукции мокроты для идентификации характера воспаления дыхательных путей (ДП) ограничено дороговизной данного исследования и риском провокации острого бронхоспазма ингаляциями гипертонических растворов натрия хлорида, а также доступностью преимущественно у детей старшего возраста. Вследствие этого возникает вопрос: возможна ли опосредованная верификация эозинофильного характера воспалительного ответа ДП исходя из клинико-анамнестических особенностей течения БА у детей?

Целью данного исследования стало изучение клинико-анамнестические показатели риска эозинофильного фенотипа БА у детей для оптимизации лечения.

На базе ОДКЛ №1 г. Черновцы обследованы 116 школьников, страдающих БА. Эозинофильный фенотип БА (ЭФБА) диагностировали у 66 пациентов (56,9%), при наличии в клеточном осадке индуцированной мокроты $\geq 3\%$ эозинофилов. Оценка риска реализации события проводилась с учетом величин вероятности относительного (ОР), атрибутивного (АР) рисков и соотношения шансов (СШ), с определением их доверительных интервалов (95%ДИ).

ЭФБА чаще ассоциировалась с избыточной массой тела (индекс массы тела $\geq 19,0$ кг/м²) у больных (ОР=1,5; 95%ДИ 0,9-2,5, СШ=2,7; 95% ДИ 1,3-5,98, АР=24%), сопутствующим атопическим дерматитом (АР=33%, ОР=1,6; 95%ДИ 0,2-12,6, СШ=5,8; 95%ДИ 0,7-48,9), тяжелым течением заболевания (АР=29%, ОР=1,6; 95%ДИ 0,7-3,6, СШ=3,7; 95%ДИ 1,4-9,9) и инфекционным индексом >1 (ОР=1,3; 95% ДИ 0,5-3,1, СШ=2,0; 95% ДИ 0,7-5,6, АР=16%). При этом основными провоцирующими факторами обострения были: физическая нагрузка (ОР=1,5; 95%ДИ 0,9-2,3, СШ=2,6; 95%ДИ 1,2-5,5, АР=22%), пищевые и ингаляционные аллергены (ОР=1,3; 95%ДИ 0,6-2,9, СШ=1,9; 95%ДИ 0,7-5,1, АР=15%), активное и пассивное табакокурение (ОР=1,4; 95%ДИ 0,3-6,4, СШ=2,4; 95%ДИ 0,5-12,4, АР=19%).

Исследование показало, что для ЭФБА характерны повышенная масса тела при актуальном обследовании, тяжелое течение заболевания, наличие у ребенка атопического дерматита и более высокого инфекционного индекса, преобладание триггерной роли пищевых, ингаляционных аллергенов и физической нагрузки, а также табакокурения.

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ИЗМЕНЕНИЙ СОННЫХ АРТЕРИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, У ПРИШЛОГО И КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ

Студентка 4 курса лечебного факультета Ю.А. Жабина

Кафедра общепрофессиональных дисциплин

ФГБОУ ВПО «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова»

Научный руководитель: д.м.н., профессор О.Ю. Килина

Метаболический синдром — это совокупность нарушений гормональной регуляции углеводного, жирового, белкового и других видов обмена под действием внешних и внутренних факторов с характерным развитием СД

2-го типа, гипертонической болезни, ожирения, атеросклероза и последующих осложнений преимущественно ишемического генеза.

В исследованиях, проведенных на территории республики Хакасия в течение 2007-2009 гг., выявлена этническая гетерогенность частоты встречаемости отдельных компонентов МС.

Цель исследования – выявить особенности изменений комплекса интима-медиа сонных артерий по данным ультразвукового исследования у лиц коренного (монголоиды – хакасы) и пришлого (европеоиды) населения Республики Хакасии, страдающих метаболическим синдромом.

В исследовании приняли участие 154 человека, коренное население мужчины 16, женщины – 61; пришлое население женщины – 46 и мужчины – 31. Возраст обследуемых составил от 25 до 55 лет. Физикальное обследование пациентов включало измерение роста, массы тела, окружности талии (ОТ). Рассчитывали Индекс массы тела (ИМТ). Ультразвуковое исследование (УЗИ) артерий брахиоцефальной области включало цветное дуплексное сканирование общих сонных артерий, области бифуркации с целью выявления атеросклеротических изменений. Биохимические исследования включали определение в крови пациентов уровня холестерина (ХС), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), глюкозы натощак.

В обследуемых группах средний возраст пациентов составил: у пришлых мужчин $47,5 \pm 1,2$ лет, у женщин этой же группы $48,4 \pm 0,8$ лет, у коренных мужчин ($46,18 \pm 2,4$), у коренных женщин ($47,08 \pm 0,9$) – достоверных отличий не выявлено. ОТ у мужчин пришлого населения составил ($119,6 \pm 0,8$) см, у женщин ($111,5 \pm 1,8$) см, у мужчин коренного населения ($106,8 \pm 3$) см, у женщин ($99,3 \pm 1,6$) см. При сравнительном анализе объема талии у мужчин и женщин пришлого и коренного населения данный показатель статистически достоверно выше в группе пришлого населения ($p=0,01$ и $p=0,043$, соответственно). ИМТ в группе пришлого населения, в группе коренного населения статистически значимо выше в группе пришлого населения (у мужчин – $35,8 \pm 1,3$; у женщин – $36,5 \pm 0,8$), чем у коренных жителей ($31,1 \pm 0,9$ и $30,3 \pm 0,6$; $p=0,02$ и $p=0,01$, соответственно).

Средние значения толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) сонных артерии среди мужчин европеоидов ($1,01 \pm 0,01$) мм были достоверно выше данного показателя у женщин-европеоидов ($0,91 \pm 0,01$) мм, $p=0,04$). В группе коренного населения отличий анализируемого показателя по половому признаку не найдено ($1,03 \pm 0,02$ мм и $0,99 \pm 0,04$ мм, $p=0,46$). ТКИМ у женщин коренного населения статистически значимо выше по сравнению с женщинами пришлого населения ($p=0,04$), у мужчин достоверных отличий не получено ($p=0,34$). Частоты встречаемости атером статистически значимо выше у мужчин пришлого населения (48%) по сравнению с женщинами (20%, $p=0,043$). Аналогичная закономерность наблюдалась в группе коренного населения ((38% и 18%, соответственно; $p=0,05$)). Сравнение частоты

выявления атером при разделении на группы по этническому признаку статистически значимых отличий не показало. Частота встречаемости стеноза сонных артерий в группе пришлого населения составила у мужчин 42%, у женщин – 13% ($p=0,037$), в группе коренного населения ((25% и 16,4%, соответственно; $p=0,87$)). Исследуемый показатель достоверно выше в группе пришлого населения ($p=0,041$). Известно, что утолщение комплекса интима-медиа, наличие атером и стеноза в сонных артериях прямо коррелирует с аналогичными изменениями в других артериальных сосудах, в том числе и коронарных. Следовательно, изменение сонных артерий может ассоциироваться с ишемической болезнью сердца (ИБС) и гипертонической болезнью (ГБ). Частота встречаемости ГБ достоверно выше ($p=0,05$) у женщин в группе пришлого населения (100%), по сравнению с коренными женщинами (75%). У мужчин пришлого (100%) и коренного (88%) данный показатель отличался статистически не значимо ($p=0,25$). Верификация ИБС у пациентов, включенных в исследование, осуществляли по данным коронарографии. Число пациентов в группе пришлого населения, которым выполнена коронарография недостаточно для статистической обработки. Поэтому анализ выполнен только в группе коренного населения: частота встречаемости ИБС по данным коронарографии достоверно выше у мужчин (44%) по сравнению с женщинами (13%, $p=0,05$).

Были определены взаимосвязи между ультразвуковыми признаками изменения сонных артерий и развитием заболеваний сердечно-сосудистых заболеваний. Развитие ИБС коррелирует с выраженностью утолщения комплекса интима-медиа ($r=0,30$, $p=0,009$). Установлена положительная корреляционная связь между величиной максимальных значений систолического давления и ТКИМ ($r=0,62$, $p=0,04$), и наличием стеноза ($r=0,20$, $p=0,04$). Положительная корреляционная связь отмечена между наличием атером и развитием ГБ ($r=0,21$, $p=0,008$). Анализ взаимосвязи между ультразвуковыми изменениями сонных артерий и биохимическими показателями крови, выявил положительные средние корреляционные связи между уровнем содержания в крови ТГ ($r=0,46$, $p=0,021$), ХС ($r=0,35$, $p=0,021$) и глюкозы ($r=0,31$, $p=0,021$) и изменениями сонных артерий в виде утолщения комплекса интима-медиа.

Таким образом, наиболее высокая встречаемость изменений сонных артерий выявлена у коренного населения РХ в виде утолщения комплекса интима-медиа. У мужчин преобладает стенозирующий атеросклероз, независимо от принадлежности к группе пришлого или коренного населения. Развитие осложнений МС в виде гипертонической болезни и ишемической болезни сердца преобладает в группе пришлого населения. Ультразвуковые признаки изменения сонных артерий взаимосвязаны с биохимическими показателями крови. Толщина комплекса интима-медиа коррелирует с величиной максимального АД и развитием гипертонической болезни.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ЭПИЛЕПСИЯ С АТОНИЧЕСКИМИ ПРИПАДКАМИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Врач-невролог Е.П. Клипко

МБУЗ «Краснодарская городская поликлиника № 22»

Научный руководитель: И.А. Исаакова

Несмотря на достигнутые успехи в исследовании проблемы эпилепсии, диагностика и лечение некоторых форм этого заболевания представляет собой трудную задачу. Одной из таких форм является генерализованная эпилепсия с атоническими (астатическими) припадками.

Атонический припадок начинается внезапно, проявляется кратковременной потерей сознания с утратой постурального мышечного тонуса и падением. В ряде случаев пациенты с такой патологией длительное время проходят безрезультатное лечение по поводу вегето-сосудистой дистонии, синкопальных состояний неясной этиологии и т.д. Тем не менее, грамотно собранный анамнез и клиничко-инструментальное обследование должны способствовать формированию правильного диагноза.

Больная Ю., 17 лет. Поступила с диагнозом «церебральная ангиодистония по гипотоническому типу с частыми синкопальными пароксизмами». Жалобы на частые (до 1-2 раза в неделю) эпизоды потери сознания. Заболевание дебютировало в 12 лет, когда на фоне сильного душевного волнения больная почувствовала выраженную слабость в теле и потеряла сознание. Подобные эпизоды впоследствии возникали вне связи с какими-либо внешними причинами. Девочка от второй беременности, вторых нормальных родов. Ранее развитие без особенностей. Инфекционные заболевания и черепно-мозговые травмы отрицает. Мать девочки так же страдает от приступов потери сознания неясной этиологии. Инструментальные методы исследования: биполярная реоэнцефалография; эхо-энцефалоскопия; транскраниальная доплерография сосудов головного мозга; КТ головного мозга; рентгенография шейного отдела позвоночника; электрокардиография и эхо-кардиография – в пределах физиологической нормы. Электроэнцефалография в межприступный период выявила наличие эпилептиформной активности: вспышки генерализованных билатерально-синхронных комплексов спайк-волна, частотой 3,5 Гц, амплитудой 70-100 мкВ. Электроэнцефалография с депривацией сна: на фоне дезорганизованной функциональной активности мозга эпилептические разряды генерализованных билатерально-синхронных комплексов спайк-волна, частотой 3,5 Гц, амплитудой 300 мкВ.

Учитывая выше изложенные факты, был выставлен диагноз: идиопатическая первично генерализованная эпилепсия с частыми атоническими припадками.

Лечение атонической эпилепсии в сравнении с другими генерализованными формами является сложной задачей в связи с частой фармакорезистентностью. Препаратами первого выбора при этом типе припадков явля-

ются вальпроаты (Депакин-хроно ®). Однако в данном случае монотерапия Депакином-хроно ® в дозе 2500 мг/сутки оказалась неэффективной, более того, появились симптомы интоксикации. Было принято решение о комбинированной терапии в сочетании с топираматом, поскольку, по данным литературы он зарекомендовал себя как эффективный противосудорожный препарат при лечении генерализованных форм эпилепсии. Клинической ремиссии удалось добиться на следующих суточных дозах антиконвульсантов: 1000 мг Депакина– хроно ® и 200 мг Топамакса ®; электрофизиологической ремиссии – соответственно 1000 мг и 300 мг.

Таким образом, успех в лечении любой формы эпилепсии зависит от правильно поставленного диагноза и терпеливого длительного подбора противосудорожных препаратов.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ С ВЕГЕТАТИВНО-ВИСЦЕРАЛЬНЫМИ ПРИСТУПАМИ

Врач-невролог Е.П. Клипко

МБУЗ «Краснодарская городская поликлиника № 22»

Научный руководитель: И.А. Исаакова

Вегетативно-висцеральные приступы являются типичным проявлением амигдало-гиппокампальной височной эпилепсии (АГВЭ). С наибольшей частотой (52% случаев) встречаются эпигастральные припадки, проявляющиеся пароксизмальными болями в эпигастральной или иных областях живота, позывами на дефекацию, урчанием, метеоризмом. Возможно появление специфического восходящего эпилептического ощущения, описываемого больными как боль, изжога, тошнота с чувством сжатия шеи, комка в горле, нередко с последующим выключением сознания и судорогами. Очень часто такие больные становятся пациентами гастроэнтерологических отделений, куда поступают с диагнозами язвенной болезни, дисбактериоза, колита и т.д. Однако отсутствие положительной динамики на фоне длительного лечения данных заболеваний, присоединение пароксизмов нарушения сознания, очаговая неврологическая симптоматика позволяют заподозрить неврологическую патологию.

Целью исследования явилось выявление АГВЭ у гастроэнтерологических больных и применение карбамазепина (финлепсина ретард) в лечении данной патологии.

Было обследовано 105 больных. Из них 46 человек были отобраны для участия в исследовании. Критериями отбора стали наличие пароксизмов абдоминального дискомфорта, интеллектуально-мнестических и эмоционально-личностных расстройств, микроочаговой неврологической симптоматики (недостаточности функции 7 и 12 пар черепных нервов по центральному

типу, асимметрии сухожильных рефлексов, патологических рефлексов и т.д.), длительное безрезультатное лечение гастроэнтерологической патологии. Всем больным проводилась рутинная межприступная электроэнцефалография (ЭЭГ), ЭЭГ на фоне депривации сна, компьютерная томография (КТ) головного мозга.

При исследовании ЭЭГ в межприступном периоде у 29 (63%) больных отмечались следующие патологические изменения: замедление основной активности фоновой записи; ритмическое или продолженное региональное височное замедление; пики, острые волны или пмк-волновая активность в передне-височных отведениях или битемпорально. У остальных больных (37%) ЭЭГ не отличалась от нормы. На фоне депривации сна фиксировалась генерализация – пик волновой активности; периодическое ритмическое моно– или битемпоральное замедление в ритме тета с последующим переходом в продолженное региональное замедление в ритме дельта; высокоамплитудная активность медленных волн на стороне очага. В 30% случаев (14 человек) на КТ выявлялись признаки медиального височного склероза.

После установления и инструментального подтверждения клинического диагноза проводилось лечение больных финлепсином ретард индивидуально подобранными дозами. Через 6 месяцев монотерапии у 22 больных (48%) отметились уменьшение частоты абдоминальных приступов; в 15 (33%) случаях приступы вообще не наблюдались на протяжении всего лечения; у 9 человек (19%) финлепсин ретард оказался не эффективным.

Исследование показало, что причиной болевого абдоминального синдрома может стать височная эпилепсия, а финлепсин ретард является эффективным препаратом для лечения АГВЭ.

ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ СВЯЗЕЙ С ОБЩЕСТВЕННОСТЬЮ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Ковалев Е.В.

Фонд консультирования и управления в здравоохранении, г. Москва

Отечественная медицина в последнее десятилетие претерпевает значительные изменения – проходит активная модернизация государственных учреждений здравоохранения в субъектах РФ и на федеральном уровне. Вместе с развитием всей его системы происходит формирование и информационно-коммуникационной системы. В связи с тем, что здоровье граждан Российской Федерации имеет большое социальное значение, и к отрасли здравоохранения направлено много внимания, как властей, так и гражданского общества, возникает необходимость формирования системы управления имиджем медицины при помощи системы связей с общественностью.

Последние годы ознаменовалось активной институционализацией системы связей с общественностью в здравоохранении. Информационные коммуникации уже осуществляются не только через стандартные механизмы (классические «бумажные» СМИ, проведение пресс-конференций), но также и с использованием социальных сетей, блогов и профессиональных интернет-сообществ. Например, в 2005 году по собственным данным пресс-службы имелись только у органов управления здравоохранения субъекта Российской Федерации и у еще 18 учреждений здравоохранения федерального подчинения, одной больницы субъектового уровня, а также в 3 крупнейших частных клиниках. В настоящее время, по различным оценкам пресс-службы сформированы во всех крупных сетевых частных клиниках, в значительном числе учреждений здравоохранения федерального подчинения, во многих учреждениях здравоохранения на уровне субъектов Российской Федерации. Использование в формировании имиджа учреждений здравоохранения профессиональных служб связей с общественностью способствует созданию системы управления внутренним и внешним имиджем медицинских организаций.

Следовательно, для формирования позитивного имиджа медицины целесообразно внедрять активно методы «паблик рилейшнз» (связей с общественностью) в деятельность государственных учреждений в здравоохранении – формировать пресс-службы, создавать интерактивные информационные сайты.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛИНЗ ПРИ МИОПИИ У ДЕТЕЙ

Врач-офтальмолог Н.С. Козина

ЗАО «Глазная клиника доктора Бранчевского»

Научный руководитель: к.м.н., доцент С.Л. Бранчевский

Ортокератология или рефракционная терапия роговицы – это современный нехирургический способ устранения миопии у детей с помощью жестких контактных линз, изменяющих форму роговицы.

Цель данной работы заключается в оценке эффективности ортокератологии в достижении максимально возможной остроты зрения у пациентов в зависимости от степени миопии.

Проведен ретроспективный анализ группы 84 пациентов (166 глаз) в возрасте от 6 до 16 лет с миопией от -0,5D до -6,0D. Длительность наблюдения: 6 месяцев. Все пациенты были разделены на две группы: первая – 51 пациент (100 глаз) с миопией слабой степени (до -3,0D), вторая – 33 пациента (66 глаз) с миопией средней степени (до -6,0D). Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, осмотры проводились на 1, 7, 14, 30, 90, 180 сутки.

Максимальный результат от лечения у пациентов первой группы отмечен в первые сутки после начала терапии (повышение остроты зрения от 0,32 до 0,97, уменьшение рефракции от -1,68D до -0,33D), второй группы – на 14 сутки (от 0,16 до 0,92 и от -4,10D до -0,56D соответственно). Стабилизация рефракционного эффекта и сохранение комфортного зрения до конца дня наблюдались в первой группе на 1-3 сутки, во второй – на 10-14 сутки ношения линз. После наступления стабилизации зрительных функций острота зрения без коррекции составила в первой группе 1,0, во второй группе 0,92. У 22 пациентов отмечалась транзиторная эпителиопатия, которая легко купировалась (2-3 дня) назначением инстилляций кератопротекторов. Других реакций со стороны переднего и заднего отрезка глаза отмечено не было.

В связи с проведенным лечением мы считаем, что рефракционная терапия или ортокератология является эффективным самостоятельным способом коррекции миопии до -6,0D. Применение ортокератологических линз позволяет добиться максимально высокой остроты зрения при миопии слабой и средней степени в сроки до 14 дней от начала терапии.

Пациент имеет отличное зрение в течение суток: передняя оптическая поверхность позволяет видеть в линзах, а задняя терапевтическая – после снятия линз.

Результат ортокератологии предсказуем, методика безопасна и может быть рекомендована к широкому применению в детской офтальмологии.

СОСТОЯНИЕ ВОДОСНАБЖЕНИЯ В г.о. САМАРА ЗА ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ 2013 года

*Студентка 3 курса фармацевтического факультета И.Ю. Коробова
Кафедра реабилитологии и сестринского дела
НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»*

Научный руководитель: к.м.н., доцент В.А. Глущенко

Работа выполнена на базе Управления Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора) по Самарской области при непосредственном участии В.А. Жернова и И.О. Матюниной.

В период января-февраля 2013 года отмечалось снижение качества холодной и горячей воды централизованных систем хозяйственно-питьевого водоснабжения на территории г.о. Самара. По результатам санитарно-эпидемиологической экспертизы установлено, что по показателю «цветность» вода 5 отобранных проб превышала гигиенические нормативы, при норме 20°С цветность составила от 25-32°С. По показателю «перманганатная окисляемость» вода 2 отобранных проб превышала гигиенические нормативы, при норме 5,0 мг/дм куб. перманганатная окисляемость составила от 5,6-6 мг/дм куб.

По данным социально-гигиенического мониторинга среднесуточные значения содержания железа в воде реки Волги вблизи г. Самары составляют 0,2-0,3 мг/л. В настоящее время этот показатель выше, и содержание железа в воде водоема составляет 0,6-0,8 мг/л.

Среднесуточные значения цветности воды этого водоема составляют 16-30°С. В конце января 2013 года в Саратовском водохранилище в районе Самарских питьевых водозаборов цветность исходной воды достигала 45°С, 15 февраля в районе ГВС в г. Самаре этот показатель достиг 70°С. В указанный период в разводящих сетях водопровода, получающего воду из Саратовского водохранилища и обеспечивающего 90% населения г.о. Самара, регистрировалось повышение цветности питьевой воды до 22-30°С, при нормативе не выше 20°С. По остальным исследуемым показателям, в том числе микробиологическим, качество питьевой воды соответствовало санитарно-гигиеническим нормативам.

Учитывая невозможность доведения имеющимися средствами качества подаваемой воды потребителям до требований, установленных санитарными правилами, Управлением было подписано постановление от 05.02.2013 г. №2-П «Об установлении норматива цветности для водопроводной воды из поверхностного водозабора Саратовского водохранилища НФС-1, НФС-2, ГВС ООО «Самарские коммунальные системы» до 35°С (в соответствии с требованиями гигиенических нормативов к качеству питьевой воды) допускается временное отклонение по показателям, нормируемым по органолептическому признаку вредности). Питьевая вода, с цветностью не выше согласованных величин, не влияет на здоровье населения, но ухудшает условия водопользования по органолептическим (внешним) признакам.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ,
РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН
(ПО ДАННЫМ РОДИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ГБ №10)**

Аспирант В.В. Котельников

*Кафедра клинической медицины факультета последипломного образования
НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»*

Научный руководитель: д.м.н., профессор А.Ф. Завалко

Одной из социальных проблем современного общества является рост распространенности ВИЧ-инфекции. В связи с этим увеличивается число желанных беременностей в этой группе пациенток, которые заканчиваются родами. Принимая во внимание высокую распространенность СПИДа в Самарской области, представляет интерес изучение особенностей гестационного процесса на фоне ВИЧ-инфекции.

Целью исследования явился анализ клинико-статистических данных 337 историй родов, в ходе которого был предложен комплекс мероприятий, направленных на профилактику осложнений беременности и родов у ВИЧ-инфицированных женщин.

Из 337 историй 187 рожениц были ВИЧ-инфицированными и 150 женщин – не страдающих этим заболеванием. Оценивались такие показатели как анамнез, паритет, клиническая симптоматика, данные инструментальных (эхография, УЗИ) и лабораторных методов исследования (иммунологический статус, вирусная нагрузка, общий и биохимический анализы крови).

В ходе исследования у ВИЧ-инфицированных женщин было выявлено увеличение частоты самопроизвольных выкидышей в 12 раз, рост экстрагенитальных заболеваний (преимущественно воспалительного характера) в 2,5 раза, угрозы прерывания беременности в 4 раза, СЗРП в 3 раза, тяжелых гестозов в 2 раза. Оперативное родоразрешение в группе инфицированных родильниц имело место в 2 раза чаще, а частота осложнений у плода была в 4 раза выше. При ВИЧ-инфекции значительно чаще встречается тугое обвитие пуповиной шеи плода, маловесность детей. При равных значениях оценки по шкале В. Апгар количество детей, переведенных на долечивание на второй этап, было в 5 раз больше. При ВИЧ-инфекции чаще встречались железодефицитная анемия, гепатиты, изменения биохимических показателей печени.

Опираясь на полученные данные, даются рекомендации по созданию мобильных бригад в составе акушера-гинеколога и инфекциониста для посещения родильницы и ребенка на дому после выписки из роддома; координации работы учреждений, оказывающих помощь ВИЧ-инфицированным женщинам, социально психологическое сопровождение неблагополучных женщин в перигестационный период.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭТНИЧЕСКОЙ ДЕТЕРМИНИРОВАННОСТИ
ПРОЯВЛЕНИЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ
СИСТЕМЫ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ**

Студентка 4 курса специальности «Лечебное дело» Т.С. Кулакова

Кафедра общепрофессиональных дисциплин

ФГБОУ ВПО «Хакасский государственный университет

им. Н.Ф. Катанова»

Научный руководитель: д.м.н, профессор О.Ю. Килина

Цель настоящего исследования заключается в изучении особенностей жирового гепатоза и желчекаменной болезни по данным ультразвукового исследования у пришлых (европеоиды) и коренных (монголоиды – хакасы) жителей Хакасии, страдающих метаболическим синдромом.

Нами было выделено две группы обследуемых: коренное (16 мужчин, 61 женщина) и пришлое (31 мужчина, 46 женщин) население по 77 человек в каждой группе. Средний возраст в обеих группах составил 47 лет. Критериями включения в группы обследованных явились: возраст от 25 до 59 лет; окружность талии у мужчин 94 см и более, у женщин 80 см и более; согласие пациента принимать участие в исследовании. Критериями исключения: наличие тяжелых сопутствующих соматических, онкологических, гематологических, эндогенных психических заболеваний; отсутствие согласия принимать участие в исследовании.

Был проведен клинический осмотр, собран анамнез, жалобы, антропометрические данные, проведено биохимическое исследование крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) печени и артерий. Исследование проведено на ультразвуковом (УЗ) сканере Philips En Visor (Philips, Нидерланды), мультисекторным конвексным датчиком (3-5 МГц). Статистическая обработка проводилась в пакете прикладных программ Statistica 8.0. МС диагностировали по критериям, предложенным Международной федерацией диабета (IDF, 2005 г.).

Всем пациентам в крови определяли уровень общего холестерина (ХС), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), уровня гликемии натощак. Расчет ЛПНП проводился по формуле Фридвальда.

При проведении сравнительного анализа антропометрических данных установлены статистически значимое увеличение объема талии и индекса массы тела (ИМТ) у мужчин и женщин пришлового населения ($119,6 \pm 2,3$ и $111,5 \pm 1,8$ см.) по сравнению с коренными жителями ($106,8 \pm 3,0$ и $99,3 \pm 0,8$ см; $p = 0,002$ и $p < 0,0001$ соответственно). ИМТ пришлового населения составил ($35,8 \pm 1,3$ и $36,5 \pm 0,8$), что статистически достоверно выше, чем у коренного населения ($31,1 \pm 0,9$ и $30,3 \pm 0,6$), при сравнении как мужчин ($p = 0,02$), так и женщин ($p < 0,0001$).

Частота встречаемости гепатомегалии в исследуемых группах статистически не отличалась, но у мужчин как пришлового, так и коренного населения была выше, чем у женщин (93%), и составила 100%. УЗ признаки жирового гепатоза среди мужчин (90%) и женщин (87%) пришлового населения встречались чаще, чем у коренного (81,3% и 77%), однако выявленные отличия статистически не достоверны. Признаки желчекаменной болезни при УЗИ среди мужчин и женщин коренного населения выявлены в 20 и 26,5 % случаев, соответственно, что было значительно выше аналогичных показателей в группах пришлового населения.

Также мы проанализировали частоту выявления критериев метаболического синдрома в исследуемых группах и получили следующие результаты.

Частота повышения ЛПНП у женщин (68,2% и 75%) выше, чем у мужчин (43,3% и 62,5%) как пришлового, так и коренного населения, при этом в группе пришлового населения статистически значимо ($p = 0,049$). У мужчин коренного населения повышение ЛПНП наблюдалось статистически чаще, чем у

пришлых ($p = 0,047$). При сравнении женщин отличия не выявлены. Частота снижения ЛПВП отличалась в исследуемых группах статистически не значимо, за исключением достоверно более высокой частоты изменения данного показателя у пришлых женщин (43,2%) по сравнению с пришлыми мужчинами (20%) ($p = 0,04$). Наиболее высокая частота гипертриглицеридемии наблюдалась в группе коренных женщин (87,5%) и была достоверно выше по сравнению с мужчинами коренного населения и женщинами пришлого (37,5% и 54,5%; $p = 0,045$ и $0,049$ соответственно). А у мужчин коренного населения, наоборот наблюдалась наименьшая частота гипертриглицеридемии (37,5%) и статистически значимо отличалась от таковой в группе пришлых жителей ($p = 0,051$). Частота выявления гипергликемии у мужчин и женщин как коренного, так пришлого населения ((22,2% и 23,3%) и (41,9% и 38,6%) соответственно) не зависела от пола. Однако в группе пришлого населения встречалась достоверно чаще, чем у коренного, как у мужчин ($p = 0,045$), так и у женщин ($p = 0,051$).

Установлены положительные корреляционные связи между уровнем гликемии и развитием гепатомегалии ($p = 0,0001$) и жирового гепатоза ($p = 0,005$). Средней силы положительные корреляционные связи между индексом массы тела и развитием жирового гепатоза ($p = 0,0001$) и гепатомегалии ($p = 0,0001$). Слабая корреляционная связь между возрастом и развитием жирового гепатоза ($p = 0,046$).

У мужчин и женщин как пришлого, так и коренного населения частота развития патологии печени в нескольких возрастных группах не зависит от возраста.

Таким образом, в ходе исследования установлено, что между жителями коренного и пришлого населения развитие гепатоза и гепатомегалии напрямую зависит от выраженности гипергликемии и ожирения, но не зависит от возраста. Однако отличия в частоте встречаемости жирового гепатоза и желчекаменной болезни не выявлены, а так же отсутствуют отличия по половой принадлежности.

ХРОНИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ ПОЛОВОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН – КОФАКТОРНЫЙ МЕХАНИЗМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ

Аспирант Д.М. Ларина

Кафедра акушерства и гинекологии

ИПО ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

минздрава России

Научный руководитель: д.м.н., профессор М.Е. Шляпников

Инфекционно-воспалительная патология и доброкачественные гиперпластические процессы в матке (ДГП) продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой современной гинекологии, а взаимосвязь между названными группами заболеваний на протяжении последних нескольких лет

является объектом многочисленных, в том числе и междисциплинарных, научных исследований.

На сходство факторов риска, патогенеза, подходов к терапии миомы матки (ММ), аденомиоза матки (АМ) и гиперплазии эндометрия (ГЭ) обращали внимание многие исследователи. Попытка объединить указанные нозологии в группу доброкачественных гиперпластических заболеваний матки до сих пор носит дискуссионный характер, в виду отсутствия единой концепции патогенеза. Гиперпластические процессы матки могут быть проявлением гормональных нарушений, воспалительного процесса гениталий, нарушений в эндокринной и иммунной системе. В литературе есть сообщения о «воспалительном» генезе гиперпластических процессов в эндометрии и в эндоцервиксе.

В последние десятилетия интересы исследователей были направлены на изучение иммунологических и инфекционных аспектов в генезе данной патологии. Это отражает только одну сторону патогенеза, поскольку известно, что ДГП являются мультифакториальным. Данные патоморфологии показывают, что ММ, ГЭ, АМ, как правило, сопровождаются хроническим воспалительным процессом эндометрия. Следует отметить, что, несмотря на значительное число исследований, проведенных в последние годы, до сих пор остаются неясными многие вопросы этиологии и патогенеза доброкачественных гиперпластических процессов эндометрия. Исходя из данных литературы, предполагающих однонаправленность механизмов развития сочетанных доброкачественных процессов матки, можно предположить, что изучение факторов, участвующих в развитии ДГП таких как, например, вагинальный дисбиоз – фон патологии, позволит разработать комплекс методов диагностики и лечения категории больных с сочетанной генитальной патологией.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОФИЛАКТИКИ И УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С ПРОЛЕЖНЯМИ

*Студентка 1 курса лечебного факультета **Н.Б. Литвякова***

Кафедра реабилитологии и сестринского дела

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

*Научный руководитель: к.м.н., доцент **В.С. Никонова***

Проблема профилактики и лечения пролежней по-прежнему остается актуальной. Появление пролежней, как правило, доставляет дополнительные тяжелые физические и моральные страдания пациентам, замедляет процесс лечения и реабилитации.

Целью нашего исследования явилось изучение преимуществ современных технологий профилактики пролежней у пациентов неврологического профиля, страдающих длительной неподвижностью. Были определены следующие задачи: изучить опыт внедрения отраслевого стандарта ОСТ 91500.11.0001-2002

«Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации, протокол ведения больных Пролежни (L89)» и использование инновационных технологий ухода современными средствами в работе медицинских сестер неврологического отделения ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова.

Данная исследовательская работа представляет обобщённый 7-летний опыт работы по профилактике пролежней у больных неврологического отделения ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова.

В своей работе нами использовался отраслевой стандарт ОСТ 91500.11.0001-2002 и инновационные технологии ухода с применением современных средств ухода за больными с длительной неподвижностью.

На первом этапе была определена готовность персонала к работе в новых условиях. Второй этап включал в себя хронометраж рабочего времени с анализом полученных результатов. Третий этап – внедрение отраслевого стандарта и современных технологий профилактики пролежней в работу сестринского персонала. На четвертом этапе проводился повторный хронометраж рабочего времени с анализом полученных результатов. Пятый этап включал подведение итогов.

Результаты исследования показали, что использование современных технологий и адекватных противопролежневых мероприятий, бригадного системного подхода к данной проблеме позволяет предупредить развитие пролежней у пациентов группы риска более чем в 98% случаев. Это позволило повысить процент «восстановившихся» больных с 34% до 83%.

Выводы и практические рекомендации заключаются в предупреждении осложнений, а, следовательно, ранняя реабилитация способствует более полному восстановлению утраченных функций и социальной реадaptации.

НЕОПЕРАБЕЛЬНЫЙ ВПС, СИНДРОМ ЭЙЗЕНМЕНГЕРА, НПА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОХРАНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ АБСОЛЮТНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ

Студентка 6 курса лечебного факультета А.Н. Лысова

Кафедра акушерства и гинекологии

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Родильный дом СОККД

Научный руководитель: к.м.н., доцент О.Б. Неганова

Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных до сих пор остаются одной из основных причин осложнений беременности, родов, и высоких показателей материнской и перинатальной смертности. Частота врожденных пороков сердца и сосудов (М.М. Шехман. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. 1999 г.).

Синдром Эйзенменгера определяется как легочная гипертензия, развившаяся вследствие шунта слева направо при пороках сердца ДМПП, ДМЖП,

незаращении боталлова протока, с последующей сменой шунта справа налево и цианозом. После завершения формирования синдрома легочная гипертензия становится необратимой, а порок сердца, явившийся ее причиной, не поддается хирургической коррекции.

Материнская смертность составляет при данной патологии 30-50%, перинатальная — до 48%.

При синдроме Эйзенменгера шунтирование крови справа-налево увеличивается в период беременности, вследствие системной вазодилатации и перегрузки ПЖ с усилением цианоза и уменьшением тока крови по легочным сосудам. Эти пациентки отличаются высокой чувствительностью к падению ОПСС и венозного возврата (эпидуральная анестезия противопоказана!), возможно развитие сложных и фатальных аритмий, высок риск ТЭ осложнений на любом сроке беременности. Следовательно, даже незначительное падение артериального давления, может привести к внезапной смерти.

По данным зарубежной литературы в Англии за 5 лет (2002-2007 год) наблюдалось 44 женщины с синдромом Эйзенменгера, которые решили сохранить беременность. Около 52% из них умерло во время беременности. 32% умерло после родов в течение 7 дней от осложнений. При наличии синдрома Эйзенменгера рекомендуется прерывание беременности в I триместре на фоне мониторинга центральной гемодинамики.

По данным отчета роддома Самарского областного клинического кардиологического диспансера (СОККД) с 2009 года не было случаев родов у женщин с синдромом Эйзенменгера.

В КАДС Самарского областного кардиологического диспансера обратилась беременная Д., 27 лет, с диагнозом: беременность 11-12 недель, ВПС, приточный ДМЖП, легочная гипертензия 3-4 степени, синдром Эйзенменгера, желудочковая экстрасистолия Н2А, синдром Жильбера. Настоящая беременность первая. ВПС диагностирован при рождении, не операбельный.

Женщина была осмотрена консилиумом врачей – рекомендовано прервать беременность. Была проведена беседа о высоком риске для ее жизни и здоровья. Но пациентка категорически от прерывания беременности отказалась. В экстренном порядке госпитализирована в роддом СОККД.

В 1,2,3 триместрах беременности трехкратно выполнялось ЭХОКГ. По результатам исследования отмечалось увеличение легочной гипертензии, расчетное давление в ПЖ 90 мм рт. ст.

В 20 недель был проведен повторный консилиум врачей. Донашивание беременности абсолютно противопоказано. Пациентка и ее родственники были предупреждены о высоком риске осложнений во время беременности и в раннем послеродовом периоде, однако от предложенного повторно прерывания беременности категорически отказались, настаивая на пролонгировании беременности до 30 недель.

За время беременности трижды находилась на стационарном лечении в СОККД в сроке 12-15 нед. ; 20-26 нед.; 31-33 нед.

Ведение беременности проводилось под контролем АД, ОАК, ОАМ, биохимического анализа крови, гемостазиограммы, ЭКГ, ЭХОКГ, кардиолога, кардиохирурга.

Учитывая тяжелое состояние пациентки, в сроке беременности 33 недели было решено провести досрочное родоразрешение путем операции кесарево сечение.

Особенности течения родов: роды 1, преждевременные, оперативные в 33 недели в головном предлежании. ВСП, ДМЖП, высокая легочная гипертензия, синдром Эйзенменгера, НПА, болезнь Жильбера, лапаротомия, ретроперитонеальное кесарево сечение.

Кровопотеря составила 500 мл. Была извлечена живая, недоношенная, гипотрофичная девочка, весом 1700 г, рост 39 см. Оценка по шкале Апгар составила 5-6 баллов. Для дальнейшего обследования и лечения ребенок переведен в ОРН ОКБ.

Женщина находилась на стационарном лечении после родов в течение 15 суток. Состояние при выписке удовлетворительное.

Пациентке рекомендовано наблюдение врача женской консультации, кардиолога, кардиохирурга, полноценное питание, режим, контрацепция, половой покой 6 недель.

Таким образом, данный пример подтверждает, что прогноз для беременных женщин с синдромом Эйзенменгера очень серьезен, и прерывание беременности для них намного безопаснее. При пролонгировании беременности пациентке рекомендована госпитализация в высококвалифицированное специализированное учреждение, в котором может быть осуществлен контроль состояния периферической и центральной гемодинамики. Такая необходимость объясняется тем, что прогноз зависит не от функционального состояния этих больных, а от степени выраженности легочной гипертензии. Клинический опыт ведения беременности при комплексе Эйзенменгера в настоящее время весьма ограничен, число сообщений о нем недостаточно или неполно задокументировано.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Студент 5 курса лечебного факультета А.Ю. Ляпунов

Кафедра онкологии

ФГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет»

ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН

Научный руководитель: д.м.н. А.Л. Чернышова

Рак шейки матки (РШМ) в России занимает второе место в структуре онкогинекологической патологии, а в возрастной категории от 15 до 39 лет является доминирующей локализацией. Основным методом лечения рака шейки матки является хирургическое вмешательство. Состояние лимфати-

ческих узлов является наиболее важным прогностическим фактором при этом заболевании.

Цель исследования заключается в сравнительной оценке эффективности методов определения «сторожевых» лимфатических узлов с помощью однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОЭКТ) и интраоперационной радиометрической индикации.

В исследование включено 25 больных с $Ia_1 - Ib_1$ стадией рака шейки матки, находившихся на стационарном лечении в НИИ онкологии в 2009-2013 гг. Всем пациенткам для визуализации «сторожевых» лимфатических узлов радиоактивный лимфотропный нанокolloид, меченный ^{99m}Tc , вводился за сутки до операции во время процедуры в дозе 80 MBq. Инъекции РФП выполнялись в 4-х точках (в дозе 20 MBq в каждой инъекции) в подслизистое пространство. Сцинтиграфическое исследование на гамма-камере (E.CAM 180, Siemens) выполнялось через 20 минут и 3 часа после введения радиоиндикатора в режиме однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОЭКТ) области таза. Проводилась запись 16 проекций (каждая проекция по 30 сек) с использованием матрицы 64x64 пиксела без аппаратного увеличения. Полученные данные подвергались компьютерной обработке с использованием специализированной компьютерной системы E.Soft фирмы "Siemens" (Германия) с получением трехмерного изображения брюшной полости, сагиттальных, поперечных и коронарных срезов. Оценка томографических сканов проводилась визуально. Поиск сторожевых лимфатических узлов интраоперационно осуществлялся при помощи гамма-зонда GammaFinder II® (США), путем тщательного измерения уровня гамма-излучения во всех лимфатических коллекторах. Зарегистрированный уровень гамма-излучения отображается на дисплее числовыми значениями счетчика в cps (counts per second, отсчеты в секунду). После выполнения подвздошно-тазовой лимфодиссекции, удаленный макропрепарат повторно осматривался гамма-зондом и сопоставляли данные с интраоперационным исследованием. Лимфатический узел рассматривался как сторожевой, если его радиоактивность как минимум втрое превышала радиоактивность узлов той же группы. «Сторожевой» узел маркировался и отправлялся на гистологическое исследование.

Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОЭКТ) брюшной полости позволила выявить сторожевые лимфатические узлы у 18 пациенток, в тоже время интраоперационно (радиометрически) СЛУ выявлены у 23 человек.

Ввиду особенностей лимфатического дренажа малого таза и путей метастазирования опухоли, были выявлены следующие локализации «сторожевых» лимфатических узлов: максимальное количество СЛУ было выявлено на наружной подвздошной артерии – 50,4%, в запирающей ямке – 30,3%, на внутренней подвздошной артерии – 12,3%, в 6% – на общей подвздошной артерии, в одном случае в области кардинальных связок. Односторонние СЛУ выявлены в 41,9%, что можно объяснить вероятным односторонним лимфатическим дренажем малого таза.

Одним из наиболее важных показателей процедуры определения «сторожевых» лимфатических узлов, является наличие ложноотрицательных результатов, т.е. количества процедур, в которых лимфатический узел является отрицательным, в то время как при плановой гистологической проводке обнаруживается метастатическое поражение лимфоузлов данного лимфатического коллектора. Наличие ложноотрицательных результатов может привести к неправильному решению об объеме оперативного лечения, а также необходимости проведения адьювантной терапии. В нашем исследовании данных о получении ложноотрицательных результатов получено не было, таким образом, не наблюдалось феномена «прыгающих» метастазов.

При сравнительной оценке чувствительности методики определения СЛУ в зависимости от способа, установлено, что при радиографическом исследовании чувствительность составила 72%, при радиометрическом этот показатель равнялся 92%. Поэтому методика радиометрического определения СЛУ является более эффективной по сравнению с ОЭКТ.

При сравнительной оценке чувствительности методики определения СЛУ в зависимости от способа, установлено, что при радиографическом исследовании чувствительность составила 72,7%, при радиометрическом этот показатель равнялся 90,9%, а специфичность составила 100%. Методика радиометрического определения СЛУ является более эффективной по сравнению с ОЭКТ. В настоящее время определение «сторожевых» лимфатических узлов не является стандартом хирургического лечения рака шейки матки, несмотря на это, данная методика представляет большой интерес, как метод, позволяющий провести адекватную стратификацию опухолевого процесса, определить наличие или отсутствие лимфо-васкулярной инвазии, а также уменьшить или увеличить объем оперативного вмешательства, что, несомненно, является приоритетным в современной онкологии.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ

Студентка 4 курса лечебного факультета Л.Р. Мамедова

Кафедра акушерства и гинекологии

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н., доцент О.Б. Неганова

Внутриутробное инфицирование плода является одной из наиболее важных проблем современного акушерства. Частота его колеблется от 6 до 53% и не имеет тенденции к снижению. В структуре перинатальной смертности ВУИ составляет от 2 до 65,6% (И.С. Сидорова, И.Н. Черниенко).

Целью исследования стал анализ случаев ВУИ по данным заболеваемости родильного дома СОККД за 2010-2012 гг.

Мы изучали частоту встречаемости ВУИ у новорожденных, гнойно-септическую заболеваемость новорожденных по данным родильного дома

СОККД за 2010-2012 гг. Также выявлялись факторы риска ВУИ, оценивалось состояние новорожденных с ВУИ и дальнейший прогноз.

По данным заболеваемости в родильном доме СОККД общая заболеваемость новорожденных в 2010 году составила 3,7%, в 2011 – 7,2%, в 2012 – 4,3%. За последние 3 года отмечается снижение гнойно-септических заболеваний 1,67 раза, однако в структуре внутриутробных форм продолжает увеличиваться количество внутриутробных пневмоний. Общая заболеваемость гнойно-септической инфекцией новорожденных представлена только внутриутробной инфекцией, внутрибольничной заболеваемости нет.

Таблица 1.

Структура внутриутробных форм гнойно-септической инфекции

Наименование заболеваний	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Генерализованные формы всего, в т.ч.:	1	2	1
– сепсис	1	-	1
– менингит	-	1	-
– остеомиелит	-	1	-
Пневмония	2	4	5
Заболевания с несколькими локализациями патологических процессов	-	3	-
ВУИ без очага	1	-	-

В группу высокого риска ВУИ плода включены беременные с отягощенным соматическим анамнезом: хронические заболевания 80,4% и их обострения во время беременности 68,6%, частые 3 и более раза в год респираторные заболевания верхних дыхательных путей 84,3%, отягощенные акушерским анамнезом 88,2% (медаборты 25,5%, самопроизвольные выкидыши 43,1%, замерзшая беременность 19,6%, воспалительные заболевания матки и ее придатков 49%, ОРЗ во время беременности 88,2%, патологическим течением беременности (угроза прерывания беременности 98%, гестоз 64,7%, анемия 21,6%).

Дети с ВУИ родились от матерей во время беременности у которых наблюдался острый пиелонефрит, абсцесс мягких тканей, бронхит, а во время родов – длительный безводный период (более 10 ч.), повышение температуры от 38 до 39°C, хориоамнионит.

У новорожденных из группы беременных высокого риска внутриутробного инфицирования плода отмечалась более низкая оценка по шкале Апгар, чаще выявлялась хроническая гипоксия – 52,6%, церебральная ишемия – 39,5%, кардиопатия – 7,9%, синдром задержки развития плода 15,8%, кефалогематома 13,2%, гнойно-септические заболевания 31,6%.

Пример клинического случая.

Пациентка Г., возраст 5 суток.

Состояние здоровья матери: гиперандрогения, отягощенный акушерский анамнез (замерзшая беременность в 6 недель), хроническая урогенитальная

инфекция (лептотрикс), генитальный герпес. Осложнения беременности: в 13 недель угроза прерывания беременности, во второй половине беременности ОРВИ, бактериурия, урогенитальная инфекция.

Особенности течения родов: Роды 2 срочные, оперативные физиологическим незрелым плодом. Кесарево сечение. Раннее излитие околоплодных вод. Вес при рождении 3270 гр., длина 52 см. Оценка по шкале Апгар 7-7 баллов. Обвитие пуповиной.

Диагноз клинический: Внутриутробная инфекция. Гнойный менингит. Флебит вен голеностопного сустава слева с абсцедированием.

Осложнение основного: перинатальное поражение центральной нервной системы, синдром угнетения ЦНС, судорожный синдром, ВПС ДМПП, анемия легкой степени, дисбактериоз кишечника.

Проведено обследование:

- 1) общеклинические и биохимические анализы;
- 2) для исключения структурной патологии ЦНС – НСДГ и ДГ позвоночных сосудов, ЭХО ДКГ;
- 3) УЗИ брюшной полости;
- 4) ЭКГ;
- 5) Рентгенография грудной клетки;
- 6) Консультации (Лор, Окулист, Невролог, Хирург);

Проведено лечение: реланиум, максипим, фенобарбитал, зовиракс.

Прогноз заболевания: смертность при гнойном менингите у новорожденных колеблется в пределах 20-50%. Осложнениями гнойного менингита могут быть гидроцефалия, слепота, глухота, абсцессы мозга. У 40-50% выживших детей в анамнезе сохраняются или развиваются неврологические симптомы.

Исход заболевания: синдром двигательных нарушений, гидроцефальный синдром, вегето-висцеральный синдром (нарушение терморегуляции, желудочно-кишечные дискинезии, сердечно-сосудистые нарушения, патология со стороны органов дыхания), синдром задержки психомоторного развития (при преобладании нарушения статико-моторных функций отмечается темповая задержка формирования моторно-зрительной координации, дети поздно поворачиваются со спины на живот (после 5-6 мес.) поздно садятся (после 6-7 мес.), поздно начинают ходить (после 12 мес.), задержка речевого развития и гипермоторность, обуславливающие в дальнейшем своеобразие интеллекта (трудность усвоения, рассеянность, ошибки при письме, затрудненное восприятие предметов, требующих логического мышления) и двигательных навыков (неуклюжесть, нарушение ориентации, затруднение формирования навыков письма, гипомимия, дизартрия), астеноневротический с-м (характеризуется эмоциональной лабильностью, возбудимостью, двигательным беспокойством при незначительных изменениях во внешней среде).

В мире частота встречаемости ВУИ колеблется от 6 до 53 % и не имеет тенденции к снижению.

В 2012 году в родильном доме СОККД отмечалось снижение гнойно-септических заболеваний в 1,67 раза, однако в структуре внутриутробных форм продолжает увеличиваться количество внутриутробных пневмоний.

Основными факторами риска внутриутробного инфицирования плода являются урогенитальные инфекции у матери, хронические очаги инфекции в организме женщины и их обострение во время беременности, инфекционные заболевания в период гестации (перенесенные ОРВИ во второй половине беременности), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

При своевременном лечении прогноз в большинстве случаев благоприятный. Отмечается преимущественно функциональные нарушения нервной психической деятельности, реже обнаруживаются очаговые неврологические расстройства. После выписки из стационара дети в течение 3 лет должны регулярно наблюдаться у невропатолога.

ПЕРВИЧНАЯ ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Студент 6 курса медицинского факультета специальности

«Лечебное дело» М.Х. Махов

Кафедра госпитальной терапии

*ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный
университет им. Х.М. Бербекова»*

Научный руководитель: д.м.н., профессор Р.М. Арамисова

Микобактерией туберкулеза инфицировано 2/3 населения нашей планеты. Резкое сокращение профилактического рентгено-флюорографического обследования населения, имеющее место с конца XX, начала XXI столетия, привело к значительному увеличению количества больных данной патологией в нашей стране. Увеличивается и число пациентов, у которых туберкулез выявляется в стационарах нефтизиатрического профиля. Это обстоятельство обуславливает актуальность изучения причин поздней диагностики туберкулеза легких.

В данной работе проанализированы истории болезней пациентов, госпитализированных в терапевтическое отделение №1 РКБ в 2012 г., у которых впервые выявлен туберкулез легких.

Всего больных с впервые выявленным туберкулезом легких оказалось 8, из них мужчин 62,5%. Анализ распространенности туберкулеза по возрастным группам показал следующее: наибольшей была распространенность туберкулеза легких в двух возрастных группах – 30-39 и 50-59 лет.

По районам КБР, откуда поступали больные в отделение, распределение больных было следующим: 37,5% – г. Нальчик, где имеются, казалось бы, наибольшие возможности для своевременной диагностики туберкулеза

легких, 25% – Баксанский район, далее почти одинаковое процентное соотношение по другим районам республики.

По локализации процесса: поражение правого легкого в 75% случаев, в том числе, в верхней доле в 50% случаев, диссеминированный туберкулез легких – в остальных 25% случаев.

Интересным был анализ причины госпитализации этой категории больных. Анализ направительных диагнозов показал следующее: 50% больных было госпитализировано с первичным диагнозом ХОБЛ. Хронический обструктивный бронхит, 25% – с диагнозом пневмонии, 12,5% – общий атеросклероз и столько же с диагнозом: общее переохлаждение.

Результаты анализа стадии выявления больных туберкулезом легких в терапевтическом стационаре показал: 75% больных выявлены в стадии инфильтрации, у четверти больных – туберкулез легких в фазе распада.

Соотношение диагноз-находка представлено в следующей таблице:

Диагноз	Находка
Очаговая пневмония верхней доли правого легкого	Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада
Хронический бронхит	Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого
Пневмония нижней доли правого легкого	Инфильтративный туберкулез правого легкого
ХОБЛ. Хронический обструктивный бронхит	Диссеминированный туберкулез легких
ХОБЛ. Хронический обструктивный бронхит	Очаговый туберкулез правого легкого в фазе распада
Атеросклероз аорты, коронарных, церебральных артерий	Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого

Как видно из таблицы, наиболее частыми причинами госпитализаций в терапевтический стационар больных туберкулезом легких были хронические обструктивные болезни легких, под масками которых шли различные клинические варианты туберкулеза легких.

Учитывая высокую распространенность туберкулеза среди населения республики, необходимо внедрение комплекса мероприятий по первичной профилактике туберкулеза, а также раннему выявлению больных на догоспитальном этапе. Результаты проведенного исследования показали, что все еще велик удельный вес больных туберкулезом, выявляемых на поздних стадиях.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В Г.О.ТОЛЬЯТТИ

Студентка 5 курса специальности «Лечебное дело»

К.А. Можечкова

ГБОУ СПО «Тольяттинский медколледж»

Научный руководитель: преподаватель В.Н. Скворцова

В России ежегодно регистрируется более 450 000 инсультов в год, в крупных мегаполисах России количество острых инсультов составляет от 100 до 120 в сутки.

Всемирная организация здравоохранения поставила цель до 2015 года повысить показатель реабилитации больных после инсульта до 70%. Инвалидизация после перенесенного инсульта достигает 3,2% на 10 тысяч населения и занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности.

После перенесенного инсульта к труду возвращается не более 15% больных. В связи с этим особенно важным является совершенствование системы реабилитации лиц, перенесших мозговой инсульт.

Целью работы стало изучение заболеваемости инсультом и организация реабилитации больных, перенёсших инсульт, в г. Тольятти.

В 2010 году перенесли инсульт 2594 жителей Тольятти, то 2011 году этому заболеванию подверглись 1188 человек. По сравнению с 2010 годом снизилась смертность от данного заболевания. За период 2010 года вследствие инсульта умерло 620 человек, в 2011 году – 434 человека.

Однако обеспеченность неврологическим койками по всем городским отделениям неврологического профиля не соответствует нормативу, который в действительности составляет 7,04 на 10000 населения, хотя и отмечается увеличение: по сравнению 2008 – 2011 гг. он составляет 5,46.

Продолжительность курса реабилитации в центре «Преодоление» для пациентов, перенесших ОНМК, составляет 21 день. В 2010 году курс реабилитации прошли 1259 человек, в 2011 году – 962 человека. Снижение показателей реабилитации объясняется снижением количества перенесших острое нарушение мозгового кровообращения

В центр Здоровья в Центральном районе в 2011 году обратилось всего 8644 жителей района, из них первично – 8389 человека, здоровых оказалось всего 1532, что составляет 18,26%. С факторами риска к развитию острого нарушения мозгового кровообращения обратились 5010 человек, что составляет 59,72%.

Своевременный и комплексный подход к организации реабилитационной помощи больным, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения, позволит вернуть к труду или иному виду активной социальной деятельности постинсультных больных трудоспособного возраста.

СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Студентка 5 курса медико-социального факультета О.Е. Попова

Кафедра реабилитологии и сестринского дела

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

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

Самарская область входит в число неблагополучных по ВИЧ– инфекции субъектов Российской Федерации. По сравнению с 2010 годом отмечается рост заболеваемости на 13,3%. Самые высокие показатели заболеваемости выявлены в городах Тольятти и Самара, на долю которых приходится более 73,8% от всех случаев, зарегистрированных в области. Таким образом, изучение данной проблемы является, несомненно, актуальной.

Цель нашего исследования – изучение эпидемиологической ситуации данной патологии в Самарской области и системы оказания помощи ВИЧ-инфицированным. В качестве материала исследования использованы статистические данные ГБУЗ СОЦ СПИД и ИЗ.

Установлено, что в возрастной структуре ВИЧ-инфицированных, выявленных за всё время наблюдения, преобладают лица молодого, сексуально– и репродуктивно-активного возраста (21-40 лет). Доля полового пути передачи ВИЧ-инфекции в 2011 году по данным эпидемиологических исследований увеличилась на 9,5% по сравнению с 2009 годом, в то время как удельный вес парентерального пути передачи снизился на 8,54%.

Профилактикой, выявлением и лечением лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов «В и С» занимается ГБУЗ «Самарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями». Он является организатором, координатором, исполнителем работ и получателем антиретровирусных препаратов и диагностических средств для учреждений здравоохранения Самарской области. В его структуре функционирует амбулаторно-поликлиническое отделение №1. Для оптимизации системы оказания профилактической и лечебной помощи ВИЧ-инфицированным беременным в отделении работает ответственный специалист для оказания помощи данной группе пациентов.

В ГБУЗ СОЦ СПИД и ИЗ на конец 2011 года на диспансерном учете состояло 22 100 пациентов. Доля больных, состоящих на диспансерном учете и проходивших обследование хотя бы один раз в течение года, составила в 2011 году 93%. Из них проведено исследование иммунного статуса как минимум 1 раз в течение года у 83% . Выработаны четкие алгоритмы выявления, диспансеризации, профилактических и лечебных мер борьбы с ВИЧ-инфекцией.

АНАЛИЗ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

*Аспирант кафедры внутренних болезней **Е.В. Портнова**
ФГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»
Научный руководитель: **д.м.н., профессор Н.Н. Крюков***

Распространенность АГ в РФ с 2006 года – 39,5%, к 2009 – 40,8% и эта цифра продолжает увеличиваться, но эффективность контроля артериального давления (АД) остаётся низкой, что повышает частоту поражения органов-мишеней. Установлено, что у 71,9% нелеченных больных ГБ трудоспособного возраста без ассоциированных клинических состояний зарегистрировано поражение хотя бы одного органа-мишени. Целью исследования стало выявить особенности ремоделирования сердца и сосудов БЦС у пациентов с гипертонической болезнью и когнитивными нарушениями с целью раннего предотвращения осложнений.

Использовались данные 81 пациента обоего пола с ГБ верифицированной по критериям ВОЗ/МОГ, 1999; ЕОГ/ЕОК 2007 и 2009 гг. без сопутствующей патологии. У 30 пациентов АГ имелись суправентрикулярные нарушения ритма. Исключались факторы, влияющие на когнитивную функцию. Возраст пациентов был в среднем $53,8 \pm 4,3$ года, 1-2 степени повышения АД, среднее САД $-144 \pm 12,3$, ДАД $-85 \pm 6,7$ мм рт. ст. Длительность гипертонии – $6,4 \pm 1,5$ г., аритмии – $3,7 \pm 0,2$ г., ИМТ составлял $27,9 \pm 2,1$ кг/м². Для контроля использовалась группа из 26 здоровых человек. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ. Все пациенты по тесту MMSE имели более 24 баллов, что показывает отсутствие деменции. Эхо-КГ и дуплексное сканирование БЦС осуществляли по общепринятым методикам.

Было выявлено достоверное отличие ($p < 0,05$) данных Мока-теста основных групп с контрольной.

Структурными изменениями миокарда у пациентов с ГБ с/без нарушения ритма были увеличение ИММЛЖ, ЛП, ЛП/КДР, что создавало условия для прогрессирования ПОМ. Достоверные отличия от контрольной группы пациенты имели по всем показателям. Значения ЛП/КДР достоверно отличались у группы пациентов АГ с нарушениями ритма от 1-ой и 2-ой групп. Показатель ТИМ в этих группах достоверно ($p < 0,05$) отличался от контрольной группы.

В представленном исследовании на развитие ПОМ влияет ремоделирование сосудов при артериальной гипертонии, а наличие суправентрикулярных нарушений ритма достоверно ухудшает только параметры ЛП (ЛП/КДР).

ТАБАКОКУРЕНИЕ: МОДА ИЛИ ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

*Студентка 6 курса лечебного факультета Ю.А. Рыбина
Кафедра госпитальной терапии с курсом эндокринологии
ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»
минздрава РФ
Научный руководитель: д.м.н., профессор Т.Н. Василькова*

Цель: изучение распространенности и психологических мотивов возникновения привычки табакокурения (ТК) у лиц молодого возраста, как фактор риска сердечно-легочных заболеваний.

Материалы и методы исследования: включено 719 студентов ТюмГМА, из них 75,1% девушек и 25,9% юношей. Возраст – $18,5 \pm 1,8$. Опрос – с помощью анонимной анкеты. Статистический анализ – программа «Biostat». Достоверность – t-критерий Стьюдента, $p < 0,05$.

Результаты исследования: установлено, что 82,4% опрошенных отнесли себя к некурящим, 17,5% – к курильщикам и 4,2% – к экс-курильщиками, 7,0% – курили кальян. Средний возраст начала ТК, как у юношей, так и у девушек – $16,3 \pm 2,3$ лет. Стаж курения – $4,7 \pm 2,8$ года. Девушки курили чаще, чем юноши (27,7% против 19,4%, $p < 0,01$), но ИК у юношей был выше, чем у девушек ($3,8 \pm 1,5$ год и $2,5 \pm 2,6$, $p < 0,01$). Индекс Фагенстрема (ИФ), являющийся главным предиктором формирования обструктивных нарушений составил $154,7 \pm 14,4$, что указывает на крайне высокий риск развития ХОБЛ, причем у юношей ИФ выше, чем у девушек ($165,5 \pm 15,8$ и $150,0 \pm 19,9$, $p < 0,01$) и, кроме того, юношам был чаще свойственен высокий уровень никотиновой зависимости (28,8% против 14,8%, $p < 0,001$). Начало ТК – частые стрессы, неприятности, из любопытства – (44,0% – 1 курс, 44,7% – 3 курс, 36,8% – 5 курс), кроме того 47,4% курильщиков 1 курса к курению приобщаются под влиянием компании, из любопытства, 34,4% курильщиков 5 курса курят «за компанию». Ведущими типами курительного поведения в 69,0% – «поддержка», в 61,9% – «расслабление», в 24,6% – «игра» с сигаретой, «жажда» – 19,0% , «стимуляция» – 3,9% и «рефлекс» – 1,5%.

Таким образом, несмотря на то, что студенты медицинского ВУЗа – будущие врачи, курение среди них распространено, причем девушки курят чаще, высок процент курящих на начальных курсах. Ведущими типами курительного поведения являются «поддержка» и «расслабление». Результаты исследования показали, что у лиц молодого возраста высокий риск развития сердечно-легочных заболеваний. Полученные результаты доказывают необходимость создания профилактических программ с целью предупреждения развития сердечно-легочных катастроф. Особое место в этих профилактических программах должно быть отведено просветительной работе по пропаганде здорового образа жизни.

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ У ВЗРОСЛОГО И ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Студентка 6 курса лечебного факультета Ю.А. Рыбина

Кафедра инфекционных болезней

*ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»
минздрава РФ*

Научный руководитель: к.м.н., доцент О.А. Любимцева

Целью работы стал анализ заболеваемости и особенностей клиники инфекционного мононуклеоза (ИМ) в зависимости от гендерных и возрастных особенностей.

Проанализированы истории болезни 267 человек с ИМ. 1-я группа – взрослые пациенты $n=34$ (12,7%), 50,0% женщин и столько же мужчин, возраст – $27,2 \pm 5,9$ лет; 2-я группа – дети $n=233$ (87,3%), девочек – (39,4%), мальчиков (60,6%), возраст – $5,2 \pm 8,7$ лет. Статистический анализ – программа «Biostat». Достоверность – t-критерий Стьюдента со значимой границей $p < 0,05$.

Лимфопролиферативный синдром у больных ИМ: поражались подчелюстные (69,6%), переднешейные (49,0%) и заднешейные (68,5%), во 2-й группе увеличение подчелюстных лимфатических узлов отмечалось чаще (71,2% против 58,8%, $p < 0,01$). Гепатоспленомегалия была чаще выявлена, чем изолированная гепатомегалия (52,8% против 29,5%, $p < 0,001$). Чаще миндалины увеличивались до II степени (49,0%), I степени (20,5%), I-II степени (22,4%) и III степени (11,6%). Ранним признаком ИМ явился катаральный синдром. Диспепсический синдром чаще наблюдался у пациентов 1-й группы, и проявлялся болями в животе в 20,5% случаев против 6,0% ($p < 0,001$). Экзантема определялась во 2-й группе (21,8% против 17,6%, $p < 0,01$), у мальчиков чаще (26,2% против 15,2%, $p < 0,05$). Кроме того, наряду с применением виферона (38,9%) использовались антибактериальные препараты, где препаратом выбора явился пенициллин (51,3%) и цефабол (34,8%).

Полученные данные свидетельствуют о высоком числе лиц, госпитализированных с ИМ в 2011 г. (44,3%) в сравнении с 2009 (31,4%) – 2010 (24,3%) гг. Гендерные различия клинической картины проявляются более тяжелыми проявлениями заболевания с выраженным поражением печени и лимфоидной системы у мальчиков. Возрастные особенности характеризуются преобладанием катаральных симптомов, экзантемы, поражением ротоглотки у детей. В клинической картине для пациентов раннего возраста характерен синдром интоксикации вместе с выраженным лимфопролиферативным синдромом. Терапию ИМ целесообразно проводить вифероном, а в сочетании с тонзиллярным синдромом в комбинации с пенициллином или цефаболом.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ХОЗЯЙСТВЕННО-ПИТЬЕВОГО
ВОДОСНАБЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ
В ЯНВАРЕ-ФЕВРАЛЕ 2013 ГОДА**

*Студентка 3 курса фармацевтического факультета **Е.Ю. Сидорова***

Кафедра реабилитологии и сестринского дела

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

*Научный руководитель: **к.м.н., доцент В.А. Глущенко***

Работа выполнена на базе Управления Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора) по Самарской области при непосредственном участии В.А. Жернова и И.О. Матюниной.

С 1 января 2013 года введен в действие Федеральный Закон № 416-ФЗ от 07.12.2011 «О водоснабжении и водоотведении». В 2013 году Управлением Роспотребнадзора по Самарской области были разъяснены положения Закона эксплуатирующим организациям.

Только в январе-феврале 2013 году на территории Самарской области проанализировано 4687 проб водопроводной воды, исследованных по микробиологическим показателям в ходе производственного контроля и госсанэпиднадзора. Из общего числа проанализированных проб из разводящих сетей 2,7% проб (94 пробы из 3401) превышали санитарно-гигиенические нормативы, этот показатель остается без изменений по сравнению с показателем за тот же период 2012 года.

За анализируемый период 2013 года по административным территориям Самарской области г. Чапаевска, в Безенчукского, Красноярского, Похвистневского Сергиевского, Клявлинского районов наблюдались тенденции улучшения качества питьевой воды по микробиологическим показателям по сравнению с аналогичным периодом 2012 года.

В ходе проведения проверок нарушения санитарно-эпидемиологического законодательства при организации хозяйственно-питьевого водоснабжения были установлены на территории следующих муниципальных образований Самарской области: в городских поселениях Самара, Сызрань, Октябрьск, в муниципальных районах Нефтегорский, Ставропольский, Кинельский, Красноярский, Сызранский, Исаклинский и в некоторых других. Доля проб воды, не отвечающая по микробиологическим показателям гигиеническим нормативам, возросла в Нефтегорском, Исаклинском, Приволжском, районах, в г.о. Отрадный. Сложная ситуация сохраняется в Красноармейском районе Самарской области.

С органами местного самоуправления проводится организационная работа, направленная на улучшение качества подаваемой воды на указанных территориях.

СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРВИ И ГРИППОМ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Студенты 2 курса лечебного факультета

А.В. Солдатенко, А.Д. Гормакова

Кафедра медико-биологических дисциплин

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.б.н. С.В. Ковалева

ОРВИ – группа острых вирусных заболеваний верхних дыхательных путей, объединяющая грипп, парагрипп, риновирусную и аденовирусную инфекции и др. Одной из самых коварных вирусных инфекций является грипп. По имеющимся данным, за четыре последних столетия насчитывают около 30 мировых пандемий гриппа, а также множество приносящих ущерб эпидемий, которые неожиданно возникали каждые два-три года. Для нас, коренных жителей Саратовской области, разумеется, особый интерес представляет учет заболеваемости ОРВИ и гриппом в нашем регионе. Такую информацию с определенной периодичностью представляет областное министерство здравоохранения.

Так, в 2009 году эпидемический подъем заболеваемости ОРВИ и гриппом в области был отмечен с 45 недели года, когда в городе Саратове эпидемический порог по совокупному населению был превышен на 32,3%, а среди школьников – на 71,3%. Пик заболеваемости пришелся на 47 неделю, когда уровень заболеваемости по Саратову превысил эпидемический порог на 402,2%, а среди школьников 7-14 лет на 540,5%. Всего в области в эпидемический период заболело ОРВИ и гриппом 182593 человек, что составляет 7,1% от населения области. В эпидемический сезон 2010-2012 гг. отмечалась сравнительно невысокая активность вирусов ОРВИ и гриппа, и, как следствие, – умеренная интенсивность эпидемического процесса. Уровень заболеваемости ОРВИ и гриппом в целом по области превышал пороговые показатели в конце декабря 2011 года. В 2012 году в возрастных категориях «0-2 лет» эпидемический порог был превышен на 77,07%, «3-6 лет» – на 147,04%, «7-14 лет» – на 129,26%, а в возрастной категории «15 и старше» порог заболеваемости гриппом превышен на 83,78%. Что же касается 2013 года, за период с 28 января по 4 февраля заболеваемость ОРВИ выросла на 50%. При этом заболеваемость среди детей 7-14 лет увеличилась на 199,3%. В областном центре заболеваемость ОРВИ превысила эпидемпорог на 76,4%. Зарегистрированная заболеваемость выше расчетного эпидемического порога в целом по населению на 17,77%. По данным министерства здравоохранения Саратовской области, на данный момент (в середине марта) острой вирусной инфекцией болеют почти 31 тысяча человек, из них более половины – 18,7 тыс. человек – это дети. Эпидпорог в регионе превышен на 68,1 %, в областном центре – на 60,21%.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ЭОЗИНОФИЛИИ ПРИ ТОКСОКАРОЗЕ

Студентка 6 курса лечебного факультета А.В. Софьина
ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» минздрава РФ
Студент 1 курса лечебного факультета Ш.Б. Саттаров
Кафедра естественнонаучных дисциплин
Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»
Научный руководитель: к.м.н., доцент В.С. Софьин

В настоящее время доказано практически стопроцентное наличие эозинофилии для многих видов паразитозов. Так, по мнению большинства авторов, при столь широко распространённой токсокарозной инвазии в 95-100% случаев выявляется эозинофилия, что обусловлено миграцией личинок *Toxocara canis* по организму человека. Соответствует ли это действительности?

Целью работы стало выявление частоты встречаемости увеличения количества эозинофилов в периферической крови при токсокарозной инвазии.

В ходе исследования нами был проведён статистический анализ клинко-лабораторных показателей 63 пациентов с установленным диагнозом висцерального токсокароза, проходивших стационарное и амбулаторное лечение на базе клиник г. Саратова и Саратовской области за 2010 – 2012 гг. Все больные были разделены на две группы, согласно их возрасту: 1 группа – 41 ребёнок (средний возраст $7,2 \pm 0,3$ г.), 2 группа – 22 взрослых (средний возраст $42,1 \pm 1,3$ г.).

Среди пациентов 1 группы повышение уровня эозинофилов в периферической крови было выявлено в пяти случаях, что составляет 12,2% от всех лиц. При этом уровень антител к токсокарам у этих больных составлял 1:400 и 1:800. Во 2 группе пациентов эозинофилия наблюдалась в 13,6% случаев (3 человека), а уровень антител к паразиту составлял 1:3200. Клиническая картина висцерального токсокароза среди лиц, в крови которых было выявлено увеличение эозинофилов, характеризовалась более тяжёлым течением, проявлялась в виде иммунологически обусловленных процессов: бронхиальной астмы, острой и хронической крапивницы.

Мы считаем, что нормальное содержание эозинофилов в общем анализе крови не может свидетельствовать об отсутствии токсокарозной инвазии; главным лабораторно-диагностическим критерием токсокароза, на настоящем этапе, необходимо считать наличие антител к токсокарам.

ОСЛОЖНЕНИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Студент 5 курса лечебного факультета С.В. Субочев

Кафедра клинической медицины

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Н.В. Тарасова

Целью данной работы стал анализ частоты развития осложнений заболеваний уха и верхних дыхательных путей. Мы проанализировать госпитализированную заболеваемость в ЛОР-отделении больницы имени Калинина М.И. за 2010-2012 годы, частоту обращаемости больных с патологией ЛОР-органов, нуждающихся в оказании экстренной медицинской помощи, а также определили частоту развития осложнений ЛОР-заболеваний до госпитализации в стационар и изучили частоту развития летального исхода в результате возникновения осложнений заболеваний ЛОР-органов.

Материалом исследования послужили 4244 истории болезни больных, госпитализированных в ЛОР-отделение больницы имени Калинина М.И. в период с 2010 по 2012 гг. Для исследования были отобраны 2023 истории болезни больных, поступивших на лечение в ЛОР-отделение в экстренном порядке. Особое внимание уделено историям болезни больных с наличием осложнений заболевания уха или верхних дыхательных путей, развившихся в результате заболевания, во время оперативного вмешательства или послеоперационном периоде.

Данное исследование проводилось в оториноларингологическом отделении в Самарской областной больнице имени М.И. Калинина. По данным проведенного ретроспективного анализа выявлено, что наиболее распространенными осложнениями ЛОР-заболеваний являются паратонзиллиты и паратонзиллярные абсцессы у 475 больных, что составило 11,2% от всех госпитализированных, носовые кровотечения на фоне артериальной гипертензии у 72 человека (1,7%). Причем рецидивирующие носовые кровотечения, осложненные постгеморрагической анемией средней и тяжелой степени наблюдались у 12 больных (0,3%), стенозы гортани в результате онкологических заболеваний гортани и других состояний – у 104 человек (2,5%). Стеноз гортани в стадии неполной компенсации и декомпенсации выявлены у 9 больных (0,2%), в результате травмы гортани – у 5 больных (0,1%), фурункулы носа с осложнениями у 122 человека (2,9%).

Хронический гнойный эпитимпанит с кариезом, холестеатомой, гранулёмами, обтурирующим полипом, осложненный вестибулярной дисфункцией, хотя и является более редкой патологией, но является более сложной в плане лечения. Эта патология выявлена у 20 пациентов (0,5%).

В практике врача оториноларингологического отделения встречается различные осложнения заболеваний ЛОР-органов, среди которых наиболее распространенными являются осложнения ангин, острых и хронических заболеваний носа и околоносовых пазух. Развитие осложнений

наблюдается в результате несвоевременного или неадекватного лечения. Это свидетельствует о необходимости активизации санпросветработы среди населения и о необходимости повышения профессионализма врачей общей практики, так как в их обязанности входит лечение острых тонзиллитов и риносинуситов.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Студенты 5 курса педиатрического факультета

В.С. Турсина, И.И. Свирко

Кафедра детских инфекционных болезней

Белорусский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., доцент А.А. Астапов

Герпетические инфекции протекают под маской различных заболеваний и часто сопровождаются преимущественным поражением вещества головного мозга.

Целью данного исследования стало изучение клинико-лабораторные особенности разных клинических форм герпетических нейроинфекций (менингит, менингоэнцефалит, энцефалит).

На базе детской инфекционной больницы г. Минска нами было проанализировано 37 историй болезни (17 девочек, 20 мальчиков) в возрасте от 3,5 месяцев до 16 лет, отобранными методом случайной выборки за 1992-2012 гг.

Из группы обследуемых девочек – 46%, мальчиков – 54%. Из 37 пациентов дети до года составили 10,8%, дети от года до 3 лет 18,9%, от 3 до 7 лет 16,2%, от 7 и старше 54,1%. Из чего можно сделать заключение, что заболеваемость нейроинфекциями преобладает у более старших детей. Пациенты поступали в стационар в следующие сроки от начала заболевания: в первые сутки – 35,1%, вторые сутки – 10,8%, третьи сутки – 10,8%, позже третьих – 43,2%. На догоспитальном этапе начало заболевания было острым: с резкого подъема температуры, выраженной головной боли, вялости, адинамии, на пике интоксикации – рвота или понос, признаки нарушения сознания, нарастания неврологической симптоматики и выраженных менингеальных симптомов у 43,2% пациентов, у остальных было постепенное начало заболевания: за 2-3 дня была ОРИ, общие интоксикационные симптомы развиваются постепенно, менингеальные симптомы сомнительны – у 56,8%. При поступлении в стационар пациентов, которые были направлены участковыми врачами или бригадами СМП, были диагнозы: вирусный менингоэнцефалит (32,4%), менингит (35,1%), ОРИ, фебрильные судороги (13,5%). Ошибочных диагнозов – 27,0%, что свидетельствует о не всегда точной диагностике тяжести состояния и определения пра-

вильного диагноза клиницистами. Клинические диагнозы при поступлении были следующие: менингоэнцефалит герпетической этиологии (ВПГ-1), тяжелое течение; герпетический энцефалит; генерализованная герпетическая инфекция, ВПГ-2 (энцефалит, панкреатит, стоматит), тяжелое осложнённое течение, судорожный синдром. Состояние пациентов при поступлении в основном было тяжёлым, обусловленное выраженными симптомами интоксикации, судорожной готовностью, угнетением сознания и неврологической симптоматикой. При лабораторном обследовании пациентов (ОАК) во всех возрастных группах преобладали признаки острой воспалительной реакции (высокое СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг формулы влево) – у 75% пациентов, признаки анемии – у 18,9%; лимфоцитоз – у 16,2%. Нормальные показатели ОАК были у 8,1% пациентов. При наличии вышеуказанных изменений со стороны ОАК было проведено дополнительное микробиологическое обследование пациентов для исключения нейроинфекций различной этиологии: анализ спинно-мозговой жидкости, исследование мазков из носоглотки – использовали метод ИФА (на IgM ВПГ), исследование ликвора – м. ПЦР на ВПГ-1,2 типов и м. ИФА (на Ig M, Ig G ВПГ и на ЭВИ), посев крови на менингококк, кровь, слюну, мочу методом ИФА на ВПГ. При исследовании спинномозговой жидкости во всех возрастных группах были выявлены признаки серозного менингита: цитоз до $1000 \cdot 10^6/\text{л}$ клеток, нейтрофилы преобладали в 1-2-е сутки, а с 3-4-го дня преобладали лимфоциты, также наблюдались повышенные показатели глюкозы; однако нормальные показатели цитоза были выявлены в 13,5% случаев. При исследовании ликвора вышеуказанными методами было выявлено, что ВПГ-1 типа был обнаружен у 13,5%, ВПГ-2 типа – у 32,4%, ВПГ-1 и 2 типов – у 29,7%, IgM ВПГ – у 8,1% пациентов. Для постановки диагноза и более точной диагностики были проведены КТ и МРТ головного мозга. Таким образом, диагноз герпетической нейроинфекции был подтверждён методом иммунофлюоресценции при исследовании ликвора у 70,3% пациентов, методом ПЦР – у 8,1% пациентов. Клинические формы после дополнительного обследования у пациентов с герпетической нейроинфекцией были следующие: менингоэнцефалит – 83,8%, менингит – 0%, энцефалит – 16,2%.

Лечение было комплексным и включало использование противовирусных препаратов, антибиотиков, ГКС, ГБО, симптоматическое и восстановительное лечение. Из противовирусных препаратов использовался ацикловир (виролекс, зовиракс, медовир, герпевир) в 89% случаев; в 32% случаев – дженерики приходилось менять на брендовые препараты (комбинации препаратов были следующие: ацикловир/ виролекс; ацикловир/ зовиракс; виролекс/ герпевир; медовир/ виролекс; медовир/герпевир; виролекс/ацикловир); иммуноглобулин герпетический применялся в 21,6% случаев. Продолжительность курса лечения составляла в среднем от 5 до 17 дней. ГКС коротким курсом был применен в 86,5% случаев, из них были использованы: дексазон (дексаметазон) – в 93,8 % и в единичных случаях метилпреднизалон/ солу-

медрол – в 6,3 % случаях. В связи с наличием нейтрофильного цитоза в ликворе были использованы антибиотики цефалоспоринового ряда – в 78,4 % случаях, из них были применены: 2 поколение – (цефуроксим/ кетоцеф) – в 3,4% случаев; 3 поколение – цефтриаксон (медаксон/ роцефин/ офрамакс) – в 65,5% случаев и цефотаксим (клафоран) – в 24,1% случаев; из 4 поколения использовался цефепим – в 6,9% случаев. В 2,7% случаев использовались: пенициллины незащищенные (амоксциллин) и защищенные (аугментин); карбапенемы – меропенем; фторхинолоны – левофлоксацин; макролиды – ванкомицин. В комплексное лечение также включалась ГБО, которая применялась в 59,5% случаях. Из ГКС препаратов, которые были применены в 86,5% случаях, были использованы: дексазон/дексаметазон – в 93,8% случаях и метилпреднизолон/солумедрол – в 6,3% случаях. В патогенетическое лечение включались следующие препараты: актовегин применялся в 100% случаев, лидаза – в 86% случаев, эмоксипин – в 73% случаев. Симптоматическое лечение проводилось в 100% случаях в зависимости от патологических состояний у пациентов. Восстановительное лечение было рекомендовано в 21,6% случаях.

Таким образом, наблюдался широкий полиморфизм клинических проявлений герпетической нейроинфекции, и ни у одного пациента не было опорного клинического симптома в виде герпетических высыпаний на губах или слизистых полости рта.

Используемая литература

1. Исаков В.А. Герпесвирусные инфекции человека: руководство для врачей / Е.И.Архипова //Ред. В.А. Исаков. – СПб.: СпецЛит, 2006. – 303 с.
2. Полукчи А.К. Герпесвирусная инфекция: новейший справ / ред. В.П. Малой. – М.: ЭКСМО, 2009. – 303 с.
3. Кравченко Л.В. Состояние иммунной системы у детей первых месяцев жизни с герпесвирусной инфекцией//Педиатрия журн. им. Г.Н. Сперанского. – М., 2008. – №1. – С. 52-58.

МИЕРОХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ

Студентка 5 курса лечебного факультета Т.А. Усова

ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»

МУЗ «Первая Городская клиническая больница им. Ю.Я. Гордеева»

Научный руководитель: Заслуженный врач РФ Н.А. Баранов

Проведенные эксперименты на кроликах показали, что при микрохирургической реконструкции маточных труб достигается четкое сопоставление отдельных слоев яйцевода, отсутствует рубцовая ткань, место анастомоза можно определить лишь по шовному материалу. В эксперименте нами установлено, что резекция 50% трубы с последующим микрохирургическим анастомозом не препятствует наступлению беременности. Сопоставление отрезков трубы при соотношении их диаметров 3:1 технически возможно и не вызывает в

последующем нарушении проходимости яйцевода и его функции.

Больных обследовали с целью выявления активного воспалительного процесса. Исключали скрытую гонорею и генитальный туберкулез. Указанные заболевания были выявлены в 3% случаев.

Мы располагаем опытом восстановительных операций при трубном бесплодии у 87 женщин в возрасте от 20 до 39 лет. Длительность бесплодия варьировала от 2 до 15 лет. Первичное бесплодие у 65 больных, вторичное – у 22. Первичное бесплодие у всех больных наступило после перенесенного воспаления придатков матки. Вторичное бесплодие у 8 женщин наступило после аборта, у 8-после родов и у 6– после внематочной беременности.

Произведены следующие оперативные вмешательства: сальпингоовариолизис – у всех больных; сальпингонеостомия – у 71, из них односторонняя сальпингонеостомия у 23 больных, двусторонняя сальпингонеостомия у 48 больных, имплантация трубы в матку – у 4; наложение сальпинго-сальпингоанастомоза – у 12.

У большинства женщин сальпингонеостомия была двусторонней; имплантация труб в матку у 2-односторонней, у 2-двусторонней. При первичном бесплодии у 14 больных непроходимость маточных труб сочеталась с гидросальпинксом (12). При вторичном бесплодии непроходимость маточных труб локализовалась в большинстве случаев в интерстициальном или истмическом отделе трубы.

Полиэтиленовые протекторы не вводили из опасения дистрофических изменений в маточных трубах. В послеоперационном периоде назначали противовоспалительное лечение, включая физиотерапию; проводили электрофорез с лидазой; через 1,5 месяца после операции назначали продигозан по схеме, через 2 месяца – серные ванны, грязевые и торфяные тампоны и аппликации.

Через 2 месяца после операции производили гистеросальпингографию, во всех случаях маточные трубы проходимы.

ЗНАЧЕНИЕ ДНЕВНИКА САМОКОНТРОЛЯ ДЛЯ НЕТРЕНИРОВАННЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ ЗАНЯТИЯХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ И СПОРТОМ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Студентка 5 курса факультета спортивной медицины Н.С. Цецема

Кафедра физических методов лечения и спортивной медицины

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный

медицинский университет им. И.П. Павлова» минздрава России

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Н.В. Черныш

Важное практическое значение для нетренированных людей при занятиях физической культурой и спортом имеет самоконтроль. Он дисциплинирует, прививает навыки регулярного наблюдения за состоянием своего здоровья и физического развития, а значит, делает более эффективной рабо-

ту врача и тренера. Это стало наиболее актуальным с развитием массового спорта в стране, а также доступности индивидуальных и групповых занятий в фитнес-центрах.

По данным литературы мы выяснили и оценили значение дневника самоконтроля для нетренированных людей, а также изучили путем анкетирования информированность молодежи о состоянии своего здоровья, уровня физической работоспособности, ведения дневника самоконтроля для рационального использования средств физической культуры и спорта.

Проводился ретроспективный анализ литературы и данных анкетирования, проведенного среди населения в возрасте 18-30 лет.

По данным 37 анкет: 31 человек (83,8%) регулярно занимаются физической культурой в различных ее проявлениях, 12 (38,7%) знают о дневнике самоконтроля, из них только 5 (13,5%) его заполняют (преимущественно мужчины, работающие в медицинской сфере).

Мы считаем, что дневник самоконтроля позволяет более точно оценить физическое состояние и правильно скорректировать нагрузку, и тем самым избежать перетренированности, травм, неотложных состояний; делает наиболее эффективной работу не только спортивного врача, но и врача любой специальности. Дневник самоконтроля можно использовать для скрининга заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем; но даже с развитием массового спорта в стране, а также доступности индивидуальных и групповых занятий в фитнес-центрах отношение к физической культуре и самоконтролю у опрошенного населения не изменилось.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Студентка 5 курса медико-социального факультета Т.К. Черная

Кафедра реабилитологии и сестринского дела

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

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

Любой хирург знает, что самая блестяще проведенная операция обречена на неудачу, если после нее не будет должного ухода за пациентом. Эксперты утверждают, что успех выздоровления пациентов на 70–90% зависит не от лечащих врачей, а от рядовых медсестер, вернее, их уровня профессионализма, навыков и знаний. По мнению врачей, на плечи медсестер ложится до 80% всей заботы о больных. В России на одну медсестру приходится 25 больных, тогда как за рубежом – 6 пациентов.

Отделение торакальной хирургии ГБУЗ СОКОД развернуто на 40 коек, где работает 6 торакальных хирургов, 1 терапевт и 15 медсестер, процент укомплектованности которыми составляет 85,7%.

В 2011 году в отделении пролечились 670 пациентов, из них 75,4% больных прооперировано (505 человек) по поводу злокачественных новообразований пищевода, желудка, легких, плевры, средостения. Средняя длительность пребывания больного на койке до операции составила 5-8 дней, после операции с злокачественными опухолями – 22 дня, с доброкачественными опухолями – 13 дней.

Центральная роль в пред- и послеоперационном периоде принадлежит медсестре. Комбинируя данные и знание о предстоящем хирургическом вмешательстве, медсестра подготавливает предоперационный уход, включающий обучение пациента, физиологическую подготовку и мероприятия по психологической поддержке. Психоэмоциональный статус пациента чрезвычайно важен для успеха хирургического вмешательства. Подготавливая план сестринского ухода, медсестра обязательно отмечает в нем уровень сознания и психоэмоционального состояния больного, отмечает, способен ли пациент понимать инструкции, после чего проводит необходимые корректирующие мероприятия.

Особенности организации такого ухода за больным онкологического профиля: постоянный мониторинг его функций, инструктаж правильного дыхания и откашливания мокроты, обеспечение безопасного комфортного положения, уход за дренажами, послеоперационными ранами, осуществление парентерального питания, расширения двигательной активности, психологическая поддержка больного и его родственников на весь период стационарного лечения. Их работа происходит в условиях высокой эмоциональной, интеллектуальной и физической нагрузки.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Аспирант Л.Ю. Шейко

Кафедра реабилитологии и сестринского дела

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.п.н., доцент В.А. Левина

Проблема повышения качества медицинской помощи актуальна как в нашей стране, так и во всём мире.

Ведомственный контроль качества сестринской помощи в ГУЗ ЭГБ№2 имеет многоуровневую структуру и представлен следующим образом.

1. Старшие медсестры отделений (первая ступень экспертизы) осуществляют текущий контроль качества сестринской помощи.
2. Главная медицинская сестра (вторая ступень экспертизы).
3. Экспертная комиссия по контролю качества осуществляет экспертизу качества сестринской помощи в случае предъявления жалоб пациентом или его родственниками (третья ступень экспертизы).

Обязательному экспертному контролю подлежат:

- случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений;
- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их родственников.

Для совершенствования контроля качества работы медицинских сестер в отделении проводится систематический и качественный контроль старшей сестрой. Для этого разработаны критерии оценки работы медицинских сестер. Персонально на каждую медицинскую сестру заведена экспертная карта оценки работы. Экспертиза проводится 1 раз в неделю. Периодичность подведения итогов – 1 раз в месяц. Результаты итогов доводятся до сведения всего коллектива, обсуждаются, намечаются мероприятия по ликвидации дефектов.

Разработка и использование экспертных карт позволило старшей сестре индивидуально оценивать работу каждой сестры по единым критериям. После каждой проведенной экспертизы с ее результатами знакомится медицинская сестра (расписывается в карте). Исходя из этого, можно видеть, что оценка деятельности проводится объективно. При выявлении дефектов изучаются их причины, планируется проведение учебных занятий, конференций и т.д.

Среди наиболее часто встречающихся недостатков, выявленных в ходе проведения контроля у палатных медицинских сестер за 2012 год, отмечаются несвоевременное заполнение температурных листов, небрежные записи в журнале передачи дежурств, нарушение стандарта раздачи лекарственных средств, нарушение стандарта профессионального общения, несвоевременное выполнение врачебных назначений.

РАЗВИТИЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В СТАВРОПОЛЕ-ТОЛЬЯТТИ

Студентка 1 курса специальности «Акушерское дело» Г.А. Шипилова

ГБОУ СПО «Тольяттинский медколледж»

Научный руководитель: преподаватель Н.П. Понькина

Искусство родовспоможения имеет древние истоки. Цель нашего поискового исследования: изучить и сохранить историческое и духовное наследие, связанное с основными вехами становления службы родовспоможения в г.е Тольятти, с целью воспитания будущего поколения медицинских работников в духе патриотизма, милосердия, уважения к профессии.

В 1866 году была открыта земская школа повивальных бабок на 5 учениц. Женщин, обучавших повивальному мастерству, называли повивальными девками, а по окончании обучения им присваивалось звание повивальной бабки. К 1880 году эта школа уже подготовила для губернии 130 фельдшерниц-акушеров, 60 акушеров из мужчин. Однако кардинально изменить ситуацию эта мера не могла. Смертность среди женщин и детей

была высокой. Женщины в основном рожали сами, так как не могли оплатить услуги повитухи.

В 1871 году в ставропольской больнице работали только две повивальные бабки.

В 1902 году была построена Ставропольская больница на 35 коек, одна из комнат которой была приспособлена для рожениц. Эта больница до 1952 г. была единственной больницей в г. Ставрополе. В 1947-1948 гг. роддом выделен из объединения больницы.

С 1968 г. по 1977 г. велось строительство больницы №2, в эксплуатацию введены родильные и гинекологические отделения

Родильный дом Клинической больницы № 5 работает с 01.04.1974 года.

В учреждениях родовспоможения Тольятти, включающих 2 роддома и 5 женских консультаций, на конец 2012 года работали 242 врача – акушер – гинеколога, 305 акушерок.

Ежегодно в двух родильных домах города (в составе Городской больницы №2 им. В.В.Баныкина и Клинической больницы №5), оснащенных современным оборудованием, рождается около 10 тыс. детей – маленьких тольяттинцев.

Оба родильных дома являются «Больницами доброжелательного отношения к ребенку».

В 1995 году введен в строй один из лучших в России центр интенсивной терапии новорожденных, оснащенный уникальным оборудованием и позволяющий выхаживать маловесных детей.

На базе Клинической больницы №5 создан Межрайонный перинатальный центр г.о. Тольятти.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НОВОРОЖДЕННЫХ

Врач интерн М.С Щербинина

Кафедра акушерства и гинекологии

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н., доцент О.Б. Неганова

В настоящее время в Российской Федерации насчитывается более 12 млн. человек с нарушением слуха, в том числе детей и подростков, – около 1,3 млн. человек.

Это определяет необходимость и актуальность внедрения системы раннего выявления нарушения слуха, начиная с периода новорожденности (аудиологический скрининг).

Целью данной работы стала оценка эффективности аудиологического скрининга новорожденных при выявлении нарушения слуха. Мы изучали

частоту встречаемости заболевания органов слуха у детей, методику универсального аудиологического скрининга новорожденных, Оценивали результаты проведенного исследования за 2011-2012 гг.

Нами был проведен анализ результатов аудиологического скрининга у новорожденных первых четырех дней жизни в СОККД за 2011 – 2012 гг. Исследование проводилось аппаратом системы тестирования отоакустической эмиссии Accu Screen PRO T.

Неонатальный аудиоскрининг в рамках национального проекта в роддоме СОККД проводится с 17 октября 2008 года.

В 2011 году родилось 2620 детей. Неонатальный аудиоскрининг проводился у 2565 (97,9%). Из них 67(2,6%) новорожденных с нарушением слуха. 65 детям не проведен тест по состоянию – ранний перевод в другие стационары.

Таблица 1.

Число новорожденных	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	Всего за год
Число обследуемых в родильном отделении	271	123	237	258	197	351	246		98	303	310	171	2565
Из них выявлено с нарушением слуха	6	4	6	11	4	7	8		3	6	10	2	67
Мед. отвод	10	1	8	10	7	6	3		1	9	7	3	65

В 2012 году родилось 2799 детей. Из них неонатальный аудиоскрининг проводился у 2318 (83%). Было выявлено 21 (0,9%) новорожденных с нарушением слуха, 68 детям не проведен тест по состоянию – ранний перевод в другие стационары.

Таблица 2.

Число новорожденных	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	Всего за год
Число обследуемых в родильном отделении	336	211	250	230	234		55	392	329	179	96	6	2318
Из них выявлено с нарушением слуха	2	1	2	3			1	3	4	5			21
Мед. отвод	10	5	8	4	7		3	13	9	5	4		68

По данным ученых разных стран (США, Канады, Мексики, Англии, Дании, Японии) частота врожденной тугоухости колеблется в пределах от 0,8 до 15,5/1000. Установлено, что у 82% детей с тугоухостью патология возникает на первом году жизни, т.е. до развития речи и в период ее становления, из них у 38,5% детей нарушения проявляются в перинатальный период.

Широкое внедрение в практику здравоохранения аудиологического скринингового метода будет способствовать усовершенствованию алгоритма аудиологического скрининга новорожденных, повышению экономической эффективности системы скрининга за счет уменьшения количества неоправданных дорогостоящих обследований, проводимых на этапе расширенного аудиологического исследования.

За счет аудиологического скрининга у новорожденных достигается 100% выявляемость нарушений слуха. Раннее выявление патологии приводит к своевременному оказанию специализированной медицинской помощи (слухопротезирование, кохлеарная имплантация).

Внедрение программы аудиологического скрининга новорожденных является одним из ключевых аспектов адекватной реабилитации детей с тугоухостью и глухотой. В конечном итоге это позволит сократить расходы государственного бюджета на лечение за счет повышения эффективности обучения, в том числе профессионального, граждан, которым успешно был проведен курс реабилитации тугоухости.

Секция 6.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИКАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ СПЕНОМЕГАЛИИ

Е.В. Басынова, Е.Э. Курбатова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский

университет им. В.И. Разумовского» минздрава РФ

Научный руководитель: д.м.н., доцент Е.С. Оленко

Пальпация и перкуссия селезёнки считаются наиболее трудными в арсенале физикальных методов обследования органов брюшной полости. Эти методы могут быть достаточно информативными в выявлении спленомегалии, хотя их чувствительность значительно варьирует в зависимости от размеров селезёнки.

Нами было опрошено 18 врачей-терапевтов для выявления используемых ими в практической деятельности методик пальпации и перкуссии селезёнки. Выяснилось, что все врачи используют метод бимануальной пальпации селезёнки, в то время как метод баллотирования применяют крайне редко, пальпацию сверху не применяют, а с методикой «крючка» не знакомы. Следует отметить, что данный метод не является общепризнанным, хотя позволяет выявить увеличение селезёнки за несколько недель до того, как её удаётся пропальпировать другими, более традиционными способами.

Из существующих методов перкуссии селезёнки все врачи используют метод Никсона, с методикой Кастелла не знакомы, с перкуссией полулунного пространства Траубе знакомы, но не используют ее в практике.

Нами было проведено сравнение результатов бимануальной пальпации селезёнки с перкуссией её по методу Никсона среди 28 больных терапевтического отделения, генез увеличения селезёнки при этом не учитывался. Данные методики выявления спленомегалии были включены в исследование, как наиболее широко применяемые в клинической практике. Проведённое исследование позволило выявить большую чувствительность пальпации селезёнки по сравнению с результатами перкуссии: у 16 больных (58%) увеличенную селезёнку удалось пропальпировать и у этих же больных в 28% случаев удалось определить её увеличение перкуторно. У 6 больных (21%) увеличение размеров селезёнки не было выявлено физикально, у 3 больных (11%) спленомегалия была выявлена только перкуторно.

Следует отметить, что различие результатов пальпации и перкуссии у разных врачей было незначительным. Среди обследованных больных было 4% случаев ложноположительных результатов, которые выявлялись при

скоплении каловых масс у больных с ожирением, с обструктивными заболеваниями лёгких.

Как перкуссия, так и пальпация обладают достаточно хорошей чувствительностью, хотя и дают ложноположительные результаты в определении размеров селезёнки, поэтому мастерство врача при их выполнении играет очень важную роль.

Если селезёнка не пальпируется, то помочь в диагностике спленомегалии может перкуссия, которая должна служить дополнением к пальпации. Оба метода являются взаимодополняемыми.

Полученные результаты физикальных методов обследования селезёнки были сопоставлены с результатами УЗИ, где в 100% случаев отмечалось увеличение селезёнки разных степеней.

На сегодняшний день УЗИ селезёнки, безусловно, является «золотым стандартом» в определении её размеров, так как является быстрым, надёжным, дешёвым, высокочувствительным, безболезненным, специфичным методом обследования.

В диагностике спленомегалии также могут быть использованы рентгенография органов брюшной полости, компьютерная томография, ядерная сцинтиграфия, магнитно-резонансная томография, но эти методы, являются хотя и высокоточными, но более дорогостоящими, трудоёмкими.

К сожалению, приходится сталкиваться с тем, что многие врачи не вполне владеют или используют неполно классические методы обследования больного, полагаются в своих заключениях исключительно на данные инструментальных исследований.

В условиях поликлинической практики при первичном осмотре врачом пациента чрезвычайно важно умение проведения физических методов исследования. Не вызывает сомнения тот факт, что инструментальные методы исследования имеют большее значение в диагностике заболеваний органов брюшной полости, но их не всегда возможно проводить с учётом противопоказаний, технической сложности, трудности выполнения, дороговизны.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЭНС ДЛЯ СНЯТИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Студенты 2 курса лечебного факультета А.В. Боровикова, Р.К. Исаев

Кафедра медико-биологических дисциплин

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н., доцент О.И. Дралина

Боль является одним из самых распространенных клинических симптомов и синдромов. Широкое распространение в лечении болевых синдромов получили современные методы рефлексотерапии, в т.ч. динамическая электронейростимуляция. Это связано с простотой применения, неинвазивностью,

достаточной эффективностью метода, а также с отсутствием токсичности и аллергических реакций, что предполагает его длительное использование.

Метод динамической электростимуляции (ДЭНС) основывается на использовании слабого импульсного электрического тока низкой частоты, запускающего механизмы компенсаторных реакций. Антиноцицептивный эффект обусловлен развитием сложных рефлекторных реакций на уровне подкорковых структур и высших отделов ЦНС с подавлением секреции медиаторов воспаления и выделением эндогенных опиатов.

Проведены исследования применения ДЭНС-терапии в лечении острой боли 12 пациентов при различных ситуациях, как для оказания неотложной помощи (головная боль, боль при ушибах, повреждениях связок, при спастических коликах и др. алгических синдромах), так и в терапии болевых синдромов, сопровождающих хронические заболевания, такие, как гастродуоденит, хронический панкреатит, холецистит, артрозо-артриты различной этиологии, остеохондроз и другие патологические состояния позвоночника.

Электростимуляция проводилась в сегментарных зонах позвоночника, зонах локальной болезненности, в акупунктурных точках (АТ) на конечностях, АТ общего действия и ушных раковин. Применялись частоты 10, 77, 140, 77-10 Гц. Интенсивность воздействия определялась в зависимости от субъективных ощущений пациента, иногда она достигала болевого порога. Продолжительность электростимуляции точек и зон – от 1 до 10 минут. Общее время процедуры – 20-30 минут.

В результате проведенного лечения у всех пациентов наблюдалась положительная динамика: уменьшился болевой синдром, увеличился объем движений. Отмечено улучшение общего самочувствия, настроения, нормализация сна и аппетита, повышение работоспособности.

Результаты исследований показали, что динамическая электростимуляция является эффективным способом противоболевой терапии.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Студенты 4 курса лечебного факультета

Е.Ф. Борокионова, К.Н Коваленкова, А.Ч. Янгутова

Кафедра факультетской терапии

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»

минздрава РФ

Научный руководитель: к.м.н. Э.Г. Найданова

Известно, что распространенность психосоматических расстройств в общемедицинской практике составляет 30,7% от амбулаторного и 44,8% от стационарного контингентов. На сегодняшний день недостаточно дан-

ных, которые бы подтвердили причинно-следственную связь между рядом соматических заболеваний и состоянием психики, указывающую на необходимость учитывать психические, психологические факторы развития заболеваний.

Целью исследования стало выявление особенности психических состояний у больных с заболеваниями артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, хронического билиарного панкреатита.

В исследовании участвовали 120 больных терапевтического отделения Факультетских клиник ГБОУ ВПО ИГМУ с заболеваниями: артериальная гипертензия – 40 человек; ишемическая болезнь сердца (стабильная и нестабильная стенокардия) – 15 человек; хронический билиарнозависимый панкреатит – 13 человек. В контрольную группу вошли здоровые испытуемые в количестве 15 человек. Все испытуемые подверглись анкетированию с использованием «шкалы реактивной и личностной тревожности» Спилберга-Ханина (определение личностной и ситуативной тревожности), «самооценки психических состояний» Айзенка (оценка тревожности, фрустрации, агрессивности, ригидности).

Выявлено, что наиболее высокий уровень ситуативной тревожности наблюдается у больных с ишемической болезнью сердца ($6,6\% \pm 0,03448$), больных с артериальной гипертензией ($2,5\% \pm 0,00694$), в то время как в группе с хроническим панкреатитом таковых не наблюдается. Уровень низкой ситуативной тревожности составляет соответственно: 66,6%; 65,6%; 69,2%. Низкая личностная тревожность среди больных с артериальной гипертензией и хроническим панкреатитом не наблюдается и составляет у больных ишемической болезнью 6,6%. Наиболее высокий уровень личностной тревожности наблюдается у больных ишемической болезнью и составляет $80\% \pm 0,44643$.

У больных с артериальной гипертензией и хроническим панкреатитом высокий уровень личностной тревожности составляет соответственно: $70\% \pm 0,25689$; $69,2\% \pm 0,32582$. При анализе анкетирования «самооценка психических состояний» наблюдается у $5\% \pm 0,01415$ анкетизируемых с высоким уровнем агрессивности среди больных артериальной гипертензией; $20\% \pm 0,11111$ – с высоким уровнем ригидности среди больных ишемической болезнью сердца. Среди других групп больных и здоровых добровольцев показатели тревоги, фрустрации, агрессивности, ригидности соответствуют низким и средним уровням.

В объяснении психосоматических заболеваний признается многофакторность, совокупность причин, которые взаимодействуют между собой. Выявление психологических факторов в развитии соматических болезней будет способствовать повышению качества и уровня реабилитации больных. Необходимо комплексное лечение терапевтических больных, включающее в себя не только фармакологическое воздействие, но и психологическую коррекцию.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Студенты 2 курса лечебного факультета

А.Д. Гормакова, А.В. Солдатенко

Кафедра медико-биологических дисциплин

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н., доцент О.И. Дралина

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) относятся к группе массовых заболеваний и ежегодно составляют до 95% всей инфекционной патологии. ОРВИ нередко приводят к серьезным осложнениям, особенно тяжело протекающим у пациентов с заболеваниями бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем, у пожилых лиц и детей.

Тем не менее, до настоящего времени нет вакцин, позволяющих с высокой степенью вероятности защитить людей от многочисленных респираторных вирусов.

Кроме того, одной из сложных проблем современной медицинской практики, обладающей набором мощных медикаментозных средств, является их побочное действие и токсическое влияние. Остается актуальной разработка немедикаментозных способов лечения и профилактики, свободных от этих недостатков.

Динамическая электронейростимуляция (ДЭНС) – сравнительно новый метод электрорефлексотерапии, заключающийся в воздействии на кожные зоны короткими импульсами тока, постоянно реагирующими трансформацией своей формы на изменение импеданса в подэлектродной зоне, а также возможностью оперативно перемещать электроды стимулятора во время сеанса лечения.

На теле человека существуют рефлексогенные зоны универсальной направленности. Например, расположенные вдоль позвоночного столба паравертебральные зоны; проекция тройничного нерва на лице; биологически активные точки хэ-гу, точка долголетия цзю-сан-ли, зона 7-го шейного позвонка и др.

Воздействие на эти рефлексогенные зоны и точки импульсным током от аппаратов ДЭНС в различных режимах (на частоте 10 Гц) является способом повышения сопротивляемости организма и сохранения здоровья. Сеансы профилактики проводятся ежедневно на протяжении всего рискованного периода, то есть во время эпидемии. Метод ДЭНС не имеет возрастных ограничений.

Динамическая электронейростимуляция помогает улучшить качество жизни пациента путем восстановления эффективной системы внутренней регуляции организма человека.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА

Студенты 2 курса лечебного факультета

Н.А. Дьяченко, Е.И. Коваленко

Кафедра медико-биологических дисциплин

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н., доцент О.И. Дралина

Современный ритм жизни с постоянным напряжением, гиподинамией обрекает людей на хронический стресс, что неминуемо ведет к развитию различных заболеваний.

На сегодняшний день наиболее актуальными являются методы оздоровления, увеличивающие приспособительные возможности самого человеческого организма. Одним из таких методов является электрорефлексотерапия (воздействие на акупунктурные точки (АТ) или рефлексогенные зоны (РЗ) электрическим током).

Электрический ток легко дозируется по мощности воздействия и является физиологически адекватным раздражителем для структур, сконцентрированных в области АТ и РЗ.

Динамическая электронейростимуляция (ДЭНС) – один из эффективных современных традиционных методов электрорефлексотерапии, основанный на воздействии на рефлексогенные зоны и акупунктурные точки короткими биполярными импульсами электрического тока различной частоты, форма которых изменяется в зависимости от значений полного электрического сопротивления (импеданса) поверхности кожи в подэлектродном участке.

ДЭНС осуществляется с применением портативных чрескожных электростимуляторов. Наиболее важное достоинство аппаратов – возможность индивидуализации терапии и ее обеспечение за счет обратной биологической связи.

Динамическая электронейростимуляция имеет широкий спектр медицинского применения, но особенно эффективна при заболеваниях функционального характера и сопровождающихся болевыми синдромами.

При ДЭНС проявляются следующие лечебные эффекты: обезболивающий, противовоспалительный, противоотечный, сосудистый, спазмолитический, трофостимулирующий, рассасывающий, иммуномодулирующий, десенсибилизирующий, жаропонижающий, антистрессовый, общерегуляторный и др.

Таким образом, динамическая электронейростимуляция – современный эффективный метод немедикаментозного оздоровления путем контроля и восстановления естественных процессов саморегуляции и предназначена для применения во многих областях медицины, как в составе комплексного лечения, так и в виде монотерапии.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЦЕЛИАКИИ

Студентка 5 курса О.В. Желтякова

Кафедра клинической медицины

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н. Н.В. Миронов

Целиакия – аутоиммунная Т-клеточно-опосредованная энтеропатия, индуцированная глютеном у генетически предрасположенных индивидуумов. Для этой болезни характерно поражение тонкого кишечника (Hoffenberg EJ, MacKenzie T, Barriga KJ et al.).

До недавнего времени единственным диагностическим критерием целиакии была биопсия кишечника – весьма трудоемкая и инвазивная процедура. Прогресс в иммунологической диагностике позволил выявлять данную патологию с достаточно большой точностью, используя неинвазивные, быстрые и достаточно точные методы. Наиболее распространенными в настоящее время являются тест-системы для определения методом ИФА антител к глиадину классов Ig G и Ig A, а также антител к тканевой трансглутаминазе (Green PH, Jabri B).

Информативность каждого из вышеперечисленных методов в разных источниках оценивается по-разному (Molberg O., Mcadam SN, Korner R et al.), поэтому целью нашего исследования явилось выявление наиболее информативного лабораторного маркера целиакии.

Нами было обследовано 402 ребенка в возрасте от 1 до 10 лет. 202 мальчика и 200 девочек (всего 402 человека). У всех определялся уровень антител к глиадину классов Ig G и Ig A, а также антител к тканевой трансглутаминазе (IgA+G). В работе использовались тест-системы фирмы ORGenTec.

Для обработки полученных данных использовалась программа Statistica 5.

По направительным диагнозам группа была разделена на 4 подгруппы:

- целиакия (97 чел.);
- атопический дерматит (213 чел.);
- хронический гастродуоденит (78 чел.);
- иммунодефицит (14 чел.).

В группе пациентов с диагнозом целиакия уровень антител Ig A превышал норму (12 U/l) у 20 человек, Ig G (12 U/L) – у 62 человек, Ig A и Ig G совместно – у 13 человек, антител к тканевой трансглутаминазе (Ig A+G) (15U/L) у 6 человек. Уровень всех трех маркеров одновременно превышал норму у 3 человек.

В группе пациентов с диагнозом атопический дерматит уровень антител Ig A превышал норму (12 U/l) у 6 человек, Ig G (12 U/L) – у 39 человек, Ig A и Ig G совместно – у 5 человек, антител к тканевой трансглутаминазе (Ig A+G) (15U/L) – у 2 человек. Уровень всех трех маркеров одновременно в данной группе не превышал норму.

В группе пациентов с диагнозом хронический гастродуоденит уровень антител Ig A превышал норму (12 U/l) у 1 человека, Ig G (12 U/L) – у 4 чело-

век, Ig A и Ig G совместно – у 12 человек. Уровень антител к тканевой трансглутаминазе (Ig A+G) был в пределах нормальных значений у всех пациентов из данной группы. Уровень всех трех маркеров одновременно в данной группе не превышал норму.

В группе пациентов с диагнозом иммунодефицит не наблюдалось повышение исследуемых показателей.

Сравнивая уровни изучаемых маркеров в разных группах, мы отмечали достоверное отличие группы больных целиакией от пациентов других групп (см. таблицу 1).

Таблица 1.

Сравнение уровней маркеров в группе с целиакией с другими группами (критерий Mann-Whitney)

	Атопический дерматит		Гастродуоденит		Иммунодефицит	
	Z	p-level	Z	p-level	Z	p-level
Ig A	4,53	0,000	4,20	0,000	2,38	0,017
Ig G	7,57	0,000	6,48	0,000	2,86	0,004
АТТГ	2,60	0,009	4,25	0,000	1,34	0,784

Наибольшие различия отмечались в уровне антител к глиадину Ig G. Принимая во внимание то, что наиболее часто во всех обследуемых нами группах повышался также уровень антител к глиадину Ig G, можно заключить, что он является наиболее чувствительным лабораторным тестом для диагностики целиакии. Не отрицая диагностической важности двух других тестов, мы рекомендуем использовать определение антител к глиадину Ig G, как наиболее информативный маркер лабораторной диагностики целиакии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРОКАМЕР В СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Студенты 2 курса лечебного факультета

А.В. Боровикова, Р.К. Исаев

Кафедра медико-биологических дисциплин

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.б.н. С.В. Ковалева

Одной из приоритетных задач в области современной медицины является разработка нового диагностического оборудования. В связи с этим, сегодня учеными всего мира предпринимаются попытки по внедрению в медицинскую практику так называемых микрокамер.

Микроскопическая цифровая камера (микрокамера) представляет собой электронное устройство, состоящее из объектива и датчика, преобразующего изображение в электрические сигналы. Так, например, немецкими и израильскими учеными разработаны миниатюрные камеры, площадь слоя датчика изображения которых составляет 1 мм, а общий размер камеры – всего 1 мм³. Такие микрокамеры способны проникать в самые труднодоступные места человеческого тела, транслируя цветное изображение на специальный экран. Это дает врачам возможность качественно и безболезненно проводить диагностику, не нанося больному вреда, быстро получать представление о происходящих в организме процессах.

Микрокамеры уже нашли применение в гастро– и колоноскопии. В передовых медицинских учреждениях исследования проводятся с использованием цифровых эндоскопов последнего поколения, обеспечивающих четкие, яркие, с высокой детализацией видеоизображения слизистой желудочно-кишечного тракта, что позволяет проводить диагностику воспалительных явлений, предопухоловой патологии, ранних форм опухолей. Японскими учеными разработан совершенно новый метод для проведения обследований ЖКТ: в капсулу-робот, внешне напоминающую обычную таблетку, встроена батарейка и видеокамера. Время работы батареи – около 10 часов, что позволяет полностью обследовать ЖКТ. Также в настоящее время микрокамеры с 200-кратным увеличением широко используются для диагностики заболеваний кожи головы и волос. Не исключено, что скоро микрокамеры можно будет самостоятельно применять в домашних условиях с последующим выводом информации на компьютер и консультацией с врачом через Skype.

К сожалению, на настоящий момент в нашей области микрокамеры практически не используют из-за их высокой себестоимости. Остается только позавидовать жителям других регионов Российской Федерации, где уже используется столь современное оборудование для наиболее эффективного проведения диагностических манипуляций и контроля процесса лечения.

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В ЧС

Студентка 4 курса педиатрического факультета А.В. Каурина

Кафедра медицины катастроф

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный
медицинский университет»*

*Научные руководители: д.м.н. С.В. Поройский,
преподаватель О.С. Булычева*

Первая помощь является первым этапом спасения жизни человека, вовремя оказанная первая помощь предупреждает такие осложнения, как шок, кровотечение, развитие инфекции, дополнительные смещения отломков костей и травмирование крупных нервных стволов и кровеносных сосудов.

Угроза для здоровья человека может возникнуть вследствие несчастного случая, отравления, ДТП, в условиях чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. В этих ситуациях своевременное оказание первой помощи является важнейшим этапом в системе медицинской помощи пострадавшим. Как бы ни были ограничены наши возможности, сочетание даже минимальных познаний и использование подручных средств может спасти человеческие жизни. В силу различных причин среднее время прибытия бригады скорой медицинской помощи составляет 13,7 мин, а в загородной зоне – значительно больше (Приказ 26 марта 1999 г. №100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации»). Однако именно в этот достаточно короткий промежуток времени определяется судьба большинства пострадавших, так как именно эти минуты решают возможность организма компенсировать происходящие нарушения или перейти к декомпенсации физиологических возможностей и гибели организма.

Целью данного исследования стал анализ степени готовности граждан Российской Федерации к оказанию первой помощи.

По данным статистики Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи 40% россиян, обратившихся в службу скорой медицинской помощи с проблемами сердца или гипертонией, погибли от инфарктов и инсультов в первые 15 минут после звонка – до приезда скорой помощи, а по пути в больницу умирает до 60% таких больных. Из 29 человек, погибших от травм, полученных при ДТП, у 22 человек смерть наступила на месте, до приезда скорой помощи. В большинстве случаев, рядом с пострадавшим оказываются не медицинские работники, а родственники, прохожие, коллеги, водители транспортных средств, знание которыми правил оказания первой помощи, алгоритмов поведения в чрезвычайной ситуации является важнейшим фактором спасения жизни человека. По данным социологического опроса Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения, основными причинами, по которым граждане не готовы оказывать первую помощь, являются отсутствие знаний и практических навыков по оказанию первой помощи (82,1%), боязнь навредить пострадавшему при оказании первой помощи (67,6%), боязнь юридической ответственности (63,5%), отсутствие средств для оказания первой помощи (51,3%).

Как видно из представленных статистических данных, важнейшим фактором является медицинская неграмотность населения и отсутствие владения алгоритмами поведения в чрезвычайных ситуациях. При этом законодательство РФ определяет необходимость постоянного совершенствования населения в оказании первой помощи. В настоящее время работники спецслужб (пожарники, спасатели, милиционеры, водолазы, летчики, стюардессы, социальные работники, профессиональные водители) обязаны завершить курсы по оказанию первой помощи. Важным решением явилось обязательное обучение алгоритмам первой помощи и правилам пользования

аптечкой водителей автотранспортных средств. В соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации работодатель обязан обеспечить принятие мер по предотвращению аварийных ситуаций, сохранению жизни и здоровья работников при возникновении таких ситуаций, в том числе по оказанию пострадавшим первой помощи. Важным аспектом подготовки населения к оказанию первой помощи является централизованность, квалифицированность, методичность и четкий контроль результата учебного процесса. Данные критерии с успехом могут быть реализованы высшими медицинскими учреждениями, согласно ФГОС имеющими специализированные кафедры.

В Волгоградском государственном медицинском университете с 2010 года введена дисциплина «Первая помощь в ЧС и безопасность жизнедеятельности», в рамках которой реализуется подготовка первокурсников и студентов 2 курса к оценке ситуаций, алгоритму поведения и приемам первой помощи в условиях ЧС различного происхождения. Во время занятий свои практические навыки студенты отрабатывают на фантомах, используют специальные средства для оказания первой помощи, вырабатывают готовность использования простейших средств медицинской помощи.

Обучение методам оказания первой помощи является необходимым и важнейшим аспектом снижения смертности населения в ЧС. Для формирования готовности к оказанию первой помощи граждан РФ целесообразно в полном объеме использовать возможности профессиональных кадров медицинских вузов различных регионов РФ.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Студенты 2 курса лечебного факультета

Е.И. Коваленко, Н.А. Дьяченко

Кафедра медико-биологических дисциплин

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.б.н. С.В. Ковалева

Во всем мире, в том числе и в нашей стране, отмечается значительный рост числа заболеваний пищеварительной системы различного происхождения. В настоящее время среди заболеваний желудочно-кишечного тракта гастрит прочно занимает первое место: почти пятьдесят процентов населения планеты болеют гастритом.

Какова наша статистика? По результатам наших опросов среди студентов 1-2 курсов разных вузов г. Саратова (всего было опрошено 48 человек), диагноз «гастрит» – у каждого десятого респондента, и каждый пятый жалуется на периодически возникающие дискомфортные ощущения после приема пищи (болевые ощущения, тошнота, неприятный вкус во рту, изжога

и др.). Поэтому практически важным и актуальным является своевременная диагностика данного заболевания. Безусловно, при подозрении заболевания ЖКТ перечень необходимых лабораторных исследований определяет лечащий врач (терапевт, гастроэнтеролог). Каковы же основные лабораторные методы диагностики заболеваний ЖКТ?

Например, методы изучения секреции включают кратковременную (в течение 2-3 часов) и суточную рН-метрию (в течение 24 часов и более), эндоскопическую рН-метрию (одновременно с проведением гастроскопии). Для исследования моторики ЖКТ и, что очень важно, для исследования согласованности движений разных его отделов, используют, как правило, два метода – манометрию и гастрографию. Для визуального осмотра внутренней поверхности пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, а при необходимости и толстой и прямой кишки, используют эндоскопию. Лучевые методы (рентгеноскопия и УЗИ) позволяют посмотреть на орган в целом. Также применяют исследование с использованием радиоактивных веществ – сцинтиграфию. Помимо этого, важную роль играют непосредственно лабораторные исследования – анализ крови, анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь и гельминты. Иммуноферментный анализ (ИФА) кала (копрофилтра) используется с целью определения: антигенов *Helicobacter pylori*; маркеров воспаления кишечника – фекального кальпротектина; панкреатической эластазы (при повреждении поджелудочной железы); уровня секреторного Ig A – (основного вида иммуноглобулинов, участвующих в местном иммунитете).

**АНАЛИЗ РАБОТЫ ВРАЧА ЛИНЕЙНОЙ БРИГАДЫ
СКОРОЙ ПОМОЩИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ
БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (ССС)**

*Студент 5 курса лечебного факультета М.В. Королёв
Кафедра внутренних болезней с курсом ревматологии
НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»*

Научный руководитель: к.м.н, доцент В.Ф. Роганов

Данная работа посвящена обобщению опыта работы студента 5-го курса НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ» врачом скорой помощи (СП), во время которой изучались показатели качества работы линейной бригады с использованием стандартов и индивидуального подхода к пациентам. Оценивалась также подготовленность студента 5-го курса для работы на СП. Полученный опыт обобщен и передан кафедре внутренних болезней для использования в лекционных материалах и практических занятиях. Кафедре представлены Стандарты для оказания помощи при заболеваниях ССС; набор ЭКГ с

патологией ССС (ИБС, ОКС с подъемом сегмента ST и без; нарушение ритма). Согласно аналитическому отделу ГБУЗ СССМП мною оказана помощь 221 пациенту с патологией ССС (в работе не учитывались пациенты с патологией других систем).

Материалы, представленные с учетом наивысшей опасности: фебриляция желудочков – 3 чел.; ОКС с подъемом сегмента ST – 7 чел.; ОКС без подъемом сегмента ST – чел.; пароксизмальная желудочковая тахикардия – 9 чел.; стенокардия промежуточный и высокий риск – 13 чел.; фибрилляция предсердий (мерцание предсердий); гипертонический криз – 78 чел.; суправентрикулярная экстрасистолия – 15 чел.; нейроциркуляторная дистония (астения) – 39 чел.

Большинство больных имело патологию проводящей системы сердца (БЛНПГ; БПНПГ; WPW блокада). Для диагностики патологии ССС всем пациентам измерялись АД; PS, проводилось физикальное обследование, снималось ЭКГ. При постановлении диагноза ИМ исследовался тропониновый тест при госпитализации в дежурное кардиологическое отделение.

Эффективность диагностики

1. Все пациенты при постановке ОКС или ИМ были госпитализированы в кратчайшее время в дежурное кардиологическое отделение.

2. При фибрилляции желудочков 3-м больным мною была проведена СЛР, которая оказалась эффективной у 2-х больных (кардиогенный удар, непрямой массаж сердца, восстановление проходимости верхних дыхательных путей, ИВЛ, введение адреномиметиков, ЭДС (дефибриляция). Больные госпитализированы в кардиологический центр. У 1-го, крайне тяжелого пациента, терапия оказалась неэффективной.

3. Гипертонические кризы были купированы на месте. Использовались препараты по стандарту с учётом индивидуальных особенностей (вес, возраст, аллергия на препараты, сопутствующие заболевания).

Повторные вызовы после оказания помощи составили 3% от общего числа вызовов с патологией ССС. Работа считается качественной при показателях 20%. Расхождение диагноза доставленных мною больных в стационар и выписанных после пребывания в нем 15%. Качественным показателем считается по стандартам 35%.

Исходя из вышеперечисленного, согласно данных аналитического отдела ГБУЗ СССМП работа по оказанию помощи больным с заболеваниями ССС признана качественной.

Кафедра внутренних болезней НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ» обеспечивает достаточно качественную подготовку студентов для настоящей и будущей работы с пациентами.

Использование принципа наивысшей опасности диагностики и лечения, разработанного на кафедре внутренних болезней НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ», для больных, оказалось эффективным, так как расхождения в диагностике – минимальные.

Полученный анализ работы, материалы обследования будут использованы на кафедре внутренних болезней НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ» в процессе обучения студентов.

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКА И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Студентка 5 курса лечебного факультета О.А. Ланских

Кафедра клинической медицины

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н. Н.В. Миронов

Рак шейки матки (РШМ) относится к наиболее распространенным и социально значимым онкологическим заболеваниям. По частоте РШМ занимает одно из первых мест среди прочих злокачественных новообразований наружной локализации, встречающихся у женщин в РФ. По разным данным, он диагностируется у 8-10 из 100 000 женщин старше 40 лет. Ежегодно в России от РШМ погибает 200 000 женщин.

Цитологическое исследование мазков с шейки матки является высокоэффективным скрининг-тестом по раку этой локализации и, примерно, в десять раз повышает выявляемость опухолей, по сравнению с визуальной выявляемостью. При этом значительно увеличивается частота обнаружения рака на ранних стадиях и доклинических стадиях процесса.

С целью выявления предопухолевых и опухолевых процессов шейки матки в Кинель-Черкасском районе Самарской области проводятся массовые профилактические осмотры женского населения с использованием цитологического скрининга.

Через женскую консультацию, смотровые кабинеты и ФАПы проходит 68,5% женщин. Общий результат цитологического обследования составляет примерно 92,8%.

За период 2008-2011 гг. было выполнено 51916 цитологических исследований, осмотрено 28512 женщин и выявлена следующая патология: CIN I – 281 случаев, CIN II – 82 случая, CIN III – 27 случаев, рак *in situ* – 6 случаев, плоскоклеточный рак – 2 случая, аденокарцинома – 2 случая.

При выявлении диспластических изменений проводится лечение и дальнейшее наблюдение с последующим цитологическим контролем. С этой целью заводятся специальные карты, в которых отражаются результаты повторных цитологических исследований, результаты кольпоскопии и гистологического заключения, что позволяет проследить за эффективностью проводимого лечения.

В результате этих мероприятий снизился показатель заболеваемости рака шейки матки. Если в структуре общей онкозаболеваемости Кинель-Черкасского района в 2005 году РШМ занимал 9 место, то 2010 году – 11 место.

В связи с проведенным исследованием, мы делаем следующие выводы.

1. Цитологическое исследование является высокоэффективным скрининг-тестом для выявления больных «предраком» и ранних форм рака.
2. При помощи контрольных цитологических исследований прослеживается динамика в процессе лечения.
3. Успех в обеспечении здоровья населения во многом зависит от проведения массовых профилактических осмотров.

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ

Студентка 3 курса стоматологического факультета М.А. Майорова

Кафедра внутренних болезней

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: доцент Н.С. Чернышева

Пневмония – одно из распространенных заболеваний органов дыхания, встречающееся у 3-15 человек на 1000 населения, смертность от внебольничных пневмоний составляет 5%, нозокомиальных – 20%, диагноз пневмонии в первые 3 дня болезни ставится у 35% заболевших. Один из возможных путей оптимизации диагностики и лечения – создание диагностических и лечебных стандартов.

Необходимо в каждом лечебном учреждении у пациентов, больных внебольничной пневмонией, включить в диагностику исследование мокроты на обнаружение возбудителя и определение чувствительности к антибактериальным препаратам, при этом важно назначать иммуномодулирующие препараты, например полиоксидоний. Этот препарат мы включали в лечение по 6 мкг внутримышечно № 10 в сочетании с антибактериальным препаратом.

У 20 пациентов с внебольничной пневмонией проводили исследование мокроты на определение возбудителя и чувствительности к антибактериальным препаратам. Назначали антибактериальные препараты, к которым чувствителен возбудитель у данных пациентов, в лечение включали иммуномодулирующий препарат. Была отмечена положительная динамика, исчезновение симптомов, не отмечались осложнения. У 15 пациентов, которым не проводилось исследование на определение возбудителя мокроты и чувствительности к антибактериальным препаратам, длительно не исчезали симптомы заболевания и присоединялись осложнения, такие как плеврит, бронхоэктатическая болезнь.

Важно всем пациентам, у которых обнаруживается внебольничная пневмония, проводить исследование биоптата на определение возбудителя и чувствительность к антибактериальным препаратам.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Студентка 3 курса стоматологического факультета С.А. Метик

Кафедра внутренних болезней

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: доцент Н.С. Чернышева

Бронхиальная астма (БА) является глобальной проблемой, актуальность которой во всем мире возрастает. БА называют одной из болезней цивилизации, поскольку ее распространенность в современном обществе постоянно растет. Статистика свидетельствует, что заболевание, проявившееся в детском возрасте, в 60–80% случаев продолжается у взрослых пациентов. В настоящее время в мире насчитывается около 300 млн. больных бронхиальной астмой.

В России, по различным данным, распространённость среди взрослого населения колеблется от 2 до 7 %, а в детской популяции этот показатель составляет около 12 %. Многочисленные экологические проблемы, бурное развитие промышленности и сельского хозяйства, использование огромного спектра различных химических веществ в быту, нередко бесконтрольное применение лекарственных средств и многие другие неблагоприятные факторы воздействуют на организм, негативно сказываются на здоровье, и при этом респираторная система является одной из наиболее уязвимых.

Необходимо каждому пациенту с бронхиальной астмой, независимо от степени тяжести, назначать антигистаминные препараты, а пациентам со средней и тяжёлой степенью тяжести – бронходилататоры длительного действия до стабилизации процесса.

Нами изучался препарат длительного действия асманекс в дозировке 160 мкг.

Наблюдали 30 пациентов, которым был назначен антигистаминный препарат зодак – 10 мг, 1 таблетка на ночь. Пациентам со средней и тяжёлой степенями тяжести – асманекс. У этих пациентов была отмечена положительная динамика.

Двадцати пациентам не назначались антигистаминные препараты. Пациентам со средней и тяжёлой степенями тяжести не назначались бронходилататоры длительного действия (асманекс). Стабилизация у этих пациентов не наступала.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ВЫНУЖДЕННЫХ ПОЛОЖЕНИЙ

Ю.С. Мысовская

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет

им. Разумовского» минздрава РФ

Научный руководитель: к.м.н., доцент В.Г. Субботина

Для ослабления или прекращения болезненных ощущений (боль, кашель, одышка) больные принимают вынужденные разнообразные положения. Например, всем хорошо известно вынужденное сидячее положение (ортопноэ),

уменьшающее тяжесть одышки. Буквально это слово обозначает дыхание стоя (от греч. orthos – стоя и рнео-дыхание), характеризующееся появлением или усилением затрудненного дыхания в положении лежа и исчезающее в положении сидя. Чаще всего оно наблюдается при застойной сердечной недостаточности (главным образом левожелудочковой). В положении сидя кровь перераспределяется в нижерасположенные области тела, что приводит к уменьшению венозного возврата и смещению преднагрузки на правый и левый желудочки. Следовательно, ортопноэ – это быстрый и эффективный механизм устранения застоя крови в малом круге кровообращения – «флеботомия для бедных». Течение длительной левожелудочковой недостаточности с наличием ортопноэ может осложниться присоединением правожелудочковой недостаточности. При этом «разгрузится» левый желудочек, уменьшится застой в малом круге кровообращения и больному станет легче, чем сидя или стоя. Больной при этом примет положение, называемое забытым сегодня словом платипноэ. Буквально платипноэ переводится как дыхание лежа (от греческих слов platy– плоско и рнео– дыхание), означает затруднение дыхания в вертикальном положении, исчезающее в положении лежа на спине. Платипноэ часто сочетается с ортодеоксией, т.е. с ухудшением насыщения гемоглобина кислородом при вертикальном положении тела. Причиной платипноэ бывают поражения легких и чаще всего нижних долей. При этом вертикальное положение увеличивает кровоснабжение нижних долей и ухудшает вентиляционно-перфузионное соотношение, в результате которых усиливаются одышка и ортодеоксия. В положении же платипноэ в этом случае одышка уменьшается, либо исчезает, улучшается вентиляционно-перфузионное соотношение.

Платипноэ встречается при множественной рецидивирующей эмболии легких (при которой действие силы тяжести способствует поражению преимущественно базальных отделов легких), а также при плевральном выпоте и двусторонней нижнедолевой пневмонии (в обоих случаях накопление жидкости в нижних отделах легких приводит к двустороннему нижнедолевому ателектазу). Платипноэ может развиваться при циррозе печени (вследствие двустороннего нижнедолевого артериовенозного шунтирования), при дефекте межпредсердной перегородки. В последнем случае для появления платипноэ должно повыситься давление в сосудах легких, причиной чего может быть резекция легких (лобэктомия, пневмонэктомия) или плевральный выпот.

В этом случае повышение давления в сосудах легких приводит к увеличению шунтирования крови справа налево и усилению одышки. При вертикальном положении тела шунтирование облегчается, поскольку кровь в полости предсердия перераспределяется к межпредсердной перегородке. В положении лежа оказывается противоположное действие. Однако существуют состояния, при которых больной не может ни лежать, ни сидеть, а для облегчения самочувствия принимает положение на здоровом или больном боку, называемое

трепопноэ. Буквально переводится как «дыхание, изменяющееся при поворотах тела» (от греч. тетро-повернутый, закрученный и рнео-дыхание). При сухом плеврите, абсцессе легкого, бронхоспазмах больной предпочитает лежать на больном боку. Уменьшение болей при сухом плеврите связано с ограничением движения плевральных листков в положении лежа на больной стороне; при абсцессе легкого и бронхоспазмах положение на здоровом боку вызывает усиление кашля в связи с попаданием содержимого полости (мокрота, гной) в бронхиальное древо. В случае перелома ребер пациент, наоборот, лежит на здоровом боку, так как прижатие больной стороны к койке усиливает боли.

Положение на здоровом боку больные принимают при одностороннем коллапсе легкого, обусловлено эндобронхиальной обструкцией или пассивным плевральным выпотом, сдавливающим легкое снаружи. В обоих этих случаях улучшается самочувствие больного и оксигенация крови в положении на здоровом боку. Но это вынужденное положение может быть очень опасным при односторонних пневмониях, геморрагических поражениях легких, когда гной или кровь могут затекать из пораженного легкого в здоровое. Задача врача в этих случаях состоит в правильных рекомендациях пациенту о принятии необходимого положения с целью предотвращения инфицирования непораженного легкого, что является более важным, чем улучшение оксигенации.

Оценка вида вынужденного положения больного, знания его особенностей при различных заболеваниях позволяют врачу проводить правильную диагностику и давать больному необходимые рекомендации, обеспечивающие лечебный, физиологический эффект.

ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИРУДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Студентка 5 курса лечебного факультета Л.А. Остроухова

Кафедра клинической медицины

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н. Н.В. Миронов

Применение пиявок с лечебной целью имеет тысячелетнюю историю и уходит корнями в медицину Древнего Египта (1500-300 до н.э.). Из дошедших до наших дней наиболее интересными следует считать труды Авиценны (Ибн Сины, 980-1037), в которых подробно описывались используемые с лечебной целью пиявки, давались рекомендации по приставке пиявок и последующему уходу за ранками.

Наибольшего расцвета этот метод достиг в XVII-XVIII веках, когда для лечения применяли «жильное кровопускание» – венесекцию, но наряду с этим местного кровопроизвлечения добивались с помощью кровососных банок и приставки пиявок.

В 50–60 годах XX века был выполнен ряд работ по изучению эффективности гирудотерапии в клинической практике. Официальным признанием метода можно считать утверждение Министерством здравоохранения России методических пособий по применению гирудотерапии в офтальмологии (1995), в стоматологии (1996), при лечении острого ишемического инсульта (1999).

Пиявка является исключительно эффективным средством лечения любых механических травм, сотрясений, а также состояний, развивающихся в результате травмы. Травма всегда сопровождается разрушением того или иного количества клеток (повреждением тканей), возникновением местного отёка, нарушением целостности капилляров, образованием гематом или геморрагий. Во всех этих случаях применение пиявок оказывает значительную помощь.

Под нашим наблюдением в период с 2000-2013 гг. находилось 57 больных возрасте от 17 до 72 лет после различных травм (переломы костей, вывихи, растяжения, бурситы). В основном в нашей практике проводились процедуры в остром периоде, что способствовало предупреждению возникновения осложнений. Главное, на что следует обращать внимание, – отсутствие кровотечения (гематомы). Если есть обширные гематомы, то гирудотерапию следует проводить не ранее чем через 2-3 дня после травмы. Зоны приставки пиявок: локально, на область поражения. Количество пиявок на процедуру – 3-4. Первые 2-3 процедуры проводятся ежедневно, далее 2-3 раза в неделю. Интенсивность процедур, длительность курса лечения определяются обширностью, степенью травмы, характером возникших осложнений, а также эффективностью проводимых процедур.

Полученные к настоящему времени данные позволяют говорить о том, что на фоне гирудотерапии выздоровление посттравматических больных происходит в более сжатые сроки и с меньшим количеством осложнений по сравнению с пациентами, использующими классические методы лечения.

МУЗЫКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Студент 6 курса лечебного факультета Г.Н. Робакидзе

Кафедра внутренних болезней с курсом ревматологии

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научные руководители: к.м.н., доцент В.Ф. Роганов,

к.м.н., доцент Т.Ш. Бетанели

Во всем мире отмечается высокая распространенность заболевания бронхиальной астмы (БА), что требует поиска новых методов ее лечения.

Целью данной работы стало показать эффективность музыкальной терапии в лечении БА, изучение показателей функций внешнего дыхания у

больных БА. в процессе традиционного лечения в сочетании с музыкальной терапией, а также изучение влияния музыкальной терапии на САН.

Под наблюдением находилось 20 больных тяжелой формой БА в возрасте от 40 лет, 10 мужчин, 10 женщин.

Традиционная терапия включала следующие препараты: глюкокортикоиды, ингаляционные глюкокортикоиды (ИГКС), комбинации ИГКС и пролонгированных β 2-адреномиметиков, аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ), использование небулайзеров.

Всем больным на фоне указанного лечения проведено по 7 сеансов музыкальной терапии ежедневно по 10 минут. Использовались только классические произведения. После проведенных сеансов музыкальной терапии показатели САН улучшились с 2-3 баллов до 6-8.

Показатели функции внешнего дыхания на фоне музыкальной терапии значительно улучшались по сравнению с показателями без ее применения.

Музыкальная терапия улучшает не только показатели САН, но и повышает эффективность в лечении больных БА, что позволяет быстрее купировать ее проявления.

Указанный метод рекомендуется применять в лечении больных БА.

ПРИЧИНЫ И АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ С УЧАСТИЕМ АВТОБУСОВ

Студенты 4 курса педиатрического факультета

К.С. Семенова, Ю.П. Чиганова

Кафедра медицины катастроф

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: преподаватель О.С. Булычева

Проблема аварийности, связанная с автомобильным и пассажирским транспортом, в последнее десятилетие приобрела особую остроту в связи с несоответствием дорожно-транспортной инфраструктуры потребностям общества и государства в безопасном дорожном движении, недостаточной эффективностью функционирования системы обеспечения безопасности дорожного движения и крайне низкой дисциплиной ее участников.

Согласно проведенным исследованиям, в 2012 году проблема безопасности пассажирских перевозок крайне обострилась. Статистические данные показывают, что в Российской Федерации в четырех случаях из ста дорожно-транспортные происшествия (ДТП) происходят по вине водителей пассажирского транспорта.

Ежегодно происходит более 40 аварий пассажирских автобусов с тяжелыми последствиями. Таким образом, все острее встает вопрос о безопасности пассажиров.

Цели и задачи работы заключаются в анализе причин учащения ДТП с участием пассажирских автобусов.

Использованы статистические данные Патрульно-дорожно-регулирующей службы России и МЧС России.

За 3 месяца 2012 года зарегистрировано 40 аварий с участием автобусов. В них погибли 22 человека и 62 получили травмы различной степени тяжести. При этом 9 ДТП произошло по вине водителей пассажирского транспорта, в результате чего один человек погиб и 11 пассажиров были госпитализированы.

Все людские потери в результате ДТП с участием пассажирских автобусов составляют 48,8 % от общего числа ДТП, из которых 55,6 % раненных и 7 % погибших.

Следует также отметить, что ДТП – ведущая причина смертности: среди пораженных при ДТП смертность в 12 раз выше, чем у других лиц, получивших травму. В 6 раз чаще они становятся инвалидами, в 7 раз чаще нуждаются в госпитализации. Около трети жертв ДТП – молодые люди 15-29 лет.

Рассматривая аварийные происшествия на дорогах с участием автобусов, можно выделить основные группы причин.

1. ДТП с участием автобусов, где водитель не справился с управлением. Самыми частыми причинами ДТП в данной группе являются нарушение скоростного режима, невнимательность и халатность водителя (на них приходится примерно 27%), а также плохие погодные условия (15%). Примерно с той же частотой встречаются ДТП, возникающие в результате плохого состояния дорожного полотна (5%). Все больше в этом году распространены ДТП за счет технической неисправности транспортного средства (12%).

2. Столкновения с другим транспортным средством (лобовое, касательное, фронтальное) – 43%.

3. Прочие (3%).

Немаловажным фактором людских потерь является неоснащенность пассажирских автобусов ремнями безопасности: на территории России примерно в 80% автобусов они не предусмотрены, что увеличивает риск травматизации пассажиров, как в случае аварии, так и простого движения транспортного средства.

Проанализировав данные по ДТП с участием пассажирских автобусов, с уверенностью можно сказать, что ведущей причиной данных ДТП является человеческий фактор. На одно происшествие приходится не менее одной смерти. Показатель травматизации и процент инвалидов в Российской Федерации возрастает, что, в свою очередь, не может не отразиться на демографическом состоянии страны.

ФИЗИКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ АСЦИТА

А.Ю. Трошкин, Н.Ю. Ушакова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

*ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет
им. И.В. Разумовского» Росздрава*

Научный руководитель: к.м.н., доцент В.Г. Субботина

В диагностике асцита важны быстрые, удобные и недорогие физикальные методы исследования. К сожалению, они позволяют определить только относительно большие объёмы жидкости. Золотым стандартом диагностики небольшого асцита остаётся ультразвуковое исследование, которое позволяет определить жидкость объёмом до 100 мл.

Существует 4 классических метода диагностики асцита: осмотр живота, перкуторное выявление притупления звука в боковых отделах живота, смещение притупления при перкуссии и определение симптома волны.

При наличии асцита при осмотре живот становится распластанным, приводя к специфической конфигурации, которая называется «живот лягушки». Это происходит вследствие тяжести и давления внутрибрюшной жидкости на боковые отделы живота, которые «расползаются» наружу. Однако, подобная форма живота, может встречаться и при обычном ожирении. Чтобы разграничить эти два состояния, необходимо исследовать притупление звука в боковых отделах. Перкуссию живота проводят от пупка к боковым отделам и лобковому симфизу. Поскольку заполненные газом кишечные петли плавают поверх асцитической жидкости, при перкуссии вокруг пупка определяется закругленная зона тимпанического звука, ограниченная с боков зонами притупления перкуторного звука. Распластанный живот и притупление перкуторного звука по бокам является высокочувствительными (>72% и >80% соответственно), но низко специфическими методами диагностики асцита.

Смещение зоны притупления при повороте больного на бок вызывает смещение границы тупости на 1 см и указывает на наличие жидкости (которая под влиянием силы тяжести при повороте сместилась), а отсутствие смещения границы тупости указывает на то, что она обусловлена плотным органом. Тест выявления смещения зоны притупления имеет высокую чувствительность (>83%), но низкую специфичность (в среднем 50%). Следует отметить, что отсутствие смещения тупости имеет важное значение для исключения асцита.

Самой высокой специфичностью (80-90%) в диагностике асцита обладает симптом волны. Он является, пожалуй, единственным специфическим физикальным методом диагностики асцита.

Однако его отсутствие все же не исключает возможности асцита, поскольку чувствительность его составляет 50%.

Кроме того, имеются два дополнительных метода диагностики асцита: аускультативная перкуссия и забытый симптом «лужи».

Метод аускультативной перкуссии для выявления асцита был предложен совсем недавно и не получил адекватной оценки. Перед исследованием пациент должен помочиться и после этого посидеть в течение трех минут. Это позволит свободной жидкости брюшной полости опуститься в полость таза. Мембрана фонендоскопа располагается по срединной линии живота непосредственно над лобковым симфизом. Врач начинает перкуссию живота, постукивая пальцем от реберного края вниз перпендикулярно тазу. Уровень, на котором происходит смена перкуторного звука с приглушенного на громкий, обычно указывает на границу таза. У пациентов со свободной жидкостью этот уровень явно возвышается над линией таза.

Для определения симптома «лужи» пациента укладывают на живот на 5 минут, а затем он переходит в коленно-локтевое положение. Таким образом, средние отделы живота отвисают. Врач устанавливает мембрану фонендоскопа на самую нижнюю точку живота и начинает постукивать пальцем на боковой поверхности живота. Затем врач постепенно подвигает фонендоскоп по противоположному боковому отделу живота. Симптом считается положительным, если интенсивность и ясность звука внезапно повышаются. Это означает, что мембрана фонендоскопа продвинулась за край перитонеальной жидкости. Этот симптом в XIX-XX веках считался достаточно чувствительным. Однако в действительности, его чувствительность значительно ниже (40 %-50 %), особенно при небольшом количестве жидкости. Кроме того, этот тест неудобен и затруднителен для выполнения, особенно у тяжелобольных.

Проводя анализ достоверности физикальных методов диагностики асцита, следует отметить, что нет симптома, который был бы одновременно чувствительным и специфическим. Опытному врачу только комбинация методов даст возможность для физикальной диагностики асцита. Суммарная точность наиболее информативных методов составляет более 80% (W.B. Saunders, 1995, S. Mandjoni, 2005).

ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ АРТРИТОМ

Студентка 6 курса лечебного факультета С.А. Чекулаева

Кафедра внутренних болезней

НОУ ВПО МИ РЕАВИЗ

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.Ю. Сырцова

В течение последних лет одним из лидирующих направлений ревматологии является ранняя диагностика воспалительных заболеваний суставов. Подавляющее большинство исследователей ограничивают ранний период артрита сроком до 1 года. Отсутствие характерных клинических проявлений болезни на этом этапе не всегда позволяют определить природу суставного синдрома. От 27% до 54% воспалительных артропатий на ранней стадии выделяются в группу «недифференцированных артритов» (НА), когда отсутствуют критерии определенного диагноза какого-либо ревматического заболевания.

Целью работы стал клинический анализ больных с недифференцированным артритом.

Проведен анализ 27 историй болезней больных с НА, которые находились на стационарном лечении в ревматологическом отделении ММУ ГБ№4 с июня по октябрь 2012 года, по следующим позициям – пол, возраст, давность заболевания, количество госпитализаций, клинические проявления.

Впервые госпитализированы по данному заболеванию 55,5% (15) пациентов с длительностью артрита от 3-х до 6 месяцев. У 44.4 % (12) пациентов давность заболевания составила не больше двух лет.

У 77,8 % (21) пациентов определялся синдром полиартрита, у 84.5 % (22) больных – симметричное поражение суставов, однако вовлечение суставов кисти наблюдалось только у 62.9% (17) пациентов. Данная группа пациентов оценена с точки зрения прогноза развития РА согласно критериям А. Van-der Helm-van Mil et al., (2007): у 66.6% (18) пациентов обнаружена высокая вероятность развития ревматоидного артрита.

Таблица 1.

Распределение больных по возрасту и полу

0-20		20-30		30-40		40-50		50-60		60-70		70-80	
м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
7,4	3,7	0	7,4	7,4	3,7	7,4	3,7	11,1	11,1	11,1	18,5	0	7,4
%	%		%	%	%	%	%	%	%	%	%		%
(2)	(1)		(2)	(2)	(1)	(2)	(1)	(3)	(3)	(3)	(5)		(2)

Предполагается дальнейшее наблюдение за данной группой пациентов для определения достоверности прогноза и динамики клинической картины.

ОПУХОЛЕВОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ

Студентка 6 курса лечебного факультета А.М. Чернецкая

Кафедра внутренних болезней с курсом ревматологии.

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н., доцент В.Ф. Роганов

Работа посвящена исследованию единично встречаемой патологии: злокачественной тимоме с инвазией камер сердца. По данным статистики СО-КОД: 2 случая за последние 15 лет.

Данное заболевание имеет распространенность среди лиц молодого возраста 20-40 лет. Опухоли, поражающие сердце (первичные или вторичные), маскируются под иные сердечно-сосудистые заболевания и не только, затрудняя диагностику. Быстрая прогрессия некоторых видов опухолей ведет к мас-

сивному прорастанию сердца, осложнениям и гибели пациента. Все это требует необходимость ознакомления с проявлениями данного заболевания.

Целью данной работы стало представление редчайшего случая опухолевого поражения сердца, симптоматику заболевания, разработка дифференциально-диагностической программы по синдрому кардиомегалии и шумам в сердце по степени наивысшей опасности.

Исследован пациент 26 лет. Находился 11.12.12 – 17.12.12 в ММУ ГБ №4 в средне-тяжелом состоянии с основными жалобами на боли за грудиной, одышку в покое. Аускультативно: тоны сердца тихие, пансистолический шум над зоной аорты и трикуспидального клапана. На рентгенограмме: левосторонний экссудативный плеврит, сердце расширено в поперечнике, больше влево, с перекрытием корней. На эхоКГ: образование переднего средостения, с прорастанием передней стенки ПЖ до основания передней створки ТК; гидроперикард; давление в ПЖ 33 мм.рт.ст. На КТ: Т-г переднего средостения с инвазией камер сердца, тромб в легочном стволе.

5.02.13 – 8.02.13 обследовался в торакальном отделении СОКОД. В цитогамме из материала трепанобиопсии образования переднего средостения: злокачественная тимома. 18.02.13. – 20.02.12 находился в отделении химиотерапии, где в проведении химиотерапии было отказано.

Таким образом, инвазивное поражение сердца опухолью – редко встречаемая патология среди молодого населения, для которой характерна скоротечность опухолевого процесса. Трудности в диагностике связаны с неспецифичностью симптоматики. Кардиомегалия и шумы в сердце явились ведущими синдромами при данной патологии. Дифференциально-диагностическая программа по указанным синдромам, согласно принципу наивысшей опасности, должна начинаться с опухолевого поражения сердца.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ АРОМАТЕРАПИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Врач-терапевт М.В. Юрикова

Кафедра внутренних болезней

*Самарский лечебно-диагностический центр высокоэффективных
медицинских технологий «Альтернатива»*

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ю.С. Пименов

Цель исследования стало изучение эффективности действия натурального эфирного масла кедра на психоэмоциональное состояние пациентов с хроническими болями в нижней части спины (БНС).

Клинические исследования проводили в амбулатории ЛДЦ «Альтернатива» (г. Самара, ул. Стара-Загора, д. 27, лит. А). В исследование были включены

ны 54 больных с БНС в возрасте от 23 до 78 лет обоих полов. Методом рандомизации исследуемые больные были разделены на 2 равнозначные группы по возрасту, полу и сопутствующим заболеваниям. Оценку психоэмоционального состояния у обследуемых больных проводили при помощи теста САН. В группе сравнения (n=27) больным проводили лечение по стандарту (приказ Минздравсоцразвития РФ №797 от 24.12.2007 г.), включавшее применение анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов. Основной группе (n=27) дополнительно к стандартному лечению проводили терапию с эфирным маслом кедра фармацевтической компании «STYX» по разработанной нами методике. Один сеанс составлял 20 вдохов в каждый носовой ход. Процедуры проводили ежедневно с 8.00. утра до 20.00 вечера через 1,5 часа. Курс терапии 14 дней. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Исследование выявило очевидную эффективность включения эфирного масла кедра в стандартную терапию больных с БНС для улучшения их психоэмоционального состояния. Неинвазивность, безопасность и безболезненность метода позволяет рекомендовать его для широкого применения в клинической практике.

Таблица 1.

Показатели теста САН	Баллы САН в обеих группах до лечения	Баллы САН в группе сравнения	Баллы САН в основной группе после ароматерапии	Р
Самочувствие	2,8±0,18	3,8±0,16	4,4±0,15	< 0,01
Активность	3,3±0,17	4,1±0,15	4,8±0,16	< 0,01
Настроение	3,4±0,15	4,3±0,14	5,0±0,17	< 0,01

Максимальное значение баллов – 7.

Секция 7.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ АНАТОМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРАНСПОЗИЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Студент 4 курса лечебного факультета Ш.А. Абдулаев

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева РАМН

*ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова»*

Научный руководитель: д.м.н. М.М. Зеленикин

Операция артериального переключения (ОАП) в настоящее время является операцией выбора при лечении пациентов с транспозицией магистральных сосудов (ТМС). Мы изучали частоту, варианты повторных вмешательств после анатомической коррекции ТМС и их результаты по данным литературы с 1987 по 2012 гг.

Частота повторных операций составляет 5-10%. Выполняются эти операции в среднем через 6 лет после анатомической коррекции. Самыми частыми причинами реопераций являются сужение коронарных артерий, обструкция ВТПЖ. В ведущих клиниках мира наблюдается увеличение количества пациентов, подвергающихся повторным вмешательствам на коронарных артериях. Это связано с рутинным использованием коронарной ангиографии и мульти-спиральной КТ-ангиографии у всех пациентов, подвергшихся ОАП (Lim HG с соавт., 2013 г.). Ангиопластика пораженных коронарных артерий с помощью большой подкожной вены дает превосходные результаты наряду с АКШ и МКШ – смертность 0%.

В большинстве случаев сужение ВТПЖ локализуется в зоне анастомоза, что, очевидно, связано с неадекватным ростом сосудов в этой зоне после операции. Большинство авторов указывают на неэффективность чрескожных методов расширения ВТПЖ и предпочитают расширение с помощью заплаты из перикарда или имплантацию экстракардиального кондуита в крайних случаях (С. Mavroudis с соавт., 2011 г.). Смертность после таких повторных операций также не превышает 0-1%.

Повторные операции на аортальном клапане (расширение кольца нео-аорты, замена клапана нео-аорты) довольно редки в настоящее время и встречаются в основном у пациентов с ТМС+ДМЖП (Tirilomis T. с соавт., 2012 г.).

Другие осложнения (недостаточность или стеноз митрального клапана, компрессия трахеи и бронхов и др.) после анатомической коррекции ТМС встречаются в настоящее время гораздо реже (E. Angeli, 2008 г.).

Осложнения, требующие хирургического вмешательства, после анатомической коррекции ТМС возникают в 5-10% случаев. Повторные операции являются эффективным методом лечения возникающих осложнений и дают превосходные результаты.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАКРЫТЫМИ ДВУХФАЗНЫМИ РАЗРЫВАМИ СЕЛЕЗЕНКИ

Аспирант А.В. Авраменко

Кафедра хирургии

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: д.м.н., профессор В.В. Масляков

В данной работе мы изучали причины диагностических ошибок у пациентов с закрытыми двухфазными повреждениями селезенки.

Проведен анализ 245 пациентов с закрытыми повреждениями селезенки, из них двухфазные разрывы зарегистрированы у 80 больных. У пациентов с двухфазными повреждениями селезенки диагностические ошибки отмечены в 64 (26,1%) наблюдениях. При этом большинство ошибок можно связать с отсутствием четкой клинической картины, отсутствием признаков внутрибрюшного кровотечения. Следует отметить, что 39 (15,9%) пациентов из этой группы находились на стационарном лечении с различными диагнозами и были оперированы с признаками продолжающегося внутрибрюшного кровотечения.

Наиболее часто были поставлены следующие диагнозы: перелом IX-X ребер слева – 23 человека; ушиб грудной клетки слева – 15 пациентов; ушиб почки – 1 больной. Всем пациентам было выполнено рентгенографическое обследование грудной клетки, однако УЗ-исследование выполнено не было. Другой причиной, приведшей к задержке оперативного вмешательства у пациентов этой группы, явилась поздняя обращаемость за медицинской помощью, которая отмечена у 25 (10,2%) человек.

При проведении анализа основных жалоб у пациентов этой группы нами выявлены следующие: боли в грудной клетке слева – 54 пациента; затруднение дыхания – 46; боли в области поясничного отдела позвоночника – 21; незначительные боли в области живота, больше слева – 12 больных. При этом у большинства пациентов при поступлении отсутствовали признаки нестабильной гемодинамики. Признаки внутрибрюшного кровотечения, проявляющиеся падением давления, обморочными состояниями, резкими болями в животе развивались через 4 часа от момента получения травмы у 13 пациентов, через семь часов – 14; через пятнадцать часов – 7; спустя сутки у 12; спустя трое суток – 7 больных, через пять суток – 6 человек; семь суток – 3 человека и через 10 суток – 2 пациента. Из представленных данных можно сделать заключение, что у пациентов с такими повреждениями отсутствуют патогномоничные симптомы, что обуславливает большой процент диагностических ошибок в этой группе.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Аспирант Т.Ч. Аллахяров

*Кафедры факультетской хирургии и онкологии
ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский
университет им. В.И. Разумовского» минздрава РФ*

Колоректальный рак занимает четвертое место в мире среди всех впервые выявленных злокачественных новообразований, вслед за раком молочной железы, простаты и легких, составляя в среднем около 12%, причем заболеваемость резко увеличивается преимущественно в развитых странах. В современной онкологии принято обозначать под общим термином «колоректальный рак (КРР)» злокачественные образования толстой кишки.

По данным ВОЗ, в мире ежегодно КРР заболевает более 600 000 человек, а умирает соответственно более 2/3. Вероятность заболеть раком после 50 лет удваивается в течение каждого последующего десятилетия и достигает пика к 75 годам. Отмечается резкий рост заболеваемости и смертности от КРР в возрастных группах до 34 лет и 45 – 49 лет, особенно в Европе, США и Канаде. Прогнозируется, что в первые десятилетия наступившего тысячелетия КРР возникнет у каждого 16-17 жителя планеты (Воронина Л.П., 2009).

По многочисленным данным, у 60–70% больных, с впервые диагностированным колоректальным раком, опухоль выявляется в III-IV стадии. Структура выявляемости КРР сходна в странах СНГ и США. В США при первичной диагностике у 37% больных выявляется рак без метастазов, у 28% – с регионарными метастазами, у 35% – с отдаленными метастазами.

В результате поздней диагностики отдаленные результаты лечения КРР остаются и сегодня на уровне 70-х годов прошлого столетия. 5-летняя выживаемость после хирургического лечения рака ободочной и прямой кишки удерживается по-прежнему на уровне 50 – 55%. Тем не менее, бурный прогресс знаний о молекулярной и биологической природе колоректального рака внес много нового в понимание патогенеза заболевания и внушает надежды на разработку эффективных мер первичной профилактики, улучшение результатов диагностики и лечения.

Для проведения анализа заболеваемости нами использованы данные областного онкологического диспансера Саратовской области.

Общая онкологическая заболеваемость в Саратовской области с 2004-2011 гг. имеет тенденцию к росту, составляя соответственно 331,8 и 408,4 на 100 тыс. населения. Среди всех новообразований КРР занимает 5 место. Наибольшие показатели КРР отмечены в Духовницком, Балаковском и Петровском районах, а так же в г. Саратове. В 2011 году он впервые выявлен у 452 больных (в 2010 году – 476 больных). Чаще болеют мужчины, показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 20,0. Среди женщин этот показатель ниже – 17,4. Пик заболеваемости приходится на

возраст пациентов 70-74 года. При профилактическом осмотре КРР выявлен у 11,3%. В I-II стадии опухоль диагностирована у 74,3% больных, в III стадии – у 6,0% пациентов, у 19% человек рак диагностирован в IV стадии (данные 2011 года). Как известно, одним из показателей качества специализированной помощи онкологическим больным является морфологическая верификация диагноза. В 2011 г. морфологически КРР был верифицирован у 87,4% больных, что выше показателей предыдущего года на 3,3%. Другим объективным показателем онкологической службы является летальность больных в течение года с момента установления диагноза. В 2011 г. по Саратовской области она составила 25,8%, что ниже по сравнению со средними показателями РФ (28,6%) и ниже, по сравнению, с данными по области за 2010 г. (29,1%).

Таким образом, в Саратовской области констатирована тенденция к небольшому снижению числа больных КРР, кроме того возросла на 4,3% доля больных, выявленных активно при проведении профосмотра. Положительным моментом является и то, что показатель одногодичной летальности в 2011 году снизился с 27,7% до 25,1%.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К СИМУЛЬТАННЫМ ОПЕРАЦИЯМ У ПОЖИЛЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Студент 4 курса лечебного факультета Р.Р. Бибилов

Кафедра хирургических болезней

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: профессор И.Г. Лещенко

По данным ВОЗ сочетанные урологические заболевания встречаются у 20-30% больных. При этом каждый десятый пациент пожилого и старческого возраста нуждается в симультанной операции.

Целью исследования стало улучшение лечения больных пожилого и старческого возраста с аденомой предстательной железы, нуждающихся в симультантных операциях.

Нами определены число больных пожилого и старческого возраста с аденомой предстательной железы, нуждающихся в симультантных операциях, и противопоказания к симультанным операциям у пожилых урологических больных.

В урологическом отделении СОКГВВ с 1995 по 2009 гг. плановые чрезпузырные аденомэктомии (АЭ) выполнены 848 больным пожилого и старческого возраста. Среди них симультантные операции выполнены 128 (15,1%) пациентам. Возраст больных от 60 до 89 лет. Среди них в возрасте от 60 до 75 лет 300 (35,3%) больных, а от 75 до 89 лет – 548 (64,7%). В контрольную

группу вошли 720 пациентов, которым выполнена плановая изолированная чрезпузырная АЭ.

Нами установлено, что относительными противопоказаниями к СО являются нестабильная прогрессирующая стенокардия, неподдающаяся коррекции высокая артериальная гипертензия, ДЭП 3 степени, выраженные последствия ОНМК, бронхиальная астма средней тяжести и тяжелого течения, гнойный обструктивный бронхит, хроническая дыхательная недостаточность I-II степени, декомпенсированный сахарный диабет, хронические гнойные инфекции (остеомиелит в стадии обострения, фурункулез), некорректируемые нарушения свертываемости крови, ожирение III-IV степени. Абсолютные противопоказания: инфаркт миокарда, ОНМК, пневмония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, эрозивный эзофагит, гастрит, дуоденит, цирроз печени с паренхиматозной и/или сосудистой декомпенсацией, пиелонефрит в активной фазе, ХПН в интремиттирующей стадии.

Анализ наших материалов показал, что у урологических больных пожилого возраста имеется 2-6 сопутствующих заболеваний. Среди них 15,1% пациентов имеют симультанную патологию. С учетом предполагаемой симультанной операции в предоперационном периоде они нуждаются в интенсивной преоперационной подготовке с целью перевода этих заболеваний из стадии субкомпенсации в стадию компенсации. При отсутствии эффекта от этой терапии симультанная операция этим больным противопоказана. В этих случаях больному выполняется только одно оперативное вмешательство. Например, одномоментная аденомэктомия или паллиативное вмешательство – эпицистостомия.

**ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФОРМЫ И ФУНКЦИИ
ПАЛЬЦЕВ И КИСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЯХ
С ПОМОЩЬЮ ЦИТОАКТИВНОГО МАТЕРИАЛА**

Студентка 5 курса лечебного факультета Д.Д. Бурова

*Кафедра хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии
НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»*

Научный руководитель: к.м.н., доцент М.Д. Цейтлин

Целью исследования стали результаты оперативного пособия при опухолях, дегенеративно-дистрофических процессах и последствиях травм кисти.

Для заполнения дефектов костей и суставов применялся цитоактивный биополимер – солевой материал «ЛитАр» (Рег. удост. № ФСР 2010/07994, сертификат соответствия № РОСС RU.ИМ22.В01674, №0413085). Это композит, состоящий из коллагена или альгина кальция с осажденными на

поверхности их волокон наноразмерными кристаллами гидроксилалюмината (гидроксофосфата кальция). Область введения материала контролировалась рентгенологически. Применялась КТ, УЗИ и апостериорным компьютерным анализом рентгеновских снимков.

В Самарском областном Центре хирургии кисти оперирован 21 пациент с дегенеративно-дистрофическими поражениями костей и доброкачественными опухолевыми заболеваниями, а также последствиями травм костей кисти. Полость плотно заполняли «ЛитАр», обеспечивая его тесный контакт с материнским ложем. Отслоенные мягкие ткани над полостью, заполненной «ЛитАр», послойно ушивали. Аналогичные технические приемы применяли и при устранении дефектов травматического генеза. Для предупреждения образования гематом оставляли в ране тонкие силиконовые трубчатые дренажи. В послеоперационном периоде выраженность репаративной регенерации зависела от вида и характера ложа, куда имплантировался «ЛитАр». Более отчетливая и быстрая ассимиляция пластического материала наблюдалась в случаях, когда ложе было представлено губчатой костной тканью. Иногда для достижения полноценной репаративной регенерации в зоне ложного сустава ладьевидной кости обязательным условием, помимо применения соответствующего пластического материала, применялась стабильная фиксация фрагментов металлическими конструкциями и тщательная подготовка для обеспечения плотного контакта с имплантируемым материалом.

Вне зависимости от характера дефекта, в конечном счете, в ходе хирургического пособия необходимо восполнять некоторый объем кости как в случае ликвидации опухолевых процессов, так и в случае переломов. Обычно дефекты имеют неправильную форму, поэтому материалы, способные к самомоделированию, наиболее востребованы. Быстрая биодеградация и реализация генетической памяти материалом «ЛитАр» – основные условия выбора импланта для восполнения дефектов кости.

У всех оперированных больных рентгенологически отмечалось рассасывание материала «ЛитАр» в течение 20-25 дней с последующим замещением дефектов новыми костными структурами в соответствии с функциональными потребностями кисти и пальцев. Высокая скорость биотрансформации «ЛитАр» в костную ткань позволяла в короткие сроки восстанавливать не только форму, но и функцию, что особенно важно, когда речь идет о тонко дифференцированной функции, присущей пальцам и кисти человека. Приведенные результаты показывают, что в случае применения композита «ЛитАр» обеспечивается регенерация ткани в области замещения на генетическом уровне, что подтверждается данными других авторов (<http://www.litar.sama.ru>).

Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности использования материала «ЛитАр» в широкой клинической практике.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

*Студент 6 курса лечебного факультета Е.В. Дронов
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Научный руководитель: к.м.н., доцент Д.Н. Бегун*

Острый панкреатит (ОП) – одна из актуальных проблем современной хирургии, в настоящее время увеличивается частота деструктивных форм и летальности при этом заболевании.

Проведен анализ показателей заболеваемости и летальности при ОП среди населения Оренбургской области за период с 2002 по 2012 гг. В 2002 году было зарегистрировано 1693 случая ОП, умерло 62 пациента. Летальность при этой патологии составила 3,6 %, послеоперационная летальность – 26,6%. Заболеваемость среди населения Оренбургской области – 7,3%. В последующие годы отмечалось повышение уровня заболеваемости, и в 2011 году инцидентность достигла 10,87%. Таким образом, по сравнению с 2002 годом заболеваемость в 2011 году возросла на 3,14%.

Уровень летальности, как общей, так и послеоперационной, стабильно остается высоким на протяжении всего указанного временного периода. Так, например, в 2005 году общая летальность достигала 3,5%, послеоперационная – 29%; в 2008 – 2,3% и 20,8% соответственно; в 2010 – 3% и 29,5%; в 2012 – 2,7% и 23,4%. Аналогично стабильно высоким остается число пациентов, обратившихся за медицинской помощью позже 24 часов с момента начала заболевания. Обращает на себя внимание то обстоятельство, что последние годы (2010, 2011 и 2012 гг.) отмечается увеличение доли поздней обращаемости пациентов (41,2%, 47,6% и 43,6% соответственно против 37% в 2002 году).

Можно сделать вывод, что в Оренбургской области отмечается рост заболеваемости ОП, поэтому существует необходимость разработки профилактических мероприятий, направленных на борьбу с факторами риска ОП. Стабильно высокий уровень летальности при ОП на протяжении 2002-2012 гг. говорит о необходимости поиска более эффективных способов диагностики и лечения данной патологии.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*Студенты 6 курса лечебного факультета К.И. Завьялов, Н.А. Старцева
Кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Научный руководитель: д.м.н., профессор О.В. Галимов*

По частоте грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) с клиническими проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) – одно из самых распространенных заболеваний в гастроэнтерологической

практике. В последние годы достигнут значительный прогресс в хирургии рефлюксной болезни. Не смотря на современные методы диагностики и лечения ГПОД, частота послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания остается на высоком уровне. Это, в свою очередь, требует поиска и освоения новых методов лечения ГПОД и ГЭРБ.

Исследование проводилось на 128 больных, которым проводились лапароскопические вмешательства с целью коррекции ГПОД на клинических базах кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО.

Возраст пациентов составил от 20 до 60 лет. Среди пациентов количество женщин – 77 (60,2%) мужчин – 51 (39,8%). Длительность заболевания составляла от 5 до 20 лет.

При выборе антирефлюксной операции, предпочтение в 111 (86,9%) случаях отдавалось фундопликации по Nissen, как наиболее адекватной процедуре, способной противостоять забросу желудочного содержимого в пищевод. Неполные фундопликации в различных вариантах (Toupet, Dor, Lortat-Jacob и др.) выполнены 17 (13,1%) пациентам. Выполнение коррекции ГПОД считали показанным при его расширении более 3,5 см.

Были проанализированы результаты лечения всех пациентов с ГПОД в ближайшем послеоперационном периоде. Интраоперационно у 10 (7,8%) больных отмечено развитие наиболее часто встречающихся для таких вмешательств осложнений, в виде повреждения левого плеврального синуса с развитием пневмоторакса, перфорация задней стенки пищевода, артериальные кровотечения. Наиболее часто в раннем послеоперационном периоде отмечалась преходящая дисфагия – 20 (15,7%). Нарушения функции органов дыхания имели место в 4 (3,2%) наблюдениях. Эти осложнения носили преходящий характер и были купированы консервативной терапией. В отдаленном периоде неудовлетворительный результат в виде рецидива грыжи отмечен у 10 (7,8%) человек с соответствующей клинической симптоматикой.

Критерии оценки отдаленных результатов: отличный результат – полное отсутствие клинической симптоматики заболевания. Хороший результат – периодически возникающие симптомы желудочного дискомфорта. При контрольном инструментальном обследовании патологических изменений не выявляется. Удовлетворительный результат – нарушения пищеварения, подтвержденные объективными методами обследования, купирующиеся проведением консервативных медико-реабилитационных мероприятий. Неудовлетворительный результат – операция не принесла существенного улучшения самочувствия.

Лапароскопическая фундопликация с использованием синтетического трансплантата эффективно восстанавливает антирефлюксные свойства кардии и позволяет избежать осложнений, связанных с патологическим сужением пищеводного отверстия диафрагмы, что подтверждают ближайшие и отдаленные послеоперационные результаты. Обоснованные лапароскопические вмешательства при ГПОД и РЭ являются перспективным направлением хирургии и обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗОВ И КЛЕЕВЫХ КОМПОЗИЦИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

*Студенты 6 курса лечебного факультета К.И. Завьялов, Т.В. Раевская
Кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Научный руководитель: д.м.н., профессор О.В. Галимов*

На сегодняшний день широкое распространение получают операции, выполняемые из небольших, малых доступов, причем с применением как обычных, так и высокотехнологичных хирургических инструментов. Объем повреждения тканей при этом значительно меньше. Но и эти методики выполнения операций не лишены такого недостатка, как образование послеоперационных грыж. Единственным способом радикального лечения послеоперационной грыжи является операция.

Основной целью являлось экспериментальное исследование возможности применения сетчатых эндопротезов и клеевых композиций в профилактике послеоперационных грыж передней брюшной стенки.

В эксперименте использовались 120 крыс обоего пола, массой 150–200 г. Животные были разделены на 3 группы, в зависимости от применяемой методики фиксации эндопротеза. При этом каждая группа делилась еще на 2 подгруппы по виду материала используемого эндопротеза. Группа 1: фиксация эндопротеза с использованием клея латексного тканевого (КЛТ) с полипропиленовой (ПП) и политетрафторэтиленовой (ПТФЭ) сетками. Группа 2: в качестве фиксатора применялся сульфакрилатный клей (СК) также совместно с ПП и ПТФЭ. Группа 3 (контроль): применялись аналогичные эндопротезы (ПП и ПТФЭ), а для их фиксации использовалась капроновая нить (КН).

По средней линии живота рассекалась кожа и подкожная клетчатка длиной 2–3 см. Белая линия живота и передняя стенка влагалища (апоневроза) прямых мышц освобождались от клетчатки путем ее отсепаровки в стороны от срединного разреза на расстояние 1,5 см. В созданное таким образом пространство помещался эндопротез диаметром 0,5 см, который фиксировался к апоневрозу прямых мышц посредством клеевой композиции или шовной фиксации.

Для изучения динамики процессов заживления во всех группах проводилась вырезка лоскута ткани передней брюшной стенки, содержащий кожу с подкожной жировой клетчаткой, мышечно-апоневротический рубец с приклеенными или подшитыми эндопротезами в брюшину.

В результате проведенных экспериментов было выявлено, что каждая из использованных методик фиксации эндопротеза имеет свое время, необходимое для достижения неподвижности фиксированного эндопротеза после его установки. Время фиксации: КЛТ – 5 минут; узловые швы – 4 минуты; СК – 1,5 минуты. Благополучный исход эксперимента и хорошие показатели ранозаживления во всех исследуемых группах наблюдали у 70 лабораторных животных.

СК можно рассматривать как более предпочтительный клеевой метод фиксации внутрибрюшинных сетчатых эндопротезов в плане профилактики выраженных рубцовых изменений в области вмешательства на брюшной стенке при сохранении хороших прочностных свойств. При применении клеевых композиций и сетчатых эндопротезов наилучшие результаты получены при СК+ПП, осложнений при данном сочетании не наблюдалось. Далее по степени эффективности следуют КЛТ+ПП (1 случай нагноения раны) и СК+ПТФЭ (1 случай нагноения раны ассоциацией микроорганизмов). При использовании КЛТ+ПТФЭ в 15 случаях произошло смещения сетчатого протеза и 1 нагноение, а при КН в 13 случаях образовались свищевые ходы и в 3 случаях нагноение ран.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Клинический ординатор А.В. Иванов, доцент Г.С. Мухамедьянов,
аспирант Д.А. Шилов, соискатель В.П. Окроян*

*Кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»*

Научный руководитель: д.м.н., профессор О.Г. Галимов

Распространенность вазоренальной гипертензии (ВРГ) по отношению ко всем формам системной артериальной гипертензии (АГ) составляет 2,3-3,0. Проведенные исследования указывают, что у 27% популяции имеется стеноз почечных артерий (ПА), из них половина – больные артериальной гипертензией в возрасте 50 лет. Во многих экономически развитых странах растет частота выявляемости ВРГ, что, вероятнее всего, связано с ростом длительности жизни населения. Во всяком случае, подходы к выявлению и лечению ВРГ все еще остаются недостаточно изученными.

Вазоренальную гипертензию можно охарактеризовать как болезнь со стойкой рефрактерностью к медикаментозной терапии. Анализ результатов медикаментозного и хирургического лечения ВРГ показывает, что хирургическая тактика лечения является наиболее эффективной.

Прогрессирование гемодинамически значимого стеноза ПА после его диагностики у 7-16% больных при естественном течении заболевания приводит к окклюзии артерии через 2-3 года. Стеноз ПА более 60% приводит к возрастанию риску развития сморщенной почки в четыре раза.

Развитие рентгенэндоваскулярных методов лечения позволило значительно снизить количество открытых реконструктивных операций на ПА, что особо важно для пожилых пациентов с тяжелым соматическим статусом, т.к. это является риском развития осложнений при проведении наркоза и хирургического вмешательства у данного контингента больных.

Целью исследования стало изучение эффективности стентирования и баллонной ангиопластики почечных артерий в лечении больных с вазоренальной гипертензией.

За период с 2010 по 2012 гг. включительно в сосудистом отделении клиники БГМУ прошли обследование и лечение 32 пациента со стенозами почечных артерий. Критериями включения в исследование были: наличие верифицированного гемодинамически значимого стеноза ПА, наличие симптоматической вазоренальной артериальной гипертензии. Возраст больных составил в среднем 57 ± 15 лет. 24 (75,0%) пациента были мужского пола, 6 (25,0%) пациентов – женского.

Средние значения систолического артериального давления (САД) составили 158 ± 14 мм Нг., с максимальным подъемом до 220 ± 29 мм Нг., среднего диастолического давления – $99 \pm 6,3$ мм Нг., с максимальным подъемом до 120 ± 18 мм Нг.

Длительность АГ варьировала от года до 30 лет. В среднем она составила $15 \pm 8,7$ лет. В группе больных с длительностью артериальной гипертензии от 2 до 6 лет наблюдалась наиболее злокачественное течение артериальной гипертензии. Медикаментозное гипотензивное лечение до эндоваскулярного лечения получали 23 пациента (71,8 % всех больных). Терапия антигипертензивными препаратами была эффективна только в 9,8% случаев. Степень стеноза ПА до эндоваскулярного хирургического вмешательства составила в среднем $77 \pm 8,7\%$.

На госпитальном этапе была проведена диагностическая ангиография почечных артерий использованием ангиографического комплекса INNOVA 3131 IQ. Проанализировав полученные данные, решался вопрос об условиях восстановления почечного кровотока и выборе метода эндоваскулярного хирургического лечения. При изолированном поражении ПА больным выполнялась ангиопластика или стентирование ПА.

После подробного обследования пациентам были выполнены 32 эндоваскулярных вмешательства на ПА: 6 баллонных ангиопластик и 26 стентирований.

Анализ и оценка результатов проводилась на основании гипотензивного эффекта. У всех больных непосредственно после эндоваскулярной терапии оценивался гипотензивный эффект посредством суточного мониторирования АД. Изучалась динамика максимальных значений систолического и диастолического АД, также как и средние значения АД до и после эндоваскулярного лечения. После проведенной процедуры гипотензивный эффект отмечался во всех случаях. Оценка результатов показала достоверное снижение максимальных подъемов САД до 28 %, диастолического – на 21%. В 12,5% случаях отмечена динамика средних значений систолического и диастолического АД. После эндоваскулярного вмешательства, среднее САД снизилось на 10%, среднее диастолическое АД – на 15%. Среднее АД снизилось на 8%.

Таким образом, ангиопластика почечных артерий, независимо от вида процедуры (баллонная ангиопластика или стентирование), является эффективным методом восстановления кровотока в почечных артериях. Эндоваскулярное лечение больных с вазоренальной гипертензией в большинстве случаев приводит к гипотензивному эффекту с преимущественно выраженным снижением максимального систолического артериального давления. Непосредственно после процедуры гипотензивный эффект отмечается в 100% случаев.

БОЛЕЗНЬ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА. АНАСТОМОЗИТ

Студентки 4 курса медицинского факультета

И.Н. Илларионова, Д.А. Автаева

Кафедра общей хирургии

*ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет
им. И.Н. Ульянова»*

Научный руководитель: д.м.н., профессор Е.С. Катанов

Болезнь оперированного желудка развивается после резекции желудка. Частым осложнением, требующим повторного оперативного вмешательства, является анастомозит, выявленный в 24,3 % случаях.

В данной работе мы изучали патологию – болезнь оперированного желудка, также разрабатывалась собственная классификация анастомозита и рекомендации по ведению предоперационного и послеоперационного периода.

Изучены жалобы, анамнез, лечение, проведен анализ результатов обследований и техник операций 140 историй болезней с патологией «болезнь оперированного желудка» 1988-2009 гг. архивов городской клинической больницы № 1, Республиканской клинической больницы.

Разработана собственная классификация анастомозита по функциональной и морфологической характеристике на основе эндоскопических данных и рекомендации по ведению предоперационного и послеоперационного периода, выделены основные причины возникновения анастомозита.

Основными жалобами пациентов с болезнью оперированного желудка являются слабость 58%, боли в эпигастрии 56,5%, отрыжка 34%, тошнота 30%. При обследовании у 70% выявляется хронический гастрит культуры желудка, у 17% демпинг-синдром легкой степени тяжести. В 82% случаях синдром возникает в первые 10 лет после операции. 73% больных мужчины. Инвалидизация после резекции желудка плановой 15,6%, экстренной 28%. В настоящее время увеличивается число операций по поводу перфорации и онкологии, снижается по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

**ОПЫТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ
СУСТАВОВ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ
ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ПОДАГРОЙ
С ПОМОЩЬЮ ЦИТОАКТИВНОГО МАТЕРИАЛА**

Студентка 5 курса лечебного факультета

А.И. Калмыкова

Кафедра хирургических болезней

с курсом травматологии и ортопедии

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.м.н, доцент М.Д. Цейтлин

Целью работы стала оценка результатов оперативного пособия в случае подагры, как с помощью имплантационного материала, так и без него.

Для заполнения дефектов суставов применялся цитоактивный биополимер-солевой материал «ЛитАр» (Рег. Удост. № ФСР 2010/07994, сертификат соответствия № РОСС RU.Им22.В01674, № 0413085). Это композит, состоящий из коллагена или альгина кальция с осажденными на поверхности их волокон наноразмерными кристаллами гидроксилпатита (гидроксофосфата кальция). Область введения материала контролировалась рентгенологически, применялась КТ. Введение материала осуществлялось после тотального удаления мочевой кислоты и ее солей (иссечение импрегнированных суставных и околосуставных тканей межфаланговых и пястно-фаланговых суставов).

В Самарском областном центре хирургии кисти оперировано 10 пациентов с тотальным двусторонним поражением суставов кисти и пальцев. В I группе (n = 5) выполнен артролиз с тотальным удалением мочевой кислоты и ее солей с последующим восстановлением нарушенных анатомических взаимоотношений, во II группе (n = 5) с поражением суставов подагрой после тотального иссечения тканей проводилась артропластика композитом «ЛитАр» в объемах, пропорциональных 70% дефекта. У всех пациентов I группы после операции возникали артрогенные и десмогенные контрактуры пястно-фаланговых и межфаланговых суставов. У больных II группы, где применялся материал «ЛитАр», функциональные результаты были лучше: объем движения у этих пациентов был близок к норме. Срок наблюдения более 10 лет.

В случае применения композита «ЛитАр» обеспечивается регенерация ткани в области замещения на генетическом уровне, что подтверждается данными других авторов (<http://www.litar.sama.ru>).

О ВОССТАНОВЛЕНИИ ЕСТЕСТВЕННОЙ ПРОХОДИМОСТИ ПОВРЕЖДЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Н.Ю. Кладчиков, О.И. Федотов, Л.И. Гущина

Кафедра хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»,

Кафедра и клиника общей хирургии

ФГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

Эндоскопическое отделение МСЧ № 2

Научный руководитель: к.м.н., доцент И.Л. Федотов

Хирургическое лечение последствий поврежденной толстой кишки представляет сложную проблему.

В повседневной практике хирурга в порядке срочной помощи нередко приходится выполнять кишечную стому (противоестественный) заднего прохода. Частота вынужденного формирования кишечных стом в экстренной хирургии по данным литературы колеблется от 10 до 45%. Показанием для выполнения разгрузочной стомы являлись массивные повреждения толстой кишки на её протяжении с явлениями перитонита, тяжелое состояние пострадавшего, сочетанные травмы с повреждением костей, шоковое состояние. Причиной повреждения органов живота в настоящее время являются дорожно – транспортные происшествия, колото-резаные ранения в мирное время, огнестрельные ранения в военное время и др.

При повреждении толстой кишки по показаниям хирургами производилась спасительная операция – временное наложение колостомы на переднюю стенку брюшной полости. Через несколько месяцев, а то и лет по выходу больного из тяжелого состояния с его согласия производилась реконструктивная операция. Однако хирургическое лечение последствий поврежденной толстой кишки представляют непростую, сложную задачу. Основные трудности состояли в правильном выборе оперативного вмешательства (А.М. Аминев, В.Д. Федоров, В.И. Зуев, И.Л. Федотов и др.).

В основу настоящего сообщения положены результаты лечения 35 пациентов с последствиями поврежденной толстой кишки в возрасте больных от 16 до 59 лет, находившихся на лечении в 1999-2012 годах в хирургических отделениях.

Анализ данных результатов лечения у этой категории пострадавших показал, что причинами повреждения кишечника у 13 больных была закрытая травма живота, у 15 – колото-резаные ранения, у 4 – огнестрельные ранения туловища, живота, у 2 – причины травмы кишечника выявить не удалось.

Изолированные повреждения кишечника наблюдались у 18 из 35 пострадавших, у других больных выявлены травмы полого органа с повреждением костей, паренхиматозных органов. В случаях невозможности ушивания обширного дефекта толстой кишки, полученного сразу после травмы, тактика была следующая – на переднюю брюшную стенку выводился поврежденный участок кишки и формировался одноствольный анус, т.е. стома. Стома накладывалась так, чтобы в перспективе не испытывать трудностей реконструктивного оперативного вмешательства, а именно, не должно быть натяжения тканей кишки, её брыжейки. Иначе появлялся риск нарушения кровообращения, появления гнойных осложнений, несостоятельности швов, перемещения противоестественного заднего прохода в брюшную полость, риск развития перитонита. По показаниям периферический конец толстой кишки ушивался наглухо до предполагаемых сроков реконструктивных операций – таких пациентов было 7 человек. После первой «спасительной операции» у 6 больных мы наблюдали гнойные осложнения, образование параклостомических свищей, грыжи, рубцовые сужения колостомы и пр.

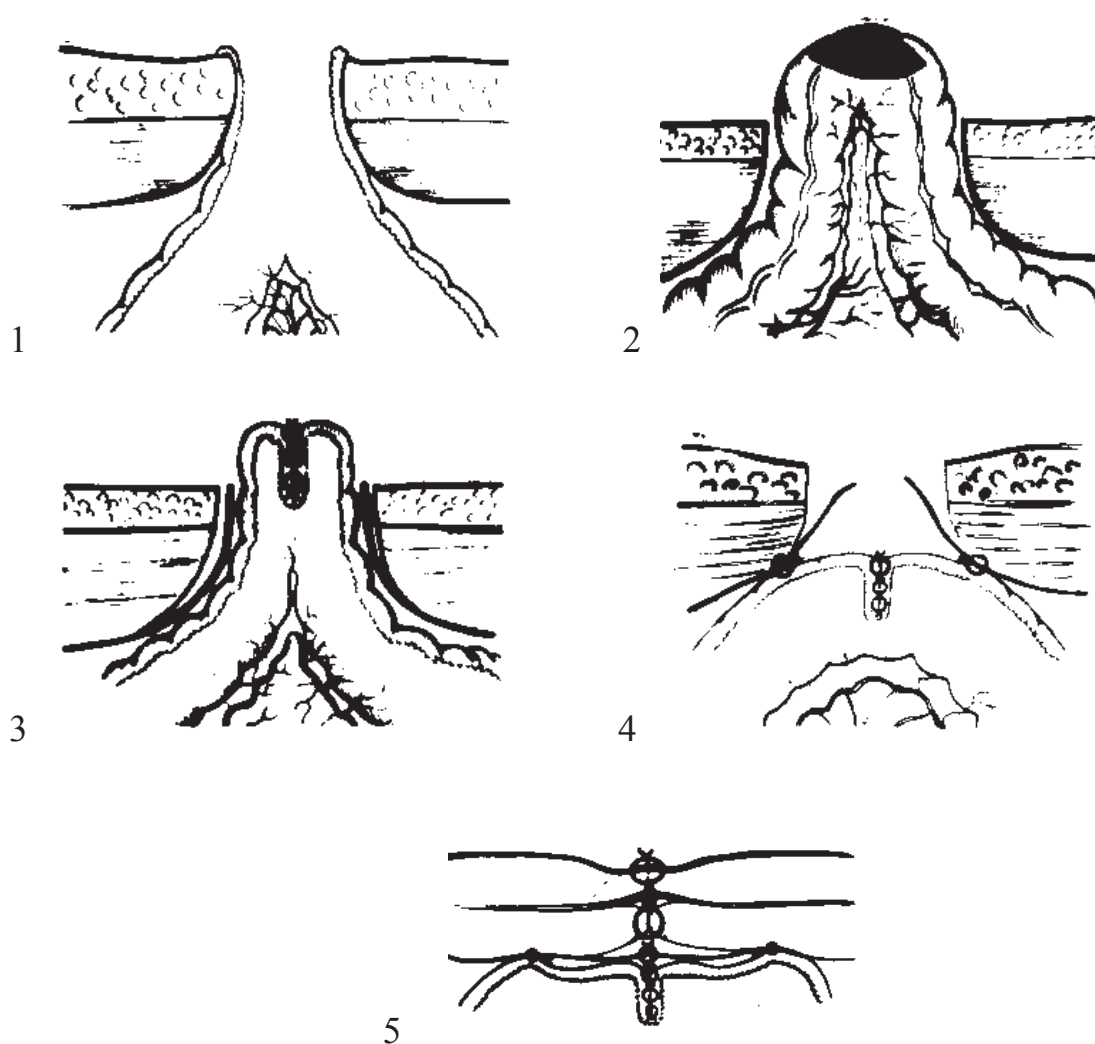


Рис. 1. 5 этапов операции

При поступлении пациента на реконструктивную операцию в хирургическое отделение нами учитывалась локализация ануса, соответствующие данные из истории болезни, производилось эндоскопическое исследование приводящих и отводящих отделов колостомы, по показаниям выполнялись ирригография и фистулография. С согласия больного решался вопрос о восстановительной операции на толстой кишке.

Восстановлению естественной проходимости, устранению колостомы отдавали предпочтение внебрюшинному способу. Таким путем прооперированы 15 больных (см. рис. 1, 5 этапов операции). Внутрибрюшное устранение колостомы предполагало инфицирование брюшной полости, поэтому операция различалась по объему, подбиралась индивидуально. В отдельных случаях использовалась краевая резекция толстой кишки, несущей свищ. У 4 пациентов выполнена краевая резекция с анастомозом по Мельникову, у 16 – внутрибрюшная резекция по общепринятой методике.

Считаем, что эффективность лечения последствий ранения толстой кишки зависит во многом от правильного, индивидуального выбора операции. Например, при устранении цекостомы целесообразным, менее сложным и более безопасным стал внебрюшинный способ, в других случаях – внутрибрюшной, позволяющий радикально ликвидировать свищ, устранить рубцовые сужения кишки, параколостомические осложнения. Такими способами удавалось полностью восстановить естественную проходимость толстой кишки.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.А. Ломова

ГАОУ СПО «Балаковский медицинский колледж»

Научный руководитель: аспирант преподаватель Е.Ю. Накаева

В настоящее время в лечение рака молочной железы достигнуты определенные успехи. Исторический путь, пройденный хирургией молочной железы, завершился появлением «консервативных» типов оперативных вмешательств, в результате которых стало возможным сохранение органа. Отработана техника операций, определены эффективные схемы химиотерапии, облучения, которые не только увеличили продолжительность жизни больных, но и стали менее агрессивными.

В своей работе мы постарались отразить все аспекты. Нами были выяв-

лены следующие проблемы среди женщин, которые проходили системную химиотерапию: у них было снижено физическое функционирование, общее здоровье, присутствовала боль.

Мы установили, что практически у всех женщин, получающих цитостатическую терапию, независимо от возраста, наблюдалась половая дисфункция.

У женщин, страдающих РМЖ, отмечается снижение эмоционального статуса, уровня положительных эмоций, мечтательности, самооценки, повышение уровня подавленности, физических жалоб, нарастает неудовлетворенность внешним видом. Все это проявляется как психологическое содействие болезни.

Повышенная раздражительность, возбудимость часто требует приема транквилизаторов. Могут происходить значительные изменения в профессиональной и экономической сфере, в результате увольнения или понижения в должности снижаются доходы, что усугубляет состояние депрессии. Лишь у незначительного процента женщин не происходит изменений в этом плане.

Постмастэктомическая депрессия

У половины женщин на 20-40% снижается физическая активность и на 5-10% эмоциональный фон, практически у всех на 40-70% снижаются показатели общего здоровья и на 35-50% – социальной активности. Ощущение усталости, нарушение сна, изменение аппетита, беспокойство и апатия, раздражительность, чувство отчужденности становятся постоянными. Меняется отношение к жизни в целом, не радуют близкие, женщина теряет интерес к окружающему миру и способность получать удовольствие от жизни, старается отгородиться ото всех и спрятаться в «скорлупу». Это длится неделями, месяцами, годами. Рядом с ней очень непросто жить.

С увеличением количества лет после радикального лечения рака молочной железы, к сожалению, четко отмечается тенденция к повышению уровня депрессии. Молодые женщины (до 55 лет) имеют более высокий уровень депрессии, чем пациентки старшей возрастной группы.

У 80% пациенток потеря молочной железы не просто освобождает от опухоли, но и несет определенные тяготы и изменения качества жизни, так как ассоциируется с потерей привлекательности, женственности, сексуальности. Неудовлетворенность собой на фоне стресса, вызванного тяжким заболеванием, требующим очень серьезного лечения. Больная и ее родственники должны понимать значения психоэмоциональной поддержки и взаимосвязи с лечением в период химиотерапии и в послеоперационной реабилитации.

Осложнения

Частым осложнением после операции является *отек верхней конечности*

сти и тугоподвижность плечевого сустава соответствующей стороны, развивающиеся часто в ближайшее время после операции.

Нарастающий *отек верхней конечности* – следствие лимфостаза в ней из-за нарушения сети лимфатических сосудов подмышечной области. Тугоподвижность в плечевом суставе наступает в результате деформации суставной сумки процессами рубцевания в этой области.

Появляются боли при попытках отведения и поднятия руки. Резкое ограничение движений в суставе способствует нарастанию *тугоподвижности*. Больные стараются ограничить движение в суставе из-за болезненности, подвешивают руку на косынке.

Поэтому лучшим методом борьбы с тугоподвижностью сустава и нарастанием отека конечности является лечебная гимнастика. Она должна начинаться с первых дней после выписки из больницы, сначала в специальных кабинетах под руководством инструктора, а потом самостоятельно.

Итак, в процессе своего исследования мы выяснили, что грамотная медицинская тактика, психологическая поддержка, создание условий для социальной защищенности, чуткое отношение близких – важные факторы реабилитации в послеоперационном периоде онкологических больных, восстановлении качества жизни.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЕЗНИ ФОРЕСТЬЕ

Студент 3 курса стоматологического факультета Д.Н. Лысов

Кафедра реабилитологии и сестринского дела

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: Заслуженный врач РФ д.м.н.,

профессор В.С. Попов

Французский врач Форестье (J.Forestier, 1890-1982) описал заболевание, названное впоследствии его именем, обусловленное развитием костной ткани в связках и сухожилиях. Синонимы заболевания – идиопатический гиперостоз скелета, старческий анкилозирующий гиперостоз позвоночника.

Этиопатогенез этого страдания не выяснен. Регистрируется чаще после 40 лет с преобладанием у мужчин, имеет место генерализованный характер патологического процесса, который захватывает многие связки и сухожилия как позвоночника, так и периферического скелета. Чаще всего процесс эктопического костеобразования отмечается в передней, задней продольных связках позвоночника, собственной связке надколенника. Диагноз основывается на данных рентгенографии позвоночника. Патогномичным признаком является оссификация передней

продольной связки на протяжении не менее четырех сегментов, в результате чего она неравномерно утолщается до 10-20 мм и становится рентгенопозитивной.

Параллелизма между клинической и рентгенологической картиной заболевания нет. Заболевание является относительно редким и чаще всего его путают с остеохондрозом, деформирующим спондилезом позвоночника, сакроилеитом, болезнью Бехтерева и др. Специфического лечения этого заболевания не разработано. Прогноз для жизни благоприятный.

Собственное наблюдение. Приводим редкий случай собственного наблюдения болезни Форестье у мужчины 86 лет в стационаре лечебно-диагностического центра «МЕДГАРД».

При поступлении пациент жаловался на дискомфорт, скованность в грудном и поясничном отделах позвоночника, усиливающиеся утром после сна, длительного нахождения в одной позе, на холоде. Боли в пояснице раньше были кратковременными, за последние 3 месяца приняли стойкий характер, иррадиирующие вдоль ног с обеих сторон, больше справа. При обследовании определялись усиление грудного кифоза, болезненность паравертебральных точек (симптом Валле) и резкое ограничение сгибания в нижнегрудном и поясничном отделах позвоночника. Рефлекторный фон снижен с обеих сторон без существенной разницы. Патологических знаков не выявлено, функция тазовых органов не нарушена.

На рентгенограммах позвоночника в двух проекциях выявлена оссификация передней продольной связки на уровне нижнегрудного и поясничного отделах позвоночника с неравномерным ее утолщением, на прямой спондилограмме имеются лентовидные образования костной плотности с неровными контурами, огибающие на уровне межпозвонковых дисков и соприкасаясь с телами позвонков. На МРТ отмечались протрузия четвертого поясничного диска до 3 мм, признаки грыжи пятого поясничного диска с выпячиванием в позвоночный канал до 5 мм вправо. Лабораторные, в том числе биохимические показатели крови, – в пределах нормы, признаков повышения показателей воспаления нет.

При поступлении был поставлен предварительный диагноз распространенного остеохондроза, спондилеза позвоночника, осложненного грыжей пятого поясничного диска с выраженным болевым синдромом. Решался вопрос (по настоятельной просьбе родственников пациента) о необходимости оперативного удаления межпозвонковой грыжи. После дополнительного рентгенографического обследования был поставлен диагноз болезни Форестье, и намечена тактика консервативной терапии.

Проведено лечение: НПВП, анальгетики, фонофорез с гидрокортизоном, блокады с дипроспаном, тепловые процедуры, массаж вдоль позвоночника,

лечебная гимнастика. В результате лечения болевой синдром незначительно купировался, объем движений в пояснице возрос.

Дополнительное рентгенологическое обследование в клинике и знание редкой патологии позволило изменить предварительный диагноз остеохондроза позвоночника на болезнь Форестье и скорректировать лечение.

УСПЕШНОЕ УДАЛЕНИЕ БОЛЬШОЙ СЕКВЕСТРИРОВАННОЙ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА

Студент 3 курса стоматологического факультета Д.Н. Лысов

Кафедра реабилитологии и сестринского дела

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

*Научный руководитель: Заслуженный врач РФ, д.м.н.,
профессор В.С. Попов*

В настоящее время современными методами оперативного вмешательства являются эндоскопические операции, преимуществом которых является малая травматизация тканей, отсутствие кровопотери, возможность тщательной ревизии позвоночного канала, короткий период реабилитации и быстрое возвращение к труду. Этими преимуществами обладает разработанная и введенная в клиническую практику видеомикродискэктомия (В.С. Попов, 1995), которая успешно выполняется в лечебно-диагностическом комплексе «Медгард». При этом удаление грыжи диска осуществляется микроинструментами под контролем изображения операционного поля на мониторе. Это изображение передается через световод от эндоскопа, введенного в рану через отдельный порт.

Целью исследования стало улучшение оперативного лечения и сокращение срока реабилитации у пациентов после удаления межпозвонковой грыжи.

Больная К., 38 лет, жительница г. Тольятти, поступила 26.12.2012 г. в ЛДК «Медгард» по настойчивой просьбе в связи с сильными болями в поясничной области, отдающими по задней поверхности левой ноги. Больна в течение 5 лет, когда появились боли в пояснице, лечилась амбулаторно. За два месяца до поступления боль в ногу усилилась, из-за болей невозможно было ходить, наклоняться, сидеть, спать. Назначенные анальгетики боль не купировали. При обследовании на МРТ был выявлен остеохондроз поясничного отдела позвоночника, грыжа 4 поясничного позвонка в стадии секвестрации с выступанием в позвоночный канал до 9 мм.

Объективно: ходила с трудом, хромяя на левую ногу, сидеть не могла из-за болей. Имелись ограничения при сгибании и разгибании туловища. В неврологическом статусе определялась гипестезия по наружно-задней поверхности бедра и голени, снижение ахиллова рефлекса, положительный симптом Ласега слева с угла 30 градусов.

27.12.12 г. проведена операция – видеомикродискэктомия 4 поясничного позвонка. Разрезом длиной 3 см между остистыми отростками 4 и 5 поясничных позвонков обнажены их дужки, после чего под контролем видеотехники был обнаружен и удален свободно лежащий в позвоночном канале между 4 нервным корешком и корешками конского хвоста спинного мозга секвестр диска размерами 2 x 0,7 см. Он оказывал давление на 5 нервный корешок и, в меньшей степени, – на другие корешки конского хвоста спинного мозга. После удаления секвестра нервные корешки легли свободно, легко смещаемы. Произведены кюретаж полости диска, вакуум-дренаж операционной раны.

На следующие сутки после удаления дренажа пациентке разрешили ползать по кровати, на вторые сутки ходить по палате, на третьи сутки она выписана из стационара на амбулаторное лечение с отсутствием болей в пояснице и ноге. Даны рекомендации по медикаментозной терапии, двигательному режиму.

Проведенное наблюдение свидетельствует о правильности показаний к проведению операции и эффективности метода.

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

С.Н. Осина

Кафедра общей хирургии

ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет

им. В.И. Разумовского» минздравсоцразвития России

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Е.В. Ефимов

В Российской Федерации к 2025 году количество больных СД вырастет с 2,59 млн до 4,51 млн человек. Синдром диабетической стопы (СДС) поражает около 8-10% больных сахарным диабетом, а 40-50% из них могут быть отнесены в группы риска. До сих пор во всем мире оказание помощи больным с синдромом диабетической стопы далеко от совершенства. По меньшей мере, у 47% больных лечение начинается позднее возможного. Результатом являются ампутации конечностей, увеличивающие смертность больных в 2 раза.

Целью данной работы стало улучшение результатов хирургического лечения больных диабетической стопой, снижение у них количества высоких ампутаций конечностей, так как СДС сегодня можно успешно лечить.

По материалам историй болезни мы выделили применяемое лечение СДС, проанализировали результаты лабораторных и инструментальных методов исследования у данной категории больных.

Рассмотрены 42 истории болезни пациентов с диагнозом СДС (гнойно-некротических изменений диабетической стопы) на базе II городской клинической больницы имени В.И. Разумовского.

Состав: мужчин – 20 (48%), женщин – 22 (52%). Min. возраст – 26 лет, max. возраст – 84 года, средний возраст составляет 60 лет. У всех наблюдаемых был сахарный диабет II типа (95%) в стадии декомпенсации обменных процессов. Средний срок длительности диабета составил 12,5 лет (3 – 28 лет). Наиболее часто встречающимися жалобами при поступлении являются боли, отек пораженной стопы, онемение, синюшное окрашивание, повышение температуры тела, гиперемия, снижена чувствительность, движения ограничены.

Диагноз: диабетическая стопа, сахарный диабет II типа (90%), при этом трофические язвы составляют 16,2%, некроз пальцев и абсцессы по 2,9%, гангрена 26,5%, флегмоны 5,9%, инфицированные раны 2,9%, остеомиелит 2,9%, пандактилит 7,4% и панацейрий 1,5%. Наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями у данной категории больных являются: ИБС, стенокардия, атеросклероз аорты, коронарных и мозговых сосудов, кардиосклероз, артериальная гипертензия.

При обследовании биохимические исследования показывают картину, что у больных ДС выявлены патологические состояния, такие как анемия – 83,3%, гематокрит повыш. – 50%, тромбоцитоз – 36%, тромбоцитопения – 17%, лейкоцитоз – 71%, СОЭ повыш. – 69%, глюкоза повыш. – 67%, креатинин повыш. – 47% и пониж. – 27%, протромбин вр. – 68%, тромбин вр. – 47%. Проведены операции: экзартикуляция пораженных пальцев 41,3%, ампутация нижней конечности на уровне в/трети бедра 17,4%, некрэктомия 8,7%. Медикаментозное лечение составило 32,6%.

Сахарный диабет, наряду с ишемической болезнью сердца и онкологическими заболеваниями, является наиболее частой причиной инвалидности и смертности. Нетравматические ампутации нижних конечностей, приводящие к стойкой инвалидности, в 70% случаев приходится на сахарный диабет. В нашем случае СДС встречается не только у лиц пожилого возраста, но и у молодых пациентов.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА ОТ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ САМОК КРЫС

Студентка 6 курса лечебного факультета А.В. Подгорная

Кафедра пластической хирургии с курсом оперативной хирургии и топографической анатомии

*ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет»
минздравсоцразвития России*

Научный руководитель: к. м. н., доцент К.В. Селянинов

Овариооовариоцеле является частным случаем варикозного расширения вен малого таза (ВРВМТ) у женщин, частота которого колеблется от 5,4% до 80%. На сегодняшний день применяются разнообразные методы лечения. Однако высокий процент рецидивов (10-87%), по нашему мнению, свя-

зан с недостаточной изученностью анатомических особенностей венозного оттока от репродуктивных органов. Не найдено литературных источников с подробным описанием венозного оттока от половых органов самок белых крыс, за исключением данных Ноздрачева А.В. (2001): яичниковая вена образуется из трубной и яичниковой, анастомозирует с маточной веной, впадает слева в левую почечную, а справа – в каудальную полую вену. Поэтому для успешного моделирования овариовариоцеле и использования модели для разработки эффективных методов хирургической коррекции необходимо проведение собственного анатомического исследования.

Цель нашей работы состояла в исследовании нормальной анатомии венозного оттока от внутренних половых органов самок крыс. Задача: изучить анатомические особенности венозного оттока внутренних половых органов самок крыс в норме.

Объектом исследования послужили самки половозрелых белых крыс линии Wistar массой 220 – 280 г ($n=10$). Обезболивание достигали путем внутримышечного введения раствора «Zoletil 100®» в дозе 2 мг/кг с премедикацией препаратом «Рометар®» 0,15 мл/кг. Оперативный доступ осуществляли путем срединной лапаротомии от мечевидного отростка до полового отверстия. Далее выполняли прецизионную диссекцию сосудов на протяжении, выносящих венозную кровь от внутренних половых органов самок с обеих сторон. По окончании исследования животных выводили из эксперимента. Определяли длину и диаметр вен с помощью программы Adobe Photoshop CS5. Расчеты производились в SPSS Statistics 17.0.

У самок было обнаружено, что от яичника отходят две ветви, которые соединяясь, образуют яичниковую вену (*vena ovarica*) ($l=9,2$ мм при $s=1,52$, $d=0,6$ мм при $s=0,7$), идущую медиально по направлению к маточной вене и расположенную латеральнее вен, отходящих от маточной трубы. От каждого рога матки последовательно отходит большое количество мелких ветвей и образуют маточное венозное сплетение и единую маточную вену (*v. uterinae*), расположенную параллельно рогу в брыжейке. Маточная вена имеет больший диаметр ($d=0,7$ мм при $s=0,05$) до и после анастомоза с яичниковой веной. От маточной трубы так же отходят две вены. Медиальная ($l=4,7$ мм при $s=0,21$) разветвляется на более мелкие ветви, а латеральная ($l=5,5$ мм при $s=0,18$), подходя к месту анастомоза яичниковой и маточной вен, отдает две отдельные соответственные ветви, являясь дополнительным анастомозом между ними. И уже маточная вена ($l=29,8$ мм при $s=1,99$), собирая кровь от половины половых органов, впадает слева – в левую почечную вену (*v. renalis sinistra*), справа – в каудальную полую вену. Венозная сеть разветвляется в толще широкой связки матки, образованной висцеральной брюшиной и брыжейкой яичника. Таким образом, полученные результаты по венозному оттоку от репродуктивных органов самок крыс не соответствуют данным Ноздрачева А.В. Результаты нашего исследования в дальнейшем бу-

дуг положены в основу создания модели овариоварикоцеле для разработки эффективных методов хирургической коррекции варикозного расширения вен малого таза.

Венозный отток от внутренних половых органов самок осуществляется посредством маточной вены, расположенной вдоль рога матки в брыжейке яичника, образующейся из большого количества мелких последовательно отходящих ветвей и принимающей вены от яичника и маточной трубы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.
ВЫЯВЛЕНИЕ АКТУАЛЬНОСТИ РАННЕГО ОБРАЩЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

Студент 4 курса лечебного факультета И.В. Саматошенков

Кафедра хирургических болезней №1

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: к.м.н, доцент Б.М. Миролюбов

Облитерирующий атеросклероз — самая распространенная патология магистральных артерий нижних конечностей.

Целью настоящей работы стало выявление зависимости результатов хирургического лечения критической ишемии нижних конечностей в зависимости от продолжительности хронической артериальной недостаточности и непосредственно критической ишемии конечности, а также выявление актуальности раннего обращения за медицинской помощью больных с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей.

Изучено 40 историй болезней больных с критической ишемией нижних конечностей, находившихся в отделении сердечно-сосудистой хирургии №1 республиканской клинической больницы, которым выполнены различные варианты бедренно-подколенного шунтирования по поводу III стадии хронической артериальной недостаточности нижних конечностей в период с 2009-2012 гг.

Из 40 больных выявлен срок заболевания хронической ишемией более 5 лет — у 7 больных, от 2 до 5 лет — у 23, менее 2 лет — у 10. Срок критической ишемии у 8 больных был более 30 дней, у 19 — от 15 до 30 дней, у 8 от 5 до 15 дней, и лишь у 5 больных — менее 5 дней. Изменение лодыжечно-плечевого индекса после операции, в зависимости от сроков хронической артериальной недостаточности: у 6 больных (>5 лет) индекс изменился < чем на 0,1; у 21 (2-5 лет) индекс изменился на 0,1-0,5; у 10 (< 2 лет) индекс изменился > чем на 0,5.

Изменение лодыжечно-плечевого индекса в зависимости от сроков критической ишемии: у 5 больных (<5 дней) – на 0,4; у 8 больных (5-15 дней) – на 0,1-0,3; у 19 больных (15-30 дней) – на 0,1-0,5; у 8 больных (>30 дней) – на 0,3.

Выявлена обратно пропорциональная зависимость результатов реконструкции бедренно-подколенного сегмента от сроков хронической артериальной недостаточности, но какой-либо зависимости результатов оперативного лечения от сроков критической ишемии не выявлено. Так же выявлена необходимость раннего обращения за медицинской помощью пациентов с хронической артериальной недостаточностью.

ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РОЖИСТЫХ ВОСПАЛЕНИЙ

Студент 5 курса лечебного факультета С.В. Субочев

*Кафедра хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии
НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»*

Научный руководитель: д.м.н., профессор С.А. Столяров

Целью нашей работы стало улучшение результатов лечения больных с рожистыми воспалениями.

Проведён анализ лечения больных с рожистыми воспалениями в 17 гнойном отделении городской больницы №1 имени Н.И. Пирогова. Были проанализированы 143 истории болезней за период 2011-2012 гг, с различными формами данного заболевания на нижних конечностях. Возраст больных составил от 48 до 60 лет (в среднем 52 года), мужчины – 61 (42,7%), женщины – 82 (57,3%). Формы заболевания: эритроматозная форма – 59 (41,3%); буллёзно – некротическая форма – 70 (48,9%); некротическая форма – 14 (9,8%). Основную группу составили 132 (92,3%) больных, которым проведена стандартная схема лечения рожистого воспаления. Контрольную группу составили 11 (7,7%) пациентов, которым наряду со стандартным лечением проводилась непрямая лимфотропная терапия.

Лечение пациентов основной группы проводилось по стандартной схеме включающей в себя современные антибиотики широкого спектра действия, сосудистую терапию, флебо-лимфотоники, дезагреганты с местной сонацией зон поражения. В контрольной группе в дальнейшем добавлена непрямая лимфотропная терапия. Для этого в первом межпальцевом промежутке тыла стопы в проекции медиального лимфатического коллектора выполняли подкожную инъекцию 0,5% раствора – 1мл новокаина в сочетании с антибиотиком (линкомицин, гентамицин). Данная процедура осуществлялась 2 раза в неделю. При сравнении результатов лечения основной и контрольной группы больных, мы отметили явно положительный эффект от при-

менения лимфотропной терапии: ускорение купирования воспалительных процессов, сокращение сроков лечения больных на 3 – 5 суток.

Лимфотропная терапия в комплексном лечении рожистых воспалений позволяет значительно улучшить результаты лечения данной патологии у больных и сократить сроки лечения в стационаре.

БЦЖ ТЕРАПИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Р.З. Хаметов, Я.С. Матяш, В.А. Соловов, Д.В. Фесенко

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Рак мочевого пузыря составляет 70% новообразований органов мочеполовой системы и около 4% в структуре онкологической патологии. На долю поверхностных (неинвазивных) опухолей приходится 70-80% всех случаев рака мочевого пузыря: опухоль локализуется в пределах слизисто-подслизистого слоя (T_a, T₁, T_{is}), отсутствует поражение регионарных лимфатических узлов (N₀) и отдаленные метастазы (M₀). «Золотым стандартом» лечения поверхностного рака мочевого пузыря является ТУР мочевого пузыря в сочетании с адьювантной внутривезикулярной иммуно-(химио)-терапией. В 1976 году французский уролог А. Morales доложил о первом успешном лечении 7 из 9 больных рецидивирующим поверхностным РМП при применении схемы еженедельного шестикратного внутривезикулярного введения вакцины БЦЖ. Предложенный Morales режим шести еженедельных инстилляций по настоящее время применяется практически всеми специалистами во всем мире и входит во все протоколы лечения.

Целью данной работы стала оценка клинической эффективности внутривезикулярной иммунотерапии вакциной БЦЖ (Имурон-ВАК).

За 2011-2012 годы в СОКОД была проведена иммунотерапия 176 пациентам. Критерии включения: стадия T_a, T₁ N₀ M₀ (умеренный и высокий риск рецидива); первичные и рецидивные опухоли (больные, перенёсшие различные виды предшествующей противоопухолевой терапии, как хирургической, так и внутривезикулярной); солитарные и множественные опухоли; любая степень злокачественности

Медиана времени наблюдения после иммунотерапии составила 12 (3-22) месяцев. После иммунотерапии каждые три месяца выполняли цистоскопию, при высоком риске рецидива под флуоресцентным контролем. У 166 (94,4%) пациентов за время наблюдения данных за рецидив не выявлено. Рецидив возник у 10 (5,6%) пациентов. Побочные эффекты (гипертермия, острый цистит) наблюдались у 10 (5,6%) пациентов, которые были купированы консервативной терапией. В целом после однолетнего наблюдения 94,4% пациентов не имели данных за прогрессию и рецидив.

Наши начальные наблюдения показали, что внутривезикулярная иммунотерапия вакциной БЦЖ является высокоэффективной для профилактики рецидива неинвазивного РПЖ. Необходимо большее количество пациентов и более длительное наблюдение.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АБЛЯЦИЕЙ

Р.З. Хаматов, Я.С. Матяш, В.А. Соловов, Д.В. Фесенко

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Цель работы заключалась в оценке клинической эффективности высокоинтенсивной фокусированной ультразвуковой абляции (HIFU) при местных рецидивах РПЖ после дистанционной лучевой терапии.

В период с января 2008 года по сентябрь 2012 года 43 пациентам с местным рецидивом РПЖ после ДЛТ провели HIFU терапию на системе «Аблатерм» (EDAP, Франция). Местный рецидив определялся МРТ и биопсией. Рецидив возник в среднем через 22 месяца после ДЛТ. Средний возраст больных составил 68,9 (58-79) лет. Средний уровень ПСА перед HIFU – $15,6 \pm 4,2$ нг/мл. Средний объем предстательной железы – $43,5 \pm 17,2$ см.куб.

Медиана времени наблюдения после HIFU-терапии составила 36 (3-60) месяца. После терапии каждые три месяца определялся уровень ПСА, проводились МРТ и биопсия при его росте. У 29 пациентов (67,4%) через шесть месяцев после лечения медиана ПСА составила 0,5 (0,1-3,2) нг/мл, через 36 месяцев – 0,9 (0,2-7,1) нг/мл. У 14 пациентов (32,6%) через 6 месяцев отмечалась прогрессия заболевания – метастазы в кости. Стрессовое недержание мочи 1-2-ой степени отмечалось у 7 (16,2%) пациентов, которое купировалось в течение 3-6 месяцев, стриктура простатической части уретры развилась у 6 (13,9%) пациентов – проведен ТУР простаты. В целом после 5-летнего наблюдения 67,4% пациентов не имели данных за прогрессию и рецидив.

Спасительная HIFU-терапия у пациентов с местным рецидивом РПЖ после ДЛТ является высокоэффективной с умеренными побочными эффектами. Необходимо большее количество пациентов и более длительное наблюдение.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АБЛЯЦИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Р.З. Хаматов, Я.С. Матяш, В.А. Соловов, Д.В. Фесенко

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Задача исследования заключалась в оценке результатов лечения РПЖ методом фокусированной высокоинтенсивной ультразвуковой абляции (HIFU).

Проведен анализ результатов лечения 798 пациентов с РПЖ, пролеченных HIFU терапией в Самарском областном клиническом онкологическом

диспансере с сентября 2007 года по сентябрь 2012 года. Всем пациентам хирургическое лечение не показано по сопутствующей патологии или нежеланием подвергаться оперативному вмешательству. Характеристика пациентов: с локализованным РПЖ – 421, возраст 60-89 лет, ПСА до лечения 40,0 (5,8-92,9) нг/мл, объем предстательной железы – 39,3 (28-92) куб.см; с местно-распространенным РПЖ – 377 пациента, возраст 62-83 лет, ПСА до начала лечения 30,3 (20,1-60) нг/мл, объем простаты – 41,2 (25-198) куб.см. Ультразвуковую абляцию проводили на роботизированной системе «Аблатерм» (EDAP, Франция). 646 пациентам перед HIFU-терапией была проведена трансуретральная резекция простаты (ТУР). Среднее время наблюдения после лечения – 36 (3-60) месяцев.

Уровень ПСА через 12 месяцев у пациентов с локализованным РПЖ составил 0,1 (0-2,2) нг/мл, у больных с местно-распространенным – 0,5 (0-48,4) нг/мл, через 36 месяцев – 0,5 (0,02-2,0) нг/мл и 0,9 (0,04-7,45) нг/мл соответственно. В первый месяц после вмешательства отмечалось учащенное мочеиспускания, а также императивные позывы у 18% больных. Стрессовое недержание мочи 1-2 степени имелось у 27,5 % пациентов, которое купировалось в течение первых 3 месяцев после консервативной терапии. У 16% пациентов развилась стриктура простатической части уретры, потребовавшая проведения ТУР. У 0,3% пациентов образовался уретрально-прямокишечный свищ, закрывшийся самостоятельно в течение 6 месяцев. Экстренных состояний не отмечалось. Через 36 месяцев после лечения биохимический рецидив выявлен у 4,5% пациентов с локализованным и у 25% больных с местно-распространенным РПЖ. Безрецидивная выживаемость по Каплану-Мейеру через 5 лет составляет 80,9%.

Фокусированная высокоинтенсивная ультразвуковая абляция является клинически эффективным неинвазивным методом лечения РПЖ с умеренными побочными эффектами. Безрецидивная выживаемость после HIFU терапии составила 95 % у пациентов с локализованным и 75 % с местно-распространенным РПЖ при сроке наблюдения 5 лет.

БРАХИТЕРАПИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Р.З. Хаметов, Я.С. Матяш, В.А. Соловов, Д.В. Фесенко

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

Задача данного исследования – оценка результатов лечения локализованного рака предстательной железы (РПЖ) брахитерапией – внутритканевой лучевой терапии с использованием радионуклидов I-125.

Проведен анализ результатов лечения 68 пациентов с РПЖ, пролеченных брахитерапией в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере с 2007 по 2009 гг. Характеристика пациентов: средний возраст

(53-82) лет, средний объем железы 27 (6,6-64,9) куб. см, средний уровень ПСА до лечения 11,2 (3,6-135) нг/мл. Использовались микрокапсулы I125 со стандартными заданными характеристиками излучения ВЕВIG (Германия) и ИВТ(Бельгия) с рабочей активностью 0,3-0,45 мКи, период полураспада 59,6 дней. Проводилась сочетано-лучевая терапия – брахитерпия (СОД 90 -110 Гр) и дистанционная лучевая терапия (СОД 45-50 Гр). Среднее время наблюдения после лечения – 48 (36-60) месяцев. Всем пациентам проводилась неоадьювантная и адьювантная гормонотерапия 3-6 месяцев.

Уровень ПСА через 12 месяцев у пациентов составил 0,2 (0-54) нг/мл, через 48 месяцев – 0,3 (0-748) нг/мл. В течение 4-6 месяцев после имплантации отмечались дизурические явления (рези при мочеиспускании, ослабление струи, учащенное мочеиспускание), купировалось консервативным лечением. Стрессовое недержание мочи 1-2 степени имелось у 16 % пациентов, которое купировалось в течение первых 3 месяцев после консервативной терапии. У 3 % пациентов наложена эпицистостома. У 3% пациентов развилась стриктура простатической части уретры, потребовавшая проведения ТУР. Через 60 месяцев после лечения прогрессия заболевания выявлена у 20 (29,4%) пациентов. Безрецидивная выживаемость по Каплану-Мейеру через 5 лет составляет 66 %.

Брахитерапия является клинически эффективным, малоинвазивным и высокотехнологическим методом лечения РПЖ с незначительными побочными эффектами. Безрецидивная выживаемость после брахитерапии составила 66 % у пациентов при сроке наблюдения 5 лет.

СКЛЕРОТЕРАПИЯ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕБОЛОГИИ

Студентка 5 курса лечебного факультета Л.И. Шайхутдинова

Кафедра хирургических болезней

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: д.м.н., профессор С.А. Столяров

Целью исследования данной работы стало улучшение результатов лечения больных с начальными стадиями варикозной болезни.

Под наблюдением находились 14 пациенток в возрасте от 19 до 44 лет с начальными стадиями варикозной болезни (С1 по международной классификации). Все пациентки жаловались на эстетические проблемы заболевания, которые проявлялись в виде «сеточек, паутинок» ретикулярных вен. Наряду с общепринятыми методами консервативного лечения все больные получали сеансы склеротерапии. В качестве склерозанта применялся 0.5-1.0% раствор этоксисклерола. Препарат вводится в просвет измененных сосудов с применением ортического увеличения и очень тонких игл (30-32g). Сразу после инъекции на область измененных сосудов накладывается ком-

прессионный бандаж на 3-4 суток. Каждая пациентка получала в среднем 3-4 сеанса склеротерапии с интервалом в 1 неделю.

Косметический результат у всех пациенток был достигнут через 1,5-2 месяца исчезновением внешних проявлений заболевания. Кроме того, после комплексного курсового лечения больные отмечали исчезновение или значительное улучшение субъективных жалоб: болей, тяжести в ногах, отеков. Механизм действия склерозанта заключается в том, что при введении его в просвет вены возникает химическая деструкция эндотелия сосуда с последующим развитием асептического воспаления и склерозирования просвета вены.

Полученные результаты подтверждают высокую эффективность метода склеротерапии в комплексном лечении больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей. Правильное проведение метода безопасно для пациентов и позволяет проводить их лечение амбулаторно без ограничения трудоспособности.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Студент 6 курса педиатрического факультета **В.Е. Щербаков***

Кафедра факультетской хирургии

*ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко» минздрава РФ*

*Научный руководитель: к.м.н., доцент **Г.В. Полубкова***

Европейским обществом герниологов в качестве основного способа лечения мужчин старше 18 лет с первичными односторонними паховыми грыжами рекомендован способ «не натяжной» пластики по Лихтенштейну. Применение «не натяжных» способов привело к снижению числа рецидивов. Но, тем не менее, применение сетчатых протезов у больных молодого и среднего возраста с нормально развитой соединительной тканью вряд ли оправдано. А появление в литературе данных о некотором ухудшении отдаленных результатов после пластик с сеткой (в виде хронической боли, чувства наличия инородного тела, поздних рецидивов) подталкивает к выводу, что пластику с сеткой нужно применять по строгим показаниям. В Институте герниологии ВГМА им. Н.Н. Бурденко разработан альтернативный способ пластики без использования сетчатого протеза, который дает послеоперационные результаты, не хуже чем способ Лихтенштейна (СЛ). Это способ опосредованной пластики (СОП), при котором все силовые нагрузки переносятся из области пахового канала в область плотных апоневротических образований у медиального угла раны. При этом способе для закрытия пахового промежутка используют собственные ткани пациента (внутреннюю косую и поперечную мышцы, апоневроз НКМЖ), причем в зоне пахового промежутка исключается всякое натяжение тканей, т.е. создаются такие же

биомеханические условия как при «не натяжной» пластике, но при этом восстанавливается нормальная анатомия пахового канала и нормальная работа «мышечной заслонки». Мы изучили результаты через 2 года после операций у мужчин с паховыми грыжами, оперированных СОП (67 пациентов) и СЛ (54 пациента). Средний возраст пациентов – 57-61 год соответственно; рецидив возник у 1 пациента (2%) только после СЛ; небольшие боли в паховой области при физической нагрузке отметили 35% пациентов после СОП и 9% СЛ; онемение в зоне операции сохранилось у 25% и 20% соответственно; ощущение инородного тела в зоне операции отметили 7% пациентов после СЛ. Можно сказать, что СОП имеет такие же хорошие отдаленные результаты, как и СЛ. СОП прост в исполнении, он восстанавливает нормальную анатомию паховой области и не использует сетчатый протез. Способ опосредованной пластики должен быть рекомендован к применению как основной у пациентов с паховыми грыжами молодого и среднего возраста с хорошей соединительной тканью.

Секция 8.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФАРМАКОЛОГИИ И ФАРМАЦИИ

ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Студентка 2 курса специальности «Сестринское дело» Н.В. Александрова

ГБОУ СПО «Губернский колледж»

Научный руководитель: Л.П. Ельшина

Каждый из нас хотя бы раз в жизни занимался самолечением. Сейчас на каждую болячку найдется спасительная таблетка. Однако все без исключения лекарства имеют противопоказания, для каждого существуют правила приема: «до еды», «после еды», «во время еды». Кроме того, иные лекарства плохо сочетаются друг с другом. Своему здоровью навредить очень просто, достаточно запить любое лекарство грейпфрутовым соком.

Принимая определенные препараты, мы никогда не задумываемся о том, что продукты, употребляемые нами в пищу, могут либо снижать их терапевтический эффект, либо плохо сочетаться. Например, сладости замедляют всасывание сульфаниламидов, тромболитические средства плохо сочетаются с зелеными овощами, богатыми витамином К, если одновременно принимать контрацептивные средства, содержащие гормоны и седативные препараты, то противозачаточное средство может не оказать желаемого эффекта.

Выделяют несколько видов лекарственного взаимодействия:

- 1) физико-химическое (фармацевтическое);
- 2) фармакокинетическое;
- 3) фармакодинамическое (2 последних вида объединяют под названием фармакологического взаимодействия).

Естественно, что применяемые лекарства могут и не взаимодействовать, т.е. не изменять фармакологическую эффективность друг друга. Однако нередко они ее взаимно усиливают. Этот эффект именуют синергизмом, который может носить как позитивный, так негативный характер (например, приводить не только к желаемому усилению терапевтического действия, но и к токсическим проявлениям).

При сочетании лекарственных средств возможно и ослабление конечного результата вследствие антагонизма лекарств. При этом ослабление эффекта может быть не только негативным, но и желаемым (например, когда происходит устранение побочных действий).

Наиболее перспективными являются комбинации препаратов с наименьшей степенью взаимодействия – с целью снижения формирования неблагоприятных эффектов, снижения эффективности одного из них или обоих. А

также необходим учет зависимости между возрастом пациента и вероятностью развития нежелательных реакций.

Чтобы получить от лечения максимум пользы и минимум вреда, разумнее проконсультироваться с врачом о тонкостях приема тех или иных препаратов.

Каждой таблетке – свое время и своя диета. Здесь торопиться нельзя!

ИЗУЧЕНИЕ НОВЫХ АНТИТРОМБИЧЕСКИХ ПЕНТАПЕПТИДОВ

Аспирант А.А.Алексеев

Лаборатория биологически активных соединений НИИ Фармации

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный

медицинский университет им. И.М. Сеченова»

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Л.А. Павлова

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти населения в России. Наиболее часто в основе данных заболеваний лежит атеротромбоз. Атеротромбоз – процесс патологического тромбообразования, который ведет к таким осложнениям, как инфаркт миокарда и инсульт. В образование тромба значимую роль играет гликопротеиновые рецепторы тромбоцитов, так как показано, что конечным звеном в агрегации тромбоцитов является связывание фибриногена с активированными GP IIb/IIIa-рецепторами тромбоцитов.

Ингибиторы IIb/IIIa-рецепторов тромбоцитов являются наиболее мощными антитромбоцитарными препаратами, используемые в кардиологии. Нами выполнено моделирование эффективности связывания белка интегрин α_{IIb}/β_3 с пептидами с использованием программы «Алгокомб», модифицированной для учета внутренних нековалентных взаимодействий лиганда и явного учета молекул воды в сайте связывания. Проведен расчет эффективности связывания с белком для 20000 пептидов.

Серия наиболее эффективных, согласно прогнозу, соединений: His-Ile-Gly-Asp-Asp; Arg-Phe-Ala-Asp-Asp; Arg-Met-Ala-Asp-Asp; Arg-Phe-Gly-Asp-Asp; Met-His-Ala-Asp-Asp была нами синтезирована на пептидном синтезаторе Applied Biosystems 433A с использованием стратегии FastMoc 0.25. Очистку пептидов осуществляли с помощью высокоэффективного препаративного жидкостного хроматографа PuriFlash 450 (InterChim). Строение синтезированных соединений подтверждено методами ЯМР ^1H , ^{13}C и хромато-масс-спектрологии. Спектры ЯМР ^1H , ^{13}C регистрировали на приборе Bruker Avance 600 mhz. Хромато-масс-спектрометрический анализ проводили на приборе Waters MSD SQD – ESI с УФ- и масс-спектрометрическими детекторами.

Исследование агрегации проводили по методу Борна. Для проведения исследования применяли двухканальный лазерный анализатор агрегации тромбоцитов/счетчик 230LA-2 (НПФ «Биола»).

Полученные результаты показали наличие доз-зависимого ингибирования АДФ – индуцированной агрегации тромбоцитов. Выявлено, что наиболее активным ингибитором оказался пентапептид His-Ile-Gly-Asp-Asp, что соответствует результатам моделирования.

Полумаксимальное ингибирование (IC_{50}) достигалось при концентрации His-Ile-Gly-Asp-Asp равной 15.4 мкМ.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ НЕОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В АССОРТИМЕНТЕ АПТЕК

Студенты 1 курса фармацевтического факультета

Л.В. Афанасова, Е.В. Богомолова, Н.Н. Чудновец, С.В. Шувалова

Кафедра естественнонаучных дисциплин

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.х.н., доцент А.В. Кондрашова

Начиная с середины прошлого века, можно наблюдать бурное развитие фармацевтической промышленности. Ежегодно разрабатываются, апробируются и реализуются через торговую сеть тысячи новых препаратов, в основном органического генеза. Это связано, прежде всего, с достижениями в областях органического синтеза и биотехнологии.

Но, как известно, сырьем для производства лекарственных препаратов могут быть вещества не только органического, но и неорганического происхождения. Не исчезли ли препараты неорганического генеза с полок наших аптек, и что нового в этом плане можно увидеть в «аптечном ассортименте»? Ответить на эти вопросы нам помог собственный опыт работы в аптечной сети.

Безусловно, продолжают пользоваться популярностью спиртовые растворы йода. Однако наряду со стандартным раствором йода во флаконе появились и его новые, более удобные формы – в виде карандаша и аэрозоля (например, препарат «Йокс»). Не забывают потребители и препараты на основе йодида калия, рекомендуемые для лечения и профилактики заболеваний щитовидной железы. По-прежнему востребованы растворы аммиака и хлорида калия, и, конечно же, 0,9% раствор хлорида натрия. На наш взгляд, менее востребованной стала борная кислота и препараты на ее основе, навряд ли встретишь сейчас в аптеках и популярный в советские годы ляписный карандаш.

В то же время более разнообразным стал ассортимент лекарственных препаратов на основе адсорбентов, а также группа антацидных препаратов («Ренни», «Гастал», «Маалокс» и др.) для «снятия» негативных симптомов работы желудочно-кишечного тракта. В большинстве современных антацидных препаратах используется сбалансированная комбинация соединений магния (оксид магния, гидроксид магния, пероксид магния, карбонат магния) и алюминия (гидроксид алюминия, фосфат алюминия и другие).

Итак, в настоящее время через аптечную сеть реализуется достаточное количество лекарственных препаратов неорганического генеза. Следует отметить как разнообразие лекарственных форм, так и разработку новых, усовершенствованных препаратов на основе уже имеющихся.

ВЛИЯНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ НЕКОТОРЫХ ЭФИРОМАСЛИЧНЫХ РАСТЕНИЙ НА ЦИТОКИНПРОДУЦИРУЮЩУЮ СПОСОБНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ

Магистрант специальности «Биология» Д.А. Березина

Кафедра ботаники и общей биологии

ФГ БОУ «Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова»

Научный руководитель: к.фарм.н, доцент С.В. Дутова

Одной из актуальных проблем современной медицины является разработка лекарственных средств растительного происхождения, которые обладают широким спектром фармакологической активности и сравнительно малотоксичны для человека. В этом плане интерес представляют растения, накапливающие высокоактивные биологически соединения – фенилпропаноиды. Флора эфиромасличных растений республики Хакасия представлена 158 видами, из которых 53 вида в качестве основного компонента эфирных масел накапливают фенилпропаноиды. В качестве источников этой группы БАВ большой интерес представляют эфиромасличные растения семейства *Lamiaceae* (Яснотковые), которые в эксперименте проявляют антимикробные свойства (Делова, Гуськова, 1974; Сульдина и др, 2005; Водолазова и др., 2010). В связи с этим, целью нашей работы явилось изучение влияния суммарных фитопрепаратов из сырья 5 видов малоизученных лекарственных растений (*Thymus petraeus* Serg., *Nepeta sibirica* L., *Ziziphora clinopodioides* Lam., *Prunella vulgaris* L., *Schizonepeta multifida* L.) на цитокинпродуцирующую способность лейкоцитов периферической крови.

Суммарные фитопрепараты (настойки) из сырья (травы) исследуемых растений получали методом перколяции 40%-ным этанолом. Исследование влияния фитопрепаратов на цитокинпродуцирующую способность лейкоцитов проводили согласно «Методическим указаниям по оценке иммунотропной активности фармакологических веществ» (Руководство ..., 2005). Материалом для исследования служили образцы периферической крови здоровых доноров-добровольцев. Кровь забирали из локтевой вены, лейкоциты выделяли путем дифференциального центрифугирования плазмы в градиенте плотности фиколл-урографин. Фракцию выделенных лейкоцитов в концентрации 10^6 клеток/мл культивировали в среде RPMI-1640 («ICN») с добавлением 40 мкг/мл гентамицина и 10% ЭТС («ICN»). В качестве стандартного индуктора цитокинпродуцирующей способности использовали ФГА («Sigma-Alorich»). Исследуемые фитопрепараты (высушенные и стандартизованные по выходу экстрактивных веществ) добавляли непосред-

ственно перед культивированием лейкоцитов в дозе 100 мкг/мл питательной среды. Концентрацию интерлейкинов определяли методом твердофазного ИФА с использованием наборов ЗАО «Вектор-Бест». Для каждого исследуемого препарата рассчитывали среднее значение со стандартной ошибкой по 4-5 образцам крови при каждом условии стимуляции. Независимые группы сравнивали с помощью непараметрического U-теста Манна-Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Активация или угнетение продукции провоспалительных или противовоспалительных интерлейкинов может быть одним из механизмов иммуностимулирующего действия фитопрепаратов. В настоящем исследовании изучали влияние фитопрепаратов на продукцию ИЛ-1 β , ИЛ-2 и ИНФ γ . Полученные результаты приведены в таблице. Как показали результаты ИФА-анализа, стимулирующее влияние на продукцию лейкоцитами периферической крови провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-2,) оказывают только некоторые из исследуемых фитопрепаратов. Уровень продукции ИЛ-1 β в условиях стимуляции настойкой *T.petraeus* составил $139,36 \pm 71,134$ пкг/мл, что достоверно превышало контроль ($92,42 \pm 34,126$ пкг/мл). Также констатировали стимулирующее действие настойки *S.multifida* на продукцию ИЛ-1 β ($76,12 \pm 45,939$ пкг/мл) и настойки *Z.clinopodioides* на продукцию ИЛ-2 ($17,62 \pm 0,827$ пкг/мл), но полученные данные от показателей контроля отличались недостоверно. Препарат сравнения (настойка Эхинацеи) продукцию ИЛ-1 β стимулировал слабо ($94,57 \pm 14,549$ пкг/мл), на продукцию ИЛ-2 влияния не оказывал. ИНФ γ является одним из основных цитокинов клеточного иммунного ответа и ингибитором гуморального. Продукция ИНФ γ при стимуляции лейкоцитов настойкой *T.petraeus* составила $5,44 \pm 2,562$ пкг/мл (в контроле $3,22 \pm 3,215$ пкг/мл), но вследствие небольшой выборки различие с контролем было недостоверно. Препарат сравнения продукцию этого цитокина не стимулировал.

Таблица 1.
Стимуляция продукции цитокинов лейкоцитами периферической крови

Условия стимуляции	Уровень продукции цитокинов (M \pm m), пкг/мл		
	ИЛ-1 β	ИЛ-2	ИНФ γ
Без стимуляции (контроль)	92,42 \pm 34,126	15,19 \pm 3,274	3,22 \pm 3,215
Стимуляция ФГА	234,90 \pm 44,442*	22,39 \pm 3,099*	14,81 \pm 0,296*
Стимуляция н-кой Эхинацеи	94,57 \pm 14,549	14,80 \pm 1,615	1,38 \pm 1,383
Стимуляция н-кой <i>P.vulgaris</i>	36,48 \pm 7,035	14,53 \pm 3,950	2,39 \pm 1,802
Стимуляция н-кой <i>T.petraeus</i>	139,36 \pm 71,134*	8,28 \pm 1,060	5,44 \pm 2,562
Стимуляция н-кой <i>S.multifida</i>	76,12 \pm 45,939	10,12 \pm 3,280	3,93 \pm 2,015
Стимуляция н-кой <i>Z.clinopod.</i>	30,65 \pm 24,644	17,62 \pm 0,827	3,97 \pm 2,964
Стимуляция н-кой <i>N.sibirica</i>	39,40 \pm 40,176	8,61 \pm 3,059	3,18 \pm 1,723

Примечание: * – различие достоверно при $p \leq 0,05$

Таким образом, суммарные фитопрепараты из сырья *T.petraeus* в опыте *in vitro* достоверно в сравнении с официальным иммуностимулятором растительного происхождения (настойкой Эхинацеи) и стандартным индуктором цитокинпродуцирующей способности (ФГА) стимулируют продукцию провоспалительного цитокина ИЛ-1 β , что позволяет предположить у БАВ этого растения наличие иммуностимулирующего действия, направленного на активизацию пролиферации и дифференцировки Т- и В-лимфоцитов, секреции иммуноглобулинов, фагоцитоза. Возможная стимуляция им секреции ИНФ γ будет способствовать дифференцировке регуляторных иммунокомпетентных клеток в подтип Th₁, способствуя реализации клеточного иммунного ответа.

Используемая литература

Делова Г.В, Гуськова И.Н. Антибактериальные и антифунгальные свойства эфирных масел некоторых видов губоцветных // Комплексное изучение полезных растений Сибири. – Новосибирск: Наука, 1974. – С. 131-146.

Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ / Под ред Р.У Хабриева. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 832 с.

Сульдина А.Ф., Ефремов А.А, Рябков И.А. и др. Бактерицидная активность эфирных масел некоторых дикорастущих растений Сибири // Новые достижения в химии и химической технологии растительного сырья: мат. II Всероссийской конференции. Книга II. – Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2005. – С. 482-488.

Водолазова С.В., Мяделец М.А., Карпова М.Р. и др. Антимикробная активность эфирных масел и водных извлечений из лекарственных растений Хакасии // Сибирский медицинский журнал. 2011. Т. 26. №2. Вып. 2. – С.54-58.

АДСОРБЕНТЫ КАК ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Студенты 1 курса фармацевтического факультета

А.В. Головкин, Н.С. Красильщикова, Е.А. Никулина, И.С. Чванова

Кафедра естественнонаучных дисциплин

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.х.н., доцент А.В. Кондрашова

Адсорбция – один из интереснейших физико-химических процессов, применяемых в различных отраслях промышленности. Но нас, как будущих провизоров, явление адсорбции интересуют с медицинской точки зрения, а сами адсорбенты – как группа препаратов, выпускаемых фармацевтической промышленностью. Лекарственные свойства адсорбентов основаны на их способности поглощать какое-либо другое вещество (газ) своей поверхностью, причем адсорбционные свойства адсорбентов зависят от химического состава, характера пористости и удельной поверхности.

Самым общедоступным и хорошо известным адсорбентом является активированный уголь. Еще в конце XVIII века К. Шееле и одновременно Фонтана обнаружили способность свежепрокаленного древесного угля поглощать различные газы в объемах, в несколько раз превышающих его собственный объем. Чуть позже Т.Е. Ловиц предложил использовать уголь для очистки фармацевтических препаратов, спирта, вина, органических соединений. Сейчас адсорбенты как фармпрепараты широко используют для сорбции из кишечника газов, быстрого устранения симптомов интоксикации и выведения вредных веществ из желудка и кишечника при инфекционных заболеваниях и отравлениях. На данный момент к этой группе принадлежат около 500 препаратов, тридцати пяти торговых названий.

Какие же адсорбенты мы видим на полках аптек г. Саратова и области? Довольно большую группу составляют препараты на основе активированного угля, именно эти препараты покупают чаще всего – и это неудивительно! Активированный уголь хорошо известен, радует и его цена. Довольно популярными, на наш взгляд, у потребителя являются препараты на основе медицинской глины «Смекта» и «Неосмектин». Кроме того, следует выделить высокоэффективные энтеросорбенты на основе органического кремния – «Энтеросгель» и «Полисорб МП», лигнина и целлюлозы – «Полифепан», «Фильтрум-СТИ». Сорбционными свойствами обладают препараты алюминия и магния («Алмагель», «Гастал», «Фосфалюгель»).

Итак, ассортимент препаратов-адсорбентов в настоящее время достаточно разнообразен. Имея много общего, они отличаются своим происхождением, тонкими механизмами действия и нюансами медицинского назначения.

СИНТЕЗ ДИФУРАНОНАФТАЛИНОВ АДАМАНТАНОВОГО РЯДА

Студент 5 курса химического факультета Г. Грубенко

Кафедра органической химии

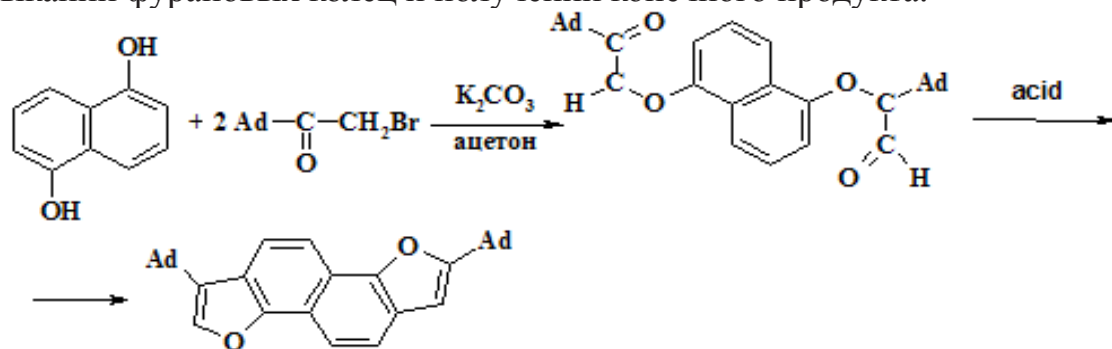
ФГБОУ ВПО «Самарский государственный университет»

Научный руководитель: к.х.н., доцент А.А. Данилин

Целью данной работы являлось получение дифуранонафталиновой системы, содержащей адамантановый каркас, а именно 1,6-ди(адамантил-1)-фуоро[2'3':5,6]нафто[1,2-*b*]фурана, и разработка оптимальных условий для ее получения.

Исходный бромметил(адамантил-1)кетон был синтезирован из 1-адамантанола по стандартной методике. Для синтеза 1,5-нафталиндиола в качестве исходного вещества был взят нафталин, который при обработке олеумом привел к образованию 1,5-нафталиндисульфокислоты, из которой была получена соответствующая натриевая соль. Щелочное плавление соли с 20-ти кратным избытком гидроксида натрия при температуре 340-360 °С в течение получаса с последующем подкислением соляной кислотой дало целевой 1,5-нафталиндиол.

Синтез целевой гетероароматической системы был осуществлен в две стадии. На первой стадии в результате конденсации 1 моля 1,5-нафталиндиола с двумя молями бромметил(адамантил-1)кетона кипячением в ацетоне в присутствии карбоната калия образовывался соответствующий диэфир. Также была проведена альтернативная методика получения диэфира нагреванием реакционной смеси в спирте с добавлением гидрида натрия в качестве основания, не давшая, однако, положительного результата в следствие заметного осмоления реакционной смеси. Вторая стадия заключалась в кислотном катализируемом замыкании фурановых колец и получении конечного продукта.



Использование для этой цели метансульфоновой кислоты позволило выделить целевое соединение со сравнительно низким выходом (порядка 10-12%). Но использование полифосфорной кислоты, полученной нами в результате нагревания *орто*-фосфорной кислоты и пятиоксида фосфора, позволило значительно увеличить выход целевого соединения (до 50-55%).

Индивидуальность полученных соединений была установлена при помощи ТСХ. Структура подтверждена данными ЯМР ^1H -спектроскопии.

СРАВНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КРЕМОВ, УЛУЧШАЮЩИХ МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ КРОВИ

*Студентка 4 курса факультета пищевых производств Н.А. Денисова
ФГБОУ ВПО «Самарский государственный технический университет»*

Студент 3 курса лечебного факультета НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Е.В. Колесников

Кафедра фармации

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

*Научные руководители: к.ф.н., доцент З.Е. Мащенко,
ст. преподаватель Е.В. Антипов*

В современном мире ухудшающаяся экологическая обстановка, неполноценное питание, недостаток сна, стрессы пагубно влияют на состояние всего организма, что, в первую очередь, отражается на коже: ухудшается микроциркуляция крови, следствием чего является недостаточное снабжение клеток кожи кислородом, питательными веществами, накопление продуктов

метаболизма и углекислого газа – это ведет к преждевременному старению и различным эстетическим дефектам. Кроме того, возникающие физиологические изменения в коже могут привести к развитию патологических процессов: экземе, розацеа, дерматозам, раку. Дерматологические заболевания ведут к стрессам, депрессии, нервным расстройствам, что приводит к резкому снижению качества жизни людей. В связи с этим особенно актуальным является использование различных косметологических средств ухода за кожей и профилактики ее физиологических и патологических изменений.

Целью нашей работы стала сравнительная оценка биологической эффективности использования кремов, улучшающих микроциркуляцию крови в коже.

Нами было обследовано 3 человека (2 девушки, 1 юноша) без выраженных патологий в возрасте от 22 лет. Все исследования проводились при наличии информированного добровольного письменного согласия испытуемых.

Параметры микроциркуляции, измеренные до обработки кремами, были приняты нами за контрольные цифры. Первый испытуемый применял питательный крем для лица Avon, содержащий мёд в качестве компонента, улучшающего микроциркуляцию крови. Вторым испытуемым использовал крем Faberlic «BioKislorod» с содержанием Novaftem O₂ – сплав русского аквафема и японского DST-H (полисахарид из японской водоросли), который регулирует образование монооксида азота NO, отвечающего за вазодилатацию. На третьего испытуемого воздействовали кремом «GreenMama» от морщин, в состав которого входят экстракты родиолы розовой и боярышника, улучшающие микроциркуляцию крови.

Установлено, что применение всех трех исследуемых кремов: Avon, Faberlic «BioKislorod» и «GreenMama» достоверно увеличивают показатели микроциркуляции крови.

КОМПАРАТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДЕЙСТВИЯ ПИЩЕВЫХ КРАСИТЕЛЕЙ, ВХОДЯЩИХ В СОСТАВ ЛЕДЕНЦОВ ОТ КАШЛЯ НА ЗДОРОВЬЕ ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

Студенты 2 курса педиатрического факультета

А.В. Зуб, Д.С. Власов

Кафедра медицины катастроф

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный
медицинский университет»*

Научный руководитель: преподаватель О.С. Булычева

Прием препаратов для лечения горла, содержащих красители, содержание которых регламентировано, но при длительном и бесконтрольном приеме – опасно для здоровья граждан. В связи с этим мы провели сравнительный анализ действия пищевых красителей, входящих в состав леденцов для лечения заболевания горла и противокашлевых леденцов.

Нашей задачей стало определение влияния красителей, компонентов противокашлевых леденцов на организм взрослых и детей, а также анализ частоты возникновения побочных эффектов при длительном применении данных препаратов.

В основе данной работы лежит анализ статистических исследований компании «DSM GROUP» и маркетинговые исследования компании «Фарм-Стат», литературные данные и анализ научных исследований Саутгемптонского университета в области применения пищевых красителей в леденцах от кашля на взрослых и детей.

Согласно исследовательскому университету Саутгемптон (Великобритания), в некоторые лекарственные средства входят опасные красители, способные нанести ущерб здоровью человека.

Таблица 1.

Рейтинг препарата (на основании данных ФармСтатСтандарт)

Название препарата	Рейтинг препарата (на основании данных ФармСтатСтандарт)	Опасный краситель
Стрепфен	1	Не обнаружены.
Эвкалипт	2	Е-132 Е-104 Е-122
Стрепсилс	3	Е-132
Анти-ангин	4	Понсо R4

Е-104 (Хинолин Желтый) вызывает повышение гиперактивности детей. Воспаление кожи, крапивницу, акне, анафилаксию. Способствует развитию ринита.

Е-122(Азорубин) провоцирует обширные аллергические реакции, развитие бронхиальной астмы, «аспириновую астму».

Е-132 (Индигодин) вызывает рак, обладая канцерогенным эффектом. Провоцирует аллергические реакции. Вызывает гиперактивности у детей. Со стороны пищеварительной системы, запор, понос, нарушение переваривания продуктов, ранее благоприятно переносимых и усваиваемых ребенком.

Понсо R4 приводит к возникновению рака, вызывает аллергические реакции, удушье.

Все эти красители используются в этих препаратах. Эти пищевые добавки разрешены для использования в Украине, России и некоторых в странах Евросоюза, в других странах мира находятся под запретом из-за

того, что повышают риск развития рака мочевого пузыря, онкологических заболеваний.

В связи с вышеперечисленным, нельзя допускать бесконтрольное применение безрецептурных препаратов, так как входящие в их состав красители опасны при длительном использовании.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОЖАЙНОСТИ СЫРЬЯ *FRAGARIA VESCA* L. БЛИЗ ОЗЕРА ХОЛОДНОЕ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Студенты 4 курса фармацевтического факультета

Н.М. Исаченко, Е.А. Игонина

Кафедра общей биологии, фармакогнозии и ботаники

*ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» минздрава РФ*

Научные руководители: асс. Е.Э. Комарова, к.ф.н.,

доцент Ю.В. Романтеева

Изучение распространения и оценка ресурсов лекарственных растений имеет большое значение с целью выяснения перспектив промышленной заготовки лекарственного растительного сырья, рационального использования, а также сохранения и восстановления естественных зарослей дико-растущих лекарственных растений. В качестве объекта исследования была выбрана земляника лесная (*Fragaria vesca* L.), которая издавна применяется как в народной медицине, так и в традиционной медицине. Лекарственным сырьём являются листья и плоды. Листья земляники лесной содержат витамин С, флавоноиды, дубильные вещества (9%) и др. Биологически активные вещества листа земляники обладают мочегонным действием. Листья земляники входят в состав витаминных чаев, которые обладают общеукрепляющим, кроветворным, антисклеротическим действием и улучшают обмен веществ.

Цель работы – определение урожайности земляники лесной в районе озера Холодное Саратовской области.

Для определения урожайности был выбран метод учётных площадок (Шретер и др., 1986). В пределах промысловой заросли *Fragaria vesca* L. заложили 15 площадок размером 5 м².

Урожайность на изучаемой заросли земляники лесной составила 166,1 ± 21,7 г/м², ошибка при этом составляет 13 %, что укладывается в допустимые нормы (15 %).

Впервые определена урожайность земляники лесной близ озера Холодное Саратовской области.

Полученные данные открывают перспективу дальнейшего изучения ресурсов земляники лесной в других районах Саратовской области.

ВЛИЯНИЕ БЕНЗИЛПЕНИЦИЛЛИНА НАТРИЕВОЙ СОЛИ НА ДЕГИДРОГЕНАЗНУЮ АКТИВНОСТЬ АКТИВНОГО ИЛА

Студентка 3 курса факультета пищевых производств Я.А. Клейн

*Кафедра «Технологии пищевых производств
и парфюмерно-косметических продуктов»*

ФГБОУ ВПО «Самарский государственный технический университет»

Научный руководитель: к.фарм.н., доцент З.Е. Машенко

В рамках программы перехода на экологическое нормирование качества окружающей среды активное развитие получило направление биомониторинга, предполагающее использование в качестве тест-объекта активного ила, характер дегидрогеназной активности (ДА), которого является интегральным показателем функционирования его как экосистемы и может применяться для оценки токсичности различных объектов.

Целью работы стало исследование влияния бензилпенициллина натриевой соли на ДА ила в условиях модельного эксперимента.

В качестве тест-объекта использовали активный ил регенератора первой секции аэракторов городских очистных сооружений МП «Самараводоканал». Инкубацию смеси иловой суспензии с исследуемыми антибиотиками осуществляли в течение 4 часов при температуре 20°C в аэробно-анаэробных условиях.

В течение первого часа инкубации отмечали увеличение уровня относительной дегидрогеназной активности (ОДА) ила. К третьему часу инкубации во всем диапазоне исследуемых концентраций отмечалось устойчивое снижение ДА, связанное с ингибированием основных оксидоредуктаз цикла трикарбоновых кислот.

Исследуемый антибиотик в диапазоне концентраций 40-70 мг/г биомассы в течение четвертого часа инкубации снижал ДА ила до уровня 20%, т.е. в эксперименте наблюдалась потенциальная токсичность бензилпенициллина для процессов биологической очистки.

Также был проведен корреляционный анализ между величинами: содержание бензилпенициллина натриевой соли (мг/г биомассы) в инкубационной среде и уровень ОДА ила в различные интервалы инкубации. Результаты проведенного анализа показывают, что на третий час инкубации практически отсутствует зависимость между рассматриваемыми величинами.

В результате проведенных исследований с применением модельного эксперимента и статистических методов установлен ряд закономерностей влияния бензилпенициллина натриевой соли на дегидрогеназную активность ила.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГРАВИЛАТА РЕЧНОГО МЕТОДОМ ВЭЖХ С АМПЕРОМЕТРИЧЕСКИМ ДЕТЕКТИРОВАНИЕМ

Студенты 3 курса фармацевтического факультета

К. Коробова, А. Евсеева

Кафедра фармации

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

*Научный руководитель: ст. преподаватель, к.х.н. Л.В. Головкина,
доцент Р.В. Шафигулин*

Гравилат речной (*Geum rivale L.*) – многолетнее травянистое растение семейства розоцветных – Rosaceae. Корневище толстое, бурое, одетое остатками листьев. Стебли в числе 1-3, высотой 25-75 см, прямостоячие, простые или слабоветвящиеся вверху, темно-красные. В корнях обнаружены дубильные вещества, крахмал, смолы, гликозид геин, горькие вещества, красное красящее вещество, флавоноиды, эфирное масло до 0,1% содержащее эвгенол, органические кислоты. Растение обладает вяжущим, кровоостанавливающим, обезболивающим, тонизирующим (общеукрепляющим), антисептическим действием. Для изучения химического состава лекарственных растений в настоящее время используют различные физико-химические методы анализа, в частности, различные виды хроматографии. Для изучения флавоноидного состава растений оптимальным является метод обращенно-фазовой высокоэффективной жидкостной хроматографии (ОФ ВЭЖХ).

Целью настоящего исследования явилось изучение химического состава гравилата речного методом ОФ ВЭЖХ с амперометрическим детектированием.

Выявлено присутствие фенольных соединений в гравилате речном, в частности, флавоноидов. Вследствие низкого сигнала детектора, можно предположить, что концентрация этих соединений в гравилате речном невысокая. Это может быть связано, как с особенностью данного лекарственного растения, так и с неоптимальными условиями экстракции изучаемых соединений. Таким образом, в работе показано присутствие в гравилате речном фенольных соединений, и дальнейшие исследования будут направлены на идентификацию этих соединений.

СВЯЗЬ СТРУКТУРЫ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ НЕКОТОРЫХ ПРОИЗВОДНЫХ АЗОТСОДЕРЖАЩИХ ГЕТЕРОЦИКЛОВ

Ст. преподаватель фармацевтического факультета А.Н. Лоцинина

Кафедра фармации

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Актуальной проблемой в области фармацевтической химии является прогнозирование потенциальной биологической активности впервые синтезированных органических соединений. При решении этой задачи обычно применяют полуэмпирические модели типа «потенциальная биологическая

активность – физико–химическое свойство – структура». Использование этих моделей ограничивается рассмотрением отдельных классов соединений с достаточно близким строением. Однако даже это ограничение не делает эти модели менее информативными в предсказании потенциальной биологической активности впервые синтезированных органических соединений. Эти модели полезны и для органиков-синтетиков в области направленного синтеза биологически активных соединений.

Целью настоящей работы явилось исследование взаимосвязи биологической активности некоторых азотсодержащих гетероциклов с их физико-химическими параметрами.

Для расчета физико-химических параметров использовали квантово-химическую программу HyperChem 7.0 Pro. Применяли РМЗ метод с полной оптимизацией молекул. Рассчитывали наиболее важные физико-химические параметры молекул: дипольный момент (μ), поляризуемость (α), фактор гидрофобности ($\log P$), молекулярный объем (V) и площадь молекулы (S). Были получены корреляционные уравнения, связывающие физико-химические параметры с вероятностью проявления некоторой биологической активностью. Показана их предсказательная способность для близких по структуре соединений.

ПАРАЦЕТАМОЛСОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ В АССОРТИМЕНТЕ АПТЕК г. САРАТОВА

Студентки 2 курса фармацевтического факультета

Ю.А. Мазур, Л.В. Жулева

Студентка 1 курса фармацевтического факультета Е.Д. Леонтьева

Кафедра естественнонаучных дисциплин

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.б.н., доцент С.Н. Буришина

На настоящий момент один из бурно обсуждаемых среди медицинских и фармацевтических работников проектов является проект приказа Минздрава, обязывающий указывать в выписываемых рецептах только международное непатентованное название препарата (МНН) – его действующее вещество. С одной стороны, это защитит пациента от необоснованных назначений и экономических затрат на покупку препаратов определенных торговых брендов, зачастую не самых дешевых и не всегда самых эффективных. А с другой стороны – не возникнут ли у потребителя сложности с конкретным выбором? Ведь каждый год выпускаются все новые, модифицированные и комбинированные препараты, с основным действующим веществом. Для примера возьмем парацетамолсодержащие препараты – на полках аптек, на наш взгляд, их более чем достаточно, и на что ориентироваться при выборе препарата?

Как известно, парацетамол был впервые предложен к продаже в США в 1953 году. В настоящее время появилось множество парацетамолсодержащих комбинированных лекарственных форм, в том числе в сочетаниях с ацетилсалициловой кислотой, кодеином, кофеином и другими препаратами. Анализ ассортимента аптек одной из торговых сетей г. Саратова показал, что наиболее распространенной лекарственной формой парацетамолсодержащих препаратов являются таблетки, цена которых может зависеть от фирмы-производителя – например, «Парацетамол» (около 12 рублей) и «Панадол» (в среднем, около 40 рублей). Следует отметить большой выбор растворимых таблеток, в том числе комбинированных препаратов – «Эффералган» (таблетки шипучие, в частности с витамином С), «Солпадеин» (парацетамол+кофеин+кодеин) и др. Распространенной формой являются суппозитории ректальные, в названиях которых не всегда фигурирует действующее вещество (например, суппозитории «Цефекон»). Привлекают внимание сиропы и суспензии для детей («Эффералган», «Калпол» и др.), а также большой выбор комбинированных (в том числе, с фенилэфрином, хлорфенамином) препаратов, содержащих парацетамол – «Ринза», «Колдрекс», «АнтиФлу», «Фервекс», «ЛемСип», «Антигриппин», «ГриппоФлю» и т.д., и т.п. На наш взгляд, при таком ассортименте без рекомендаций специалиста не обойтись!

ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ В АССОРТИМЕНТЕ АПТЕК Г.САРАТОВА

Студенты 1 курса фармацевтического факультета

Ю.А. Макидон, Ю.В. Манолий, Д.Н. Соломонова

Кафедра естественнонаучных дисциплин

Саратовский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.б.н., доцент С.Н. Буришина

Сердечные гликозиды – биологически активные вещества растительного происхождения, гликозидной структуры, обладающие избирательным кардиотоническим действием. В медицине официальное признание сердечные гликозиды и препараты на их основе получили в конце XVIII века, и первым растением, из которого была выделена эта группа БАВ, как известно, была наперстянка. История открытия сердечных гликозидов связана с именем английского врача Withering, который впервые описал использование наперстянки для лечения больных с отеками. Русский ученый, врач С.П. Боткин именно наперстянку называл «одним из ценнейших, имеющихся в распоряжении врача лекарственных средств».

В дальнейшем сердечные гликозиды были обнаружены в 45 видах лекарственных растений. Однако в медицине наибольшее признание, кроме

наперстянки (*Digitalis purpurea L.*, *Digitalis Lanata Ehrh. u др.*), получили гликозиды ландыша (*Convallaria majalis L.*), горлицы (*Adonis vernalis L. u др.*) и строфанты (*Strophanthus gratus*, *Strophanthus Kombe*). Сейчас, конечно, чаще всего используют химически чистые, выделенные из растений сердечные гликозиды.

Следует отметить, что в настоящее время препараты, содержащие сердечные гликозиды, имеют довольно ограниченный ассортимент. В частности, исключены из номенклатуры лекарственных средств, применявшиеся ранее сердечные гликозиды из обвойника, олеандра, желтушника и др. Одной из причин является недостаточная эффективность препаратов, не стоит также забывать и о высокой токсичности и кумулятивности сердечных гликозидов.

В основном ассортименте аптек г. Саратова имеется, как правило, не более пяти препаратов содержащие сердечные гликозиды в перечень которых входят: дигоксин (*Digoxinum*), коргликон (*Corglyconum*), целанид (*Celanidum*, синоним: изоланид, тантозид С и другие), ландышево-валериановые капли (*Guttae Convallariae-Valerianae*), капли Зеленина (настойки майского ландыша, валерианы и белладонны с ментолом).

В наших аптеках самыми продаваемыми препаратами, содержащими сердечные гликозиды, являются зачастую лишь настойки на основе ландыша. Это связано с седативным эффектом данных настоек, которые имеют высокий спрос среди населения.

ПОЛУЧЕНИЕ ЗОЛЯ СЕРЕБРА, СТАБИЛИЗИРОВАННОГО ПОЛИВИНИЛОВЫМ СПИРТОМ

Студенты 1 курса фармацевтического факультета

Ю.В. Машкевич, Е.В. Потякова

Кафедра естественнонаучных дисциплин

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.х.н., доцент Е.В. Фесик

В связи с бактерицидными свойствами ионов серебра его золи (нанодисперсии) могут служить основой для создания новых классов бактерицидных препаратов, различного рода лекарственных веществ.

В настоящее время способ восстановления солей серебра тетрагидроборатом (боргидридом) натрия является наиболее распространенным в процессах синтеза золь (наночастиц) серебра, как в гомогенных, так и в гетерогенных системах. Это объясняется относительно высокой реакционной способностью боргидрида (по сравнению с цитратом и углеводами), удобством в использовании (преимущество перед газообразным водородом и физическими методами) и невысокой токсичностью (по сравнению с гидразином и гидроксиламином).

Цель настоящей работы заключалась в получении золя серебра, стабилизированного поливиниловым спиртом (ПВС).

В работе использовали нитрат серебра, этиловый спирт, в качестве восстановителя – боргидрид натрия (ОАО «Реахим»), ПВС. Все реактивы имели квалификацию «хч». Восстановление AgNO_3 проводили в водном растворе 1.2-кратным избытком NaBH_4 в присутствии ПВС для стабилизации размеров образующихся частиц, предположительно по следующей схеме протекания химической реакции:



Оптические свойства коллоидных растворов серебра исследовались методом спектрофотометрии на сканирующем спектрофотометре UV-2450PC (Shimadzu).

Четкая полоса при 430 нм указывает на монодисперсность полученного золя, которая достигается присутствием в растворе поливинилового спирта (ПВС).

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЖЕЛЧЕГОННЫХ СБОРОВ РАЗНЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ

Студенты 4 курса фармацевтического факультета

Ю.Е. Мосолова, Н.Н. Хахулина

Кафедра общей биологии, фармакогнозии и ботаники

*ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» минздрава РФ*

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Ю.В. Романтеева

По данным статистики, пятое место в структуре общей смертности населения РФ занимают заболевания желудочно-кишечного тракта, в ряду которых доминируют патологии печени и желчевыводящих путей: от 26,6 до 45,5 человек на 1000 населения (Белобородова и др., 2009). Особенности этиологии, патофизиологического механизма и симптоматических проявлений болезней печени и желчевыводящих путей диктуют необходимость длительного применения эффективных и безопасных лекарственных средств. К таким средствам можно отнести многокомпонентные растительные композиции или сборы, обладающие широким спектром действия, отсутствием, как правило, нежелательных побочных эффектов, относительной простотой производства, низкой стоимостью при достаточно высоком уровне спроса.

Целью работы стало сравнительное фармакогностическое исследование желчегонных лекарственных растительных сборов разных производителей.

Объектами исследования послужили желчегонные сборы № 2 фирм ОАО «Красногорсклексредства», ЗАО «Здоровье».

Сборы оценивали по следующим показателям: внешние признаки лекарственного растительного сырья (ЛРС), микроскопия, степень измельченности ЛРС, примеси, упаковка, маркировка.

Требованиям нормативной документации по всем изучаемым характеристикам отвечает желчегонный сбор фирмы ОАО «Красногорсклексредства». В сборе другого производителя превышено содержание примесей и обнаружены амбарные вредители.

КВАНТОВО – ХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОЕДИНЕНИЙ РЯДА 9 – БЕНЗИЛАДЕНИНОВ, ИНГИБИТОРОВ АДЕНОЗИНДИАМИНАЗЫ

*Старший преподаватель **О.О. Наумова**
Кафедра фармации*

*НУОВППО «Тираспольский межрегиональный университет»
Научный руководитель: **к.х.н., доцент Т.В. Щука***

В продолжение работы по исследованию биологической активности соединений ряда 9 – бензиладенинов, ингибиторов аденозиндиаминазы, на базе конформационного анализа было проведено квантово – химическое исследование параметров соединений изучаемого ряда. Квантово – химический анализ – следующий этап в исследовании связи структура – активность на базе электронно-топологического подхода. Расчет квантово-химических параметров соединений ряда был выполнен с помощью программы CNDO/2, которая позволяет выявить закономерности изменения квантово – химических параметров в молекулах этого ряда соединений. Были получены волновые функции для контрольных соединений высшей и низшей активностей. В качестве контрольных соединений были взяты соединение №1 – для активных и соединение №6 – для неактивных.

Таблица 1.

№ соединения	тип орбитали	Энергия	Волновая функция с наибольшими коэффициентами ЛКАО
№1	ВЗМО	-4,5407	$\psi=0,00006p_y N_7 + 0,0157p_x C_5 + 0,07311s C_{11} + 0,14914p_y C_{12} + 0,06333p_z C_{13} + 0,07502p_x C_{14} + 0,21612p_y C_{16}$
	НСМО	-0,821	$\psi=0,00088p_x N_7 + 0,00032p_y C_5 + 0,01588p_y C_{11} - 0,00807p_z C_{12} + 0,00329s C_{13} - 0,00082s C_{14} + 0,17806p_z C_{16}$
№6	ВЗМО	-9,8039	$\psi=-0,00036s N_7 + 0,08124p_z C_5 + 0,00438s C_{11} + 0,00797p_z C_{12} - 0,00143p_x C_{13} + 0,02158p_z C_{14} + 0,00625p_y C_{16}$
	НСМО	2,9944	$\psi=0,0097p_y N_7 + 0,06685s C_5 + 0,15710p_y C_{11} + 0,00032s C_{12} + 0,10824p_z C_{13} + 0,43176p_y C_{14} + 0,07261p_z C_{16}$

Из таблицы видно, что высшие заполненные молекулярные орбитали (ВЗМО) и низшие свободные молекулярные орбитали (НСМО) активного соединения №1 энергетически находятся выше (ВЗМО) и ниже (НСМО), чем ВЗМО и НСМО неактивного соединения №6. Это свидетельствует о более сильном расщеплении орбитали в атомах активного центра соединения, проявляющего ингибиторную активность. Основной вклад в образование химических связей в активном соединении вносят p_x и p_y орбитали, а в неактивном – s и p_z орбитали одних и тех же атомов базовой структуры.

Используемая литература

1. Gupta S.P., QSAR studies of enzyme in inhibitors, Chem.Rev., 1987, V. 87, №5, P. 1183-1253.

СТРУКТУРА И ТЕРМОДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАСТВОРИМОСТИ ПЕРТЕХНЕТАТА И ПЕРРЕНАТА ТЕТРАПРОПИЛАММОНИЯ

***Я.А. Обручникова, А.Я. Марук, Д. С. Пешенко, М.А. Степеннова,
К.Э. Герман, М.С. Григорьев***

*Институт физической химии и электрохимии
им. А.Н. Фрумкина РАН*

*Российский химико-технологический
университет им. Д.И. Менделеева*

*Федеральный медицинский биофизический
центр им. А.И. Бурназяна*

Московский филиал НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Соли тетраалкиламмония часто выступают в роли противоионов, обеспечивающих необходимые значения растворимости медицинских препаратов. В данной работе определена кристаллическая структура и исследованы физико-химические свойства пертехнетата и перрената тетрапропиламмония. Pr_4NMeO_4 (Me = Tc, Re) изоструктурны и кристаллизуются в виде бесцветных призматических кристаллов в орторомбической сингонии, пространственная группа $\text{Pna}2_1$, $Z = 4$, для Me = Tc при 25 °C: $a = 13,22(4)$, $b = 12,35(3)$, $c = 10,13(4)$ Å; для Me = Re при –120°C: $a = 13,169(2)$, $b = 12,311(2)$, $c = 10,107(1)$ Å. Расстояния Re-O составляют 1,677(12), 1,704(5), 1,719(4) и 1,739(11) Å. Каждый анион в этой структуре имеет четырех катионов – соседей с расстояниями Re...N от 5,06 до 5,34 Å.

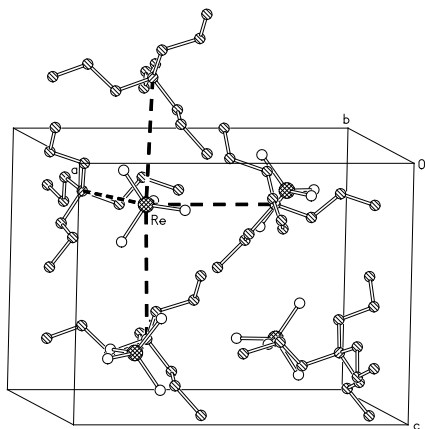


Рис. 1. Элементарная ячейка структуры Pr_4NReO_4 . Толстые пунктирные линии показывают короткие расстояния $Re...N$ в элементарной ячейке Pr_4NReO_4 .

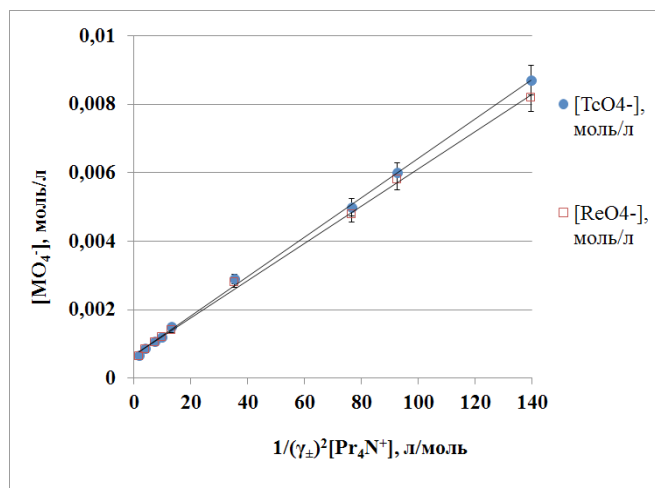


Рис. 2. Растворимость Pr_4NMO_4 в Pr_4NOH :
● – $M = Tc$, □ – $M = Re$

Произведение растворимости Pr_4NTcO_4 составляет $(6,19 \pm 0,50) \cdot 10^{-5}$ моль²/л². Энергия Гиббса растворения $[(C_3H_7)_4N]TcO_4$ в разбавленных водных растворах составляет $24,0 \pm 0,5$ кДж/моль. Константа ассоциации $K_1 (Pr_4N^+) \dots (TcO_4^-)$ в воде и водных растворах составляет: $K_1 = 10,8 \pm 0,7$ л/моль. Растворимость Pr_4NTcO_4 увеличивается с кислотностью раствора аналогично растворимости Vu_4NTcO_4 . При осаждении Pr_4NTcO_4 из модельных растворов, содержавших $(2,0 - 7,5) \cdot 10^{-2}$ моль/л Tc в $(3 - 4)$ М HNO_3 , $(2,0 - 7,5) \cdot 10^{-8}$ моль/л $^{239}PuO_2(NO_3)_2$ и $5,7$ мКи/л $^{106}Ru(NO)(NO_3)_3$, коэффициенты очистки Tc от ^{239}Pu и ^{106}Ru составили $(0,5 - 1,5) \cdot 10^2$ и $(6,0 - 7,5) \cdot 10^2$ соответственно.

РАСТЕНИЯ-АНТИОКСИДАНТЫ

Студент 2 курса фармацевтического факультета **К.С. Опарин**

Кафедра фармации

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: **к.б.н., доцент О.А. Кузовенко**

Антиоксиданты – компоненты пищи, нейтрализующие в организме свободные радикалы – нестабильные атомы и соединения, которые образуются в ходе нормального обмена веществ и присутствуют в окружающей среде, но, накапливаясь сверх меры становятся опасными.

Антиоксиданты – вещества, предотвращающие или замедляющие неферментативное, свободнорадикальное окисление органических веществ

кислородом; являются необходимым компонентом всех тканей и клеток, предохраняя биологические субстраты от самопроизвольного окисления.

Свободные радикалы крайне агрессивны: они «нападают» на окружающие молекулы, запуская реакции бесконтрольного окисления, повреждая изнутри наш организм, что влечет за собой тяжелые последствия.

Если свободные радикалы окисляют ДНК (гены), происходят мутации, нарушающие работу клеток и грозящие им гибелью или раковым перерождением. Окисление холестерина в крови стимулирует его прилипание к стенкам артерий и рост атеросклеротических бляшек, что грозит ишемической болезнью сердца и инсультом. Избыток свободных радикалов предрасполагает к катаракте, иммунодефициту, артриту и ускоренному старению организма в целом.

Мощным антиоксидантным действием обладают растительные препараты. Растения – антиоксиданты нормализуют кислотно-щелочное равновесие, устраняют формирование свободных радикалов. Растительные вещества – антиоксиданты препятствуют повреждению клеточных мембран, делают их более стабильными, а также являются субстратами для каскадов антиоксидантной системы.

Антиоксидантное действие растений связывают с наличием в их составе флавоноидов, антоцианов, каротиноидов, а также витаминов и микроэлементов.

По данным исследований, экстракты зеленого чая и виноградных косточек, а также различные флавоноиды, в частности, рутин снижают риск рака и ишемической болезни сердца.

Некоторые антиоксиданты полезны определенным тканям и органам.

Так, экстракты черники, богатые флавоноидными пигментами из группы антоцианозидов, улучшают состояние сетчатки, а препараты женьшеня стимулируют мозговое кровообращение.

Также антиоксидантным действием обладают такие растения как шиповник, облепиха, черная смородина, рябина, черноплодная рябина (арония), калина, боярышник, клюква, облепиха, гамамелис, гинкго билоба, конский каштан, тыква, артишок и другие.

Антиоксиданты либо непосредственно связывают свободные радикалы (прямые антиоксиданты), либо стимулируют антиоксидантную систему организма (непрямые антиоксиданты).

Растительные антиоксиданты, как правило, обладают как прямым, так и непрямым эффектом (Л.В. Пастушенков, Е.Е. Лесиовская, 1989, 1991). Таким образом, от синтетических их выгодно отличает более мощный и длительный эффект, широкий спектр активности, сочетание с антигипоксантами.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ФИТОТЕРАПИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Студент 1 курса лечебного факультета К. Д. Сафаров

Кафедра фармации

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: ст. преподаватель Е.В. Антипов

Лекарственные растения и фитотерапия составляют одно из главных направлений таджикской медицины. История таджикской фитотерапии, как неотделимая часть древнейшей истории этномедицины проарийских народов, известна с XVI в. до н.э.

Климатогеографические условия Таджикистана обусловили разнообразие растительного мира: около 5 тыс. высших и более 4 тыс. низших растений, из числа которых более 70% считается потенциально лекарственными и тысячелетиями применялись в таджикской этномедицине.

Только по медицинским книгам и трактатам Авиценны установлено более 50 кардиологических лекарственных растений, 70 антиастматических растений, 75 антидиабетических растений, 150 антиподагрических растений, 110 растений – для лечения мочекаменной и желчекаменной болезней, более 40 растений – для лечения витилиго и десятки ранозаживляющих, антитоксических, противоопухолевых, гемостатических лекарственных растений, обладающих противовоспалительным, антиоксидантным, антигипоксическим, спазмолитическим действием.

В Республике Таджикистан наиболее перспективным является развитие следующих направлений: фитофармакологии и производства фитопрепаратов.

1. Разработка метаболиткорректирующих фитопрепаратов по медицинской системе Ибн Сины на основе лекарственных растений Таджикистана, содержащие в своем составе эфирные масла, флавоноиды, антоцианы, стерины, алкалоиды, кумарины, селен и другие биологически активные вещества.

2. Разработка геноотропных, генокорректирующих фитопрепаратов на основе лекарственных растений Таджикистана, которые на уровне генетической структуры проявляют иммуностимулирующее, антиканцерогенное, гепатопротекторное действие.

Таким образом, современная фитотерапия Таджикистана располагает следующей перспективной базой: имеет многочисленные древние книги по практической фитотерапии, богатую таджикскую этномедицину и этноботанику, богатейшую и экологически чистую лекарственную флору, перспективные фармакологические направления на пути создания отечественных фитопрепаратов.

РАЗРАБОТКА НАУЧНЫХ ОСНОВ БИОДЕСТРУКЦИИ КОМПЛЕКСОВ Со-ЭДТА

*А.В. Сафонов, В.Е. Трезубова, Е.Н. Капаруллина,
Н.В. Доронина, Ю.А. Троценко*

*Институт физической химии и электрохимии им А.Н. Фрумкина РАН,
Институт биохимии и физиологии микроорганизмов им. Г.К. Скрыбина РАН*

Этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА), хелатирующий агент группы аминополикарбоновых кислот, которая широко используется при дезактивации ядерных реакторов, оборудования предприятий ЯТЦ и атомного флота. При этом образуются радиоактивные отходы, содержащие комплексы ЭДТА с радиоактивными элементами устойчивые к деградации физико-химическими методами. Наличие даже миллиграммовых концентраций ЭДТА в окружающей среде способствует увеличению миграционной подвижности радионуклидов, в первую очередь ^{60}Co , поскольку препятствует его сорбции грунтами.

Цель данной работы – оценка деструкции комплексов ЭДТА с различными ионами металлов микроорганизмами для разработки технологии биоремедиации почв и очистки сточных вод АЭС.

К настоящему времени в мире известно небольшое число деструкторов, способных расти на таких хелатообразующих агентах как ЭДТА или ДТПА. Из активных илов очистных сооружений были выделены два деструктора: облигатный деструктор (*Chelativorans oligotrophicus* LPM-4 VKM B-2395) – выделен Чистяковой Т.И. в ИБФМ РАН и факультативный деструктор ЭДТА (*Chelativorans multitrophicus* DSM9103 VKM B-2394) – выделен в группе доктора Эгли (EAWAG, Швейцария). Разрушение ЭДТА деструкторами осуществляется за счет функционирования ферментных систем, состоящих из монооксигеназ и оксидоредуктаз. Монооксигеназы внедряют молекулу кислорода в ЭДТА с разрушением до этилендиаминтриацетата, глиоксила и аммония. Тогда как оксидоредуктазы, поставляют восстановительные эквиваленты для монооксигеназ. Ранее с использованием ВЭЖХ показано, что суспензии отмытых клеток исследуемых штаммов способны разлагать комплексы ЭДТА с различными ионами металлов второй группы главной подгруппы и ионами переходных элементов. В модельных экспериментах с использованием иммобилизованных на биосенсоре клеток впервые показано, что комплексы Со-ЭДТА, Cd-ЭДТА и Ni-ЭДТА также подвергаются разложению. Оценена способность клеток иммобилизовать ^{60}Co из среды за счет процессов биосорбции. Клетки облигатного и факультативного деструкторов, отмытые от среды буфером и сконцентрированные центрифугированием (8000g 15 мин.), ресуспендировали в НЕРЕС буфере (рН 7.4), содержащем 224Бк ^{60}Co . Через 30 сут. биомассу центрифугировали, а в буфере измеряли остаточную активность. Установлено, что в ходе эксперимента штамм DSM 9103 способен удалять до 50% ^{60}Co из раствора, тогда как биосорбция иона кобальта из раствора штаммом LPM-4 не превышала

5-7 %, что, вероятно, связано с высокой для этого штамма концентрацией металла. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о возможности применения деструкторов в биотехнологическом процессе переработки радиоактивных отходов, содержащих комплексы с ЭДТА.

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (грант № 12-08-3127412) и ФЦП Кадры «2012-1.2.2-12-000-2007».

БИОРЕМЕДИАЦИЯ ТЕРРИТОРИЙ, ЗАГРЯЗНЕННЫХ РАДИОНУКЛИДАМИ

*А.В. Сафонов, В.Е. Трезубова, Е.В. Захарова, К.Э. Герман,
Т.Н. Назина, Т.Л. Бабич, О.А. Горбунова*

Институт физической химии и электрохимии РАН

Институт микробиологии РАН

ФГУП «Московское научно-производственное объединение «Радон»

Одна из крупных проблем загрязнения биосферы – радиоактивное загрязнение, основными источниками которого являются ядерные взрывы в военных и мирных целях, технологические и аварийные выбросы на объектах ядерного топливного цикла (ЯТЦ), ядерных установках военно-морского и гражданского флотов, радиационные аварии, добыча и переработка урана, производство и переработка отходов ядерных материалов реакторов АЭС, захоронение твердых и жидких радиоактивных отходов (РАО). Только в США находится более 120 участков, загрязнённых радионуклидами и занимающими территорию около 7280 км². На сегодняшний день разработано большое количество физических, химических и физико-химических способов иммобилизации радионуклидов. Биологические способы в основном сосредоточены на фиторемедиации территорий растениями и водорослями. Известно, что жизнедеятельность бактерий может приводить к иммобилизации радионуклидов посредством их сорбции на клеточной стенке или в цитоплазме, изменении степени окисления или взаимодействия с различными метаболитами. Данные процессы потенциально могут быть использованы для биоремедиации загрязнённых радионуклидами территорий.

Данная работа направлена на изучение фундаментальных основ физиологии микроорганизмов, способных иммобилизовать радионуклиды для создания эффективных консорциумов, способных осуществлять биоочистку подобных территорий.

При выполнении микробиологических исследований проб пластовых жидкостей полигонов глубинного захоронения радиоактивных отходов ГХК, СХК и проб подземных вод в районе ПО «Маяк» выделено в чистую культуру более сотни штаммов, относящихся родам *Kocuria*, *Microbacterium*, *Pseudomonas*, *Pantoea*, *Acinetobacter*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Stenotrophomonas*, *Sphingomonas*,

Acidivorax, *Shewanella* и *Desulfosporosinus*. Большинство выделенных аэробных бактерий способны сорбировать и аккумулировать актиниды и другие трансурановые элементы, входящие в состав отходов [$^{238}\text{Pu}(\text{IV})$, $^{237}\text{Np}(\text{V})$, $^{233}\text{U}(\text{VI})$, $^{241}\text{Am}(\text{III})$] а так же ^{137}Cs , $^{90}\text{Sr}(\text{II})$, и ^{99}Tc . Обнаружены бактерии рода *Shewanella* и сульфатредуцирующие бактерии, выделенные из подземных горизонтов, восстанавливающие $\text{U}(\text{VI})$ и $\text{Np}(\text{V})$ в присутствии разных органических субстратов. В лабораторных условиях изучен переход технеция из природной озерной воды в илы, отобранные в двух озерах Московского региона. Микрофлора озера играла важную роль в аккумулировании технеция донными осадками. Ряд микроорганизмов, способных существовать за счет анаэробного дыхания, были в основном ответственны за поглощение технеция.

На основании изученных штаммов в дальнейшем будет разработан метод биоремедиации территорий, загрязненных радионуклидами с использованием наиболее активных микроорганизмов. Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ (грант № 12-08-3127412) и ФЦП Кадры «2012-1.2.2-12-000-2007».

**ХРОМАТОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ИМИДАЗОЛЬНЫХ
ПРОИЗВОДНЫХ АДАМАНТАНА
НА СВЕРХСШИТОМ ПОЛИСТИРОЛЕ**

Студент 3 курса фармацевтического факультета Е. Сидорова

Кафедра фармации

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.х.н., доцент Р.В. Шафигулин

В настоящее время некоторые производные адамантана являются активными веществами различных лекарственных препаратов. Это определяется их биологической активностью, обусловленной высокой липофильностью каркасного углеродного фрагмента адамантана, за счет которой происходит адсорбция вещества на клеточных мембранах. Пятичленные гетероциклы и их производные различного строения представляют собой весьма важный класс органических соединений, характеризующихся широким спектром биологической активности. Кроме того, кольцо имидазола, как известно, входит в состав многих важных природных соединений (гистамин, гистидин, аллатоин и пр.). Весьма интересными объектами с этой точки зрения являются также имидазолиды сульфокислот, многие из которых обладают противовирусной, противотуберкулезной, противогрибковой и другими видами активности. Одним из перспективных и наиболее подходящих методов исследования таких соединений является высокоэффективная жидкостная хроматография.

Квантово-химические расчеты для исследуемых сорбатов осуществляли с использованием программы *HyperChem 7 Professional* в рамках метода РМЗ с полной оптимизацией геометрии молекул. В работе были рассчитаны значения логарифма коэффициента распределения в системе н-октанол – вода ($\log P$), значения дипольных моментов (μ) и площади поверхности молекул (S)

Эксперимент выполнен на жидкостном хроматографе «VARIAN» (Фуллerton, Калифорния, США) с УФ-спектрофотометрическим детектором. Хроматографирование проводили в изократическом режиме при длине волны 210 нм. В качестве подвижных фаз применяли водно-ацетонитрильные смеси в различных соотношениях.

Был проведен анализ корреляционных зависимостей «хроматографическое удерживание – физико – химическое свойство». На основании построенных зависимостей получены уравнения, связывающие логарифм фактора удерживания с физико – химическими свойствами сорбатов. Уравнения обладают высокой прогнозирующей способностью и могут быть использованы для определения хроматографического удерживания веществ, исследуемого класса из водно-ацетонитрильных элюентов.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОРБЦИИ МИТОМИЦИНА НА МИКРОКРИСТАЛЛИЧЕСКОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЕ МЕТОДОМ ВЭЖХ

Студентка 5 курса химического факультета М. Сомова

Кафедра физической химии и хроматографии

ФГБОУ ВПО «Самарский государственный университет»

Научный руководитель: к.х.н., доцент Р.В. Шафигулин

В настоящее время для анализа лекарственных препаратов в различных объектах применяются физико-химические методы анализа, в частности, высокоэффективная жидкостная хроматография (ВЭЖХ). ВЭЖХ антибиотиков в различных биологических жидкостях (кровь, моча, ткани и т.д.) является актуальным при контроле лечения больных, а также диагностике осложнений. При создании лекарственных композиций на основе антибиотиков в сложных матричных наполнителях также важен процесс контроля их концентраций в конечном продукте методом жидкостной хроматографии.

Целью исследования явилось исследование сорбции митомицина С на микрокристаллической целлюлозе методом обращенно-фазовой ВЭЖХ.

Эксперимент выполнен на микроколоночном жидкостном хроматографе Милихром-А02 с УФ – детектором. В качестве подвижной фазы использова-

ли смеси ацетониторила с водным раствором ацетата аммония в различных соотношениях. Рабочая длина волны 254 нм. Использовали изократический режим элюирования. Скорость подвижной фазы 50 мкл/мин. Объем пробы 10–15 мкл. В работе использовали стандарт митомицина С (Киова Хакко Когио, Япония) с чистотой не менее 99%.

В настоящей работе подобраны оптимальные условия хроматографического анализа митомицина С. Асимметрия хроматографического пика равна 2.4. Время выхода митомицина 3.34 мин. Для изучения сорбции целлюлозой антибиотика была построена градуировочная зависимость $C=f(S)$ с коэффициентом детерминированности 0.999. Были построены изотермы адсорбции и проанализированы различные факторы на процесс сорбции митомицина С микрокристаллической целлюлозой. Получена композиция смеси микрокристаллической целлюлозы с митомицином С для лечения некоторых глазных заболеваний.

ТОПОЛОГИЯ Н-СВЯЗЕЙ В ПЕРРЕНАТЕ ГУАНИДИНИЯ ПО ДАННЫМ ПРОГРАММЫ ТОПОС

***Е.В. Фатеева, В.А. Блатов, М.С. Григорьев,
А.Я. Марук, К.Э. Герман***

*ФГБУН «Институт физической химии
и электрохимии им. Фрумкина» РАН*

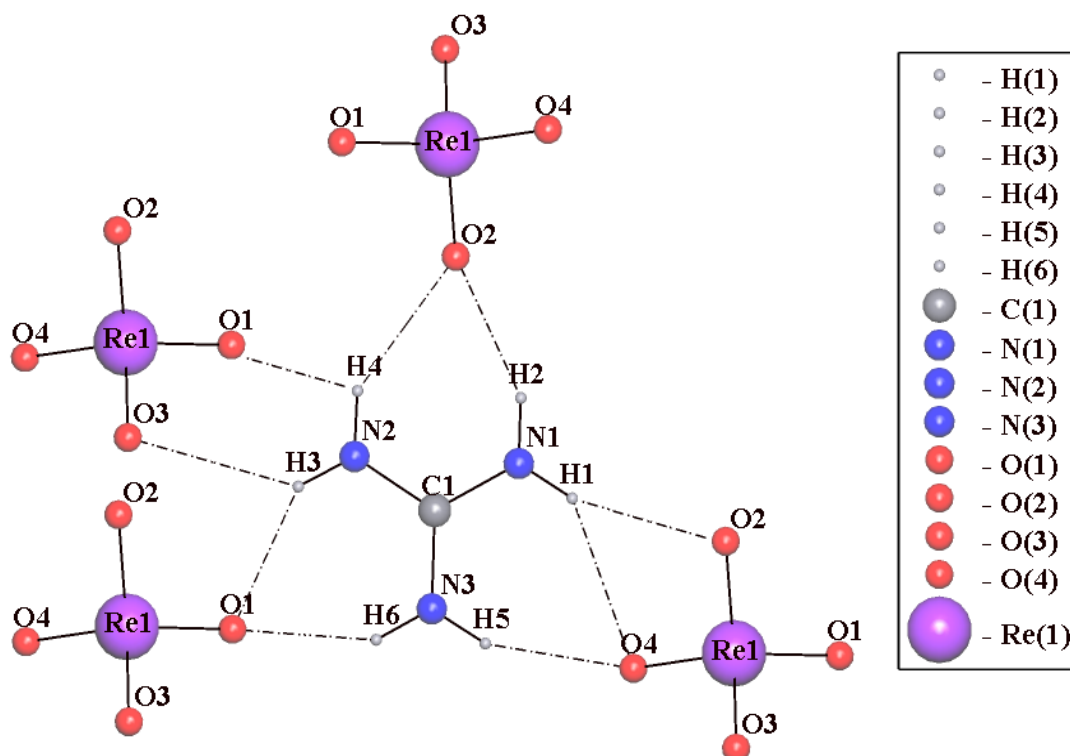
Производные гуанидиния находят широкое применение в современной медицине и других областях промышленности в качестве основы для приготовления антимикробных и фунгицидных растворов.

Строения многих из этих соединений не исследовано ввиду неприменимости методов рентгеноструктурного анализа из-за полимерной природы. В связи с этим представляет интерес изучение возможности применения ионов переходных металлов в качестве осадителей, обеспечивающих хорошую кристаллизацию соединений данного ряда. Однако выбор такого осадителя осложнен тем, перманганат-ионы MnO_4^- вызывают быстрое окисление производных гуанидиния. В связи с этим применение в качестве осадителя перренат-ионов, являющихся более устойчивыми аналогами перманганата, может позволить получить образцы вещества, устойчивого, как в процессе выделения, так и в условиях проведения рентгеновского исследования.

Топология Н-связей в перренате гуанидиния изучена с использованием программы ТОПОС на основании рентгеноструктурных данных, полученных нами ранее [1] на впервые синтезированном монокристалле.

На рисунке показаны все 8 стандартных водородных связей и 1 дополнительная Н-связь, отличающаяся от первых 8 лишь на 3% по энергетике, а также результаты топологического анализа полученной системы Н-связей.

Если рассматривать перренат-ионы и ионы гуанидиния как единое целое (псевдоатомы Ti и Sc), то в случае 8 связей получается двухпериодическая сетка (4,4) Ia (по классификации Фишера и Кох), в которой оба иона играют одинаковую топологическую роль – это 5-связные узлы.



Однако при учете 9-ой связи, система связей становится трехмерной, молекулы по-прежнему топологически эквивалентны в трехмерной сетке, 6-координированы (каждая молекула окружена 6-ю другими и топология сетки – самая распространенная среди 6-связных трехмерных сеток – тип psc (primitive cubic или alpha-Po). Важно отметить, что количество образованных водородных связей, равное 9, необычно велико для соединений, относящихся к солям со стехиометрией катион: анион = 1:1. Представляется интересным продолжить данное исследование, расширив его на другие производные гуанидиния.

Использованная литература

1. Grigoriev M.S., German K.E., Maruk A.Ya. Guanidinium tetraoxidorhenate(VII). Acta Crystallogr. Sect. E: Structure Reports Online. 2007. V. 63, N 8. P. m2601.

**ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА
КОСМЕТИЧЕСКИХ КРЕМОВ, ВЛИЯЮЩИХ
НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ КРОВИ
(НА ПРИМЕРЕ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ)**

*Студент 5 курса факультета пищевых производств **Е В. Фирсова***

*Кафедра технологии пищевых производств
и парфюмерно-косметических продуктов*

ФГБОУ ВПО «Самарский государственный технический университет»

*Научный руководитель: **к.фарм.н., доцент З.Е. Мащенко***

От состояния микроциркуляции зависит состояние и функционирование органов. Многие проблемы кожи (в том числе косметические) появляются из-за нарушения микроциркуляции или сопровождаются ими. Это в полной мере относится к таким состояниям как эритроз, купероз, акне, пост-акне, варикозная болезнь, целлюлит, увядающая кожа.

Также существует такая проблема, как заболевание сахарным диабетом, одним из проявлений которого является «синдром диабетической стопы», приводящий впоследствии к гангрене. Причиной появления проблем служит плохое кровоснабжение тканей, что зачастую ведет к снижению иммунитета кожи и возникновению грибковых, а также бактериальных инфекций.

На данный момент в Самаре и области насчитывается около 102 тысяч человек, больных сахарным диабетом, и год от года это число неуклонно растет. Сегодня диабет принял характер эпидемии. В России, по оценкам специалистов, до 9,5 миллионов жителей больны сахарным диабетом. При этом две трети не знают своего диагноза. Каждый год число заболевших увеличивается.

Целью нашего исследования стало изучение ассортимента кремов, влияющих на микроциркуляцию крови, представленный в Самарской области: в сетевых компаниях (Faberlic, Avon, Oriflame); продовольственные и промышленные супермаркеты («Магнит», «Карусель», «Перекресток»); специализированные парфюмерно-косметические магазины (Л'Этуаль, Рив Гош, Золотое яблоко) и аптечной сети (Вита, БиоМед).

Основную долю рынка косметических кремов составляют крема для лица ~75%, крема антицеллюлитные составляют ~21%, крема для ног ~4%.

Таким образом, разработка крема для ног, улучшающего микроциркуляцию крови является актуальной на данный момент и перспективной в будущем, поскольку количество людей, болеющих сахарным диабетом, с каждым годом становится все больше, а выбор продукции ограничен.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ «ГАММАЛОНА»
НА ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ СТАТУС И УРОВЕНЬ ВЫНОСЛИВОСТИ
ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ СТРЕССА
И ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ У КРЫС**

Студенты 3 курса лечебного факультета

С.А. Шляпников, И.А. Грибанов

Кафедра медико-биологических дисциплин

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.б.н., доцент В.И. Беляков

В работе на половозрелых крысах-самцах изучено влияние 14-дневного введения *per os* «Гаммалона» (*Daiichi Sankyo, Япония; 60 мг/кг*) на динамику изменений различных форм двигательной активности, вегетативного напряжения и уровня тревожности в тестах «Открытое поле», «Приподнятый крестообразный лабиринт» и «Черно-белая камера». Первоначальное пребывание крыс в тестовых заданиях расценивалось как действие стрессогенной ситуации. Дополнительное стрессирование моделировалось однократным введением гидрокортизона ацетата («Геден Рихтер», Венгрия; 62,5 мг/кг; в/м). Контрольные особи по аналогичным схемам получали физиологический раствор. В следующей части наблюдения проанализировано влияние на психофизиологическое состояние крыс вынужденного плавания в тесте Порсолта, сочетающем в себе физический и эмоциональный компоненты стресса. Исследования выполнялись в соответствии с директивами, принятыми Европейской Конвенцией по защите позвоночных животных. Установлено, что созданное повышение функциональной активности ГАМКцептивных структур мозга значительным образом перестраивает характер поведения в сторону увеличения представленности ориентировочно-исследовательских реакций, уменьшения вегетативного напряжения и уровня тревожности. С наибольшей выраженностью данные изменения проявлялись на 14 день наблюдения. В эти же сроки «Гаммалон» эффективно купировал последствия острого действия гидрокортизона, о чем свидетельствовало сохранение направленности поведения на активное освоение всех тестовых заданий. В тесте Порслота крысы, получавшие «Гаммалон», демонстрировали более длительное плавание с поздним проявлением реакции «зависания» и «отчаивания».

Таким образом, активация ГАМКцептивных структур мозга обеспечивает формирование особого поведенческого паттерна с высоким приспособительным потенциалом, позволяющим организму наиболее адекватно реагировать на сложившиеся стрессогенные условия.

Секция 9.

ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

КЕЙС СТАДИИ - МЕТОД ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ЗАНЯТИЯХ ПО АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ

Преподаватель иностранного (английского) языка А.А. Буер

ГБОУ СПО «Тольяттинский медколледж»

В связи с курсом на модернизацию российского образования, актуальным вопросом сегодня является поиск и внедрение эффективных методов обучения и педагогических технологий. Федеральный Государственный Образовательный Стандарт (ФГОС), представляющий собой «совокупность требований, обязательных при реализации основных профессиональных образовательных программ», предполагает формирование у студентов общих и профессиональных компетенций, в том числе коммуникативных компетенций, что в свою очередь является главной целью обучения английскому языку.

Одним из методов, позволяющих сформировать не только коммуникативные, но и профессиональные компетенции у студентов-медиков, является метод анализа конкретных ситуаций или метод case study (от англ. case – случай, study – изучение). Case – это пример, взятый из реальной жизни, профессиональной среды, представляет собой не просто правдивое описание событий, а единый информационный комплекс, позволяющий понять ситуацию. Данный метод предполагает моделирование конкретных случаев, ситуаций, выявление проблем, поиск альтернативных решений и принятие оптимального решения этих проблем.

Основой для метода case study на уроках английского языка в медицинском колледже являются конкретные примеры (случаи, ситуации) из медицинской практики, с которыми студенты-медики могут встретиться в будущем. Отличительной особенностью, конечно же, является то, что и сам случай, и дальнейшее его обсуждение, и решение проходит на английском языке. Базой для решения кейсов являются изученные ранее лексико-грамматические структуры по темам кейса, что позволяет применить теоретические знания на практике. Межпредметные связи представлены широко в зависимости от изучаемого раздела, к которому относится кейс – терапия, история медицины, микробиология и др.

Результатом использования метода case-study на занятиях по английскому языку в медицинском колледже стало повышение уровня усвоения изучаемого материала, повышение успеваемости. Систематическое применение метода case-study позволяет активизировать учебно-познавательную дея-

тельность студентов-медиков, получить опыт общения на английском языке на профессиональные и повседневные темы путем анализа и разрешения конкретных ситуаций, что в свою очередь способствует формированию коммуникативных и профессиональных компетенций.

ВЛИЯНИЕ НАПОЛНЯЕМОСТИ АКАДЕМИЧЕСКИХ ГРУПП НА ПОКАЗАТЕЛИ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

Ассистент кафедры, к.м.н. Н.Н.Гарас

*Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней
Буковинский государственный медицинский университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор Л.А. Безруков*

Поскольку основной целью обучения на клинических кафедрах является овладение студентами навыками и умениями, целесообразным считалось исследовать пути усовершенствования учебного процесса путем анализа взаимосвязей количественного состава академических групп и показателей успеваемости студентов-медиков выпускного курса при изучении клинических дисциплин. Проанализированы результаты успеваемости 233 студентов (19 академических групп) VI курса медицинских факультетов по специальности «Лечебное дело» по программе модуля «Детские инфекционные болезни» на кафедре педиатрии и детских инфекционных болезней Буковинского государственного медицинского университета (Черновцы, Украина). План проведения практического занятия предусматривает работу будущих выпускников в клинике у постели больного с целью усовершенствования базовых практических навыков и умений, а также разбор теоретических вопросов с использованием тематических наборов тестовых заданий, иллюстрированных ситуационных задач и результатов дополнительных методов обследования. Статистический анализ полученных результатов проводили с использованием методов вариационной статистики. Для оценки взаимного влияния основных факторов использовали многофакторный корреляционный анализ.

Установлена зависимость основных показателей успеваемости по модулю от количественного состава академической группы. Хотя среднее количество студентов в группе составляла $12,2 \pm 0,2$ (95% ДИ 11,8-12,8) студентов с минимальным количеством 10 и максимальным - 14 человек, показана вероятная отрицательная взаимосвязь показателей текущей успеваемости с количеством студентов академической группы ($r = -0,58$, $p < 0,05$). Корреляция количества студентов академической группы с оценкой самостоятельной работы ($r = -0,6$, $p < 0,05$) и общим баллом по модулю ($r = -0,53$, $p < 0,05$) может свидетельствовать об объективных трудностях при усвоении теоретических

знаний, овладении практическими умениями и навыками в условиях групп количеством 13-14 студентов.

С целью оптимизации учебного процесса и улучшения успеваемости студентов VI курса целесообразно формировать академические группы численностью до 12 человек.

**К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МОНИТОРИНГА УРОВНЯ
ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРШАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

*Магистрант факультета биологии и экологии Я.А. Головач
УО «Гродненский государственный университет им. Янки Купалы»
Научный руководитель: к.б.н., доцент Н.З. Башун*

Сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения – это проблема государственного масштаба, так как у нездоровой нации нет будущего. Педагоги и родители должны стимулировать у молодежи интерес к познанию собственного организма, способствовать развитию внутреннего убеждения в необходимости здорового образа жизни и личной ответственности за собственное здоровье перед обществом. Плановый и систематический мониторинг уровня здоровья учащихся позволяет отслеживать изменения в здоровье и в развитии каждого ребенка, проводить своевременную профилактическую и коррекционную деятельность.

Цель настоящей работы: организация и проведение мониторинга уровня здоровья учащихся среднего специального учебного заведения - УО «Оршанский государственный медицинский колледж». Материалом для исследования послужили справки ВКК и формы 086-У, а также отчетная документация о временной нетрудоспособности учащихся колледжа.

Наши исследования показали, что наиболее распространенными заболеваниями среди учащихся колледжа являются ОРЗ, ОРВИ, передающиеся воздушно-капельным путем, заболевания ЖКТ и органов зрения. Наблюдается тенденция к увеличению заболеваний ЖКТ, органов зрения по учебным годам. Большинство обследованных студентов относятся к I и II группам здоровья (81%). Наблюдается тенденция к уменьшению количества учащихся с первой группой здоровья и основной группой по физкультуре за счет начальных курсов по учебным годам. Проводимые в данных группах учащихся психологические тесты показали, что наблюдается прямая корреляционная зависимость между уровнем тревожности и заболеваемостью (чем выше уровень тревожности, тем больше пропусков по состоянию здоровья) и обратная - между уровнем тревожности и уровнем самооценки (чем выше уровень тревожности, тем меньше уровень самооценки). Наибольшее количество пропусков занятий по состоянию здоровья наблюдается в октябре и

ноябре (время «вработывания» после продолжительных летних каникул), особенно среди учащихся вторых курсов (адаптация к новым условиям), поэтому просветительскую и профилактическую работу необходимо максимально осуществлять именно в этот период.

**ПОЛИКЛИНИКА ИНСТИТУТА – ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ПЛОЩАДКА ВНЕПРОГРАММНОГО ОБУЧЕНИЯ**

Студент 2 курса лечебного факультета А.М. Коротченков

Кафедра реабилитологии и сестринского дела

НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»

*Научный руководитель: Заслуженный врач РФ, д.м.н.,
профессор В.С. Попов*

Как известно, система непрерывного медицинского образования в настоящее время активно совершенствуется. С сентября 2011 года подготовка к специальностям в медицинском институте «РЕАВИЗ» ведётся по третьему поколению Федеральных государственных образовательных стандартов, принципиальным отличием которых является увеличение доли практической подготовки в процессе обучения, начиная с младших курсов. Этим обеспечивается готовность студентов к самостоятельной профессиональной деятельности в амбулаторно-поликлинических учреждениях непосредственно после окончания института.

Мы, студенты, можем только приветствовать эти новации, поскольку нам не хватает практических навыков в нашей будущей работе. Вместе с тем, с возрастанием числа обучающихся, возникла проблема получения практических навыков на клинических базах, так как они не все готовы нас принять в большом количестве и обучить. Порой мы задаёмся вопросом: кому вообще нужны студенты-практиканты на клинических базах? И что мы можем там получить?

В связи с тем, что давно интересуюсь разделом медицины, связанным с заболеваниями нервной системы, я обратился к нашему преподавателю - практикующему неврологу и нейрохирургу, Заслуженному врачу РФ, доктору медицинских наук, профессору, академику АМТН В.С. Попову, ведущему приём в нашей институтской поликлинике с просьбой моего дополнительного обучения. Занимался за счёт личного времени и вне аудиторных часов. Прежде всего, я провёл статистический анализ принятых больных неврологического профиля за два года.

Как видно из таблицы, большинство пациентов обратились по поводу остеохондроза позвоночника, осложнённого грыжей межпозвонкового диска. Они получали в поликлинике амбулаторное и стационарное лечение, а часть из них была направлена на оперативное лечение в клиническую базу «Медгард».

**Распределение больных неврологического профиля
по нозологическим признакам**

Таблица 1.

Нозология	Количество	Амбулаторное лечение	Стационарное лечение	На операцию	Массаж	Блокада
Остеохондроз Lumb.	26	12	14		7	5
Остеохондроз Cerv.	17	7	10			4
Остеохондроз Vert.	117	76	45		27	19
Полиневрит	6		6		4	
Сирингомиелия	4	2	2			
Височный артериит	4	3	1			2
Плече-лопаточный периартрит	7	1	2			4
Последствия ушиба Cerebrum Энцефалопатия	12	2	10			
Грыжа межпозвонкового диска	43	24	17	59	12	20
Цефалгия	12		12			
Последствия ранения, инородное тело в полости черепа	1	1	1			
Церебральный арахноидит	4		4			
Гемангиома тела позвонка	7	7				
Сотрясение мозга	10	6	4			
Всего	250	140	117	59	50	54

Во время приёма я принимал участие в опросе больных, уточнении анамнеза, в их обследовании, учился правильному общению с пациентами, особенностям клинического и неврологического обследования, постановке предварительного диагноза, умению читать рентгенограммы и обсуждать данные МРТ и КТ. Кроме того, в перевязочной и процедурной учился готовить медикаменты для проведения различных процедур и блокад, участвовал в их проведении. Участвовал в лечении стационарных больных, учился проведению массажа.

Считаю, что поликлиника стала для меня местом получения теоретических знаний и, главное, практических навыков, поэтому в будущем эту работу я продолжу. Рекомендую так поступать и нашим студентам.

ОБЩЕНИЕ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Студентка 4 курса отделения «Сестринское дело»

Н.С. Кузьмичева

Аркадакский филиал ГАОУ СПО «Балашовское медицинское училище»

*Научный руководитель: преподаватель **С.А. Кирюшкина***

Целью данной работы является привлечение внимания к тому, что медицинская сестра должна заботиться не только о физическом здоровье больного, но и о его психологической уравновешенности.

В ходе исследования было выявлено, что невнимательность, запаздывание медицинской сестры, неудовлетворенность просьб пациентов усугубляют у больного чувство незащитности, беспомощности и зависимости. И наоборот терпение, вежливость, обсуждение с пациентом и его родственниками их проблем, умение выслушать уже сами по себе могут оказать исцеляющее действие на больного. Таким образом, психологический аспект в работе медицинских сестер заключается в умении подойти к каждому больному, найти ключ к его личности, создать контакт с ним.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что коммуникация имеет большое значение в жизни каждого человека, а тем более в работе медицинского работника, поскольку общение в медицине – это общение человека с человеком, медика с пациентом и его родственниками. Даже если медсестра коммуникабельна от природы, важно, чтобы она умела анализировать свое общение с людьми и сознательно использовала свои навыки для совершенствования профессиональной деятельности. Общение – это сложный, многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий в себя обмен информацией, выработку стратегий взаимодействия, восприятие и понимание людьми друг друга. Общение медсестры с пациентом – процесс установления и развития контактов с целью достижения оптимального

уровня жизнедеятельности пациентов. Часто общение медсестры с пациентом происходит, когда пациент расстроен, подавлен, агрессивен, испытывает физические и психологические трудности.

В настоящее время медицинская сестра должна не только владеть хорошей техникой подготовки, но и уметь творчески относиться к уходу за пациентами, уметь работать с пациентом как с личностью, а не как с объектом манипуляций. Медсестре необходимы специальные знания и умения, чтобы общение оказало максимальную помощь и поддержку пациентам.

Подготовленный материал может быть использован для проведения студенческой конференции, на уроках психологии, при самостоятельной работе студентов для более углубленного изучения данной темы.

Используемая литература

1. Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В. «Основы сестринского дела» теория и практика. В 2 ч. Ч. 1. – Ростов-на-Дону, 2008. – Стр. 73-96.
2. Основы сестринского дела: учеб. для студ. сред. проф. учеб. заведений / под редакцией С.И. Двойникова. – М.: «Академия», 2007 г. – Стр. 32-64.
3. Теоретические основы сестринского дела: учебник/С.А. Мухина, И.И. Тарновская. – 2010 г.
4. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. «Основы сестринского дела»: практикум. – Ростов-на-Дону, 2007. – Стр. 33-45.
5. Учебное пособие по основам сестринского дела / под общей ред. А.И. Шпирна – М.: ВУНМЦ, 2003 г. – Стр. 113-134.

Тьюторство в высшей школе

*Студентка 2 курса факультета ветеринарной медицины
и биотехнологии Д.Д. Морозова*

*Кафедра микробиологии, вирусологии и биотехнологии
ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный аграрный университет»
Научные руководители: ассистент С.В. Шпуль,
к.б.н., ассистент С.В. Ковалева*

Неотъемлемой частью современного учебного и воспитательного процесса является правильная организация работы академической группы. В рамках этой программы в нашем университете на факультете ветеринарной медицины и биотехнологии реализуется программа тьюторства. Тьютор – студент-старшекурсник, осуществляющий контроль и помощь обучающимся на 1 курсе, задачей которого является найти индивидуальный подход, позволяющий раскрыть потенциал каждого студента.

Основной целью работы тьютора является помощь в адаптации студентов первого курса к новой для них среде и формирование единой и дружной коман-

ды. В обязанности тьютора входит осуществление регулярного контроля текущей успеваемости и посещаемости занятий студентами группы, поддержание связи с преподавателями, оказание помощи старостам, оказание помощи в подготовке и проведении культурно-массовых, физкультурно-оздоровительных и иных мероприятий и, разумеется, знание материального положения, духовных потребностей, индивидуальных особенностей, склонностей и увлечений студента.

Отбор потенциальных тьюторов происходит на конкурсной основе, при этом особое внимание уделяется личностным качествам, таким как ответственность, трудолюбие, отзывчивость, находчивость, инициативность, целеустремленность, креативность мышления, организаторские способности, а также хорошая успеваемость и активное участие в жизни университета и, в частности, факультета. Благодаря этому студент-тьютор является своеобразным «примером для подражания» и побуждает ребят проявлять себя.

В рамках эксперимента в 2012/2013 учебном году одна группа не имела тьюторского сопровождения. Согласно результатам социологического опроса, проведенного в данной группе, оказалось, что ребятам самостоятельно было довольно сложно адаптироваться в новой для них университетской жизни, в связи с чем возникали проблемы, начиная от поиска кафедры (кабинета) и заканчивая проблемами внутри коллектива из-за отсутствия сплоченности и отставание от других групп в успеваемости. Таким образом, тьюторство является необходимой составляющей современного образовательного процесса в высшей школе.

**ДИДАКТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ:
ДОСТОИНСТВА И ПРАВИЛА СОСТАВЛЕНИЯ**
Аспирант кафедры Российской истории Р.В. Пазин
ФБГОУ ВПО «Самарский государственный университет»
Научный руководитель: д.и.н., профессор М.И. Леонов

Дидактические тесты возникли на основе психологического тестирования и программированного обучения. Преимущество тестового контроля – объективность. Этот вид контроля снимает субъективизм эксперта-преподавателя, который имеет место в других методах. Дидактический тест представляет собой набор стандартизованных заданий по определенному материалу, устанавливающий степень усвоения его учащимися. При контроле знаний на этапе формирования умений и навыков, в тест включаются вопросы разных уровней сложности.

Первый уровень – вопросы на распознавание. Их удобно представлять альтернативными тестами, предусматривающими ответы типа «да - нет», «правильно – неправильно», или тестами с выборочными ответами. Второй уровень – вопросы на воспроизведение или решение задачи. Они пред-

ставляются тестами со свободным (конструктивным) ответом или с множественным его выбором. Конструктивный ответ представляет собой строку произвольных символов. Эталон может задаваться в виде основы слова или фразы. Третий уровень – вопросы на применение знаний при решении нетиповой или измененной задачи. Их лучше представлять тестами со свободным ответом или тестами с выборочными пояснениями к ним. Четвертый уровень – вопросы на творческое применение знаний, решение задач, не сводящихся к одному определенному типу.

После проведения статистических исследований по изучению тестирования как метода педагогического контроля, было выявлено, что в тесте должно быть 15-20 заданий. Они помогают определить, владеет ли студент основными понятиями, закономерностями, умеет ли правильно записать термины, и как полученные знания помогают ему при решении практических задач. Тестирование широко используется в вузах и других учебных заведениях для текущего, промежуточного и итогового контроля знаний, а также для обучения и самоподготовки учащихся. Экономия времени, простота разработки методов, высокая эффективность, четкая постановка вопросов – таков неполный список преимуществ тестового контроля. При составлении заданий теста следует соблюдать ряд правил, необходимых для создания надежного, сбалансированного инструмента оценки успешности овладения определенными учебными дисциплинами или их разделами. Так, необходимо проанализировать содержание заданий с позиции равной представленности в тесте разных учебных тем, понятий, действий и т.д. Тест не должен быть нагружен второстепенными терминами, деталями с акцентом на механическую память. Варианты ответов на каждое задание должны подбираться таким образом, чтобы исключались возможности простой догадки или отбрасывания заведомо неподходящего ответа и т.д.

ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА

*К.б.н., доцент Е.Г. Потемкина, к.б.н., ассистент С.В. Ковалева,
к.б.н., доцент Е.А. Фауст*

*Кафедра микробиологии, вирусологии и биотехнологии
ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный аграрный университет»*

В настоящее время конкурентоспособность специалиста определяется не только уровнем сформированности профессиональных умений, но и коммуникативные навыки становятся важными профессиональными качествами. Термин «коммуникация» (от лат. communicatio – делать общим, связывать, общаться) используется в трех значениях: путь сообщения, акт общения, форма связи. Применяется это понятие в самых различных областях человеческой деятельности, где есть процесс обмена информацией. Важной

задачей преподавателя (куратора) является оптимизация процесса вхождения студента в коммуникативную среду. От уровня развития коммуникативных способностей у студента во многом зависит эффективность его обучения и дальнейшей работы.

Для обучающихся на первом курсе приоритетным является проведение кураторского часа, на котором студентов следует знакомить с возможными видами и стилями общения.

В начале занятия целесообразно проверить уровень информированности студентов о видах коммуникации, а затем более детально рассмотреть с ними конкретные виды коммуникации, правила поведения в образовательном учреждении, деловой среде. Далее студенты в игровой форме знакомятся с вербальными и невербальными видами общения, узнают стили общения (пассивность, давление, компромисс), обсуждают роль доверия и обаяния в общении. Вместе с тем рекомендуется провести игру «Обаятельный герой», в ходе которой куратор предлагает студентам вспомнить обаятельного героя фильма и выписать на листе бумаги его индивидуальные особенности. Полезным будет провести игру «Это Я». Каждый участник должен выбрать из присутствующих обаятельного, на их взгляд, человека и выписать на листе бумаги черты, придающие ему обаяние. Сложенные листы бумаги собираются и презентуются по очереди. Цель игры: угадать, кто есть кто, и обсудить роль обаяния в общении.

Таким образом, проведение кураторских часов, предусматривающих осознание ценности общения, приобретение студентами знаний о формах и способах общения, правилах этикета будут способствовать формированию коммуникативной культуры у студентов первого курса, а также повышению их общей психологической культуры.

ОПЫТ СОЗДАНИЯ БЛАГОПРИЯТНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО МИКРОКЛИМАТА И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ КОНФЛИКТОВ В СЕСТРИНСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ

Аспирант 1-го года обучения И.В. Романова

Кафедра реабилитологии и сестринского дела

Саратовский филиал НОУ ВПО «Медицинский институт «РЕАВИЗ»

Научный руководитель: к.п.н., доцент В.А. Левина

Успех деятельности организации во многом зависит от отношений, складывающихся между сослуживцами, руководством и подчиненными. Руководителям сестринских служб ежедневно приходится решать ряд профессиональных психологических проблем. Задачами руководителя является выявление неблагоприятных моментов в работе, оценка сложившегося в коллективе психологического микроклимата, прогнозирование и предупреждение конфликтов.

С целью определения микроклимата проводилось анкетирование медицинских сестер в хирургическом отделении военного госпиталя. В результате проведенной оценки предложенного перечня признаков свойств социально-психологического климата было выявлено, что 88% респондентов оценивают состояние климата как «благоприятный», 12% оценили как «неустойчиво благоприятный», ни один респондент не оценил климат как «неблагоприятный».

Для предупреждения конфликтов были разработаны правила, которые сотрудники стараются использовать в своей работе:

- замечания стараются делать наедине и по принципу: «да, да, но...»;
- во время конфликта используют психологическую паузу, она снимет эмоциональный накал и заставит обратиться к рассудку;
- не отвергать сразу и резко точку зрения другого;
- стараются свой неверный шаг признавать, как можно быстрее и решительнее, опередив возможную критику;
- дискутируют в доброжелательном тоне, начиная с вопросов, мнение по которым совпадают;
- стараются обсуждать между собой пути выхода из конкретной ситуации;
- пытаются не выискивать недостатки в коллегах, а ищут и достоинства – это помогает устанавливать доброжелательные отношения;
- стараются быть вежливым - вежливость снимает напряженность во взаимоотношениях;
- пытаются критиковать поступки, а не личность, совершившую их (не ты плохой, а ты плохо поступил).

КОНФЛИКТЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Студентки 2 курса специальности «Клиническая психология»

А.В. Щибря, О.В. Акимова

Кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

*ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный
медицинский университет им. В.И. Разумовского»*

Научный руководитель: к.ф.н. Е.В. Ермолаева

Актуальность данной проблемы диктуется возросшим числом конфликтных ситуаций в современной медицинской практике, при этом конфликты с непосредственным участием врача могут возникать по всему спектру профессионального общения: с пациентами или их родственниками, со средним медицинским персоналом, с коллегами или руководством. Иногда, выполняя свои профессиональные обязанности, врач может оказаться в роли арбитра в конфликте между пациентами и медперсоналом.

Целью данной работы является анализ причин возникновения и развития конфликтных ситуаций, возникающих в медицинских учреждениях; рассмотрение способов воздействия, используемых врачом в процессе общения с пациентом для разрешения конфликтной ситуации; установление взаимосвязи между уровнем внутренней агрессии врача и возникающими конфликтами с пациентами.

Исходя из поставленной цели, можно сформулировать следующие задачи исследования.

1. Изучить теоретические положения, касающиеся способов управления конфликтами и способов их разрешения в процессе взаимодействия врача и пациента.

2. Проведение анкетирования и «теста руки (Handtest)».

3. Обработка и интерпретация полученных данных.

4. Формулирование выводов.

Анкета, как метод сбора данных, позволит, получить первичную информацию о возникающих конфликтных ситуациях в профессиональной сфере врачей и о способах их разрешения.

«Тест-руки (Hand-test)» относится к разряду проективных методик, которые позволяют выявить многие поведенческие реакции человека на основании особенностей его индивидуального восприятия, в частности, уровень внутренней агрессии у врачей.

Сопоставление результатов, полученных в ходе проведения анкетирования и «Теста-руки (Hand-test)», позволит выявить зависимость частоты возникновения конфликтных ситуаций с пациентами от уровня внутренней агрессии врачей, а также взаимосвязь уровня агрессии с занимаемой должностью медицинских работников.

Медицинский персонал лечебного учреждения находится в постоянном состоянии риска возникновения конфликтов. Факторами, влияющими на возникновение, а в дальнейшем усиление конфликтной ситуации, являются некоторые психологические изменения, которые возникают в ходе работы врача: профессиональная деформация, которая развивается постепенно из профессиональной адаптации медицинского работника, синдром хронической усталости, как следствие длительного умственного напряжения и продолжения работы в условиях утомления и синдром эмоционального выгорания, связанный с постоянным общением и контактом с другими людьми. Все эти профессиональные изменения вызывают притупление чувствительности и сопереживания, восприятия эмоционального состояния личности больного, несдержанность, возникновение резкого негативного отношения к пациентам и агрессивных проявлений типа гнева и раздражительности по отношению к ним. Кроме того, важную роль в ходе управления конфликтом играют личностные особенности врача и пациента, такие как темперамент, способности, интеллект, характер.

При разрешении конфликтов с пациентами большая часть врачей вы-

нуждены были делать это сами (более 85%), используя для этого различные тактические методы: метод скрытых действий, соперничество, метод уступок и приспособления, «уход от конфликта», компромисс, сотрудничество (К. Томас), часто отдавая предпочтение манипуляторным способам воздействия на пациента.

Выявлено, что уровень агрессии в определенной степени оказывает влияние на выбор врачебной специализации и зависит от характера профессиональной деятельности. Высокая степень уверенности в своих силах, ответственность, целеустремленность, способствуют формированию чувства «власти» над человеком, у некоторых врачей через определенное время эти качества из сферы чисто профессионального общения могут перейти в иные сферы общения.

Можно заметить, что высокий уровень внутренней агрессии врачей будет свидетельствовать о большем числе возникающих конфликтов в их трудовой деятельности, чем у врачей с низким уровнем агрессии.

Анализ медицинской практики позволяет сделать вывод, что чем выше этико-правовая культура врачей, тем точнее исполняются профессиональные обязанности, выше качество оказания медицинской помощи, и, соответственно, меньше возможностей для возникновения конфликтных ситуаций.

СОДЕРЖАНИЕ

Секция 1. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И НАУКИ	3
История болезни – от древности к современности. В.Н. Айтыканова	3
Возникновение аптек в г. Ставрополь-на-Волге. Е.Д. Антипина	4
Становление стоматологической службы в республике Казахстан. А.Ю. Астанкевич	5
Англицизмы в современном русском языке. Е. Баранова, А. Бегоян	6
История возникновения и развития латинского алфавита. Л.А. Беляева	7
Историческое развитие стоматологии детского возраста. И.В. Бердакова	8
Лечение трихомониаза в «дометронидазольную эпоху». М.Н. Большакова	9
Исторические предпосылки создания музея огнестрельной раны периода Великой Отечественной войны. К.Г. Бутенко	10
История службы скорой медицинской помощи в г. Саратове. Л.Н. Виневцева	11
Региональные особенности и современные тенденции здоровья населения города Аркадака. Ю.А. Воронина	12
Здоровьесберегающие технологии. В.В. Жданова	13
Перекись водорода: история и современность. М.А. Зубеева	15
Эпидемия в г. Куйбышеве в 1941 – 1942 годах. О.Ю. Игошина	16
Мифологический путь формирования медицинских терминов. Я.Д. Исаев	16
Врачебная деятельность семьи Лукашей. К.А. Кашкова	17
Медицинский контекст в английских пословицах и поговорках. М.А. Кочергин	19
«Философская полиция»: определение понятия. К.К. Крюкова	20
Экономические риски в медицине. Т.Н. Кузнецова	20
Греко-латинская терминология в медицинских документах. Л.А. Лапшова	22
Особенности медицинского дискурса. О.А. Логвина	23
Илья Ильич Мечников – гордость русской науки. Е.С. Маклакова	24
Постчеловек и трансчеловек: история и перспективы. Н.Д. Мамедова, А.Б. Нуржанова	25
Алкалоиды: история открытия и применения. В.В. Метельникова, П.Ю. Сорокина	26
Математика в медицине. Е.А. Митасова	27
Мазур Берк Литманович (1896 - 1987 гг.). Р.И. Мугинова	28
Становление фармации Приднестровья. О.О. Наумова	30
Куйбышевцы в Сталинградской битве. Е.В. Перепелицына	31
Роль Н.И. Пирогова в развитии сестринского дела. Е.А. Печенкина	32
Философия и медицина: этический аспект. С. Полякова	33

Переводческие приемы в медицинском английском тексте. С.В. Ромашкина.....	34
История эпидемий гриппа XX-XXI века в США. К. Саломатин, Н. Майоров	35
Подготовка фармацевтов к приезду иностранных гостей на олимпиаду Сочи-2014. И. Селезнева, Е. Холстинина, Д. Романова.....	36
История латинского языка и медицинской терминологии. Общекультурное значение латинского языка. О.И. Смирнова	37
Экскурс в историю профессии фельдшер. Е.А. Солдаткина	38
Значение и место профессионального сленга в современной медицине. Л.В. Фомина	39
Метафорический и метонимический пути формирования медицинских терминов. Е.В. Харченко	41
Латинский язык как основа гомеопатических знаний. Е.О. Шарновская	42
Смерть пациента – право на ошибку врача или преступление? Е.О. Шарновская	43
Роль латинского языка в развитии медицинской терминологии. О.Р. Шарыгина	44
 Секция 2 . ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	 46
Воздействие занятий спортом на психоэмоциональное состояние подростков. Р.Х. Абдрашитов, В.М. Малосеева, Д.С. Дудин.....	46
Структурные преобразования в сосудах надпочечника при моделировании гравитационного стресса. Ю.А. Антонов.....	47
Уровень эндогенных порфиринов и липофусцинов у молодых людей, работающих в ночную смену. Е.В. Асеева	48
Оценка социально значимого эффекта генодиагностики в профилактике мультифакториальных заболеваний. А.А. Афанасьева	49
Роль глутатион-зависимой антиоксидантной системы крови и синовиальной жидкости в нарушениях редокс-статуса при гонартрозе. Д.Ю. Гвалдин	50
Поведенческие эффекты ГАМК до и в условиях моделирования стрессогенной ситуации в опытах на крысах. И.А. Грибанов, С.А. Шляпников	51
Влияние ГБО-индуцированного окислительного стресса на уровень экспрессии гена GPO4 в лейкоцитах крови крыс. О.И. Гуценко	52
Тенденции развития и программные меры по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в республике Таджикистан. Д.К. Джураев	53
Влияние факторов питания на эритропоэз на примере студентов специальности «Лечебное дело». Ю.А. Жабина	54
К вопросу о влиянии вегетативного статуса на показатели сердечно-сосудистой системы у студентов. Е.М. Зинченко	56

Экспериментальное получение устойчивых к метронидазолу клинических изолятов Tr. Vaginalis. М.Н. Большакова, Ф.И. Керимли	57
Реактивные изменения ткани печени эмбрионов крыс в результате нагрузки шротом семян кунжута. Е.В. Колесников	58
Механизмы биологического (терапевтического) действия низкоинтенсивного лазерного излучения. Л.А. Лапшова	59
Изменение функционального состояния сердца у студентов правшей, левшей и амбидекстров в ситуации экзамена. А.И. Лукина	60
Респираторные реакции при микроинъекции ГАМК в медиальное вестибулярное ядро. О.М. Мальцева	61
Изменение биоэлектрической активности инспираторных мышц при микроинъекциях 2-гидроксисаклофена в комплекс бетцингера и комплекс пре-бетцингера. Н.Г. Маньшина	62
Сравнительный анализ эпидемиологической ситуации в сфере распространения ВИЧ/СПИДа в странах Центральной Азии. Д.Д. Мирзоев	63
Биоэлектрическая активность супрахиазматических нейронов IN VITRO. К.А. Мистрюгов	64
О некоторых вопросах определения психофизиологических индивидуальных моделей спортсменов спортивных сборных команд РФ. С.В. Нурисламов	65
Биоритмологические особенности внешнего дыхания у студентов. С.И. Павленко	66
Влияние различных режимов освещения и мелатонина на картину белой крови у крыс. А.А. Петрова	67
Состояние прооксидантной системы в крови и синовиальной жидкости при гонартрозе. А.А. Плотников	68
Микробиологическое разложение радиоактивных вакуумных и трансформаторных масел. А.В. Сафонов, В.Е. Трегубова	69
Экспериментальные возможности предотвращения изменений показателей микроциркуляции коры головного мозга в условиях острой ишемии. М.А. Сахань	71
Влияние полихлорированных бифенилов на развитие потомства крыс. В.И. Сахаров, Е.П. Каширина	72
Функциональное состояние организма крыс в постнатальный период развития на фоне нагрузки гуматом калия. В.И. Сырова	73
Особенности электроэнцефалограммы у студентов до и после экзамена. Д.А. Трушина	74
Аппаратура для лазерной терапии нового поколения – наши разработки. Е.В. Харченко	75
Гомеопатия – наука, требующая глубокого изучения. Е.О. Шарновская	77
Роль ксантиноксидоредуктазы в развитии окислительного стресса при гонартрозе. Е.А. Шевякова	78

Изменение относительного количества Т-лимфоцитов, содержащих CXCR3 И CCR5 хемокиновые рецепторы, у некурящих пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Д.Р. Ясюкайт, А.В. Карпучок	79
Секция 3. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ	81
Влияние моделированной гиперфункции яичников на морфологию некоторых органов полости рта. А.В.Айдарова.....	81
Обзор приложения DENTAL CHART. Ж.Ю. Антонова.....	82
Медицинская карта в частной стоматологической организации. Ж.Ю. Антонова	83
Стоматологическое просвещение студентов-медиков. Е.А. Володина.....	84
Влияние ортодонтических конструкций на дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава. А.Р. Галимова, А.О. Тарасова, Н.Р. Усманова	85
Влияние семейного статуса беременной на риск развития гипертрофического гингивита. Н.М. Левина	86
Оценка эффективности межпроксимальной сепарации при лечении легкой степени скученности в позднем периоде сменного прикуса. Ю.А. Гордина.....	87
Половые различия функционального состояния эндотелия сосудов у больных хроническим генерализованным пародонтитом в динамике лечения. А.С. Данилов	89
Половые особенности динамики состояния эндотелия сосудистой стенки у больных хроническим генерализованным пародонтитом при комплексной терапии с использованием КВЧ-волн. А.С. Данилов	91
Перспективы развития стоматологической помощи в г. Екатеринбурге. Л.В Иванова	92
Эпидемиологические показатели стоматологических заболеваний у студентов губернского колледжа. А.И. Икромова	93
Некоторые особенности стоматологического лечения беременных. А.А. Коломейко	94
Современные представления об этиологии воспалительных заболеваний пародонта. Н.М. Левина	95
Создание математической модели височно-нижнечелюстного сустава в режиме 3D. М.А. Майорова	97
К вопросу о профилактике раннего детского кариеса. В.О. Михеев	98
Вариабельность количества корневых каналов зубов человека в зависимости от групповой принадлежности зуба пациентов ЧП «АКСИС ДЕНТ», г. Гродно. Н.И. Нейнска	99
Применение метода анализа иерархий для оценки качества стоматологической помощи. Н.М. Полховская	100
Влияние факторов внешней среды на стоматологическое здоровье жителей г. Тольятти. У.Ю. Силинская	102

Анализ ошибок при оформлении договора на оказание стоматологических услуг. М.Л. Тёмкин	103
Новые требования к договору на оказание платных стоматологических услуг. М.Л. Тёмкин	104
Определение индекса КПУ у наркозависимых пациентов. Е.Е. Формакидова	105
Гигиена полости рта при ортодонтическом лечении. А.К. Чумышева	106
Секция 4. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МОРФОЛОГИИ И ПАТОЛОГИИ	107
Конституциональные особенности девушек Саратовского региона. И.С. Аристова.....	107
Изменения биологического статуса трех поколений детей школьного возраста во времени как отражение условий жизни (на примере Беличской УБ Служского района). Е.Ю. Байко	108
Удивительные точки на теле человека. М.Н. Большакова	109
Некоторые возрастные антропометрические особенности детей Самарской области. Е.Н. Буракова	109
К морфологии артерио-венозной мальформации сосудистого сплетения бокового желудочка. И.Н. Гайворонский, Н.Г. Ничипорук, А.А. Сидоркина	111
Особенности углов наклона таза и наклона плоскости большого седалищного отверстия у мужчин и женщин. И.Н. Гайворонский	112
К вопросу об информативности пельвиометрических МРТ исследований. И.Н. Гайворонский.....	113
Особенности расположения притоков большой подкожной вены ноги в области овальной ямки. М.А. Гальчун, А.Г. Арданкин, З.А. Гермашиков, Н.Г. Ничипорук, Е.Б. Манашева, А.А. Сидоркина	114
Морфологическая диагностика предраковых изменений цервикального канала. О.В. Гоголева	115
Пропорции тела школьников лица. Я.Г. Дерюжова, А.И. Дукарец	117
Характеристика репродуктивной системы у женщин с профессиональными вредностями (на примере пациенток УЗ «Борисовский роддом»). Т.С. Драгун.....	118
Особенности размеров и формы входа в глазницу. М.П. Кириллова	119
Состояние применения санитарной авиации в Санкт-Петербурге. М.Ю. Копаев	120
Особенности изменения обхватных размеров голени у детей г. Андижана. Ш.Д. Кучкарова	121
Характеристика гормонально-метаболических нарушений в сочетании с болезнями системы кровообращения (на примере пациентов учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический кардиологический центр») О.А. Лапковская	122

Характеристика биохимических показателей крови и факторов риска развития инсульта у лиц с нарушениями мозгового кровообращения (на примере УЗ «Могилевский областной лечебно-диагностический центр» филиал «Больница медицинской реабилитации»). О.А.Максимова.....	123
К вариантной анатомии кожных нервов кисти. Н.Г. Ничипорук и Е.Б. Манашева.....	124
Взаимосвязь антиоксидантного статуса и уровня апоптоза в лимфоцитах крови при гонартрозе. С.Б. Панина.....	125
Половозрастные особенности больных с хронической почечной недостаточностью отделения нефрологии УЗ «Гродненская областная клиническая больница». И.Ю. Пашенко.....	126
Алгоритм оценки антропометрических показателей лицевого отдела головы и соматотипа. А.А. Рухман.....	127
Функциональная асимметрия полушарий большого мозга. Ш.Б. Сагаров.....	129
Зрительный анализатор и законы восприятия. Т.А. Стериопулос.....	130
К вопросу об особенностях поражений устьев правой и левой венечных артерий. К.Н. Фомин.....	131
Некоторые особенности состава тела у студентов высшей школы по данным биоимпедансного анализа. А.В. Чекель.....	132
Предстательная железа крыс как объект экспериментальных исследований. О.А. Чередниченко.....	133
Демэкологическая характеристика половозрастных особенностей сердечно-сосудистой системы пациентов ГУ «Республиканский клинический госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны им. П.М. Машерова». К.И. Чернушевич.....	134
Секция 5. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ	136
Выраженность клинико-лабораторных пациентов с ТЭЛА в зависимости от уровня эмболизации в системе легочной артерии. А.А. Афанасьева	136
Особенности клинического течения у родильниц с послеродовым эндометритом. Ш.К. Баймуратова, Ш.О. Файзуллаева, Н.С. Шаджанова, Д.К. Ширинов	137
Адаптация региональной гемодинамики у беременных. А.Е. Барченко, И.П. Малыхина.....	139
Возможности использования метода конъюнктивальной биомикроскопии в прогнозировании гестоза в первой половине беременности. А.Е. Барченко, И.П. Малыхина.....	144
Лечение митохондриальных заболеваний. Ю.С. Белов.....	146
Организация сестринского процесса при инсультах. Г.И. Бондаренко	147
Течение беременности и исходы родов у женщин с многоплодной беременностью. М.Л. Ветрова.....	148

Эффективность лечения пациентов с различными формами артериальной гипертензии в условиях специализированного отделения. У.А. Винайкина	149
Система человеко-ориентированного взаимодействия «СФЕРА/SPHERE» (технология «СФЕРА/SPHERE»). А.В. Галушков.....	151
Время дебюта бронхиальной астмы как фактор риска тяжелого течения заболевания у школьников. Н.Н. Гарас	152
Морфологическая характеристика объемных образований яичников у женщин в постменопаузе. М.А. Данильчук	153
Клинические показатели риска эозинофильного фенотипа бронхиальной астмы у детей. О.В. Дульгер, Е.П. Ортеменка	154
Эхографические признаки изменений сонных артерий, ассоциированных с метаболическим синдромом, у пришлого и коренного населения республики Хакасия. Ю.А. Жабина	155
Генерализованная эпилепсия с атоническими припадками (клинический случай). Е.П. Клипко	158
Диагностика и лечение височной эпилепсии с вегетативно-висцеральными приступами. Е.П. Клипко	159
Формирование системы связей с общественностью в отечественной медицине. Ковалев Е.В.	160
Клиническое обоснование применения ортокератологических линз при миопии у детей. Н.С. Козина	161
Состояние водоснабжения в г.о. Самара за период января-февраля 2013 года. И.Ю. Коробова	162
Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у ВИЧ-инфицированных женщин (по данным родильного отделения Самарской ГБ №10). В.В. Котельников	163
Исследование этнической детерминированности проявлений патологии желчевыделительной системы у лиц с метаболическим синдром, проживающих в республике Хакасия. Т.С. Кулакова	164
Хронические инфекции полового тракта у женщин – кофакторный механизм доброкачественных гиперпластических заболеваний матки. Д.М. Ларина	166
Современные технологии профилактики и ухода за больными с пролежнями. Н.Б. Литвякова.....	167
Неоперабельный ВПС, синдром Эйзенменгера, НПА. Клинический случай сохранения беременности и родов при абсолютных противопоказаниях. А.Н. Лысова	168
Возможности определения сторожевых лимфатических узлов при органосохраняющем лечении рака шейки матки. А.Ю. Ляпунов	170
Современные аспекты внутриутробного инфицирования. Л.Р. Мамедова	172
Первичная выявляемость туберкулеза легких в условиях терапевтического стационара. Х. Махов	175

Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения в г.о.Тольятти. К.А. Можечкова	177
Система оказания помощи ВИЧ-инфицированным в Самарской области. О.Е. Попова.....	178
Анализ поражения органов-мишеней у пациентов с гипертонической болезнью и когнитивными нарушениями. Е.В. Портнова	179
Табакокурение: мода или фактор риска сердечно-легочных заболеваний у студенческой молодежи. Ю.А. Рыбина.....	180
Инфекционный мононуклеоз у взрослого и детского населения: современные вопросы клиники и лечения. Ю.А. Рыбина.....	181
Организация хозяйственно-питьевого водоснабжения населения Самарской области в январе-феврале 2013 года. Е.Ю. Сидорова	182
Статистика заболеваемости ОРВИ и гриппом в Саратовской области. А.В. Солдатенко, А.Д. Гормакова	183
Частота выявления эозинофилии при токсокарозе. А.В. Софьина, Ш.Б. Сагтаров.....	184
Осложнения в оториноларингологии. С.В. Субочев	185
Клинико-лабораторные особенности нейроинфекций герпетической этиологии. В.С. Турсина, И.И. Свирко	186
Миерохирургическая коррекция трубного бесплодия. Т.А. Усова.....	188
Значение дневника самоконтроля для нетренированных людей при занятиях физической культурой и спортом в современных социально-экономических условиях. Н.С. Цецема	189
Особенности организации сестринского ухода за больными онкологического профиля. Т. К. Черная	190
Опыт организации контроля качества сестринской деятельности в терапевтическом стационаре. Л.Ю. Шейко	191
Развитие родовспоможения в Ставрополе-Тольятти. Г.А. Шипилова	192
Эффективность аудиологического скрининга новорожденных. М.С. Щербинина	193
Секция 6. НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ	196
Значение физикальных методов исследования в выявлении спленоомегалии. Е.В. Басынова, Е.Э. Курбатова	196
Опыт использования ДЭНС для снятия болевых синдромов различного генеза. А.В. Боровикова, Р.К. Исаев	197
Особенности психических состояний у терапевтических больных. Е.Ф. Борокшонова, К.Н. Коваленкова, А.Ч. Янгутова.....	198

Немедикаментозные методы в профилактике вирусных заболеваний. А.Д. Гормакова, А.В. Солдатенко	200
Современные методы повышения адаптационных возможностей организма. Н.А. Дьяченко, Е.И. Коваленко	201
Лабораторная диагностика целиакии. О.В. Желтякова	202
Использование микрокамер в современной диагностике заболеваний. А.В. Боровикова, Р.К. Исаев.....	203
Анализ проблемы оказания первой помощи в ЧС. А.В. Каурина	204
Лабораторные методы диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта. Е.И. Коваленко, Н.А. Дьяченко	207
Анализ работы врача линейной бригады скорой помощи по диагностике и лечению больных с заболеваниями сердечно сосудистой системы (ССС). М.В. Королёв	207
Цитологический скрининг и его значение в диагностике предрака и рака шейки матки. О.А. Ланских	209
Внебольничная пневмония. М.А. Майорова	210
Особенности лечения бронхиальной астмы. С.А. Метик	211
Диагностическое значение оценки вынужденных положений. Ю.С. Мысовская	211
Десятилетний опыт использования гирудотерапии в комплексном лечении посттравматических больных. Л.А. Остроухова	213
Музыкальная терапия в лечении бронхиальной астмы. Г.Н. Робакидзе	214
Причины и актуальность проблемы дорожно-транспортных происшествий с участием автобусов. К.С. Семенова, Ю.П. Чиганаева	215
Физикальные методы диагностики асцита. А.Ю. Трошкин, Н.Ю. Ушакова	217
Портрет больного с недифференцированным артритом. С.А. Чекулаева	218
Опухолевое поражение сердца в клинической практике. Проблема диагностики. А.М. Чернецкая.....	219
Эффективность действия ароматерапии на психоэмоциональное состояние пациентов с хронической болью в нижней части спины. М.В. Юрикова	220
Секция 7. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ	222
Повторные операции после анатомической коррекции транспозиции магистральных сосудов. Ш.А. Абдулаев	222
Диагностические ошибки у пациентов с закрытыми двухфазными разрывами селезенки. А.В. Авраменко	223
Эпидемиология колоректального рака в Саратовской области. Т.Ч. Аллахяров	224
Противопоказания к симультанным операциям у пожилых урологических больных. Р.Р. Бибигов	224

Восстановление формы и функции пальцев и кисти при различных патологиях с помощью цитоактивного материала. Д.Д. Бурова	226
Заболееваемость острым панкреатитом в Оренбургской области. Е.В. Дронов	228
Миниинвазивные методы хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы. К.И. Завьялов, Н.А. Старцева	228
Применение эндопротезов и клеевых композиций в профилактике послеоперационных грыж передней брюшной стенки. К.И. Завьялов, Т.В. Раевская	230
Рентгенэндоваскулярное лечение вазоренальной гипертензии. А.В. Иванов, Г.С. Мухамедьянов, Д.А. Шилов, В.П. Окроян	231
Болезнь оперированного желудка. Анастомозит. И.Н. Илларионова, Д.А. Автаева	233
Опыт восстановления суставов кисти и пальцев при тотальном поражении подагрой с помощью цитоактивного материала. А.И. Калмыкова	234
О восстановлении естественной проходимости поврежденной толстой кишки. Н.Ю. Кладчиков, О.И. Федотов, Л.И. Гущина	235
Качество жизни в послеоперационной реабилитации больных раком молочной железы. М.А. Ломова	237
Редкий случай наблюдения болезни Форестье. Д.Н. Лысов.....	238
Успешное удаление большой секвестрированной грыжи межпозвонкового диска. Д.Н. Лысов	240
Синдром диабетической стопы. С.Н. Осина	242
Анатомические особенности венозного оттока от репродуктивных органов самок крыс. А.В. Подгорная	243
Результаты хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей, выявление актуальности раннего обращения пациентов с хронической ишемией нижних конечностей за медицинской помощью. И.В. Саматошенков	245
Лимфотропная терапия в комплексном лечении рожистых воспалений. С.В. Субочев	246
БЦЖ терапия рака мочевого пузыря. Р.З. Хаметов, Я.С. Матяш, В.А. Соловов, Д.В. Фесенко.....	247
Лечение рецидивов рака предстательной железы ультразвуковой абляцией. Р.З. Хаметов, Я.С. Матяш, В.А. Соловов, Д.В. Фесенко	248
Ультразвуковая абляция рака предстательной железы. Р.З. Хаметов, Я.С. Матяш, В.А. Соловов, Д.В. Фесенко	248
Брахитерпия рака предстательной железы. Р.З. Хаметов, Я.С. Матяш, В.А. Соловов, Д.В. Фесенко.....	249
Склеротерапия в эстетической флебологии. Л.И. Шайхутдинова	250
Альтернативный способ лечения паховых грыж. В.Е. Щербаков.....	251

Секция 8. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФАРМАКОЛОГИИ

И ФАРМАЦИИ	253
Проблемы взаимодействия лекарственных средств. Н.В. Алексанова.....	253
Изучение новых антитромбических пентапептидов. А.А. Алексеев	254
Лекарственные препараты неорганического генеза в ассортименте аптек. Л.В. Афанасова, Е.В. Богомолова, Н.Н. Чудновец, С.В. Шувалова	255
Влияние фитопрепаратов некоторых эфиромасличных растений на цитокинпродуцирующую способность лейкоцитов. Д.А. Березина	
Адсорбенты как лекарственные препараты. А.В. Головкин, Н.С. Красильщикова, Е.А. Никулина, И.С. Чванова	258
Синтез дифуранонафталинов адамантанового ряда. Г. Грубенко	259
Сравнение биологической эффективности кремов, улучшающих микроциркуляцию крови. Н.А. Денисова.....	260
Компаративный анализ действия пищевых красителей, входящих в состав леденцов от кашля на здоровье взрослых и детей. А.В. Зуб, Д.С. Власов	261
Определение урожайности сырья FRAGARIA VESCA L. близ озера Холодное Саратовской области. Н.М. Исаченко, Е.А. Игонина	263
Влияние бензилпенициллина натриевой соли на дегидрогеназную активность активного ила. Я.А. Клейн	264
Исследование гравилата речного методом вэжх с амперометрическим детектированием. К. Коробова, А. Евсеева	265
Связь структуры с биологической активностью некоторых производных азотсодержащих гетероциклов. А.Н. Лощина	265
Парацетамолсодержащие препараты в ассортименте аптек г. Саратова. Ю.А. Мазур, Л.В. Жулева	266
Препараты на основе сердечных гликозидов в ассортименте аптек г. Саратова. Ю.А. Макидон, Ю.В. Манойли, Д.Н. Соломонова	267
Получение золя серебра, стабилизированного поливиниловым спиртом. Ю.В. Машкевич, Е.В. Потякова.....	268
Фармакогностический анализ желчегонных сборов разных производителей. Ю.Е. Мосолова, Н.Н. Хахулина	269
Квантово-химический анализ соединений ряда 9-бензиладенинов, ингибиторов аденозиндиаминазы. О.О. Наумова	270
Структура и термодинамические характеристики растворимости пертехнетата и перрената тетрапропиламмония. Я.А. Обручникова, А.Я. Марук, Д.С. Пешенко, М.А. Степеннова, К.Э. Герман, М.С. Григорьев	271
Растения-антиоксиданты. К.С. Опарин	272
Перспективы развития фитотерапии в республике Таджикистан. К.Д. Сафаров.....	274
Разработка научных основ биодеструкции комплексов со-эдта. А.В. Сафонов, В.Е. Трегубова, Е.Н. Капаруллина, Н.В. Доронина, Ю.А. Троценко.....	275

Биоремедиация территорий, загрязненных радионуклидами. А.В. Сафонов, В.Е. Трегубова, Е.В. Захарова, К.Э. Герман, Т.Н. Назина, Т.Л. Бабич, О.А. Горбунова	276
Хроматографическое исследование биологически активных имидазольных производных адамантана на сверхсшитом полистироле. Е. Сидорова.....	277
Исследование сорбции митомицина на микрокристаллической целлюлозе методом ВЭЖХ. М. Сомова	278
Топология Н-связей в перренате гуанидиния по данным программы ТОПОС. Е.В. Фатеева, В.А. Блатов, М.С. Григорьев, А.Я. Марук, К.Э. Герман	279
Исследование ассортимента косметических кремов, влияющих на микроциркуляцию крови (на примере Самарской области). Е.В. Фирсова	281
Оценка эффективности влияния «гаммалона» на поведенческий статус и уровень выносливости при моделировании стресса и депрессивного состояния у крыс. С.А. Шляпников, И.А. Грибанов.....	282
Секция 9. ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ	283
Кейс стадии - метод эффективной профессиональной подготовки студентов-медиков на занятиях по английскому языку. А.А. Буер	283
Влияние наполняемости академических групп на показатели успеваемости студентов медицинских вузов при изучении клинических дисциплин. Н.Н. Гарас	284
К вопросу об организации мониторинга уровня здоровья учащихся учреждения образования «Оршанский государственный медицинский колледж». Я.А. Головач.....	285
Поликлиника института – дополнительная площадка внепрограммного обучения. А.М. Коротченков	286
Общение в сестринском деле. Н.С. Кузьмичева	288
Тьюторство в высшей школе. Д.Д. Морозова.....	289
Дидактические тесты: достоинства и правила составления. Р.В. Пазин.....	290
Формирование коммуникативных навыков у студентов первого курса. Е.Г. Потемкина, С.В. Ковалева, Е.А. Фауст	291
Опыт создания благоприятного психологического микроклимата и предупреждение конфликтов в сестринском коллективе. И.В. Романова	292
Конфликты в медицинской практике. А.В. Щибря, О.В. Акимова.....	293

Научное издание

**Под общей редакцией
Николая Александровича Лысова**

**СБОРНИК НАУЧНЫХ РАБОТ
III МЕЖВУЗОВСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ**

**Редактор Е.О. Шарновская
Верстка: А.А. Майоров,
И.И. Спиридонова
Корректор Т.И. Иванова**

Формат 60x84 1/16.
Бумага ксероксная. Печать оперативная.
Печ. л. 19,25. Тираж 1000 экз.

Негосударственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Медицинский институт «РЕАВИЗ»
(НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ»)

Отпечатано в типографии издательства ООО «Азимут».
443017, г. Самара, ул. Карьерная, д. 24
тел.: (846) 993-63-62; 993-63-70