

Министерство здравоохранения ДНР
Донецкий национальный медицинский университет
им. М . Горького Научное
общество творческой молодежи

МАТЕРИАЛЫ

**78-го Международного медицинского
Конгресса молодых ученых**
«Актуальные проблемы теоретической
и клинической медицины»

MATERIALS
**of the 78th International Medical
Congress for Young Scientists**
«Actual problems of theoretical and clinical medicine»

Донецк
2016

БКК 5л0+56.6л0+52.82л0

A43

УДК 61+616.31+615.1 (63)

Редакционная коллегия:

Ректор ДонНМУ им. М.Горького

Б.А. Богданов

**Проректор по научной работе
ДонНМУ им. М.Горького**

Е.В. Прохоров

**Научный руководитель СНО
ДонНМУ им. М.Горького**

Н.К. Базиян-Кухто

**Глава совета СНО
ДонНМУ им. М.Горького**

Д.Г. Ротарь

Заместитель главы Совета СНО

М.С. Данилова

A43 **Материалы** 78-го международного медицинского конгресса молодых ученых, «Актуальные проблемы теоритической и клинической медицины» – Донецк, 2016. – 334 с.

Сборник материалов 78-го международного медицинского конгресса молодых ученых «Актуальные проблемы теоритической и клинической медицины». В нем представлены результаты собственных исследований. Рассматриваются подходы к научному обсуждению, диагностики, лечению и профилактики заболеваний, научно-методических вопросов изучения влияния факторов окружающей среды на население, актуальные проблемы стоматологии.

За содержание тезисов несут ответственные авторы и научные руководители. Адрес редакции:

83003, г. Донецк, проспект Ильича, 16

Тел.: (062)344-43-14 E-

mail snt@dnmu.ru

http://dnmu.ru/?page_id=3254

Материалы 78-ого международного
конгресса молодых ученых, 2016

ДОРОГИЕ УЧАСТНИКИ И ГОСТИ 78-ГО МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО КОНГРЕССА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ!

Научное общество творческой молодежи Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького радо приветствовать в стенах нашего Вуза молодых, думающих и увлекающихся людей, заинтересованных в развитии медицинской науки.

Проведение научного форума молодых ученых – яркое свидетельство важности той роли, которую молодые призваны играть в условиях современного, динамично меняющегося мира.

У нас есть все основания смотреть в будущее с оптимизмом и верой в талантливую молодежь, которая совсем скоро заявит о себе в медицине новыми открытиями!

Итогом плодотворной научной работы студентов нашего университета является тот факт, что ежегодно более 30 выпускников продолжают научные разработки в магистратуре и аспирантуре. Мы хотим и создаем все условия для того, чтобы наша молодежь была грамотной, целеустремленной, умеющей отстаивать свою гражданскую позицию, свое мнение.

Желаем всем участникам форума успешной и плодотворной работы, уверенных побед, новых встреч и друзей.

*С уважением, Научное общество
творческой молодежи Донецкого
национального медицинского
университета им. М.Горького*

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Ротарь Дарья — глава Совета СНО ДонНМУ

Данилова Мария — заместитель главы Совета СНО

Писарев Ярослав — секретарь Совета СНО

Залюбовская Любовь — глава Совета СНО 1 медицинского факультета

Анайко Яна — глава Совета СНО 2 медицинского факультета

Иофе Елена — глава Совета СНО 3 медицинского факультета

Дворник Валерий — глава Совета стоматологического факультета

Коломийчук Артур — член Совета СНО

Черенкова Анастасия — член Совета СНО

Арзуманян София — член Совета СНО

Шевякин Данил — член Совета СНО

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА.....	6
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА	6
БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ	15
ГИСТОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ И ЭМБРИОЛОГИЯ.....	18
ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ	24
МЕДИЦИНСКАЯ БИОЛОГИЯ.....	36
МЕДИЦИНСКАЯ ФИЗИКА, МАТЕМАТИКА И ИНФОРМАТИКА	46
МИКРОБИОЛОГИЯ	52
ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ	59
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ	65
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ	68
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	78
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ.....	78
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ	104
ИММУНОЛОГИЯ И ЭНДОКРИНОЛОГИЯ	111
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ	114
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА	118
НЕЙРОХИРУРГИЯ	123
НЕОНАТОЛОГИЯ	129
НЕВРОЛОГИЯ	139
ОНКОЛОГИЯ И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ	141
ОФТАЛЬМОЛОГИЯ	146
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ	152
ПЕДИАТРИЯ	154
ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ	167
ПСИХИАТРИЯ	171
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА.....	179
ТЕРАПИЯ	182
ТРАВМАТОЛОГИЯ.....	192
УРОЛОГИЯ.....	195
ФТИЗИАТРИЯ И ПУЛЬМОНОЛОГИЯ.....	203
ХИРУРГИЯ	209
СТОМАТОЛОГИЯ	251
ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ.....	251
СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	259
ОБЩАЯ СТОМАТОЛОГИЯ ФИПО	268
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ	275
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА,	280
ГИГИЕНА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, И ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ	279
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КРАЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ.....	315
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ НАУКИ	321
ФАРМАКОГНОЗИЯ, ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕКАРСТВ И МЕДИЦИНСКАЯ БОТАНИКА, И НЕТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА.....	321

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА

Донецкий национальный медицинский университет, г. Донецк,
ДНР Кафедра анатомии человека и латинского языка
Зав. кафедрой – проф. Басий Р.В.

Аврамова С.К.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РУДИМЕНТАРНЫХ ОРГАНОВ У ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель – доц. Руденко М.Г.

Актуальность: Остаточные или «рудиментарные» органы имеют большое значение, как признаки исторического прошлого. Научный интерес вопросов функционирования костной системы вызван тем, что скелету человека присуща ответная реакция на воздействие эндогенных и экзогенных факторов. Основные положения функциональной морфологии костей при различных условиях воздействия внешней среды заложены в работах Петра Францевича Лесгафта.

Цель исследования: Изучить особенности роста и морфологических образований некоторых органов опорно-двигательного аппарата в процессе онтогенеза. Знания специальных процессов, происходящих в организме человека, являются очень важными, так как они обуславливают смещение зачатков органов, появление добавочных органов или их частей, а иногда создают основу для патологических процессов.

Материал и методы: Изучены литературные источники при использовании описательного метода и сопоставления данных нормальной и сравнительной анатомии.

Результаты: Рудименты появились в связи с тем, что организм человека состоит из систем органов, которые были «приобретены» на разных этапах филогенеза, затем совершенствовались под воздействием многих факторов внешней среды. Одни органы или их части редуцировались, исчезали, а те, на которые увеличивалась нагрузка – развивались. У человека встречаются образования, которые должны быть причислены к наследию его прошлого животного состояния (пирамидальная мышца у сумчатых; мышца, поднимающая яичко и т.д.). Их существования обусловлено сохранением органов, которые некогда были необходимы животным предкам человека, но теперь не выполняют определенной функциональной нагрузки. Значительная часть таких «аномалий» объясняется изучением признаков предков человеческого рода и являются следствием нарушения или задержки процессов развития: жаберные дуги могут оставлять щели на шее, а срединные кисты шеи бывают следствием незаращения щито-язычного протока. Слуховые косточки млекопитающих являются рудиментами частей висцерального скелета: стремя – рудимент подвески рыб; наковальня – рудимент квадратной кости черепа; молоточек – рудимент части нижней челюсти.

У человека в норме 12 пар ребер, однако, с каждой стороны может быть по 11 или 13 ребер. Следовательно, в этом случае первый поясничный позвонок несет свободные ребра, которые сливаются с его поперечными отростками, либо наблюдается лишняя пара ребер в области седьмого шейного позвонка и тогда шейное ребро может сдавливать плечевое сплетение. Избыточное количество ребер объясняется тем, что у низших животных ребра имеются как на шее, так и в поясничной области, а у человека они подверглись редукции. Может появляться сверхкомплектное количество зубов, носовых раковин и др.

Вывод: Непостоянство различных органов человеческого тела является подтверждением, что ничего нет законченного, неподвижного. Все части тела человека находятся в состоянии непрерывного изменения не только в пределах одной особи, но и в ряде последующих поколений. Органы редуцируются, если они теряют свое биологическое значение, что может быть следствием изменения условий существования и заменяются другими более совершенными органами. Рудиментарные органы отличаются индивидуальной изменчивостью во всех своих частях, и их полное исчезновение определяется недоразвитием вследствие нарушения координации частей у зародыша.

Алехина М.В.

«ЗАЯЧЬЯ ГУБА» И «ВОЛЧЬЯ ПАСТЬ» – АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Научный руководитель – доц. Крюков Э.Л.

Цель исследования: описать процесс формирования аномалий развития пищеварительной системы: расщепление верхней губы и расщелины неба, возможные их причины.

Материал и методы: исследованы и проанализированы данные об образовании этих видов дефектов, их видах, факторах риска.

Результаты: Развитие полости рта связано с формированием лица зародыша и преобразованием жаберных дуг и карманов. Лицевой череп формируется из 5 отростков – непарного лобного и парных –

верхнечелюстных и нижнечелюстных. В дальнейшем происходит вклинивание, сближение, срастание этих отростков, в результате чего формируются: наружный нос, ноздри, перегородка носа, носовая полость, верхняя губа, небо. Нарушения этих процессов могут приводить к образованию «заячьей губы», «волчьей пасти» и др. Очень часто наблюдается сочетанные нарушения. Оба выше указанных дефекта относятся к самым частым аномалиям развития лицевого черепа. Врожденные патологии развиваются на начальных стадиях беременности. Специалисты считают, что их возникновение провоцируют несколько факторов: экзогенные и эндогенные. При дефектах губы и мягкого и твёрдого неба малыш не может хорошо сосать и глотать молоко, таких малышей кормят через зонд. Устраняют подобные патологии только с помощью пластических операций, в раннем возрасте, с учетом всех индивидуальных особенностей больного ребенка.

Выводы: расщепление губы и расщелина верхнего неба – не только косметический дефект, но и серьезные нарушения жизненно важных функций и требует серьезной коррекции.

Богданова Н.Н.

Н.И.ПИРОГОВ – ОСНОВОПОЛОЖНИК ПРИКЛАДНОЙ АНАТОМИИ

Научный руководитель – проф. Васильев В.А.

Цель исследования – установить роль Н.И. Пирогова в создании прикладной анатомии человека.

Материал и методы. Исследованы и проанализированы труды выдающегося ученого, гениального хирурга и анатома Н.И. Пирогова.

Результаты исследования. Н.И. Пирогов лучшие годы своей жизни посвятил детальному изучению строения тела человека применительно к оперативным доступам и хирургическим операциям. Он заложил основы топографической анатомии человеческого тела. Его труд “Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций” стал классическим. Он был издан на латинском и немецком языках с атласом в 1838 г., за который Академия наук присудила ему Демидовскую премию II ст. Венцом многолетних исследований явились работы Н.И. Пирогова – “ Полный курс прикладной анатомии человеческого тела, с рисунками (анатомия описательно физиологическая и хирургическая)” и “Анатомические изображения человеческого тела назначенные преимущественно для судебных врачей. С атласом”, а также “Иллюстрированная топографическая анатомия распилов, проведенных в трёх направлениях через замороженное человеческое тело ”. Последняя работа по полноте исследований и оригинальности не имела себе равных в тот период в мировой медицинской и анатомической литературе. В изучении анатомии и физиологии человека Н.И. Пирогов видел основной фундамент хирургии. Это был принципиально новый подход к познанию хирургии как науки и новое направление в дальнейшей разработке её теоретических основ.

Выводы. Н.И. Пирогов является основоположником и создателем хирургической анатомии тела человека.

Богуславский В.Н.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОГО СТВОЛА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – профессор Васильев В.А.

Цель исследования – установить особенности нарушений развития легочного ствола и его ветвей при врожденных пороках сердца у детей.

Материал и методы. Исследованы 12 препаратов сердец детей с врожденными пороками сердца (общий артериальный ствол, трёхкамерные и двухкамерные сердца), при которых имели место нарушения развития легочного ствола и его ветвей, с применением традиционных методов анатомического препарирования. Данные анатомические препараты были достоянием кафедры анатомии человека.

Результаты исследования. Одной из редких аномалий было выявлено отхождение легочного ствола от нижнего отдела дуги аорты, и при этом он выглядел как артериальный проток, который делился на правую и левую лёгочные артерии. В другом случае правая легочная артерия с двухзаслончатым клапаном отходила от правого желудочка, в то время как левая лёгочная артерия ответвлялась от нижнего отдела дуги аорты. В двух наблюдениях левая лёгочная артерия отсутствовала, а правая легочная артерия соединялась через артериальный проток с нисходящей аортой. Среди других эмбриональных нарушений в одном случае установлено ответвление от плечевого ствола артериального сосуда, который делился на правую и левую лёгочные артерии, направляющихся к воротам лёгких.

Выводы. При редких врожденных пороках сердца у детей присутствуют и эмбриональные нарушения в развитии сосудов малого круга кровообращения.

Гаврюшенко Д.К.

ОБЗОР ЭКОНОМИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ, ПРИШЕДШИХ ИЗ ТЕРМИНОСИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКИХ И ОБЩЕНАУЧНЫХ НАЗВАНИЙ

Научный руководитель – старший преподаватель Парамонова Т.И.

Цель исследования. Осуществить выборку медицинских и общенаучных терминов, которые перешли в экономическую терминосистему и употребляются на старших курсах при изучении социальной медицины и экономики здравоохранения, сделать обзор их происхождения.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на материале учебного пособия для медицинских вузов «Теоретические основы экономики здравоохранения» и методических указаний по социальной медицине и организации здравоохранения ДонНМУ методом частотного и исторического анализа экономических терминов, функционирующих в медицинской среде.

Результаты исследования. Мы произвели отбор более 200 единиц общенаучной и медицинской лексики, функционирующей и в экономической терминологии: параграф, копия, конспект, график, план, параметр, коэффициент, ассоциация, балл, стимул, спектр, реестр, субъект, объект, анализ, мобильность, прогноз и др.

Например, одним из них является графа зачетной книжки «количество кредитов». Слово кредит пришло из экономического кредит (расходная часть бюджета) и обозначает объем материала, выделенного на изучение какой-либо дисциплины.

Знание основ латинского словообразования позволяет понимать значение экономических терминов с приставками, макро-(экономика), микро-(уровень), олиго-(полюс), инфра-(структура) и т.д.

Происхождение большинства экономических терминов можно установить только с помощью энциклопедических изданий и словарей иностранных слов. Экономические словари, как правило, приводят только понятия, не указывая этимологию. Нужно заметить, что и авторы словарей иностранных слов грешат слишком коротким объяснением происхождения слов, например «приоритет», пришедшее из нем. *Priorität* от лат. *prior* – «первый». Термин «риск», скорее всего, арабского происхождения, вероятно также из французского, куда пришло из итальянского. В свою очередь, в итальянский язык попало из греческого, где *rizikon* означает «скала, утес», а *riza* означает «корень, подошва горы» (ср. *rhizoma*, *atis* n лат. «корневище» – название части лекарственного растения). Таким образом, слово «риск» развилось в языке мореплавателей, для которых скалы и подводные камни таили в себе опасность, а «рисковать» дословно означало – лавировать между скал. Список примеров можно было продолжить, а на практике резонно было бы разработать приложение к учебному пособию по теоретическим вопросам экономики и здравоохранения в виде толкового и этимологического словаря экономических терминов.

Выводы. Из более 200 отобранных единиц лексики 60% составляет так называемая общенаучная лексика, 30 % – специальные экономические и 10% медицинских терминов, перешедших в терминосистему экономики и финансов.

Гусева А. И.

ПОНЯТИЕ «МЕРТВЫЙ ЯЗЫК» И ОСОБЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Научный руководитель – преподаватель Виноградова А.И.

Цель исследования. Определить понятие «мертвый язык». Сделать краткий обзор истории латинского языка и рассмотреть особенности его функционирования в современном обществе.

Материалы и методы исследования. Использован сравнительно-исторический метод исследования. Проведен анализ литературы по теме.

Результаты исследования. При анализе литературных данных было установлено, что современное состояние латинского языка вызывает споры. Одни называют латынь «мертвым» языком и считают, что она вряд ли вернется в общее употребление, а со временем забудется совсем, как это произошло со многими языками древности. Другие утверждают, что этот язык лишь несколько утратил свои позиции, но по-прежнему очень важен, а так как именно на нем говорят в мире науки, исчезновение ему не грозит. А ведь латинский – язык одного из величайших и древнейших народов, римлян. Однако сейчас этот язык называют «мертвым». «Мертвые языки» – языки, не существующие в живом употреблении и, как правило, известные лишь по письменным памятникам или в искусственном регламентированном употреблении. Однако латинский язык является основой многих европейских языков (романская группа языков), а также употребляется в терминологии медиков, биологов, юристов и др.

Выводы. Таким образом, выйдя из активного употребления в качестве языка нации, латынь остается языком человечества, обслуживая важнейшие сферы человеческой жизни, определяя облик научной терминологии, участвуя в развитии современных языков. Изучение латинского языка студентами способствует формированию профессионального языка будущего врача.

Дмитриева Е.А., Зайцева А.В.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Довгялло Ю.В.

Актуальность исследования: Интра- и послеоперационные осложнения при протезировании тазобедренного сустава являются актуальной и нерешенной проблемой медицинской науки, ввиду того, что при подборе протеза не всегда учитываются особенности индивидуального строения проксимального эпифиза бедренной кости, особенности ее кровоснабжения.

Цель исследования: определить количественные закономерности строения проксимального эпифиза бедренной кости практически здоровых людей, которые можно использовать при проведении

реконструктивных операций на тазобедренном суставе, для предотвращения интра- и послеоперационных осложнений.

Материал и методы: В соответствии с целью и задачами работы, были исследованы 45 образцов бедренных костей, взятых из архива кафедры анатомии человека и латинского языка Донецкого Национального Медицинского университета им. М. Горького, на которых не было отмечено видимых повреждений. Измерения проводились по стандартной методике по Алексею. Полученные результаты заносились в таблицу и обрабатывались при помощи лицензионной компьютерной программы MedStat.

Результаты исследования: В ходе исследования для морфометрического описания проксимального эпифиза были предложены индексы шейки бедра и межвертельного расстояния, установлены корреляционные зависимости между морфометрическими показателями, изучены наиболее частые варианты вхождения диафизарной артерии, осуществлен анализ и обобщение полученных результатов. Данная работа является попыткой описать морфометрически некоторые параметры проксимального эпифиза бедренной кости, выяснить, есть ли зависимость между величинами окружности головки и шейки бедра, величиной шейки бедра и межвертельным расстоянием, а также, определить места наиболее частого вхождения в кость диафизарной артерии, для того, чтобы в дальнейшем можно было предвидеть и предотвратить развитие осложнений при оперативных вмешательствах на тазобедренном суставе, таких, как «раскол» диафиза, вывих и подвывих протеза, кровотечения. В ходе исследования установлено наличие сильной достоверной связи между показателями окружности головки и окружности шейки бедренной кости. Для морфометрической характеристики проксимального эпифиза бедренной кости предложено использовать не абсолютные показатели, а индексы шейки бедра и межвертельного расстояния. Среднее значение индекса шейки бедра составило $75,35 \pm 1,101$, индекса межвертельного расстояния – $59,42 \pm 1,76$. Установлено отсутствие корреляционной связи между показателями окружности шейки бедра и индексом межвертельного расстояния. В большинстве случаев диафизарная артерия бедра входила в кость латерально от латеральной губы шероховатой линии, всего в одном случае питательное отверстие диафизарной артерии было обнаружено непосредственно под малым вертелом проксимального эпифиза. Изучение коэффициента питательного отверстия (КПО) позволило разделить все полученные результаты на три основные группы: низкое вхождение диафизарной артерии (КПО 12,5%-17,5%), среднее вхождение диафизарной артерии (КПО 30,1%-52,7%), высокое вхождение диафизарной артерии (КПО 57,2 – 72,9%).

Выводы: В результате проведения корреляционного анализа установлено наличие сильной достоверной связи между показателями окружности головки и шейки бедренной кости и отсутствие корреляционной связи между показателями окружности шейки бедра и индексом межвертельного расстояния.

Казарян К. Т.

К ВОПРОСУ О ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ

Научный руководитель – старший преподаватель Брюханов В.М.

Цель исследования: установить степень выраженности синдрома гипермобильности суставов в юношеском возрасте.

Материал и методы: проведен анализ литературных данных разных возрастных групп с синдромом гипермобильности суставов (далее СГМС), Проведены физикальные, инструментальные и клинические исследования индивидуума женского пола, возрастом 18 лет с синдромом ГМС, степень выраженности определяли по критериям Бейтона.

Результаты: выявлены особенности клинической картины ранее мало изученного СГМС в старших возрастных группах, показана гетерогенность их суставных и внесуставных признаков. Проведенное исследование симптомов СГМС показало, что пассивное разгибание пятых пальцев кисти составило 90° , пассивное приведение первых пальцев кисти к внутренней поверхности предплечий составило 90° , переразгибание в локтевых суставах -5° , переразгибание в коленных суставах -5° . Отмечен ряд суставных и внесуставных признаков, сопровождающих синдром ГМС – дорсалгии, артралгии, сколиоз, плоскостопие, аномалии пальцев кисти, патологии зубочелюстной системы.

Выводы: Согласно результатам собственного исследования определена степень выраженности синдрома ГМС в юношеском возрасте.

Махно В.С

НАЗВАНИЯ БОЛЕЗНЕЙ – ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Научный руководитель – старший преподаватель Дудник Е.А.

Цель исследования. Сопоставить этимологические и деонтологические особенности названий заболеваний.

Материалы и методы исследования. Материалом для данной работы послужили клинические термины, выбранные из медицинских словарей, энциклопедий, учебников. В исследовании были использованы методы сравнительного анализа.

Результаты исследования. Анализ медицинской терминологии выявляет, что еще с древних времен большое внимание уделялось деонтологии и этике, что отражено в названиях заболеваний. Это явление

вызвано тем, что в свое время латинский и греческий языки были разговорными живыми языками народов с высокой культурой, где зародилась медицинская наука. В античной медицине придерживались деонтологических правил, не травмировали психику больного и его близких. С этой целью и названия болезней старались образовывать от слов, которые обозначали что-то нейтральное. Так например, *coma* – глубокий сон, *agonia* – борьба, *debilis* – слабый, бессильный, немощный, *idiotia* – необразованный, *typhus* – дым, помрачение сознания, *cretin* – от лат. *creta* – мел, белая глина. В основу последнего названия был положен принцип схожести цвета кожи у больного с мелом.

Выводы. Приведенные примеры, да и многие другие лексемы дают основание утверждать, что первоначальное значение современных медицинских терминов, которые больные слышали из уст врача на родном языке, не вызывали у них негативных эмоций или страха перед заболеванием, они воспринимали эти слова в первоначальном бытовом смысле.

Миколюк Т.В., Переверзев Е.А.

МЕТАФОРИЗАЦИЯ, КАК ОДИН ИЗ СПОСОБОВ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СЛОВАРЯ АНТИЧНОСТИ

Научный руководитель – старший преподаватель Дудник Е.А.

Цель исследования. Изучить этапы и способы формирования терминологических обозначений в античной медицине.

Материалы и методы исследования. Материалом для данной работы послужили анатомические и клинические термины, выбранные из медицинских словарей, энциклопедий, учебников. В исследовании были использованы методы сравнительного и описательного анализа.

Результаты исследования. В становлении терминологии любой науки можно выделить два этапа: естественный этап ее формирования и сознательный, регулируемый. Одним из способов формирования медицинской терминологии, была метафоризация, отражающая наблюдательность и мироощущение врачей античности. Так, например, в анатомической терминологии – для обозначения отростка второго шейного позвонка, греками было предложено несколько наименований: *odontoeides* – по сходству с зубом, *pyrnoeides* – по сходству с наконечником стрелы, *conoeides* – по сходству с формой сосновой шишки. В клинической терминологии: *cancer* – сходство раковой опухоли молочной железы с контуром речного рака, *ranula* – ранула (уменьшительное от латинского *rana* – лягушка) отражено сходство подъязычной ретенционной кисты с гортанным пузырем лягушки, *pectus carinatum* – “куриная грудь”, рахитическая грудная клетка (от латинского *pectus* – грудь, и *carina* – выступ груди вперед у птиц).

Выводы. Формирование медицинского словаря античности проходило за счет рождающегося литературного языка и живой разговорной речи путем переосмысления и терминологизации слов, уже бывших в употреблении.

Моисеева А.В.

ФЕНОМЕН ТАЙНЫХ ЯЗЫКОВ. ВЛИЯНИЕ ЛАТЫНИ НА ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЕ

Научный руководитель – преподаватель Якобчук А.В.

Цель исследования. Исследовать явление существования тайных языков, их назначение и происхождение.

Материалы и методы исследования. Материалом для данной работы послужили справочные источники по тайным языкам. В исследовании были использованы методы сравнительного и этимологического анализа.

Результаты исследования. Разговорный язык возник для того, чтобы позволить индивидуумам общаться, сблизиться, создать общество и облегчить выживание. В последнее время заметна тенденция к глобализации — люди стремятся выучить один из распространенных языков, чтобы иметь возможность свободно общаться в разных странах. Иногда определенными сообществами преследуются диаметрально противоположные цели. Для того, чтобы не выдать свои профессиональные секреты, они придумывают свои секретные языки. Такой способ общения позволяет передавать кодированную информацию и быть понятыми только единомышленниками. Латынь, наряду с греческим, ивритом и некоторыми романскими языками стала основой для тайного языка офеней, лунфардо и парлаче и других языков. Тайные языки явились прообразом современных профессиональных сленгов: программистов, ученых, людей искусства и т.д. Латынь в современном обществе выполняет роль тайного языка врачей, юристов и представителей некоторых других направлений науки, т.к. латинский язык не преподается в общеобразовательной школе и недоступен широкому кругу людей.

Выводы. Исследование тайных языков позволяет расширить кругозор и получить более развернутое представление о роли латинского языка в лингвистике, мировой культуре и контркультуре.

Мурейси К.А.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ УЗИ

Научный руководитель – профессор Вакуленко И.П.

Цель исследования. Установить особенности развития сердца у детей грудного возраста при ультразвуковом исследовании.

Материал и методы. Материалом послужило исследование сердец 23 детей в возрасте от 12 дней до 12 месяцев. Ультразвуковое исследование проводили в М- и В – режимах измеряли переднезадний размер левого желудочка (ЛЖ) в систолу (КСР) и диастолу (КДР), левого предсердия (ЛП), толщину межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки (ЗС) ЛЖ в диастолу, фракцию выброса (ФВ) ЛЖ, ударный объем (УО), конечно-диастолический объем (КДО) ЛЖ, конечно-систолический объем (КСО) ЛЖ, индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ, диаметр аорты (АО) и легочного ствола (ЛС).

Результаты исследования. Установлено, что в первые месяцы у детей грудного возраста развитие сердца и магистральных сосудов не отличается от периода новорожденных детей. Так КДР ЛЖ в этот период составил $18,1 \pm 0,21$ мм, ЗСЛЖ в диастолу $6,1 \pm 0,17$ мм, АО – $9,1 \pm 0,32$ мм, ЛП – $10,5 \pm 0,28$ мм. К концу первого года жизни увеличение параметров камер сердца происходит равномерно, но с некоторым отставанием от скорости увеличения диаметра сосудов. В 9-10 месяцев жизни диастолический размер ЛЖ увеличился в 1,5 раза, диаметр АО в 1,7 раза, ЛС в 1,9 раза. Отсутствуют половые различия в формировании сердца, они больше связаны с площадью тела ребенка.

Выводы. К концу первого года жизни темпы увеличения аорты и легочного ствола опережают скорость увеличения камер сердца.

Мурейси К.А., Немченко М. М., Пшеничный Б.С.

АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАЧАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ АОРТЫ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Научный руководитель – профессор Вакуленко И.П.

Цель исследования. Выявление анатомо-функциональных закономерностей развития начальных отделов аорты у детей грудного возраста в зависимости от сроков наблюдения по данным ультразвукового исследования.

Материал и методы исследования. Материалом послужило исследование сердец 23 детей в возрасте от 12 дней до 12 месяцев. Проведенное исследование УЗИ методами в М- модальном и В-режимах и доплеровском измеряли линейные и объемные параметры ЛЖ (левый желудочек). Определяли V_{ps} (максимальная систолическая скорость), V_{ed} и V_d (диастолическая скорость кровотока), результаты обрабатывали с использованием статистических пакетов «MedStat».

Результаты. Результаты показали, что начальные отделы аорты, в частности луковица аорты и ее восходящий отдел, в начальные месяцы грудного возраста не имеют статистических отличий в сравнении с периодом новорожденности. Однако уже к середине грудного возраста в 1.3 раза увеличивается размер луковицы аорты за счет формирования аортальных синусов, в 1.2 раза увеличивается в диаметре восходящий отдел аорты, к окончанию грудного возраста они увеличиваются соответственно в 1,7 и 1,8 раз. В меньшей мере увеличиваются скоростные параметры кровотока.

Выводы. Скоростные систолические и диастолические параметры кровотока в начальных отделах аорты имеют меньшие темпы прироста в сравнении с линейными размерами.

Новикова А.О., Кулиш А.И.

УДВОЕНИЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Научный руководитель – асс. Кулиш А.И.

Актуальность. Одной из наиболее распространенных патологий развития плода являются патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Врожденные аномалии ЖКТ встречаются с частотой 4 случая на 100 перинатальных вскрытий, составляя 21,7% всех врожденных аномалий. На долю детей с этой аномалией приходится 0,35% всех умерших, имеющих врожденные пороки развития в возрасте до 1 месяца, что, примерно, соответствует частоте: 1 случай на 25000 новорожденных. Удвоения пищеварительного тракта наблюдаются в одном случае на каждые 4500 вскрытий. Чаще всего встречаются удвоения брыжеечного отдела тонкого кишечника, напротив, удвоения двенадцатиперстной кишки и прямой кишки являются относительно редкими.

Цель исследования: изучить варианты удвоения пищеварительного тракта, определить морфологические проявления, объяснить причины и механизм их развития в эмбриональном периоде.

Материал: отечественная и зарубежная литература по теме исследования. В работе были использованы методы: описательный, метод сопоставления данных анатомических и клинических исследований, методы анализа и синтеза материала.

Результаты. Удвоение пищеварительного тракта – порок развития, который формируется в период органогенеза (4–8 неделя эмбрионального развития). Существует много теорий и предположений, однако, убедительных данных, объясняющих патогенез этой патологии, к настоящему времени нет. По мнению Bremer (1952 г.), причиной удвоения являются отклонения в развитии на стадии вакуолизации первичной кишки, которые приводят к нарушению процесса реканализации пищеварительной трубки. Другая теория определяет удвоение, как нарушение процесса развития нервно-кишечного канала или слипание нейроэктодермального листка с энтодермальным (F.Grob).

Особенности удвоения пищеварительного тракта: 1) наличие полости, которая содержит секрет и выстлана эпителием; 2) образования чаще локализуются вдоль бокового края любого отдела пищеварительной системы, которое может иметь общую с ним мышечную и серозную оболочку, а также соединение с ним; 3) общее с основным отделом пищеварительной системы кровоснабжение и иннервацию.

Классификация удвоений пищеварительного тракта: 1. Кистозные формы удвоения: дополнительный отдел пищеварительной трубки представляет собой овальное или шаровидное кистозное образование, расположенное рядом с основной трубкой. Реже кистозные формы имеют отдельную брыжейку. 2. Дивертикулярные формы удвоения: выпячивания всех слоев стенки кишки наружу, реже – внутрь ее просвета. В некоторых случаях дивертикул имеет отдельную брыжейку и располагается свободно в брюшной полости или частично переходит в грудную полость. 3. Трубочатые формы удвоения встречаются на значительном протяжении или ограниченном участке кишки, почти всегда равноценны по своему диаметру и разделены перегородкой, имеющей строение нормальной кишечной стенки. Между основной и дополнительной кишкой снаружи видна разделительная борозда.

Вывод. Данные, полученные в ходе работы могут быть полезны врачам всех специальностей для определения нормы и патологии, дифференциальной диагностики, эффективного оперативного вмешательства.

Секретарева Т.К., Быкадорова А.Д.

РОЛЬ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Научный руководитель – преподаватель Панасенко К.В.

Цель исследования. Рассмотреть историю и роль латинского языка в формировании европейской и мировой культуры, делая его одним из фундаментальных элементов гуманитарного образования, его роль в медицине и фармации.

Материалы и методы исследования. Используются сравнительно-исторические методы исследования, имеющиеся в библиотеке медицинского университета учебная и справочная литература.

Результаты исследования. Около 40% от всего населения Земного шара используют латинский алфавит как основу своей письменности. Античная мифология, философия, литература, медицина, юриспруденция – фундамент, на котором строится наука современности и мировоззрение образованного человека. Латинский язык – язык ученых в деле анатомической, физиологической, фармакологической классификации и клинической терминологии. Ученики, изучающие латинский язык, усваивают любые другие предметы на 50% легче и быстрее.

Выводы. Таким образом, выйдя из активного употребления в качестве языка нации, латынь остается языком человечества, обслуживая важнейшие сферы человеческой жизни, определяя облик научной терминологии, участвуя в развитии современных языков. Изучение латинского языка открывает путь студентам к сознательному усвоению и грамотному употреблению профессионального языка будущего специалиста. Следовательно, при решении вопроса о выборе языка межнационального общения латыни должно быть придано первостепенное значение.

Селиванова Е. С.

ГЕНДЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ СТЕПЕНИ ПНЕВМАТИЗАЦИИ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ ОТ ФОРМЫ СТРОЕНИЯ ЧЕРЕПА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель – асс. Костин Р.А.

Цель: определить гендерную зависимость степени пневматизации клиновидной пазухи от формы строения черепа у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы: метод исследования – компьютерная томография. Объектами исследования служили 31 полипроекционная мультисрезовая компьютерная томограмма черепов с толщиной выделяемого среза 2 мм условно здоровых мужчин и женщин возрастом 63 -79 лет (8 мужчин 63-69 лет, 23 женщины 63-79 лет). Томограммы выполнены в диагностическом центре ДОКМО г.Донецка. Программа обработки томограмм – RadiAnt DICOM Viewer. Полученные данные анализировались с помощью электронных таблиц Microsoft@Excel 2013. Характеристика изучаемых групп черепов проводилась по степени пневматизации и форме строения черепа.

Результаты: Из 31 черепа 22 имеют брахицефалическую форму строения, (70,96%) и 9 – мезоцефалическую (29,04%). По степени пневматизации имеется 17 черепов с селлярным типом (54,8%), 8 с преселлярным (25,8%), 6 с постселлярным (19,7%).

В ходе количественных вычислений выявлено мужчин с брахицефалической формой строения черепа – 7 человек, что составляет 22,58% и женщин с брахицефалической формой строения черепа – 15 человек – 48,39%.

Также определено, что количество мужчин с мезоцефалической формой строения черепа – 1 человек (3,22%) и женщин с мезоцефалической формой строения черепа – 8 человека (25,81%). Из 31 анализируемого черепа мужчин с селлярным типом пневматизации 6 человек (19,35%), женщины с селлярным типом пневматизации представлены в количестве 11 (35,48%). Имеется мужчин с преселлярным типом пневматизации – 2 (6,47%) и женщин с преселлярным типом пневматизации – 6 (19,35%). Не представлены мужчины с постселлярным типом пневматизации (0%). Женщин с постселлярным типом пневматизации выявлено 6 (19,35%).

Выводы: у представителей обоих полов с брахицефалической формой строения черепа преобладает селлярный тип пневматизации клиновидной пазухи. У женщин и мужчин пожилого и старческого возраста (63 – 79 лет) отсутствуют видимые различия по гендерному признаку: 90% случаев имеет место одна и та же форма черепа и соответствующая степень пневматизации клиновидной пазухи, что предопределяет одинаковые анатомо-морфометрические характеристики, однотипные хирургические доступы в практической медицине и схожие возможные ятрогенные осложнения.

Серезкина Я.В., Мельникова Е.В.

«СПЯЩАЯ КРАСАВИЦА» – СКАЗКА ИЛИ БОЛЕЗНЬ?

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Довгялло Ю.В.

Актуальность исследования: Анализ современной литературы по вопросам проблемы нарушений сна показывает, что, несмотря на проведенные глубокие сомнологические исследования, актуальность данной темы среди ученых не ослабевает. Об актуальности проблемы «сон-здоровье» свидетельствует, в частности, тот факт, что инсомния, приводящая к снижению качества жизни и повышению заболеваемости, является наиболее частой причиной обращений населения в медицинские учреждения.

Цель исследования: проанализировать данные зарубежной и отечественной литературы по вопросам сомнологии, изучить влияние сна на здоровье человека, сделать собственные наблюдения и изучить наиболее редкие патологии сна у человека.

Материал и методы: В соответствии с целью и задачами работы, были изучены отечественные и зарубежные литературные источники по вопросам нарушений сна человека. Кроме этого, для выявления влияния сна на работоспособность, жизнедеятельность, качество учебы и предотвращения возникновения всевозможных патологий здоровья у молодежи Донецкой Народной Республики был проведен опрос 60 молодых людей в возрасте 14-24 года. Кроме данной анкеты, респондентам было предложено ответить на вопросы стандартной анкеты Epworth, позволяющей оценить степень дневной сонливости.

Результаты исследования: В ходе исследования выяснилось, что 65% опрошенных страдают плохим сном, на это влияет переутомление, стрессовое состояние, военное положение в Республике. Такое нарушение сна влечет недомогание в течение дня и желание спать. Желание спать днем возникает у 86% опрошенных людей, но в связи с учебой и работой, у многих это остается только желанием. Возможность спать днем есть только у 14%. В среднем на сон молодое поколение тратит не более 6 часов в сутки, что негативно сказывается на эмоционально-психологическом состоянии в течение дня и влечет за собой чувство усталости и голода. Около 62% опрошенных имеют проблемы с засыпанием, а примерно половина (51%) в течение ночного сна просыпаются более одного раза. Закономерным последствием нарушения нормальной структуры сна является избыточная дневная сонливость. В ходе анализа ответов респондентов на вопросы анкеты Epworth было выявлено, что около 40% респондентов имеют легкую дневную сонливость, а 9% опрошенных – умеренную дневную сонливость, что требует дальнейшего обследования и коррекции. У людей с синдромом «спящей красавицы» мечта выспаться не только воплотилась в жизнь, но и превратилась в настоящее заболевание. Синдром Клейне-Левина (СКЛ; другие названия: синдром «спящей красавицы», синдром периодической спячки, синдром периодической гиперсомнии) характеризуется приступами сна, продолжающимися часами или днями, с императивным началом и трудностью пробуждения. Синдром относится к редким и малоизученным заболеваниям не только в нашей стране, но и во всем мире.

Периоды такой вот «спячки» потом амнезируются больным. В межприступный период человек абсолютно здоров. Синдром Клейне-Левина является очень редкой патологией, но своей необычной симптоматикой привлекает к себе внимание исследователей.

Выводы: Подводя итог, можно сказать, что девушки и юноши от современных темпов жизни хотят выделить больше времени для сна, постоянно чувствуют у себя все признаки гиперсомнии (вялость и сонливость), но из-за стрессовых ситуаций и обострения политического конфликта в городе переживают бессонницу (инсомнию), трудности с засыпанием, прерывистый ночной сон.

Шульженко М.А.

МИЛОСЕРДИЕ КАК ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ МОТИВОВ ЛИРИКИ ВАГАНТОВ

Научный руководитель – преподаватель Якобчук А.В.

Цель исследования. Проанализировать возникновение лирики вагантов, как одного из направлений литературы на латинском языке. Социальные предпосылки и основные мотивы творчества вагантов, влияние на мировую литературу.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ с использованием литературы на латинском языке, русских переводов, критической и справочной литературы. Был применен сравнительный метод и метод историко-этимологического анализа.

Результаты исследования. Поэзия вагантов (*clerici vagantes*) – Одно из направлений латиноязычной литературы средневековья. В основном стихотворные произведения создавались странствующими студентами или священниками, лишенными сана, поэтому основными мотивами лирики вагантов являются протест против римской церкви, Папы римского, прославление свободы, наслаждение жизнью, любовь. Стихотворения преимущественно имели шутливое содержание, но в них раскрывались и серьезные философские вопросы жизни и смерти. Одним из основных мотивов лирики вагантов является милосердие, сочувствие, самопожертвование и любовь к ближнему. «Наша вера не в псалмах! Господа мы славим тем, что в горе и в слезах брата не оставим.» «Кто для ближнего готов снять с себя рубаху, восприми наш братский зов, к нам спеши без страху!»

Выводы. Лирика вагантов – выдающееся явление в истории мировой литературы, которое возродило античные традиции, гуманистическими принципами предвосхитило антропоцентризм эпохи возрождения и повлияло на дальнейшее развитие литературы и искусства.

Щербаков Е.Е.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ

Научный руководитель: доц., к.мед.н. Здиховский И.А.

Актуальность исследования: Анализ современной литературы говорит о возрастании частоты возникновения патологического прорезывания молочных зубов. Несмотря на широкое изучение данной патологии, а главное детальное изучение причин возникновения – актуальность ее не ослабевают.

Цель исследования: Раскрыть особенности патологического прорезывания молочных зубов. **Материал и методы:** Проанализированы данные зарубежной и отечественной литературы по вопросам патологического прорезывания молочных зубов.

Результаты: В ходе изучения зарубежной и отечественной литературы, были выявлены некоторые особенности роста молочных зубов. К ним относится увеличение промежутков между зубами: большая щель между верхними фронтальными резцами – следствие глубокого расположения уздечки верхней челюсти. Также к данной группе особенностей относится черный кант пришеечной зоны зубов – нарушение усвояемости железа, что провоцирует усиленное размножение бактерий – лептотрихий. Лечение данной патологии прорезывания молочных зубов осуществляется у стоматолога, лечение основной причины возникновения данной патологии осуществляется врачом – педиатром. Желто-коричневые зубы уже при прорезывании (у ребенка растут темные зубы) – результат лечения матери антибиотиками тетрациклинового ряда во время беременности (тетрациклиновые зубы). Зеленоватое окрашивание молочных зубов – нарушения обмена веществ, в частности, билирубина. Также наблюдается при гемолитических заболеваниях, связанных с разрушением эритроцитов. Красные молочные зубы бывают при порфирии и проявляются в результате нарушения обмена порфирина – красного пигмента. Серые мягкие зубы – недостаток эмалевого покрытия, гипоплазия. Появляется при нарушениях питания матери во время вынашивания малыша или же как результат нарушения обмена веществ у ребенка.

Выводы. Различные патологии прорезывания молочных зубов возникают из-за нарушений обмена веществ в организме ребенка, а так же неправильного образа жизни матери во время беременности.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ

Донецкий национальный медицинский университет, г.
Донецк, ДНР Кафедра биологической химии
Зав. кафедрой – к.м.н. доц. Шатова О.П.

Изуменов А.С.

ПОРФИРИЯ

Научный руководитель – к.б.н. доц. Землякова Л.Ф.

Цель исследования: Изучить нарушения порфиринового обмена и связанные с ними патологические состояния.

Материалы и методы: Порфирия – группа наследственных заболеваний, в основе которых лежат нарушения порфиринового обмена, ведущие к увеличению содержания в организме порфиринов или их предшественников. Порфирины синтезируются во всех клетках организма, преимущественно в костном мозге и печени, в которых они используются для образования гемоглобина и ферментов (цитохромов, каталазы, пероксидазы и других).

Исходные вещества для сборки порфиринового кольца растений и животных различаются. Но с определенного момента, а точнее, после того, как они собрались в одну молекулу — аминоклевулиновую кислоту, дальнейшая цепочка реакций, включающая до протопорфирина шесть стадий, достаточно универсальна. Каждую стадию в этой цепи катализирует свой фермент.

Результаты: Если нарушается та или иная стадия синтеза гема, в организме начинает накапливаться порфирин или его предшественники (какие именно — зависит от того, какая стадия нарушена). Именно эти промежуточные продукты синтеза гема вызывают большинство симптомов, характерных для порфирии. Сегодня для каждого фермента известен наследственный дефект, вызывающий соответствующую форму наследственной порфирии. Надо отметить, что это заболевание бывает не только наследственным, но и приобретенным — например, при некоторых заболеваниях печени последовательность биохимических событий, отвечающих за синтез порфирина, тоже может нарушаться. Разные формы порфирий имеют различные проявления. Сверхчувствительность кожи к свету вплоть до появления язв (естественно — ведь в коже накапливается фоточувствительный пигмент), желудочно-кишечные расстройства, боли, онемения мускулов. Некоторые формы порфирии поражают нервную систему из-за недостатка производного порфирина витамина В₁₂, причем диапазон проявлений довольно широк — от еле уловимых раздражительности и мрачности до полной психической ненормальности.

Выводы: Порфириновое кольцо настолько важно, что любое нарушение его синтеза, особенно на последнем этапе, имеет катастрофические последствия. Не случайно именно порфирины создают то, что мы называем красотой живой природы. Глядя на зеленый луг или румяные щеки девушки, мы любимся «пигментами жизни». И если реакции обмена веществ, в которых участвует порфириновое кольцо, нарушаются, последствия могут быть непредсказуемыми.

Левенец Н.В.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТОЗОМ

Научный руководитель – Землякова Л.Ф.

Пародонтоз – дистрофическое поражение пародонта, характеризующееся морфологическими и физиологическими нарушениями, изменением метаболизма.

Цель работы: оценить возможность диагностирования патологического процесса в тканях пародонта с помощью биохимических тестов.

Были проанализированы данные литературы по содержанию в сыворотке крови больных пародонтозом гексозамина, гепарина, нейраминной кислоты, фракций гликопротеидов, белков.

Материалы и методы: Отклонения в протеинограмме при данной патологии характеризуются некоторым изменением уровней альбуминовой фракции. Снижение альбуминовой фракции отмечается при ранней стадии пародонтоза, сопровождающимися сопутствующими заболеваниями, а увеличение — при развитой стадии на фоне сопутствующего заболевания. Достоверное увеличение γ -глобулиновой фракции наблюдается только в группе с развитой стадией пародонтоза. Изменения со стороны белково-углеводного комплекса характеризуются высоким уровнем содержания гексамина на всех стадиях развития патологического процесса. Повышение уровня гексоз наблюдается в тех случаях, когда пародонтоз развивается на фоне сопутствующего заболевания, и только у больных с развитой стадией процесса, осложненным абсцедированием, их уровень значительно повышается даже при отсутствии сопутствующего заболевания. Достоверное увеличение содержания нейраминной кислоты выявлено у больных с развитой стадией пародонтоза в том случае, когда течение процесса отягощается сопутствующими заболеваниями или абсцедированием патологического процесса. Повышение уровня гепарина в плазме крови имеет место у всех больных с длительностью заболевания более 10 лет и зависит не от выраженности патологического процесса в пародонте и наличия сопутствующих заболеваний, а давности процесса.

Вывод: Таким образом, анализ данных литературы на динамике таких показателей, как содержание гексоз, гексозамина, нейтральной кислоты и гепарина указывают на деструкцию тканей пародонта и изменение барьерной функции организма.

Пасечник А.А.

ВЛИЯНИЕ СЕЛЕНОМЕТИОНИНА НА АКТИВНОСТЬ АДЕНОЗИНДЕЗАМИНАЗЫ КЛЕТОК КРОВИ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Научный руководитель – асс. Каф. Миронова К.А.

Цель исследования. Изучить динамику активности аденозиндезаминазы (АДА) в лимфоцитах и эритроцитах здоровых людей, которые принимали селенометионин (Se-met), концентрация которого составила 10 мкг/сут. Проанализировать взаимосвязь ферментативных показателей под влиянием препарата и некоторыми функциональными показателями клеток крови.

Материал и методы. Исследована кровь 5 здоровых добровольцев в возрасте 19-29 лет до и после 30 дней перорального употребления пищевой добавки, содержащей 10 мкг Se-met. Активность АДА и содержание СМ определялись спектрофотометрически. ССЭ – фотоэлектродиметрически. Жизнеспособность лимфоцитов – путем подсчета окрашенных клеток под световым микроскопом. ОРЭ – методом Лимбека.

Результаты. Учитывая важную метаболическую роль селена и его клиническую значимость, определенный интерес представляло изучение влияния этого элемента на активность АДА клеток крови. АДА – ключевой фермент пуринового обмена, регулирующий клеточный уровень аденозина, имеет важное значение для поддержания нормального иммунного ответа и энергообмена. Поступление аденозина в клетки обеспечивается специализированной транспортной системой, встроенной в мембрану.

Активность АДА в клетках крови через 30 дней применения Se-met повышается. В лимфоцитах изменяется не достоверно и составляет 520 ± 190 нмоль/мин* 10^6 ($316,4 \pm 71,7$ нмоль/мин* 10^6); в эритроцитах $19,4 \pm 1,6$ нмоль/мин*мг ($7,2 \pm 1,1$ нмоль/мин*мг, $p=0,006$). Повышение активности АДА клеток крови происходило на фоне повышения жизнеспособности лимфоцитов на 25% и снижения содержания СМ на поверхности гликокаликса эритроцитов на 40%. ССЭ и ОРЭ достоверно не изменялись.

Выводы. Установлено достоверное повышение активности АДА в эритроцитах крови после употребления препарата селенометионина практически в 3 раза, $p=0,006$, снижая клеточные уровни аденозина. Активность АДА в лимфоцитах изменяется не достоверно. Можно предположить, что Se способен активировать АДА в красных клетках крови, в отличие от белых клеток крови. Улучшение функциональных показателей биомембран под влиянием препарата, вероятно, связано с повышением активности селен зависимых ферментов антирадикальной защиты.

Селезнев Е. А.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИЙ ЛИПИДОВ МЕМБРАН ПРИ КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ

Научный руководитель – к. б. н, доцент Турсунова Ю. Д.

Цель: Осветить современные представления об особенностях различных классов липидов (фосфолипидов, лизофосфолипидов, сфинголипидов, холестерина), об их роли и значении в патогенезе опухолевого роста.

Материалы и методы: Были изучены данные современных источников литературы об исследованиях, посвященных изучению липидов, входящих в состав мембран опухолевых клеток.

Результаты: При онкологических заболеваниях наблюдается нарушение липидного обмена. Так, отношение опухолевых клеток к холестерину (ХС) не всегда одинаково. Было показано, что клетки рака простаты нуждаются в ХС для образования рафтов, которые необходимы для выживания данных клеток. Ингибирование синтеза ХС вызывало их апоптоз, так как при этом нарушалась структура мембран. Введение экзогенного ХС экспериментальным животным усиливало рост опухолей. В то же время было показано, что в цитоплазматических мембранах опухолевых тимоцитов у экспериментальных животных наблюдалось увеличение текучести мембран по сравнению с нормальными тимоцитами. Причиной стало низкое содержание холестерина и сфингомиелина на фоне повышения количества ненасыщенных жирных кислот в составе липидов. Обогащение холестерином клеток данного вида опухоли снижало опухолегенный потенциал. Также, было замечено, что переходящие к метастазированию клетки обладали более динамичной мембраной, что способствовало их отсоединению и последующему метастазированию. Следовательно, ХС в этих условиях становится для них обузой.

При раковом перерождении существуют так же отличия в обмене фосфолипидов (ФЛ). В опухоли по сравнению с нормальной тканью достоверно увеличивается количество метаболитов фосфотидилхолина (ФХ) – холина, фосфохолина и глицерофосфохолина. Аналогичные изменения выявлены в опухолях и для фосфотидилэтаноламина. Продуктами частичного гидролиза ФЛ, катализируемых фосфолипазой А₂, являются лизофосфолипиды, которые в высокой концентрации обладают цитолитическим действием. Анализ спектра общих липидов в крови пациентов с различными формами рака показывает уменьшение содержания лизофосфолипидов. Например, у больных концентрация лизофосфатидилхолина (ЛФХ) уменьшается при развитии опухоли по сравнению со здоровыми людьми. Было замечено, что у больных лимфомами, опухолями ЖКТ и почек уменьшается концентрация ЛФХ в плазме даже на ранних стадиях развития. Обнаружено, что опухолевые клетки имеют рецепторы к лизофосфатидной кислоте (ЛФК) – проканцерогенному липиду,

продукция которого играет важную роль в метастазирующих формах рака. В ответ на активацию рецепторов стимулируется экспрессия цитокинов (ИЛ-6 и ИЛ-8), которые повышают выживаемость и агрессивность опухолевых клеток.

Установлено, что в клетках злокачественных образований изменяется биосинтез и метаболизм сфинголипидов, что приводит к нарушению структуры мембран и биологических функций клеток. В настоящее время известно, что сфингозин и церамиды ингибируют клеточную пролиферацию и стимулируют апоптоз, а их метаболиты (сфингозин-1-фосфат и церамид-1-фосфат) наоборот, стимулируют пролиферацию и ингибируют апоптоз. А накопление гликозилцерамидов в раковых клетках повышает их устойчивость к лекарствам.

Выводы: Описанные данные, говорят о том, что липиды оказывают противоположное влияние на развитие опухолей. Так, они могут как способствовать канцерогенезу, так и противодействовать ему. Изменения в метаболизме ХС, ФЛ и сфинголипидов отражают разные стадии развития опухолей, что может быть использовано в диагностических и лечебных целях.

Селезнев Е. А.

ВЛИЯНИЕ МЕТФОРМИНА НА ГЕМОЛИЗ ЭРИТРОЦИТОВ

Научный руководитель – асс. Каплун Д. С.

Цель : Выяснить, как влияет метформин – антигипергликемическое лекарственное вещество, на эритроциты и их гемолиз в частности.

Материалы и методы: Воздействие метформина на функциональные способности эритроцитов проверяли с использованием метода осмотической резистентности. Кровь брали у здоровых доноров-добровольцев. Опытные пробы предварительно инкубировали в течение часа с метформином (5г/л) *in vitro*. Затем измеряли по методу Идельсона Л. И. в 0,4% гипотоническом растворе хлорида натрия.

Статистический анализ данных проводили с использованием пакета программы STATISTICA 10.0. Результаты в тексте представлены в виде средней арифметической величины и ее стандартного отклонения.

Результаты: В эксперименте было установлено, что в 0,4% растворе хлорида натрия осмотическая резистентность эритроцитов при инкубировании с метформином по сравнению с контролем снижается. Так гемолиз в опыте составил $63 \pm 13,7\%$, в контроле $51,4 \pm 10,0\%$ ($p < 0,05$). Скорее всего, такие результаты связаны с повышением текучести мембран, которое, согласно исследованиям Muller S., Denet S. (1997) , возникает из-за влияния метформина на плазматическую мембрану эритроцитов.

Выводы: Метформин влияет на проницаемость клеточных мембран эритроцитов, достоверно снижает их устойчивость на 11,6% к гипотоническим растворам.

Семенюк Ю. В. Осьмуха А. Т.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ГЕМОЛИЗА ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ

Научный руководитель – асс. Каплун Д. С.

Цель исследования: изучить влияние метформина на перекисный гемолиз эритроцитов.

Материалы и методы: Эритроциты выделяли из цельной крови здоровых доноров-добровольцев путем 2-х минутного центрифугирования при 3000 об/мин при 15°С. Осадок эритроцитов после декантации надосадочной жидкости ресуспензировали в 7,5 мл рабочего реактива. По 1 мл суспензии разливали в 2 пробирки, содержащие по 4 мл рабочего раствора и дистододы. Все пробы инкубировали при 38°С в течении 2-х часов, после чего центрифугировали 1 минуту при 3000 об/мин. Оптическая плотность надосадочной жидкости измеряется на фотоколориметре при длине волны равной 540 нм против воды.

Уровень восстановленного глутатиона определяли по методу Э. Батлера, О. Дюбона и Б. Келли, 1963.

Статистический анализ данных проводили с использованием пакета программы STATISTICA 10.0.

Результаты в тексте представлены в виде средней арифметической величины и ее стандартного отклонения.

Результаты: Исследование перекисного гемолиза эритроцитов показало, что инкубирование цельной крови с метформином по сравнению с контролем увеличивает процент гемолиза, соответственно: опыт – $4,49 \pm 0,89\%$; контроль- $3,14 \pm 0,88\%$, при $p < 0,05$.

Изучив литературные данные, мы увидели, что данный бигуанид оказывает влияние на ферменты углеводного обмена. Учитывая все выше сказанное, нами было принято решение, посмотреть изменяет ли метформин уровень восстановленного глутатиона, так как донором НАДФН₂ для его восстановления является пентозо-фосфатный путь. В ходе проведенного эксперимента установили, что предварительная инкубация с метформином статистически значимо снижает содержание восстановленного глутатиона в эритроцитах $1,79 \pm 0,16$ $1,64 \pm 0,23$ ммоль/л (контроль $1,79 \pm 0,16$ ммоль/л).

Результатирующее ослабление антирадикального потенциала эритроцитов – основа для интенсификации перекисного окисления фосфолипидов мембран, – и может приводить к закономерному снижению стойкости мембран клеток.

Выводы. Нами установлено, достоверное увеличение перекисного гемолиза эритроцитов при инкубации с метформином на 1,35%. В работе показано, что снижается уровень восстановленного глутатиона на 0,15 ммоль/л при $p < 0,05$.

ГИСТОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ И ЭМБРИОЛОГИЯ

Донецкий национальный медицинский университет, г. Донецк,
ДНР Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии
Зав. кафедры – проф. Баринов Э.Ф.

Власенко А.И.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Научный руководитель – асс. Балыкина А.О.

Цель исследования: проанализировать реактивные изменения в периферической крови у пациентов с диагнозом внегоспитальная пневмония.

Материалы и методы: исследовались пациенты обоего пола (мужчин – 10, женщин – 10) с верифицированным диагнозом внегоспитальная пневмония 3 категории на этапе госпитализации в стационар. Диагноз был поставлен согласно физикальному обследованию и данных рентген-диагностики. Забор периферической крови производился с последующей оценкой общеклинического анализа. Критериями оценивания стали: уровень гемоглобина (г/л), абсолютное число эритроцитов (Т/л), лейкоцитов (Г/л), лейкоцитарная формула, скорость оседания эритроцитов (мм/ч). Полученные данные обрабатывались с помощью статистического пакета Medcalc Software 2010. Данные подчинялись нормальному закону распределения. Оценивалось среднее арифметическое признака (X) и его ошибка (m). Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты: полученные данные позволили констатировать следующее: показатель гемоглобина для мужчин составил $141,1 \pm 10,7$ г/л. У женщин данный показатель составил был ниже на 11% – $127,5 \pm 6,6$ г/л ($p = 0,169$). Показатель эритроцитов для мужчин был равен $4,5 \pm 0,3$ Т/л, для женщин эта величина также в пределах референтных интервалов – $3,98 \pm 0,16$ Т/л ($p = 0,052$). Мобилизация лейкоцитарного пула у мужчин выражалась в абсолютном числе лейкоцитов – $6,5 \pm 0,8$ Г/л. Женщины продемонстрировали данный показатель равный $5,98 \pm 0,9$ Г/л ($p = 0,675$). Более выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево отмечается у мужчин (8,6% палочкоядерных нейтрофилов против 5,9% у женщин) ($p = 0,195$). У женщин чаще отмечается относительная лимфопения, в 5 случаях из 10 (для сравнения у мужчин – 3 из 10). Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) у женщин на 14,5% больше, чем у мужчин ($38,7 \pm 4,2$ мм/ч и $33,8 \pm 5,3$ мм/ч соответственно) ($p = 0,513$), с учетом того, что этот показатель у одного мужчины вовсе не отреагировал на бактериальную инфекцию (СОЭ по данным обязательных проф.осмотров составила 5-9 мм/ч, при госпитализации в стационар с верифицированной внегоспитальной пневмонией – 6 мм/ч).

Выводы: несмотря на то, что показатели находились в пределах референтных интервалов, можно констатировать наличие связи между реактивностью провоспалительных маркеров периферической крови и гендерным фактором. Хотя между показателями крови мужчин и женщин нет статистической разницы, нужно отметить, что у мужчин менее выражен ответ на бактериальную инфекцию лейкоцитарного ростка кроветворения (количество лейкоцитов составляет $6,5 \pm 0,8$ Г/л у женщин и $5,98 \pm 0,9$ Г/л у мужчин, что на 9% меньше). Повышение скорости оседания эритроцитов у женщин на 14,5% больше, чем у мужчин ($38,7 \pm 4,2$ мм/ч и $33,8 \pm 5,3$ мм/ч соответственно).

Грибов В.В.

АНАЛИЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Научный руководитель – асс. Балыкина А.О.

Цель исследования: проанализировать показатели общего анализа крови (ОАК) у пациентов с нарушением мозгового кровообращения.

Материалы и методы: исследовались пациенты с верифицированным диагнозом дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) находящиеся на стационарном лечении. На основании результатов ультразвукового дуплексного сканирования были выделены группа 1 с наличием атеросклеротических изменений сосудов шеи ($n=14$) и группа 2 без них ($n=9$). Критериями исследования стали показатели: абсолютное число тромбоцитов (Тц), количество гемоглобина (Гб), число эритроцитов (Эр), скорость оседания эритроцитов (СОЭ), абсолютное число лейкоцитов (Лц), данные лейкоцитарной формулы: палочкоядерных нейтрофилов (ПЯНФ), сегментоядерных нейтрофилов (СЯНФ), эозинофилов (Эо), моноцитов (М), лимфоцитов (ЛФц). Статистическая обработка результатов проведена в статистическом пакете MedCalc Software 2010. Различия считались значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты: в группе 1 показатель ТЦ составил $239 \pm 16 \times 10^9$ /л, при этом в группе 2 данный показатель составил $269 \pm 19 \times 10^9$ /л ($p = 0,27$); показатель Гб для группы 1 равен $143 \pm 6,2$ г/л, в то время как для группы 2 – $140 \pm 3,4$ г/л ($p = 0,68$); Эр у пациентов группы 1 составили $4,9 \pm 0,15 \times 10^{12}$ /л, аналогичный показатель у группы 2 – $4,6 \pm 0,1 \times 10^{12}$ /л ($p=0,95$); СОЭ в группе 1 – $7,7 \pm 1,3$ мм/ч и в группе 2 – $12,3 \pm 2,5$ мм/ч ($p=0,19$). Число ЛЦ для группы 1 было равно $6,9 \pm 0,4 \times 10^9$ /л, для группы 2 результат – $7,6 \pm 1,0 \times 10^9$ /л ($p=0,6$). ПЯНФ у пациентов

группы 1 и группы 2 составили – $1,8 \pm 0,4\%$ и $3,6 \pm 0,7\%$ соответственно ($p=0,06$); СЯНФ для группы 1 – $59,9 \pm 2,5\%$ и для группы 2 – $64 \pm 2,6\%$ ($p=0,28$); Эо у пациентов группы 1 показали результат – $1,7 \pm 0,35\%$, группы 2 – $1,4 \pm 0,4\%$ ($p=0,62$); по показателю М группа 1 – $5,2 \pm 0,52\%$, в то время как группа 2 – $6,08 \pm 0,8\%$ ($p=0,4$); ЛФц у пациентов группы 1 показали результат на уровне $31 \pm 2,8\%$, а группы 2 – $24,5 \pm 3,1\%$ ($p=0,12$).

Вывод: при оценке показателей периферической крови у пациентов группы 1 и 2 был получен результат, который свидетельствует об отсутствии различий исследуемых критериев. Возможной причиной данного факта и вмешивающимся фактором может являться консервативное лечение. Несмотря на данный факт, в литературе продолжают обсуждаться вопросы, связанные с провоспалительной активацией форменных элементов, вызванной атеросклеротическими нарушениями в сосудистой стенке.

Жеденова А.А.

АНАЛИЗОВ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Научный руководитель – асс. Балыкина А.О.

Цель исследования: проанализировать отличается ли абсолютное число СОЭ, СРБ и формирование тромбоцитарно-лейкоцитарных агрегатов (ТЛА) во время госпитализации и после проведения оперативного вмешательства (литотрипсии).

Материалы и методы: исследованию подвергались пациенты с верифицированным диагнозом ХОПН ($n=21$). Материалом служила периферическая кровь. Забор периферической крови производился на этапах госпитализации и в первый час после проведения литотрипсии. Критериями анализа стали следующие показатели: абсолютное число лейкоцитов, СОЭ, СРБ и ТЛА до и после проведения литотрипсии. Статистическая обработка результатов проведена в статистическом пакете MedCalc Software 2010. Статистическая значимость была на уровне при $p \leq 0,05$.

Результаты: абсолютное число лейкоцитов до операции составило $9,5 \pm 1,59 \times 10^9$ /л, в то время как после литотрипсии $10,0 \pm 1,14 \times 10^9$ /л ($P = 0,63$). Показатель СОЭ во время госпитализации – $24,7 \pm 7,13$ мм/ч, после хирургического вмешательства: $13,77 \pm 4,12$ мм/ч ($p = 0,04$). В значениях ТЛА до литотрипсии – $7,14 \pm 1,05\%$, после: $11,28 \pm 1,52\%$ ($p = 0,03$). Качественные изменения в СРБ – не произошло изменений до и после операции у 62,5% больных, наблюдается появление СРБ у 25% и его отсутствие у 12,5%.

Выводы: Выявлено, что литотрипсия не оказала значительного активирующего влияния на процесс активации лейкопоза, однако снижение СОЭ может свидетельствовать о понижении воспалительных проявлений. Изменения в значениях ТЛА после операции дает основания для предположения процесса инициации иммунного ответа и требует дальнейшего изучения.

Иваненко Н.Н.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ОРГАНЕЛЛ ОБЩЕГО НАЗНАЧЕНИЯ

Научный руководитель – асс. Балыкина А.О.

Цель исследования: проанализировать участие органелл общего назначения в адаптации клетки.

Материалы и методы: Был проведен анализ современных отечественных и зарубежных источников научной литературы. В процессе исследования был поставлен исследовательски вопрос о проявлениях воздействия различных стрессовых факторов на органеллы общего назначения клетки.

Результаты: Повреждение клетки – типический патологический процесс, основу которого составляют нарушения внутриклеточного гомеостаза, приводящие к нарушению структурной целостности клетки и ее функциональных способностей. Наиболее ранние изменения свойств и поведения клеток при действии повреждающих агентов связаны с изменениями функционирования мембранных структур клетки: цитоплазматической мембраны, внутренней мембраны митохондрий, мембран эндоплазматического ретикулума и других внутриклеточных структур. *Лизосомы* участвуют в защите клеток от бактерий, инородных тел, химических веществ, в воспалительных и иммунологических реакциях, в процессах дистрофии, некроза. Увеличение численности и размеров лизосом является одной из форм структурно-функциональной адаптации клеток к повреждающему воздействию. При повреждении клетки нарушается работа *митохондрий*: снижается мембранный потенциал внутренней митохондриальной мембраны, прекращается окислительное фосфорилирование. Как следствие снижения мембранного потенциала уменьшается поглощение митохондриями ионов кальция. Снижение концентрации АТФ в клетке приводит к угнетению Ca^{2+}/Mg^{2+} . Увеличение концентрации Na^+ в клетке вследствие угнетения натриевого насоса при недостатке АТФ приводит к выключению и даже обращению направления Na^+/Ca^{2+} -обмена через плазматическую мембрану. В результате этого происходит увеличение концентрации кальция от 10^{-8} М – 10^{-7} М до 10^{-6} М – 10^{-5} М, что приводит к активации большого числа кальций-зависимых ферментов. При токсических воздействиях на клетки происходит изменение конфигурации *эндоплазматического ретикулума* и связанных с ним рибосом. Липидный слой цитоплазматической и внутриклеточных мембран выполняет две основные функции – барьерную и матричную (структурную). Повреждение барьера приводит к нарушению регуляции внутриклеточных процессов и тяжелым расстройством клеточных функций. Разрушение мембраны иницируют вещества, нарушающие гомеостаз внутриклеточного кальция. Ca^{2+} активирует протеазы, которые расщепляют актинсвязывающие белки, разрушая места прикрепления филаментов цитоскелета к клеточной мембране, что

приводит к вскипанию, свидетельствуя действию различных токсинов. Вещества связывающие внутриклеточный кальций и ингибиторы, препятствуют вскипанию. Белки цитоскелета повреждаются не только в результате повышения содержания Ca^{2+} в цитоплазме, но и под влиянием факторов с иными механизмами действия.

Вывод: таким образом, органеллы общего назначения принимают непосредственное участие в адаптационных реакциях организма. Понимание ультраструктурной патологии клетки и цитологических особенностей адаптации поможет в понимании различных патологических реакций.

Игнатова А. И.

ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕГУЛЯЦИЮ ГЕМОПОЭЗА

Научный руководитель – асс. Балыкина А.О.

Цель исследования: изучить факторы влияющие на регуляцию гемопоэза.

Материалы и методы: проведен анализ современных отечественных и зарубежных научных источников литературы.

Результаты: Под гемопоэзом следует понимать сложный комплекс механизмов, обеспечивающих образование и разрушение форменных элементов крови. В регуляцию гемопоэза «включен» механизм ингибирования гуморальной обратной связью клеток-предшественниц продуктами, образуемыми клетками разных линий на последних этапах их созревания. Кислый изо-ферритин, продуцируемый зрелыми нейтрофилами, тормозит их новообразование из КОК-Г; К цитокинам, тормозящим гемопоэз, относят опухолекротизирующий фактор (ОНФ). Его рецепторы представлены на мембране различных КОК. Активация рецепторов ОНФ, в частности fas-рецептора опухолекротизирующего фактора, на КОК вызывает выраженное угнетение гемопоэза и «запускает» апоптоз-запрограммированную смерть клетки-предшественницы. Fas-опосредованный апоптоз стволовых кроветворных клеток лежит в основе ряда наследуемых форм недостаточности костного мозга.

Относительно регуляции гемопоэза необходимо отметить по крайней мере два его варианта- конститутивный и индуцированный гемопоэз. Конститутивный гемопоэз регулируется цитокинами и межклеточным взаимодействием и осуществляется в особых зонах скопления стволовых клеток. Часть стволовых клеток, медленно размножаясь мигрирует в другие зоны костного мозга, где и дифференцируется. Индуцированный гемопоэз возможен при нарушениях гомеостаза при различных стрессорных воздействиях (гипоксия, интоксикация, ионизирующая радиация).

Образование форменных элементов крови происходит под контролем гуморальных (химических) и нервных механизмов регуляции.

Гуморальные компоненты регуляции гемопоэза в свою очередь можно разделить на две группы: экзогенные и эндогенные факторы. К экзогенным факторам относятся биологически активные вещества, витамины группы В, витамин С, фолиевая кислота, а также микроэлементы – железо, кобальт, медь, марганец. Указанные вещества, влияя на ферментативные процессы в кроветворных органах, способствуют дифференцировке форменных элементов, синтезу их структурных (составных) частей.

К эндогенным факторам регуляции гемопоэза относятся фактор Касла, гемопоэтины, эритропоэтины, тромбоцитопоэтины, лейкопоэтины, некоторые гормоны желез внутренней секреции.

Влияние высших отделов центральной нервной системы на гемопоэз было доказано методом условных рефлексов. Рядом исследователей получен условнорефлекторный пищевой лейкоцитоз и условнорефлекторный тромбоцитоз. Установлено, что возбуждение нейронов коры головного мозга сопровождается стимуляцией эритропоэза, а торможение – его угнетением.

Вывод: Таким образом, функциональная активность органов кроветворения и кроверазрушения обеспечивается сложными взаимоотношениями нервных и гуморальных механизмов регуляции, от которых зависит в конечном итоге сохранение постоянства состава и свойств универсальной внутренней среды организма.

Козакова Д. С.

КЛЕТОЧНАЯ АДАПТАЦИЯ К СТРЕССУ. ОРГАНЕЛЛЫ

Научный руководитель – асс. Балыкина А.О.

Цели исследования: изучить реакцию клеток, а в частности клеточных органелл на раздражители.

Материалы и методы: Был проведен анализ современной отечественной и зарубежной научной литературы.

Результаты: Клеточная адаптация — приспособление клеток к условиям окружающей среды, направленное на выживаемость и воспроизведение. Общая адаптация к различным условиям обитания основывается на изменении тканевой устойчивости, которая во многом связана с термостабильностью белков и различной термической настройкой ферментных систем. Клеточная адаптация условно разделяется на гено- и фенотипическую. Генотипическая адаптация возникает вследствие отбора клеток с определенным генотипом, обуславливающим выносливость; фенотипическая адаптация возникает как защитная реакция на действие повреждающего фактора. Возникшая под влиянием слабого раздражителя устойчивость может сохраняться и после того, как прекратится его действие. Это выявляется после повторного применения того же агента. Скорость изменения резистентности клетки, как и длительность адаптации, значительно варьирует. Степень

адаптации клетки — повышение или понижение порога чувствительности — обеспечивает уровень активной функции.

Наиболее ранние изменения свойств и поведения клеток при действии повреждающих агентов связаны с изменениями функционирования мембранных структур клетки. Наиболее характерными изменениям органелл считаются: 1). увеличение числа и размеров митохондрий, образование мегамитохондрий, изменение их формы; 2). гиперплазию и атрофию эндоплазматической сети; 3). атрофии пластинчатого комплекса Гольджи, что сопровождается редукцией (уменьшением) вакуолей и потерей секреторных гранул.

Выводы: Нарушение жизнедеятельности организма человека всегда связано с изменением функционирования клеток. При воздействии избыточных физиологических или патологических стимулов в клетках может развиваться процесс адаптации, следствием которого является достижение нового стационарного состояния, позволяющего им нормально функционировать в изменившихся условиях.

Коробка Ю. Р

ПРОТЕАСОМЫ. СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ. РОЛЬ В ФУНКЦИОНИРОВАНИИ ТКАНИ

Научный руководитель – асс. Балыкина А.О.

Цель исследования: проанализировать роль протеасом в процессах функционирования тканей.

Материалы и методы: проведен анализ источников научной зарубежной и отечественной литературы.

Результаты: длительно регуляция экспрессии генов на уровне транскрипции считалась основным механизмом адаптивного клеточного ответа на различные стрессы. Накопилось большое количество фактов, свидетельствующих о наличии сложной, чувствительной и чрезвычайно важной системы регуляторных связей, основывающихся на белок-белковых взаимодействиях, пост-трансляционных модификациях и протеолизе, который происходит благодаря активной работе протеасом. Протеасомы — полиферментные каталитические белковые структуры, обладающие протеолитической и АТФазной активностями. Они обнаруживаются как в цитоплазме, так и в ядре, и составляют до 1% белка в цитоплазме, где ассоциированы с центросомами и компонентами цитоскелета, а также обнаруживаются на поверхности эндоплазматического ретикула. Главная роль протеасом заключается в процессинге предшественников с образованием зрелых, активных белков. Селекция белков для деградации может определяться первичными (конститутивными) или вторичными, (посттрансляционная модификация или ассоциирование с вспомогательными белками) сигналами. Именно эти сигналы узнаются специфическими убиквитин- белок лигазами, с которыми субстратные белки связываются перед убиквитинированием: «узнают» белок для связывания, который подвергнется последующей деградации. Таким образом, катаболизм белка убиквитиновой системой осуществляется в два основных дискретных этапа: ковалентное связывание множества молекул убиквитина с субстратным белком и деградация меченного субстрата. В результате чего реализуется главная роль протеасом – замедление старения организма. протеасома непосредственно участвует в регуляции процессов старения, при восстановлении функций протеасом замедляется скорость старения, а ингибирование протеасом ускоряет старение. Нарушения в убиквитин- протеасомной системе, вызывают, в частности, накопление в клетке онкобелков, что приводит к реализации их онкогенного потенциала и, как следствие, к образованию новых очагов опухолевого роста

Выводы: Снижение эффективности работы протеасомной системы деградации белков приводит к избыточному накоплению клеточного «мусора», что еще больше затрудняет нормальные процессы в клетке. можно выделить проблемы отдельной регуляции протеасом при стрессах, а также механизмы повышенной активности протеасом в опухолевых клетках.

Марченко Р.М.

ОБНОВЛЕНИЕ ТКАНЕЙ, РЕГЕНЕРАЦИЯ, ЗАЖИВЛЕНИЕ

Научный руководитель – асс. Балыкина А. О.

Цель исследования: проанализировать явление регенерации в различных типах тканей.

Материалы и методы: проведен анализ источников отечественной и зарубежной научной литературы.

Результаты: Процесс регенерации является восстановлением утраченной или поврежденной дифференцированной структуры. Различают физиологическую репаративную и патологическую регенерацию.

Восстановление в процессе жизнедеятельности утраченных клеток и их комплексов называется физиологической регенерацией. Физиологическая регенерация может быть внутриклеточной (обновление органелл) и клеточной (обновление на уровне клеток). Согласно классификации по Леблону различают 3 типа регенерации: к обновляющимся тканям следует отнести кроветворные ткани, кишечный эпителий, эпидермис, рыхлую соединительную ткань и некоторые другие, для которых характерен высокий уровень пролиферативной активности клеток. Ряд тканей отличаются сочетанием клеточной и внутриклеточной форм физиологической регенерации. В обновляющихся тканях, для нормального гистогенеза которых характерна пролиферация клеток путем митоза, и в процессах регенерации основная роль принадлежит митотическому делению клеток.

Регенерационный гистогенез растущих тканей включает процессы как клеточной пролиферации, так и внутриклеточного увеличения структурных компонентов (органелл). Регенерационный гистогенез стабильных тканей происходит за счет внутриклеточных репаративных процессов (увеличение количества органелл, рост отростков и образование синаптических структур в нервных клетках).

Вывод: Таким образом, изучение условий успешной регенерации тканей возможно на путях более глубокого изучения гистогенезов, ибо оптимизация посттравматической регенерации должна проводиться с учетом особенностей физиологической регенерации конкретной ткани. Так, например, бесполезно стимулировать нейроны к митозу, если этот процесс им несвойственен. Напротив, стимуляция митозов в обновляющихся тканях вполне оправдана.

Плаха А.А.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Научный руководитель – ассистент Балыкина А. О.

Цель исследования: Проанализировать лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) у больных с хроническим обструктивным пиелонефритом (ХОПН) в фазу рецидива и ремиссии.

Материалы и методы: В экспериментальную группу вошли пациенты с верифицированным диагнозом ХОПН в стадии рецидива (группа I) (n=8). Контрольную группу составили 8 пациентов с тем же диагнозом в стадии ремиссии (группа II). Взятие периферической крови производилось при поступлении в стационар. Оценивался общий анализ крови (ОАК), а также лейкоцитарная формула, из которой высчитывался ЛИИ. $ЛИИ = (4 \times \text{миелоциты} + 3 \times \text{юные нейтрофилы} + 2 \times \text{палочкоядерные нейтрофилы} + \text{сегментоядерные нейтрофилы}) \times (\text{плазмоциты} + 1) / (\text{лимфоциты} + \text{моноциты}) \times (\text{эозинофилы} + 1)$. Обработка результатов проведена в статистическом пакете MedCalc Software 2010.

Результаты: В ходе исследования было выявлено, что у пациентов в стадии ремиссии ЛИИ составил $9,5 \pm 2,9$, а у пациентов с обострением – $4,4 \pm 0,37$ ($P = 0,09$). Оба показателя выше нормы, указанной в литературных источниках – $0,62-1,6$ (допускается до 3). При изучении лейкоцитарной формулы было установлено, что в группе I количество сегментоядерных нейтрофилов составило $68,8 \pm 2,6\%$, в группе II – $63,8 \pm 3,3\%$ ($P = 0,25$). При подсчете лимфоцитов в группе ремиссии наблюдалось их преобладание сравнительно с группой рецидива – $26 \pm 3,7\%$ и $23 \pm 2\%$ соответственно ($P = 0,1$).

Выводы: У группы с диагнозом ХОПН в стадии ремиссии степень интоксикации по показателю ЛИИ выше, нежели в стадии обострения, что может свидетельствовать о том, что у пациентов группы II тоже идет интенсивный воспалительный процесс.

Также выяснилось, что количество лимфоцитов оказывает значительное влияние на показатель ЛИИ, при том, что в предыдущих исследованиях внимание было направлено на количество нейтрофилов, так как нейтрофилез является одним из «классических» маркеров ХОПН.

Реутова Н.О.

ВЛИЯНИЕ КОНТАКТНО-ФРЕЗОВОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ТРОМБОЦИТАРНО-ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ АГРЕГАТОВ В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Научный руководитель – асс. Балыкина А.О.

Цель исследования: проанализировать влияние контактно-фрезовой нефролитотрипсии (КФНЛТ) на клеточную гетерогенность тромбоцитарно-лейкоцитарных агрегатов (ТЛА) в крови у пациентов с хроническим обструктивным пиелонефритом (ХОПН).

Материалы и методы: исследованию подверглись пациенты с верифицированным диагнозом ХОПН (n=25). Забор периферической крови произведен на этапе госпитализации (контрольная группа I) и после проведения КФНЛТ (исследуемая группа II). Мазки окрашены по Паппенгейму, микроскопически осуществлен подсчет клеточных коопераций – ТЛА (%). Статистический анализ результатов проведен в MedCalc Software 2010. Различия считались достоверными при $P \leq 0,05$.

Результаты: В общем анализе крови у пациентов группы I количество лейкоцитов составило $9,1 \pm 0,4\%$, в то время как в группе II наблюдалось развитие лейкоцитоза: $11,4 \pm 1,2\%$ ($P = 0,04$). В результате цитоморфометрического исследования обнаружены гетерогенные ТЛА, значение которых возросло с $6,8 \pm 0,9\%$ на этапе госпитализации до $11,3 \pm 1,5\%$ после КФНЛТ ($P = 0,01$). В составе коопераций с тромбоцитами преобладали сегментоядерные нейтрофилы, их количество для группы I составило $6,2 \pm 0,9\%$ и повысилось до $9,4 \pm 0,9\%$ для группы II ($P = 0,01$). Вовлечение моноцитов в образование клеточных коопераций возросло после КФНЛТ до $1,3 \pm 0,3\%$ в сравнении с этапом госпитализации – $0,4 \pm 0,2\%$ ($P = 0,01$). При сравнении количества тромбоцитарно-лимфоцитарных коопераций группы I $0,2 \pm 0,1\%$ и группы II $0,1 \pm 0,09\%$ не выявлено статистически значимых различий ($P = 0,47$), поскольку вовлечение лимфоцитов в ТЛА несущественно. Аналогичные результаты с тромбоцитарно-эозинофильными агрегатами: на этапе госпитализации показатели равны $0,08 \pm 0,05\%$, после КФНЛТ – $0,09 \pm 0,06\%$ ($P = 0,89$).

Выводы: выявлена тенденция к повышению ТЛА у пациентов с ХОПН после проведения КФНЛТ, что можно объяснить активацией симпатоадреналовой системы, сопровождаемой адреналин-опосредованной экспрессией молекул адгезии на клеточных мембранах тромбоцитов и лейкоцитов. В составе гетерогенных коопераций с тромбоцитами количественно преобладали сегментоядерные нейтрофилы, менее значительными оказались показатели моноцитов, лимфоцитов и эозинофилов. Повышение вовлечения в ТЛА нейтрофилов и

моноцитов после КФНЛТ определяется провоспалительной активацией различных рецепторов на поверхности клеток-мишеней.

Туник Ю.А.

РОЛЬ АПОПТОЗА В ПРОЦЕССАХ СТАРЕНИЯ

Научный руководитель – асс. Балыкина А.О.

Цель исследования. Выявить связь апоптоза с процессами старения.

Материалы и методы. Был проведен анализ современной научной литературы. До сих пор неясно, является ли процесс старения организма непосредственно запрограммированным процессом или он ускоряется после прекращения действия программ регенерации и репарации организма по достижении определенного возраста.

Результаты. Выявлено несколько факторов, определяющих продолжительность жизни: наследственность, образ жизни, роль окислительных процессов и др. Интенсивные исследования паттерна апоптоза при старении выявили множество примеров возрастзависимой дерегуляции этого процесса и показали некоторые механизмы, лежащие в основе этого изменения. Как оказалось, старение многих типов клеток ассоциировано с изменением их чувствительности к апоптозу. Наибольшее количество типов клеток характеризуется возрастзависимым повышением чувствительности к индукции апоптоза: гепатоциты, овоциты, мегакарициты, макрофаги, хондроциты-эндотелиоциты, нейроны, спленоциты, кардиомиоциты. В то же время показано, что данная чувствительность для кератиноцитов не изменяется, а для фибробластов даже снижается. В развитии апоптоза выделяют 3 стадии: сигнальную (индукторную), эффекторную и деградации (деструкции). Индукторами апоптоза могут быть как внешние (внеклеточные) факторы, так и внутриклеточные сигналы. Сигнал воспринимается рецептором и последовательно передается молекулам-посредникам (мессенджерам) различного порядка и достигает ядра, где происходит включение программы клеточного "самоубийства" путем активации летальных и/или репрессии антилетальных генов. Целью апоптоза являются: 1) устранение поврежденных стареющих клеток (например фибробластов, гепатоцитов), которые затем могут быть заменены путем клеточной пролиферации, таким образом сохраняется тканевой гомеостаз. 2) элиминация постмитотических клеток (например нейронов, кардиомиоцитов), которые не могут быть заменены, что ведет к патологии.

Выводы. Таким образом, развитие апоптоза в клетках стареющих организмов некоторым образом подтверждает теорию старения как результат эволюционных неадаптивных гомеостатических повреждений при воздействии различных факторов.

ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ

Донецкий национальный медицинский университет, г. Донецк, ДНР Кафедра иностранных языков

Anikeyenko A.A.

ABO-INCOMPATIBLE HEART TRANSPLANTATION IN INFANTS

M.Gorki Donetsk National Medical University, Donetsk. DPR

The Department of Foreign Languages

Head of the Department – candidate of philological sciences,

associate Prof. – Puzik A.A., Scientific adviser – Chudin A.G.

BACKGROUND. Transplantation of hearts from ABO -incompatible donors is contraindicated because of the risk of hyperacute rejection mediated by preformed antibodies in the recipient to blood-group antigens of the donor. Such rejection occurs when preexisting serum anti-A or anti-B antibodies (natural isohemagglutinins) in the recipient bind to their respective blood-group antigens on vascular endothelial cells of the donor organ, resulting in the activation of the complement cascade and rapid thrombosis in the vasculature of the graft. This contraindication may not apply to newborn infants, who do not yet produce antibodies to T-cell-independent antigens, including the major blood-group antigens.

METHODS. We studied 10 infants, 4 hours to 14 months old (median, 2 months), who had congenital heart disease or cardiomyopathy and who received heart transplants from donors of incompatible blood type between 1996 and 2000. Serum isohemagglutinin titers were measured before and after transplantation. Plasma exchange was performed during cardiopulmonary bypass; no other procedures for the removal of antibodies were used. Standard immunosuppressive therapy was given, and rejection was monitored by means of endomyocardial biopsy. The results were compared with those in 10 infants who received heart transplants from ABO-compatible donors.

RESULTS. The overall survival rate among the 10 recipients with ABO-incompatible donors was 80 percent, with 2 early deaths due to causes presumed to be unrelated to ABO incompatibility. The duration of follow-up ranged from 11 months to 4.6 years. Two infants had serum antibodies to antigens of the donor's blood group before transplantation. No hyperacute rejection occurred; mild humoral rejection was noted at autopsy in one of the infants with antibodies. No morbidity attributable to ABO incompatibility has been observed. Despite the eventual development of antibodies to antigens of the donor's blood group in two infants, no damage to the graft has occurred. Because of the use of ABO-incompatible donors, the mortality rate among infants on the waiting list declined from 58 percent to 7 percent.

CONCLUSIONS. ABO-incompatible heart transplantation can be performed safely during infancy before the onset of isohemagglutinin production; this technique thus contributes to a marked reduction in mortality among infants on the waiting list.

Shulga E., Kharabe A.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CARIES CONTACT SURFACES OF CHEWING (CLINICAL AND LABORATORY RESEARCH)

M. Gorky Donetsk National Medical University

Department of Foreign Languages

Head of the Department- associate prof. Puzik A.A.

Scientific supervisor – Kovtun I.V.

The aim of investigation. To improve the efficiency of diagnosis and treatment of dental caries contact surfaces of molars and premolars by direct aesthetic restoration of light-cured composite materials by optimizing the diagnostic approaches and improve recovery techniques anatomical shape of the teeth and the contact point.

Materials and research methods.

1. Methods used in the practice of dentistry in the treatment of dental caries and the restoration of the composite materials of the contact surfaces of molars and premolars are not effective enough, which manifests a high frequency of non-compliance of the restoration anatomical shape of the tooth, the presence of anatomically and functionally defective contact points, defects marginal integrity of composite restorations, development of recurrent caries in the gingival cavity wall.

2. Therapeutic and diagnostic preparation is conducted in the presence of medical indications for our method has a high diagnostic value in detecting hidden caries contact surfaces of posterior teeth and to improve the quality of dental care in this type of pathology.

3. A highly effective way to restore the anatomy and functional characteristics of a contact point and interproximal surfaces in the treatment of caries of molars and premolars is an active multi-vector technique, which provides a high quality surface and internal structure of composite restorations.

Results. As shown by the results of clinical studies, the use of multi-vector active methodology has significantly increased the efficiency of direct aesthetic restoration of teeth with light-curing composites defects 2 class at Black.

Thus, it should be stated that the clinical use of developed and proven in the research process of multi-vector active techniques restore the contact point and interproximal surfaces of posterior teeth can significantly improve the quality of treatment of caries contact surfaces of molars and premolars, which is achieved by the creation of a homogenous structure restoration, reduction of polymerization-th stress, improvement of fit of the material, creating a dense, anatomically and functionally high-grade contact point.

Conclusions:

1. Methods used in the practice of dentistry in the treatment of dental caries and the restoration of the composite materials of the contact surfaces of posterior teeth, are not sufficiently effective: clinical requirements in one degree or another, are not satisfied $95,2 \pm 0,88\%$ of the investigated restorations in cavities 2 class Black ($p < 0.05$). Thus already in the first year of "service" defects were detected in $84,0 \pm 7,3\%$ of restorations and restorations in with the "age" of two years and more – $97,4 \pm 1,47\%$. Do not have a recovery point of contact defects and interproximal surfaces of the teeth $13,9 \pm 1,43\%$ of the investigated restorations, while in $90,2 \pm 1,55\%$ ($p < 0.05$) observations revealed the relationship of poor recovery of the contact surfaces and the development of carious lesions in the gingival cavity wall.

2. According to the survey, questioning 59 dentists, leading therapeutic reception, the greatest difficulties in the practical work they cause caries diagnosis contact surfaces »($39,4 \pm 2,07\%$ of respondents) and the restoration of tight contact point ($64,9 \pm 2,02\%$). However, only $22,9 \pm 1,77\%$ of the respondents indicated that they use special techniques and tools to create a tight contact point and the formation of the optimal configuration of the contact surfaces of posterior teeth.

4. According to the results of laboratory studies, the active multi-vector technique when filling with light-cured composite materials cavities 2 class Blackjack is the most effective method of providing a high quality surface structures on composite seal contact surface and a homogeneous inner structure of the material.

Veys E. Kosov A.

HANDLING ABBREVIATIONS AND ACRONYMS IN MEDICINE

M. Gorky Donetsk National Medical University

Department of Foreign Languages

Head of the Department- associate prof. Puzik A.A.

Scientific supervisor- senior teacher Zhdanova E. V.

A Purpose of the study. This article provides a contribution to the issue of handling abbreviations and acronyms in medical translation, which are one of the most problematic lexical groups. The study pointed out the widespread popularity of abbreviations due to the historical tradition of the language of medicine, but also the economy in space and time they provide, so much needed in many medical emergency situations. Additionally, abridging enables medical professionals to code the true meaning of their utterances, making the content inaccessible to the patient, which at times is advisable for ethical reasons.

Materials and methods based on the summary of a research conducted 2013-2015 which was based on the observation of two different Internet medical discussion groups.

Results. It needs to be pointed out at the beginning that the English words abbreviation and acronym are differently defined in various dictionaries and scholarly papers, leading to misunderstanding and chaos in nomenclature. Acronyms and abbreviations (especially the ones originating from Latin) are one of the most commonly used elements in both written and oral medical communication. The results of the study prove that the issue of shortened forms in medical translation is crucial and should not to be underestimated. In 2005, in a struggle with the abovementioned pitfalls, The Joint Commission (an independent organization established in the United States to improve health care by working on legislation involving its quality and evaluating health care institutions) affirmed a "do not use" list of medical abbreviations which included particularly troublesome abbreviations, acronyms and symbols which are not to be used in medical writing. That such a formal undertaking was initiated proves that the problem has indeed been bothersome. Many terms, such as names of disease entities, names of chemical compounds (6-pyruvoyltetrahydropterin synthase), or therapies (e.g. transurethral laser-induced prostatectomy) hardly ever appear in their full, unwieldy form as it would simply hinder efficient communication.

Conclusions. The study was an attempt to verify the quantitative prevalence of abbreviation- and acronym-related problems in medical translations over other problematic lexical groups. Special attention was also given to investigating some basic procedures applicable in translating them. All the examples presented lead to the conclusion that most problems associated with translating acronyms stem from their inclination to cause ambiguity. The main obstacle in handling them is to find their unabridged form which is very often obscure and not easily findable.

Golubeva A.R.

ACTUAL NEUROLOGICAL PROBLEMS OF ADOLESCENTS

M. Gorky Donetsk National Medical University

Department of Foreign Languages

Head of the Department- associate prof. Puzik

A.A. Scientific adviser – Omelchenko E. M.

The purpose. To analyze neurological disorders among chronic disease of adolescents like ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder) and epilepsy that leads to educational and socialization problems.

Material and research methods. Articles, clinical cases and statistic of the subject of the problem were researched.

Results. Among the most exciting, outstanding, little-studied problems of modern medicine the teenager disease can confidently be singled out. Despite this, young people are deprived of medical attention. They are not adults and not children; they are formally under the supervision of pediatricians and actually do not receiving proper systematic observation. The main problem of the growing organism is its ability to adapt. Adolescence takes the second place in the ontogeny after the newborn in voltage processes occurring in the body. Borderline neuro-psychiatric conditions in adolescents are underestimated and often diverted by psychiatrists. One of such disease is considered the attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). ADHD is recognized as a neuro-biological disorder. There is a typical triad of symptoms like motor disinhibition, impulsivity of behavior and attention deficit disorder. Manifestations of hyperactivity in children of preschool and school age are dominated. In adolescents and adults it is more apparent the lack of attention and borderline mental disorders. Young children are aggressive in the games with their peers and are enable to find a common language, but in the adults this problems become more multi-faceted and prevent from adapting to the team. They contribute to more frequent divorces, increased accidents while driving. ADHD is really existing disorder that has an its influence on the development, adaptation, successful learning, emotional state and behavior of a child, significantly worsens the quality of life of suffering children and their parents. According to modern concepts of the pathogenesis of ADHD, it is based on brain damage in the prenatal and perinatal period and on the genetic predisposition, which can be realized under the influence of unfavorable environmental influences. In contrast to the genetic factors, perinatal pathology of the nervous system in a timely and correct diagnosis can be corrected, which may contribute to a more favorable prognosis of the disease.

Epilepsy is considered another common neurological disorder, which may be complicated by behavioral disorders. It is estimated that 75% of epilepsies debut falls on a young child but in adult various manifestations of the evolution of epileptic syndromes are observed. In most cases, early onset of the disease has more severe prognosis. The high frequency of seizures, even in benign forms leads to the development of cognitive deficits or behavioral problems and, as a consequence, to the difficulties of socialization. It was proved that perinatal problems have an important role in the development of epilepsy. Classification of perinatal lesions of the nervous system in neonates indicates a high frequency of seizures in various embodiments of CNS (central nerves system) injury. Seizures develop in cerebral ischemia of degree II, III, intracranial hemorrhage of hypoxic genesis, intraventricular and subarachnoid hemorrhage, traumatic lesions of the CNS, dismetabolic and toxic-metabolic disorders of the CNS, and infectious lesions of the CNS perinatal origin. Epilepsy is a potentially curable disease and remissions occur in a sufficiently large number of patients. Quality of life assessment is an important parameter of severity of diseases, particularly chronic ones, including epilepsy. Quality of children's life with epilepsy is significantly reduced. They have higher risk of behavioral and emotional problems in comparison with the population as a whole, and children suffering from other chronic diseases that do not involve central nervous system.

Conclusions. Thus, the growing disability among adolescent and yang people is often an underestimated or missed pathology of adolescence period, which must return the doctor back to perinatal problems. In the high percentage of cases it is possible to identify the correlation and to get a greater chance of successful treatment.

Karabach N.V

THE RISK OF PANCREATIC CANCER IN PATIENTS WITH CHRONIC

M. Gorky Donetsk National Medical University

Department of Foreign Languages

Head of the Department- associate prof. Puzik

A.A. Scientific adviser – Zuykova O.V.

Background. The results of case-control studies and anecdotal reports suggest that pancreatitis may be a risk factor for pancreatic cancer, but there have been no studies of sufficient size and power to assess the magnitude of the relation between these two diseases.

Methods and study. It was carried out a multicenter historical cohort study of 2015 subjects with chronic pancreatitis who were recruited from clinical centers in six countries. A total of 56 cancers were identified among these patients during a mean \pm standard deviation follow-up of 7.4 ± 6.2 years. The expected number of cases of cancer calculated from country- specific incidence data and adjusted for age and sex was 2.13, yielding a standardized incidence ratio (the ratio of observed to expected cases) of 26.3 (95 percent confidence interval, 19.9 to 34.2). For subjects with a minimum of two or five years of follow-up, the respective standardized incidence ratios were 16.5 (95 percent confidence interval, 11.1 to 23.7) and 14.4 (95 percent confidence interval, 8.5 to 22.8).

Results. The cumulative risk of pancreatic cancer in subjects who were followed for at least 2 years increased steadily, and 10 and 20 years after the diagnosis of pancreatitis, it was 1.8 percent (95 percent confidence interval, 1.0 to 2.6 percent) and 4.0 percent (95 percent confidence interval, 2.0 to 5.9 percent), respectively.

Conclusions. The risk of pancreatic cancer is significantly elevated in subjects with chronic pancreatitis and appears to be independent of sex, country, and type of pancreatitis.

Kosov A. Veys E.

OBESITY IN YOUNG ADULTS

M. Gorky Donetsk National Medical University
Department of Foreign Languages
Head of the Department- associate professor Puzik A.A.
Scientific supervisor- senior teacher Zhdanova E. V.

A Purpose of the study is to focus attention on the global and regional trends in adult obesity and overweight and the implications of these trends for understanding the factors that underlie obesity. Guided by the health belief model, this quantitative cross sectional study investigated the potential predictors of obesity in young adults. We'll try to emphasize the need for prevention as the only feasible solution before it's too late.

Materials and methods of the study are based on the up to date research and investigations of the famous scientists. The bulk of the material presented in the report has been taken from Internet to make a comparative analysis of this problem. The 2011 Behavioral Risk Factor Surveillance System was used to gather data on the potential predictors of obesity, including physical activity, health care coverage, excessive alcohol consumption, and demographic characteristics on 1,511 young adults, aged 18–34 years. Data were analyzed using a combination Pearson correlation and multiple regression analyses.

Results. Obesity is becoming an increasing health concern for young adults. There have been numerous studies on the potential predictors of obesity. However, few studies have researched the predictors of obesity in young adults. Guided by the health belief model, this quantitative cross sectional study investigated the potential predictors of obesity in young adults. The study found that the reduction in life expectancy associated with being extremely obese was similar to that seen in adults who smoke. And as a person's obesity rises to higher levels, his or her expected life span falls below that of smokers. Ten per cent of the world's school- aged children are estimated to be carrying excess body fat, with an increased risk for developing chronic disease. Of these overweight children, a quarter is obese, with a significant likelihood of some having multiple risk factors for type 2 diabetes, heart disease and a variety of other comorbidities before or during early adulthood. The prevalence of overweight is dramatically higher in economically developed regions, but is rising significantly in most parts of the world.

Conclusion A study has found that extreme obesity cuts short life expectancy an average of 6 1/2 years for those at the low end of "extremely obese," and almost 14 years for those at the high end. The findings on physical activity were statistically significant and revealed that physical activity had the strongest association to young adult obesity. The study provides information for public health professionals that can be used to develop more effective obesity interventions targeting young adults.

Kochin Mikhail

ANEMIA

M.Gorky National Medical University, Donetsk, DPR
Department of Foreign Languages
Head of the Department – Candidate of Philological Sciences,
Associate Prof. A. A. Puzik
Scientific adviser – E.I. Agafonova

Anemia is a decrease in number of red blood cells (RBCs) or less than the normal quantity of hemoglobin in the blood. However, it can include decreased oxygen –binding ability of each hemoglobin molecule due to deformity or lack in numerical development as in some other types of hemoglobin deficiency. Because hemoglobin (found inside RBCs) normally carries oxygen from the lungs to the capillaries, anemia leads to hypoxia (lack of oxygen) in organs. Since all human cells depend on oxygen for survival, varying degrees of anemia can have a wide range of clinical consequences.

Anemia is the most common disorder of the blood. The several kinds of anemia are produced by a variety of underlying causes. It can be classified in a variety of ways, based on the morphology of RBCs, underlying etiologic mechanisms, and discernible clinical spectra, to mention a few. The three main classes include excessive blood loss (acutely such as a hemorrhage or chronically through low-volume loss), excessive blood cell destruction (hemolysis) or deficient red blood cell production (ineffective hematopoiesis).

Of the two major approaches to diagnosis, the “kinetic” approach involves evaluating production, destruction and loss, and the “morphologic” approach groups anemia by red blood cell size. The morphologic approach uses a quickly available and low-cost lab test as its starting point (the MCV). On the other hand, focusing early on the question of production may allow the clinician to expose cases more rapidly where multiple causes of anemia coexist.

Symptoms. Anemia goes undetermined in many people, and symptoms can be minor or vague. The signs and symptoms can be related to the underlying cause or the anemia itself. Most commonly, people with anemia report feelings of weakness, or fatigue, general malaise, and sometimes poor concentration. They may also report dyspnea (shortness of breath) on exertion. In very severe anemia, the body may compensate for the lack of oxygen – carrying capability of the blood by increasing cardiac output. The patient may have symptoms related to this, such as palpitations, angina (if pre-existing heart disease is present), intermittent claudication of the legs, and symptoms of heart failure.

On examination, the signs exhibited may include pallor (pale skin, mucosal linings, conjunctiva and nail beds), but this is not a reliable sign. There may be signs of specific causes of anemia, e.g., koilonychia (in iron deficiency), jaundice (when anemia results from abnormal break down of red blood cells – in hemolytic anemia), bone deformities (found in thalassemia major) or leg ulcers (seen in sickle-cell disease).

In severe anemia, there may be signs of a hyper dynamic circulation: tachycardia (a fast heart rate), bounding pulse, flow murmurs, and cardiac ventricular hypertrophy (enlargement). There may be signs of heart failure/

Pica, the consumption of non-food items such as soil, paper, wax, grass, ice, and hair, may be a symptom of iron deficiency, although it occurs often in those who have normal levels of hemoglobin.

Chronic anemia may result in behavioral disturbances in children as a direct result of impaired neurological development in infants, and reduced scholastic performance in children of school age. Restless legs syndrome is more common in those with iron- deficiency anemia.

Krivosheenko T.

PROBLEMS OF MIND CONTROL WEAKENING WHILE USING THE METHOD OF FREE ASSOCIATIONS

M. Gorky Donetsk National Medical University

Department of Foreign Languages

Head of the Department- associate prof. Puzik

A.A. Scientific adviser – I.V. Kovtun

Free association method is relevant even now, as it is the primary method of producing the material in psychoanalysis. This method is also used in some cases in those forms of psychotherapy, when attempts are made to go in the unknown. Apart from this it is widely used in psychology, sociology, psychiatry, social work, psycholinguistics. The aim of the present article is to study the weakening of mind control. The objective of this work is to show the use of the method of free association by Sigmund Freud and his followers.

Materials and Methods. The method of free association is the psychoanalytic study of the unconscious, during which the individual is fluent to say everything that comes to mind, no matter how absurd or obscene it may seem. It is one of the first projective techniques. Freud and his followers assumed that uncontrolled associations are symbolic or sometimes even direct projection of the inner, often unconscious contents of consciousness. This allows the association experiment to identify and describe the affective complexes. In the context of such approach to associations all projective techniques can be classified as a type of free association method. The basic rule of psychoanalysis is the instruction that is given to the patient for psychoanalysis: "to say whatever comes to mind." In this manual, the need to avoid any "filtering" statements is emphasized, even if an idea seems absurd, irrelevant, not related to the topic of discussion, and even if they are able to cause embarrassment or shame. Execution of the main analytical rules often causes resistance because of an unusual situation, as well as the specific resistances to analytic process. However, these difficulties can be overcome through repeated patient's practice. In a strict sense, all other rules – 50 minute duration, lying on the couch – are optional rather than mandatory terms of psychoanalysis. The basic rule of psychoanalysis is jealously supported by Jacques Lacan, who, in his lecture on 15th April, 1964 claimed that the subject is the effect produced on his speech, and therefore the basis of his clinical work is the work with the word. Lacan also declined from the standard 50-minute session in the belief that time is an important therapeutic mechanism and each analysant requires different amounts of time to be studied, so the session duration can vary from several minutes to several hours. Ralph Romeo believed that in classical psychoanalysis the predominant mode of material communication by the patient is free association. Usually the work with free associations begins after a preliminary interview is completed. During a preliminary interview analyst assesses a patient's ability to work in the psychoanalytic situation. Part of this work is to determine the patient's ego elasticity, its ability to keep resilience within fluctuations between the more regressive ego functions that are required in a free association, and the more developed ego functions that require responses to direct questions and summarizing the daily life at the end of session for the understanding of analytical intrusion. The patient is usually free to associate during most of the session, but he can also tell a dream or other events of daily life or the past. It is characteristic for psychoanalysis that the patient is asked to associate while retelling of dreams or other experiences. Free association has priority over other methods of producing the material in the analytic situation. Nevertheless, free association can be broken by resistance. Then the task for a psychoanalyst will be to analyze such resistance, in order to restore the normal process of free association.

Conclusions. According to Freud, free association is not really "free", and sent by an unconscious process. Consciousness "skips" the unconscious stuff as it goes in symbolic form. In the relaxed state the client's repressed material gradually rises to the surface of consciousness via free association, relieving mental energy and unconscious conflicts of personality is better understood, which generally leads to an increase in the adaptability of the individual.

Malgin G.A.

EFFECT OF LABORATORY VARIATION IN THE PROTHROMBIN-TIME RATIO ON THE RESULTS OF ORAL ANTICOAGULANT THERAPY

M. Gorky Donetsk National Medical University
Department of Foreign Languages
Head of the Department- associate prof. Puzik A.A.
Scientific adviser- teacher Panasenko K.V.

Background. Patients receiving long-term anticoagulant therapy may be subject to unnecessary risks of bleeding or thromboembolism because of variability in the commercial thromboplastins used to determine prothrombin time and consequent uncertainty about the actual intensity of anticoagulation.

Methods and study. We explored the effect of this uncertainty on the benefits and risks of anticoagulation in patients with prosthetic heart valves, using models of thromboembolic and hemorrhagic complications as a function of the intensity of anticoagulation, with quality-adjusted life expectancy and average variable costs used to describe outcomes.

Results. Anticoagulation provides a striking benefit for patients whose treatment is conducted within the recommended range of the international normalized ratio, but if uncertainty about the laboratory results causes the intensity of anticoagulation to fall outside this range, the gain becomes smaller. Uncertainty about the true intensity of anticoagulation may reduce the potential gain in life expectancy, adjusted for quality of life, by more than half and may increase the ratio of costs to effectiveness to almost five times the optimal value. Variability in the intensity of anticoagulation is even greater if older recommendations advocating a higher level of anticoagulation are followed.

Conclusions. Uncertainty about the sensitivities of the commercially available thromboplastins used can have important clinical and economic effect. This problem could be eliminated if clinical laboratories uniformly reported the intensity of anticoagulation as the international normalized ratio, by adjusting prothrombin-time ratios for variability in thromboplastins.

Moiseeva A.

ANIMAL RESEARCH ADVANCES ANIMAL AND HUMAN WELFARE

M. Gorky Donetsk National Medical University
Department of Foreign Languages
Head of the Department- associate prof. Puzik A.A.
Scientific adviser – A.A. Puzik

Psychologists do research to learn more about behavior and how knowledge of behavior can be used to advance the welfare of people and animals. Although much research in psychology uses people as subjects, research with animal subjects continues to be essential for answering some fundamental questions.

Since Charles Darwin's work, which emphasized continuity in evolution from animals to people in their mental abilities and in physical characteristic, psychologists have worked to understand the basic principles and processes that underlie the behavior of all creatures, human and nonhuman. As knowledge has accumulated, identification of characteristics that are unique to different species has yielded information that contributes to understanding and advancing the welfare of animal and people.

Animal research has been the major contributor to our knowledge of basic learning processes and motivational systems, such as hunger, thirst, and reproduction.

Animal research has provided critical information about the sensory processes of vision, taste, hearing, and pain perception. Studies of animal cognition have provided a comparative and ecological perspective on issues of the mind and intelligence. Other studies have shown how sensory function and levels of cognition can depend critically on early experience.

Through research with animals, we have learned about modes of adaptation to change, including evolution, development, and all types of learning. The research has told us about important connections between stress and disease and has suggested psychological interventions for coping with stress more effectively.

Animal research has been used to identify and refine the basic behavioral principles that have led to the development of effective methods for promoting learning and self-reliance in a wide variety of populations. Animal research has contributed also to treatment of difficult clinical problems such as controlling self-injurious behavior in autistic children and adults and teaching children who have been tube-fed since birth to eat normally.

Animal behavioral research has been fundamental to understanding the range of behavioral effects of psychoactive drugs and environmental toxicants. Behavioral research by psychologists has contributed significantly to our understanding the nature and extent of genetic vulnerability to drug dependence.

On other fronts, psychologists have developed behavioral methods for screening compounds in laboratory animals and are active in developing new drugs used in the treatment of such disorders as anxiety, schizophrenia, and depression. Animal research is critical to current efforts to develop effective pharmacologic treatments for drug dependence and for the cognitive deficits of aging and Alzheimer's disease.

Animal research also has contributed to efforts to help animals, such as in programs to reestablish populations of endangered or threatened species, in designing appropriate living conditions and enhancing the well-being of captive animals, and in developing humane methods of animal control in the wild.

Animal Research Helps explain the Central Nervous System.

Although experiences in the world shape behavior, understanding how the nervous system works is critical to a complete understanding of behavior, including behaviors that are problematic in mental illness, memory disorders, and drug addiction. Much of what we know about the relationships among anatomy, physiology, and behavior has come from animal research. Recent research on the brain, particularly on processes of chemical neurotransmission, combined with behavioral research in animals has provided enormous leaps forward in our understanding of the functioning of the central nervous system.

Pryadko E.

MYOCARDIAL INFARCTION

M. Gorky Donetsk National Medical University

Department of Foreign Languages

Head of the Department- associate prof. Puzik A.A.

Scientific adviser – Marinenko L.A.

Acute myocardial infarction is a clinical syndrome developing as a result of damage of cardiac muscle at disharmony between requirement of myocardial muscle in oxygen and ability of its delivery. In this case necrosis of cardiomyocytes arises in the damage zone.

Etiology and pathophysiology. The risk factors are: hypercholesterolemia, diabetes mellitus arterial hypertension, sedentary lifestyle, smoking, family history, obesity, etc.

The main thing in the process considered to be atherosclerosis of coronary arteries, with rupture of an atherosclerotic plaque, thrombosis, vasoconstriction.

The impairment of coagulability, the decrease of coronary blood flow plays an important role.

Apart from any reason, myocardial infarction is characterized by irreversible death of myocardial cells. At first, infarction zone covers subendocardial layer of myocardial muscle, then spreads at deeper layers, directing to the epicardium.

In more than 50% of patients total coronary occlusion develops in the region of pre-existing atherosclerotic plaque.

Clinical picture. Manifestations of myocardial infarction have many variations. From symptomless course of the disease and episodic cardiac discomfort, to pain attack with different violation of the cardiac rhythm and conduction. More often are the feelings of “pressure”, “load” and “prurience” in the region of chest with irradiation to shoulder girdle, arm, epigastrium are described.

Diagnostics of myocardial infarction based on detection markers damage of myocardial muscle. Now the most evident marker is troponin. The level of troponin goes up at first 4-6 hours, and is preserved within 8-12 days.

Electrocardiography. The most important symptoms of myocardial infarction are the changes of segment ST (ascent) and genesis of pathological wave Q.

Treatment. To achievement maximum good results, treatment must begin as soon as possible, from the first hour of the disease; it allows having much better prognosis. It has been proved, that early started treatment results to essential reduction of mortality.

Painful syndrome has the most important role for course of myocardial infarction. Longer and more marked painful syndrome has more risk for the development of difficult complications. Narcotic analgesics are destined: morphine and promedol.

The usage of nitrates in early stages of infarction leads to expansion of coronary artery and decrease of pain syndrome.

For the recovery of blood flow trombolitic therapy is used.

Aspirin is required to administer to all patients with suspicion of acute myocardial infarction in dose 160-325 mg.

In complications like impairment of the heart rhythm, is indicated to use antiarrhythmic preparations of different groups.

Complications of myocardial infarction are: impairment of the heart rhythm, cardiogenic shock, pulmonary edema, muscle rupture, etc.

Prognosis depends on timely and complete medical treatment, the presence of accompanied diseases, and severity of the damage of coronary artery. Most often patients after infarction have limited physical ability (invalidity). They need cardiologist's observation and permanent prophylactic drug taking.

Savchenko I. A.

EFFECT OF AN EXERCISE PROGRAM FOR ELDERLY PATIENTS WITH HEART FAILURE

M. Gorky Donetsk National Medical University
Department of Foreign Languages
Head of the Department- associate prof. Puzik A.A.
Scientific adviser – teacher Vinogradova A. I.

Background: Benefit from exercise training programs for patients with chronic heart failure has been demonstrated in relatively young (mean age 60 years) and predominantly male subject. This study was undertaken to assess the effect of an exercise program for older subjects more representative of the general heart failure population.

Methods and Results: twenty- two patients with chronic heart failure of mean age 81 ± 4 years were recruited into the study. Twenty five percent were female and 31% were in chronic atrial fibrillation. A crossover study design was employed. The program consisted of once weekly exercise sessions tailored to the abilities of elderly subjects and lasted for 12 weeks. Fifteen subjects completed the exercise component and nine the control component. The program resulted in a 20% relative increase in 6 – min walk rest distance. There was no improvement in quality of life as measured by the Living with Heart Failure Questionnaire, but the majority of subjects reported subjective improvement in wellbeing.

Conclusion: elderly patients with chronic heart failure can benefit from an appropriately designed exercise program and should not be excluded from future large scale trials.

Sorochinskaya E.

TOP WORLD HOSPITALS

M. Gorky Donetsk National Medical University
Department of Foreign Languages
Head of the Department- associate prof. Puzik
A.A. Scientific adviser – I.V. Kovtun.

The research aims. Most people are concerned about their health. All of them are in need of quality treatment and care, in the use of new technologies and high -quality medicines. The aim of our research is to make the choice of the best of British, American, Ukrainian and Russian hospitals, which have an international reputation and qualifications for other health care quality and patients' safety.

Materials and Methods. In choosing the hospitals for this list we have used the data of Medical Travel Quality Alliance and the Rank Web of Hospitals.

Results and discussion. Cleveland Clinic in Cleveland in USA has been ranking the first line in national rating (Cardiology & Heart Surgery). It scored high in patient safety, demonstrating commitment to reducing accidents and medical mistakes. Stanford Hospitals and Clinics in the USA are considered the most high-technology one. This group was the first to transplant a heart and lungs.

National Institute of tuberculosis and Pulmonology Institute. FG Janowski – the main research institution in Ukraine on problems of tuberculosis and pulmonology. Departments are equipped with modern equipment. Research institute has its own experimental base for research on small laboratory animals. Surgeons at Harefield Hospital use revolutionary transplant technology, known as the Organ Care System, to ventilate the donor lungs outside the body while they separate the individual lobes to ensure a perfect fit for patient. This is the first time the Organ Care System 1 has been used as part of a lobar lung transplant in the United Kingdom.

Russian Children's Clinical Hospital is the largest in the Russian children's multidisciplinary hospital complex. It is equipped with modern diagnostic and medical equipment. Within the walls of the hospital more than 18 thousand children from all regions of Russia and foreign countries annually receive high-quality medical assistance. More than 7000 operations have been performed here. The hospital is constantly introducing the new methods of diagnostics, treatment and rehabilitation. At the hospital children can receive secondary education while a long-term treatment is carried out.

Conclusion. It may be concluded that many countries and individuals are concerned with the development of Medical Service. The Medicine Science is always in progress and needs to be supported for the sake of our future.

Tunik J. A., Korobka J. R.

A PHYSICIAN'S ROLE IN HORSE RIDING THERAPY

M. Gorky Donetsk National Medical University
Department of Foreign Languages
Head of the Department- associate professor Puzik
A.A. Scientific adviser – I.V. Kovtun.

The aim of investigation. To study a therapeutic effect of horse riding and estimate a physician's role in patients' rehabilitation.

Materials and research methods. Scientific articles, clinical cases and statistics of the subject of the given problem were researched.

Results. Hippotherapy is a treatment strategy in which equine movement is used as part of a coordinated intervention program to reach functional goals in the areas of physical, occupational, and speech-language therapy. In contrast, adaptive riding emphasizes the acquisition of riding and horsemanship skills, both on and off the horse, in an effort to achieve physical, emotional, and cognitive goals.

The horse's unique walk transfers variable, repetitive and rhythmic movement to the client, which provides sensory input to the brain and nervous system. The resultant responses in the client are similar to human movement patterns of the pelvis while walking. An average horse takes 120 walking steps per minute, allowing 120 chances each minute for a client to experience this unique movement that cannot be replicated by other apparatus or equipment. During a session the therapist, working in conjunction with a specially trained horse handler, can grade or adapt this movement to provide a "just right challenge" for each client. Most clients respond very enthusiastically to hippotherapy treatment and thoroughly enjoy the opportunity to engage with the horse in an environment that is much different than the typical therapy clinic. The treatment plan is developed based on the professional training and constraints of the professional practice act of the health professional providing the service. Choosing the horse whose movement best addresses the client's needs, and appropriate equipment to facilitate the desired responses is an integral part of the treatment plan. Regular documentation is provided through progress notes recorded after each treatment.

Re-evaluation of each client should be carried out at three to six month intervals (or less, depending on the reimbursement source) to ensure that the treatment plan and treatment goals remain appropriate for the client. It is the responsibility of the treating therapist to write a discharge summary and to communicate directly with the client and/or client's family to recommend further treatment such as PT, OT or speech therapy, or a transition into another program. In the case of a client meeting all long term goals, an ideal opportunity is presented to transition that client to a therapeutic riding program where the learning of "real" riding (or vaulting) skills can add a new and exciting dimension to their lives. If the client's functional abilities and motivation are high it is quite likely that they can make the transition to able-bodied riding or vaulting classes, or competitive equine sports.

Conclusions: by helping in this way, a therapist has an opportunity to observe the innumerable qualities of the horse as a treatment tool. This can often be such an enlightening experience that the therapist will be motivated to gain the additional skills and training necessary to provide direct service to some of clients. Instructors should remember that very few therapists come equipped with horse knowledge and riding skills.

Ulanova V.

THE CLASSIC FOOD ALLERGY

M. Gorky Donetsk National Medical University
 Department of Foreign Languages
 Head of the Department- associate prof. Puzik A.A.
 Scientific adviser – L.A. Marinenko

Food allergy is an abnormal response to a food triggered by the body's immune system. There are several types of immune responses to food. We focus on one type of adverse reaction to food—that in which the body produces a specific type of antibody called immunoglobulin E (IgE). Food allergies are estimated to affect 4 to 6 percent of children and 4 percent of adults, according to the Centers for Disease Control and Prevention. According to FARE, eight foods are responsible for 90 percent of food allergies. They are: cow's milk; eggs; peanuts; fish; shellfish; tree nuts (such as cashews or walnuts); wheat; soy.

A food allergy reaction occurs when your immune system overreacts to a food or a substance in a food, identifying it as a danger and triggering a protective response. Symptoms of a food allergy can range from mild to severe. Just because an initial reaction causes few problems doesn't mean that all reactions will be similar; a food that triggered only mild symptoms on one occasion may cause more severe symptoms at another time. The most severe allergic reaction is anaphylaxis — a life-threatening whole-body allergic reaction that can impair your breathing, cause a dramatic drop in your blood pressure and affect your heart rate. Anaphylaxis can come on within minutes of exposure to the trigger food. It can be fatal and must be treated promptly with an injection of epinephrine (adrenaline). Symptoms of an allergic reaction may involve the skin, the gastrointestinal tract, the cardiovascular system and the respiratory tract. If you are allergic to a particular food, you may experience all or some of the following symptoms: itching in your mouth; swelling of lips and tongue; GI symptoms, such as vomiting, diarrhea, or abdominal cramps and pain; hives; worsening of eczema; tightening of the throat or trouble breathing; drop in blood pressure. Food allergies are usually diagnosed depending on the severity of symptoms. If a patient's symptoms are mild, a doctor may recommend keeping a food diary to record all of the foods you eat or drink to pinpoint the culprit. Another way to diagnose a mild food allergy is to remove certain foods from the diet and then slowly reintroduce them to find out if symptoms return. In the case of more severe allergies, skin or blood tests can identify egg, milk, nut, and shellfish allergies. In some extremely allergic patients who have severe anaphylactic reactions, skin testing cannot be used because it could evoke a dangerous reaction. Skin testing also cannot be done on patients with extensive eczema. For these patients a doctor may use blood tests such as the RAST and the ELISA. These tests measure the presence of food-specific IgE in the blood of patients. These tests may cost more than skin tests, and results are not available immediately. As with skin testing, positive tests do not necessarily make the diagnosis. There is currently no cure for food allergies. You can only prevent the symptoms of food allergy by avoiding the allergenic food. After you and your healthcare professional have identified the food(s) to which you are sensitive, you must remove them from your diet. You must read the list of ingredients on the label of

each prepared food that you are considering eating. Many allergens, such as peanut, egg, and milk, appear in prepared foods you normally would not associate with those foods. Be extra careful when eating in restaurants. Waiters (and sometimes the kitchen staff) may not always know the ingredients of every dish on the menu. Symptoms caused by a food allergy can range from mild to life-threatening; the severity of each reaction is unpredictable. People who have previously experienced only mild symptoms may suddenly experience a life-threatening reaction called anaphylaxis, which can, among other things, impair breathing and cause a sudden drop in blood pressure. Epinephrine (adrenaline) is the first-line treatment for anaphylaxis, which results when exposure to an allergen triggers a flood of chemicals that can send your body into shock. Anaphylaxis can occur within seconds or minutes of exposure to the allergen, can worsen quickly and can be fatal.

Fedko V.G.

UN STENT CORONAIRE, C'EST UNE ALTERNATIVE A L' ANGIOPLASTIE PAR BALLONNET

L'université nationale de médecine Gorky de
Donetsk République populaire de Donetsk
La chaire des langues étrangères

Le chef de la chaire – le chargé de cours Pouzik A.A.

Le superviseur scientifique – le professeur de français Tchervonenko V.D.

Objectif des recherches: déterminer la perspective du choix du stent coronaire en comparaison avec l'angioplastie par ballonnet traditionnelle, en ayant analysé l'efficacité de l'intervention chirurgicale comme une des possibilités de diminution de la fréquence des resténoses.

Matériels et méthodes: l'étude analytique des recherches sur les sources modernes de la littérature.

Résultats: l'angioplastie par ballonnet en combinaison avec une implantation des stents coronaires est un accès le plus perspectif qui peut contribuer non seulement à la diminution de la fréquence des formations des resténoses angiographiques, mais également à la réduction du risque lié au développement des complications sérieuses par rapport à l'usage isolé de l'angioplastie coronarienne transluminale percutanée (ACTP). Le sténose est surtout considéré comme l'indicateur, qui limite le succès clinique exprimé par la conservation du résultat de l'intervention chirurgicale pendant 6 mois et plus. Le remodelage négatif des vaisseaux sanguins, c'est une réaction multifactorielle de la paroi vasculaire en réponse à la blessure mécanique, qui se manifeste, d'une part, par la migration des cellules musculaires d'une couche moyenne et leur prolifération suivante, la stimulation des facteurs de croissance et l'activation des fibroblastes, ce qui rend possible le dépôt du collagène et de l'élastine avec la formation de la matrice extracellulaire et l'hyperplasie post-interventionnelle de la néointima, mais d'autre part, par l'inflammation de l'adventice, dont les conséquences contribuent aux contractures des vaisseaux. L'implantation des stents permet l'obtenir le diamètre optimal minimal final de l'ouverture du vaisseau sanguin grâce à l'expansion plus complète et considérable et la prévention de la perte de l'élasticité de sa paroi immédiatement après la dilatation en soutenant l'action de l'endoprothèse vasculaire. Parallèlement à cela, l'utilisation des stents actifs, la surface desquels peut être recouverte d'une substance médicamenteuse antiproliférative, réduit notablement le risque de resténose à cause de la suppression de l'hyperplasie de l'intima. On parle de succès angiographique de l'utilisation des stents vasculaires quand le degré de la sténose est diminué d'au moins 20% avec une sténose résiduelle inférieure à 30% sans complication majeure. Cela accroît considérablement l'efficacité de l'emploi des endoprothèses vasculaires relativement à ACTP, dont le résultat est considéré comme optimal avec une sténose résiduelle inférieure à 50% .

Conclusions: une intervention vasculaire avec l'usage des stents coronaires est devenue une alternative très prometteuse par rapport à l'angioplastie par ballonnet isolée, en ayant confirmé la paradigme de la prévention des resténoses et couronné de succès clinique.

Khrapovitski K.D.¹, Mozgovoi I.S.¹, Vitushinski D.S.²

MAKING OF A STAND FOR MODELING MICROPROCESSOR SYSTEMS FOR PROSTHESIS

M. Gorki Donetsk national medical university

The department of medical physics, mathematics and informatics.

Head of the department- Vikhovaneys Y.G., MD.,

The department of foreign languages- candidate of science Pusik A.A.,

Tchudin A.G., Yakimova K.A- Scientific advisors

The aim of this study is to provide a stand for modeling and development of reliable multi-functioning microprocessor systems available for a widespread use.

Materials and methods of research. Industrial microcontroller «Arduino uno rev 3», computer oscilloscope, research volunteers.

Results of the study. The result of the study is the model of the device that will serve as an equipment for research of neurophysiological processes. The created model is needed to explore the neurophysiological component of the system. It also serves as a basis for creating biocontrolled prostheses based on microcontrollers.

The main microcontroller consists of two parts. One of them is an industrial microcontroller «Arduino uno rev 3». «Arduino» is a special platform designed for the development of electronic devices. «Arduino» can receive data about the world by sensors and react by controlling the various actuators (LEDs, electric engines). The microcontroller

is programmed by the algorithmic language «Arduino» and development environment of the same name. Programming does not require the programmer, the software is installed via the USB port.

To get started, it's required «Arduino» data-base and computer with the development environment. The second part of device is data-base, developed by our team. The assembled microprocessor system called "Enchiridion" is a two micro controllers placed in one framework, sets of electrodes, TENS pulse-generator and a monitor to display information concerning action potentials. "Enchiridion" uses tens-technology nerve stimulation.

During research there were carried out the experiments on reading the central nervous system signals by the ulnar nerve. The information was proceeded and eliminated through a set of electrodes attached to the front of the flexor muscles of the wrist. Features and specificity of transcutaneous mioneurostimulation were taken into account. The device receives potentials using the CNS, and efferent electrodes graphically reproduces them on the screen. Then depending on the amplitude of the generated pulse it sends signals to the working muscle / prosthesis provided by tens-6-channel device.

Conclusions. The system is able to detect bioelectric potentials and manage work of the muscle / prosthesis. The invention can lead researchs in this area to a completely new level.

Our further research aims at the creation of cybernetic mechanisms on the basis of the microcontroller «Enchiridion».

The present device will become the basis for a bionic prosthesis. The model will be able not only to compete with the existing products in the prosthetics market, but also to surpass them in ease of construction and low cost of consumable material.

Донецкий национальный медицинский университет, г. Донецк, ДНР Кафедра философии и социально-гуманитарных наук Зав. кафедрой Смеричевский Э.Ф.

Босько Г.Е., Тайлиева К.С.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ВОЛОНТЕРСКОЙ КОМАНДЫ «ВМЕСТЕКДЕТЯМ»

ИНВХ им. Гусака, Донецк, ДНР Кафедра
философии и социально-гуманитарных дисциплин
Научный руководитель – к. филос. н. Смеричевский Э.Ф.

Цель исследования: Изучить успешность психологической адаптации при работе с реабилитационными программами у пациентов детского онкогематологического отделения и детей, оставшихся без попечения родителей.

Материалы и методы: В отделении детской онкогематологии института неотложной и восстановительной хирургии им. Гусака в была проведена реабилитационная работа с 68 онкобольными детьми (ноябрь 2014 – март 2016 г.), из которых 38 (56%) мальчиков и 30 (44%) девочек. Силами волонтеров через организацию развивающего досуга по системе TR (Therapeutic Recreation – Терапевтический отдых) был проведен ряд мероприятий, который включал в себя:

- проведение арт-терапии (дети совместно с волонтерами создают самые разнообразные интересные поделки, изучают новый учебный материал);
- проведение занятий с целью общения детей с волонтерами (дети находят ответы на интересующие и волнующие их вопросы);
- проведение праздников (волонтеры устраивают театральные представления для детей).

Существуют 4 основных принципа работы реабилитационной программы: **Вызов, Успех, Осознание,**

Открытие.

Результаты: В ходе проведения реабилитационной программы, на **Вызов**, который включал в себя интересное занятие, подталкивающее ребенка к выходу из зоны комфорта, ответил 61 человек (90%). В действия волонтера входило: оценка безопасности среды, возможности ребенка, продумывание негативных и позитивных последствий, поддержка ребенка во время работы.

При содействии волонтеров, к **Успеху**, целью которого являлось достижение успеха ребенком в том или ином виде, пришел 61 ребенок (90%). Задачей волонтера на этом этапе было помочь ребенку дойти до момента выполнения работы.

К этапу **Осознания**, во время которого ребенок вновь мысленно переживал этапы **Вызова и Успеха** пришло 58 человек (85%). Действия волонтера: самый тонкий момент работы – ненавязчиво подталкивать ребенка к рефлексии.

Открытие, заключается в понимании ребенком, что он достиг успеха, было принято 61 ребенком (90%). Работа волонтера на этом этапе включала подчеркивание достигнутого успеха, предложение совершить новый вызов.

Вывод: Таким образом, как показало наше исследование, проведение подобных программ по реабилитации онкобольных детей способствовало их психологической адаптации к окружающему миру, приобретению социальных и коммуникативных навыков. Давало возможность роста как личностных так и

интеллектуальных, творческих качеств, а также укрепляло морально-волевые качества ребенка. Программы данного рода могут быть использованы для работы с онкобольными детьми и детьми, находящимися в детских домах, запустя положительную динамику всестороннего и гармоничного развития ребенка.

Прокофьева В.Н.

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХО-СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА НА РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В УСЛОВИЯХ ВНЕДРЕНИЯ РУССКОЯЗЫЧНЫХ ПРОГРАММ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г.
Донецк, ДНР Информационно-аналитический отдел
Зав.отделом – доц. Кривущев Б.И.
Научный руководитель – доцент Пацкань И.И.

Цель работы: определить факторы, влияющие на процесс адаптации студентов к учебному процессу и реализацию учебно-методических программ на русском языке, с учётом психоземotionalного статуса обучающихся.

Материалы и методы: оценены качественные показатели успеваемости и посещаемости студентов первого курса в течение первого учебного семестра, изучены вопросы потребности и доступности материалов и инструментов образовательного процесса на русском и других языках. Оценку психосоматического статуса проводили, используя анонимное анкетирование по Verde (1993).

Результаты и обсуждение: Начатое в сентябре 2015 года, на фоне нестабильной общественно-политической ситуации, обучение в вузе, показало свои особенности адаптации студентов первого курса к образовательному процессу. Немаловажную роль в этом сыграли особые условия (начало военного конфликта), создавшиеся в период окончания школы нынешними студентами – первокурсниками, отсутствие полноценной аттестации (выпускные экзамены), 2015 год оказался более продуктивным, чем 2014год. Так, среди всех выпускников Донецкой области – 7% имели золотые и серебряные медали (против 5,2% в 2014 году), 22% школьников закончили школу с отличием. Согласно анонимному анкетированию, 89% исследованных имели высокую степень стрессустойчивости – 67,2 ед (по Verde), выявлена высокая мотивация к обучению, реактивная организация аналитической и мыслительной деятельности, устойчивое положительное психоземotionalное состояние. К концу первого учебного семестра наблюдалось снижение мотивации у 14,6% обследованных ранее студентов, успеваемость и посещаемость снизилась на 4% по отношению к первому анализу полуторамесячного обучения студентов первого курса. Повторное исследование стрессустойчивости (по Verde) показало достоверное снижение первоначальной величины – с 3,68 (в 2014 году) до 3,91 (по итогам первого семестра). Однако количество студентов, не закончивших семестр в срок, превысило показатели предыдущих лет и составило 12% от общего количества первокурсников. Ожидаемое количество «отличников» и «хорошистов» (по результатам баллов при зачислении) не оправдало себя, и успеваемость золотых и серебряных медалистов оказалась в пределах 4,02 балла. В ходе анонимного анкетирования по вопросам визуального восприятия и доступности учебно-методических материалов и инструментов обучения (лекции, практические занятия, тренинги) 82% опрошенных констатировали факт, что русский язык, как язык обучения, является доступным, удобным и предпочтительным для получения медицинского образования, 11% высказали индифферентность в данном вопросе, не отдавая предпочтения ни одному из языков (русский, украинский, иной язык), 5% хотели бы обучаться на украинском языке, 2% – на родном языке (армянском, грузинском, татарском, литовском). Удовлетворение потребностей в учебных материалах на русском языке составила 87%.

Выводы: внедрение русского языка в учебно-методические программы ДонНМУ им.Горького не привело к прогнозируемому ранее увеличению показателей успеваемости студентов первого курса. Вероятно, это объясняется особенностями вступительной компании 2015 года (отсутствие вступительных экзаменов), а так же продолжающимся военным конфликтом, являющимся мощным стрессогенным обстоятельством.

МЕДИЦИНСКАЯ БИОЛОГИЯ

**Донецкий национальный медицинский университет, г.
Донецк, ДНР Кафедра медицинской биологии
Зав. кафедрой – доцент Степанова М. Г.**

Бакалова А. Д.

РОЛЬ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО ГЕНОМА В ПРОЦЕССАХ СТАРЕНИЯ

Научный руководитель – доцент Мехова Л. С.

Цель работы – изучить литературные данные о биологической роли генома митохондрий в старении организма.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ отечественной, зарубежной литературы и электронных носителей.

Результаты и их обсуждение. В последнее время большое внимание уделяется изучению старения организма, связанные с дефектами в митохондриальных ДНК. Генетические изменения, ассоциированные со старением организма, наиболее выражены в митохондриях. Митохондрии кроме своей основной функции – выработки энергии в виде молекул АТФ, образующихся в ходе окислительного фосфорилирования, также выполняют важную роль во внутриклеточной сигнализации, промежуточном метаболизме, а также в метаболизме аминокислот, липидов, холестерина, стероидов и нуклеотидов.

Геном митохондрии характеризуется гетероплазмией (одновременным существованием в клетке нормального (дикого) и мутантного типов мтДНК), митотической сегрегацией (оба типа мтДНК в процессе митоза распределяются случайным образом между дочерними клетками), что определяет выраженный фенотипический полиморфизм поражения при заболеваниях.

Митохондриальная ДНК включает: 16569 пар оснований, кодирует 37 белков, 2 гена р-РНК, 22 гена т-РНК, 13 генов-белков, участвующих в дыхании, репликации мтДНК, транскрипции, трансляции.

Некоторые особенности строения мтДНК (отсутствие интронов; простая организация; отсутствие связи с белками-гистонами; несовершенство систем репарации), способствуют возникновению мутаций в мтДНК, частота которых гораздо выше, чем в ядерной ДНК. В большинстве случаев вариативность мтДНК обусловлена заменами оснований (трансверсиями, транзициями, делециями). Так как синтез мтДНК находится под контролем ядерных генов, то мутации, происходящие как в мтДНК, так и в ядерных генах, приводят к нарушению функции митохондрий практически всех клетках, но для таких «энергоёмких» органов, как мозг, сердце и мышцы, они особенно важны.

Митохондриальная нестабильность и высокий уровень мутагенеза мтДНК связаны с процессами окислительного фосфорилирования митохондрий, в результате которого вырабатывается АТФ. В ходе окислительного фосфорилирования образуются активные формы кислорода (АФК), такие как супероксид, пероксид водорода, гидроксильный радикал. Они вызывают окислительное повреждение белков, липидов, нуклеиновых кислот, окислительно-восстановительных ферментов, повреждают мембраны клеток, снижают продукцию АТФ. Воздействие АФК на мтДНК вызывает накопление мутаций, снижает скорость окислительного фосфорилирования и ведет к еще большему накоплению АФК. В итоге нарушается функционирование клетки, и она погибает. Именно окислительное повреждение митохондрий считается одним из основных факторов старения, которое и сопровождается такими болезнями как рак, сердечно-сосудистые заболевания, болезни иммунной системы, дисфункции ЦНС, катаракта.

Выводы. Среди множества факторов, вызывающих старение, выделяют механизм, связанный с мутациями в мтДНК или в ядерных генах, контролирующими работу митохондрий, а также нарушение коммуникации между геномами ядра и митохондрии. Мутации в молекулах ДНК митохондрий являются решающими для энергетического баланса организма в целом. С возрастом снижается способность митохондрий генерировать энергию, происходит накопление мутантной мтДНК, что приводит к снижению функции митохондрий. Клеточный энергетический кризис ведет, в конечном счете, к клеточной смерти, дегенерации и атрофии тканей.

Белофонова Е. Г., Яковецкая А.А.

ИЗУЧЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СВОЙСТВ БИОХРОМАТОВ АНТОЦИАНОВОГО РЯДА В ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКЕ ПРИ ОКРАШИВАНИИ ЯДЕР КЛЕТОК

Научный руководитель – доцент Степанова М. Г.

Цель исследования. Изучение красящих свойств биохроматов антоцианового ряда в цитологической технике при окрашивании ядер клеток при проведении микроядерного теста.

Материалы и методы: окрашивание микроядер буккального эпителия проводили по стандартным методикам (J.A.Heddle и W.Schmid, 1973). Мазки (в количестве 90 шт) были взяты у 30 условно здоровых людей (мужчин и женщин, в возрасте от 17 до 50 лет). В качестве органических красителей использовали

экстракты пигментов антоцианового ряда, выделенные из частей растений (листья, ягоды, цветы): Черники миртолистной (*Vaccinium myrtillus*), Смородины черной (*Ribes nigrum*), Капусты краснокочанной (*Brassica oleracea*), Гибискуса сабдариффа (*Hibiscus sabdariffa*). Красящие компоненты были выделены методом экстрагирования этиловым спиртом 96%. Оценку эффективности исследуемых биохроматов проводили в сравнении с консервативными красителями (железный гематоксилин, метиленовый синий, окрашивание по методу Романовского-Гимзе) по следующим критериям:

- 1) степень и интенсивность окрашивания ядерного аппарата по отношению к содержимому цитоплазмы;
- 2) стабильность красителя во времени.

Результаты. Микроядерный тест – универсальный цитогенетический метод оценки генотоксичности среды, основанный на учете микроядер в различных популяциях делящихся клеток. Одной из особенностей микроядерного тестирования является то, что использование различных цитологических красителей, может отражаться на результатах исследований, что связано с избирательной способностью красителя вступать во взаимодействие и окрашивать биомембраны, содержимое ядер и цитоплазмы клеток. Качество клеточных красителей влияет на частоту выявляемости клеток с нарушениями. Нами получены следующие результаты: при окраске красителем, выделенным из ягод черники миртолистной, получают наиболее чистые препараты, однородно окрашенные – ядерный аппарат (фиолетового цвета) по окраске отличается от цитоплазмы (светло-розового цвета), клетка имеет четкие границы. Биохромат проявил стабильность во времени, не изменил цвет и интенсивность окраски. Краситель, экстрагированный из ягод черной смородины, равномерно окрасил содержимое ядра и цитоплазмы в бледный розово-серый цвет, во времени проявил стабильность. Краситель на основе краснокочанной капусты практически не окрасил препарат, отдельные компоненты клеток не выделил цветом, с течением времени обесцветился. Краситель из гибискуса не окрасил препарат.

Выводы. Полученные данные позволяют сделать вывод, что среди взятых для исследования растений, наилучшим сырьем для изготовления ядерных красителей является Черника миртолистная. Качественное окрашивание мазков буккального эпителия экстрактом ягод черники позволило правильно дифференцировать клеточные элементы. Все мазки были равномерно окрашены, не содержали артефактов, ядерный аппарат имел насыщенный цвет в сравнении с содержимым цитоплазмы. Это обусловлено более высоким содержанием в исследуемом биохромате антоцианов, за счет чего значительно повысилась интенсивность базофильного окрашивания цитологических препаратов, а также взаимодействие красителя именно с ядерным содержимым клеток. Комплекс пигментов, содержащийся в экстракте черники, подлежит дальнейшему более глубокому изучению его химических свойств, а также химических реакций, протекающих в ядре клеток с его участием.

Буренкова К.Ю.

УРОВЕНЬ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ХРОНОБИОТИПОВ

Научный руководитель – доцент Борисюк М.В.

Цель исследования – оценить уровень стрессоустойчивости у студентов различных хронобиологических типов.

Материал и методы. В работе был использован метод анкетирования. Для оценки уровня стрессоустойчивости студентов использовали тест самооценки стрессоустойчивости (СУ) С. Коухене и Г. Виллиансона (Щербатых, 2006). Определение хронобиотипа студентов проводили по методике, описанной Л.Губаревой с соавт. (2003). В анкетировании принимали участие 135 студентов (99 девушек и 36 юношей) Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького возрастом 17 лет.

Результаты исследования. Анализ анкетных данных позволил установить, что 2/3 студентов как женского, так и мужского пола являются представителями аритмичного (индифферентного) хронотипа работоспособности (АХТ, «голуби»). Для данного типа характерен десинхроз физиологических функций в организме, предрасположенность к развитию функциональных нарушений и снижению уровня здоровья. Нами выявлено, что в хронобиотипе «голуби» 32% девушек и 40% юношей имеют «высокий» уровень стрессоустойчивости, а 55% и 52% соответственно – «средний». Доля четко и слабо выраженных утренних хронобиотипов (УХТ, «жаворонки») составляет от 9% девушки до 20% (юноши); вечерних (ВХТ, «совы») – 16% и 10% соответственно. У всех студенток с УХТ и юношей с ВХТ преобладает «средний» уровень стрессоустойчивости. Полученные нами данные о количественном преобладании среди студентов 17-летнего возраста хронобиотипа «голуби» в определенной мере согласуются с результатами исследований последнего десятилетия (Сурнина, 2006; Куницкая, 2011) и существенно отличаются от данных конца 80-х годов прошлого века (Ашофф, 1984; Доскин, 1989; Смирнов, 1980), где авторами указывается 1/3 (29%) случаев аритмиков (АХТ) в совокупности обследуемого контингента. Это дает основание предположить положительную тенденцию в сторону увеличения количества людей с отсутствием четких однотипных колебаний уровня функциональной активности.

Выводы. В анализируемой группе студентов 17-летнего возраста количественно преобладает хронобиотип «голуби». По показателю стрессоустойчивости 53% респондентов от общего их количества имеют «средний» (45 – 34 балла) уровень стрессоустойчивости на учебный процесс. Доля студентов с «высоким» уровнем стрессоустойчивости (34 балла и ниже) составляет 42%. Данный факт является интересным и требует дальнейшего исследования.

Вакуленко В.А.

РОЛЬ МУТАГЕНЕЗА В ЗДОРОВЬЕ БУДУЩЕГО РЕБЕНКА

Научный руководитель – к.биол.н., доц. Мехова Л. С.

Цель исследования. Изучить литературные данные о влиянии мутагенеза на геном половых клеток и частоту возникновения в них мутаций в зависимости от пола и возраста родителей.

Материал и методы исследования. Изучить источники литературы и провести ретроспективный анализ отечественной, зарубежной литературы и электронных ресурсов.

Результаты и их обсуждение. Мутагенез одно из фундаментальных биологических явлений, которому подвержены все живые организмы, в том числе и человек. По подсчетам генетиков скорость мутаций в человеческом геноме, приблизительно равна 10^{-8} на поколение на один нуклеотид. Все мутации подразделяют на соматические и генеративные. Именно вторые, с эволюционной точки зрения, более важны, так как передаются по наследству потомкам. Мутации, происходящие в «зародышевой линии» (germline mutations), изменяют геном, в результате чего у каждого новорожденного появляется 60–70 новых мутаций, из которых 3–7 являются вредными.

Установлено, что мужчины и женщины вносят разный вклад в мутации своих детей. До последнего времени считалось, что развитие мутаций зависит от возраста матери, однако согласно последним исследованиям около 95% вариативности потомков по числу новых мутаций объясняется возрастом отца. Оказалось, что у старых отцов сглаживается зависимость частоты мутаций от последовательности репликации. Соответственно, растет доля мутаций в «осмысленных» участках генома, а среди таких мутаций выше доля вредных.

На сегодняшний день твердо установлено, что львиную долю новых наследственных мутаций люди получают от отцов. Чем старше мужчина, тем больше мутаций в его сперматозоидах. Это в первую очередь связано с процессами деления клеток половых желез.

Установлено, что чем больше клеточных делений (митозов), сопровождающихся репликацией ДНК, тем больше происходит мутаций. Овогони претерпевают обычное клеточное деление (митоз) только в эмбриональном периоде и девочка рождается уже с готовым набором незрелых ооцитов, которые с началом ее полового созревания поочередно входят в редукционное деление (мейоз), образуя яйцеклетки. Сперматогони активно митотически делятся в семенниках начиная с полового созревания и до старости. Таким образом, яйцеклетка проходит через ≈ 25 митозов, завершающихся мейозом, а число митозов, через которое проходит сперматозоид до мейоза, зависит от возраста мужчины (в 18 лет – это порядка 100 митозов, в 50 – порядка 800 митозов). Следовательно, на количество мутаций, которые ребенок получает от отца, в большой степени влияет отцовский возраст. Каждый лишний год жизни отца, начиная с момента полового созревания, прибавляет потомкам в среднем по 1,95 новых мутаций

В ряде исследований показано, что позднее отцовство грозит ребенку риском неврологических и психических заболеваний. Так, дети 45-50-летних отцов вдвое чаще страдают шизофренией и аутизмом, чем дети 20-летних отцов; IQ у детей от таких отцов в среднем намного ниже, причем настолько, что они в 2,5 раза чаще, чем дети молодых отцов, оказывались не в состоянии окончить среднюю школу. Риск синдрома дефицита внимания и гиперактивности возрастает у детей пожилых отцов в 13 раз. Доказано, что у пожилых отцов страдающих избыточным весом тоже рождаются дети с нарушенным метаболизмом.

Выводы. Таким образом, установлено, что с возрастом в сперматозоидах, которые у мужчин образуются в течение всей жизни, появляется гораздо больше мутаций, чем в яйцеклетках женщин: увеличение количества пожилых отцов тесно связано с увеличением случаев рождения детей с шизофренией и аутизмом.

Гниденко Н.А., Козырь Т.А.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ ПРИ ГЕЛЬМИНТОЗАХ

Научный руководитель – доцент Степанова М.Г.

Цель исследования – определить основные морфофункциональные изменения в легких при различных гельминтозах.

Материал и методы. Проведен анализ литературы отечественных и зарубежных авторов по вопросам влияния гельминтов и продуктов их обмена на морфофункциональные изменения в легких человека.

Результаты исследования. Согласно проведенному анализу, морфофункциональные изменения в легких человека при паразитировании гельминтов определяется их видовой специфичностью и особенностями жизненного цикла. Гельминты могут оказывать прямое воздействие и опосредованное через продукты своей жизнедеятельности. Основное патогенное действие в легких связано с механическим повреждением легочной ткани и токсико-аллергическими реакциями.

Для ряда гельминтов (*Paragonimus ringeri*; *Paragonimus westermani*) легкие являются основной локализацией. Половозрелые особи стимулируют формирование паразитарных кист, развитие легочных абсцессов. Финальная стадия парагонимоза характеризуется развитием фиброза легких, диффузным пневмосклерозом, легочным сердцем и первичным раком легких.

Негативное воздействие оказывают гельминты, имеющие в жизненном цикле мигрирующую личиночную стадию. Механическое повреждение легочной ткани в месте инвазии в альвеолу личинки аскарид и анкилостом

вызывает сенсализацию, которая сопровождается отеком интерстициальной ткани легких, инфильтрацией паренхимы легких и образованием так называемых инфильтратов Леффлера. На рентгенограммах грудной клетки определяют множественные или единичные инфильтраты, которые распространяются на несколько долек легких, реже на сегмент или всю долю. В период миграции личинок у больного возникают уртикарные высыпания, асμοидные явления, эозинофилия.

К патологическим изменениям в легких приводят паразитирование финн эхинококка и свиного цепня. Цистицерк фиксируется в интерстициальной ткани легких и формирует вокруг фиброзную капсулу, которая окружена лимфоцитарной инфильтрацией. Эхинококк попадая в легкие образует однокамерные и многокамерные кисты размером 3-5 см, иногда до 15-20 см, которые имеют собственную оболочку и заполнены жидкостью. Кисты со временем увеличиваются, но медленно, на протяжении нескольких лет. При этом наблюдаются сжатия сегментарных бронхов, гиповентиляция, ателектаза, присоединение пневмонии. При стрессовых ситуациях могут возникнуть нагноения эхинококковой кисты и прорыв гноя из кисты в бронхи или плевральную полость, что может привести к гибели больного.

Выводы. Паразитирование взрослых гельминтов и их личиночных форм в легких приводят к развитию морфологических изменений в легочной ткани, которые проявляются аллергическими реакциями или механической деформацией ткани легких. Степень поражения существенно влияет на тяжесть клинических проявлений и исход гельминтоза.

Корсун А.А., Греков И. С.,

КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ИЗОФЛАВОНОВ TRIFOLIUM PRATENSE

Научный руководитель – доцент Степанова М.Г

Цель исследования – выявить в соцветиях *Trifolium pratense* основные гликозидные производные изофлавонов – формононетин, прунетин и генистеин.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования выбран клевер луговой (*Trifolium pratense*). Сбор производили в весенне-летний период 2014г. в городе Донецке. В качестве исследуемого материала использовали соцветия. Навеску 50 г трижды экстрагировали 85-процентным спиртом, далее центрифугировали и фильтровали экстракт. В объединённых фракциях осаждали хлорофилл и упаривали раствор. Каждая стадия экстракции веществ длилась по 30 минут. Раствор последовательно экстрагировали гексаном, хлороформом и этилацетатом. Далее использовали хроматографические методы разделения веществ: тонкослойная хроматография на алюмогелевых пластинах, в качестве проявителя выступало УФ-излучение лампы Вуда с $\lambda_{\max}=365$ нм, а также колоночная хроматография на силикагеле.

Результаты исследования. Фитоэстрогены — гормоноподобные соединения растительного происхождения, которые могут проявлять свойства агонистов либо антагонистов эстрогенов. В настоящее время выделено несколько классов фитоэстрогенов, одним из основных, является изофлавоны, имеющие фенольную структуру, способную соединяться с эстрогенными рецепторами. Изофлавоны обнаружены в различных растениях семейства Бобовые. Большой интерес составляет изучение этих соединений в лекарственных растениях произрастающих на территории Донбасса, а именно дикорастущие и культивируемые виды, к которым можно отнести *Trifolium pratense*. Нами было выявлено содержание в этом растении таких изофлавонов: формононетина в клевере – 3,73 мг, прунетина – 3,65мг, генистеина – примерно 0,3 мг на 50 г сухого вещества.

Вывод. Таким образом, наличие в соцветиях клевера лугового изофлавонов, позволяет говорить о перспективности использования этого сырья в качестве лекарственного, а именно в заместительной гормонотерапии.

Гришина Е.С.

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ СТУДЕНТОВ К УЧЕБНОЙ НАГРУЗКЕ КАК ФАКТОР ЗДОРОВЬЯ

Научный руководитель – доцент Борисюк М.В.

Цель исследования. Изучение стрессоустойчивости студентов к учебной нагрузке в высших учебных заведениях как фактора здоровья.

Материалы и методы. В работе был использован метод анкетирования. Для оценки уровня стрессоустойчивости студентов использовали тест самооценки стрессоустойчивости (СУ) С. Коухене и Г. Виллиансона (Щербатых, 2006). Количественные показатели величины самооценки здоровья (СОЗ) определяли по Г. Апанасенко (Апанасенко, 1999). В анкетирование приняли участие 135 студентов (99 девушек и 36 юношей) 1-го курса всех факультетов Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького возрастом 17 лет. Статистическую обработку данных проводили с использованием компьютерной программы Statist.

Результаты исследований. У подростков и людей 1- го зрелого возраста в совокупности факторов здоровья значительная роль принадлежит стрессу на учебную нагрузку. Наряду с интенсивной умственной деятельностью и снижением двигательной активности эмоциональные переживания при подготовке к различным формам контроля знаний студентов (контрольные работы, коллоквиумы, микромодули, зачеты и экзамены) снижают уровень адаптации к психоэмоциональным нагрузкам, что является причиной неврозов и

различных заболеваний центральной нервной системы (Ивчатова, 2011). Анализ анкетных данных свидетельствует, что средневыворочный показатель СОЗ у студенток первого курса составляет 9,0 баллов (соответствует среднему уровню здоровья) и колеблется в диапазоне от 5,0 до 17,0 баллов. Установлено, что 60% студенток беспокоит головная боль, 63% – отмечают состояние бессонницы в результате переживаний, 40% – указывают забывчивость и ослабление памяти, 38% – считают, что у них ухудшилось зрение, 28% – отметили снижение работоспособности. Около 2/3 студенток имеют одышку при быстрой ходьбе, что требует дальнейших обследований. У юношей возрастом 17 лет средневыворочный показатель СОЗ был равен 5,9 баллов. Несмотря на то, что диапазон колебания рассматриваемого показателя был существенным (от 1 до 17 баллов), доля студентов с высоким показателем СОЗ составляла 9% от общего количества первокурсников рассматриваемого возраста.

По сравнению с девушками, юноши в меньшей степени жалуются на головную боль (25%), снижение работоспособности (13%). В то же время значительная их часть страдает бессонницей (40%).

Анализ уровня стрессоустойчивости респондентов позволил выявить, что как у девушек, так и у юношей среднее его значение составляет 35,36 и 34,70 баллов, что соответствует «среднему» уровню стрессоустойчивости по 9-балльной шкале теста С. Коухене и Г. Виллиансона. При этом доля девушек и юношей с данным уровнем СУ практически одинаковая – 58% и 54% соответственно, что указывает на гендерную однородность рассматриваемого показателя.

Статистическая обработка анкетных данных свидетельствует о том, что между рассматриваемыми показателями СОЗ и СУ у девушек наблюдается умеренная и прямая связь (уравнение регрессии $y=0,498x+30,86$), у юношей – прямая ($y=1,05x+28,48$).

Выводы. Таким образом, у 17-летних студентов спустя шесть месяцев обучения в высшем учебном заведении уровень стрессоустойчивости имеет «средний» показатель. Прямо пропорциональная связь рассматриваемого показателя с индексом СОЗ свидетельствует о существенной его роли в структуре факторов здоровья студенческой молодежи.

Минин А. С.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНАЦИЯ МУКОВИСЦИДОЗА

Научный руководитель – старший преподаватель Мехова Г.А..

Цель работы. Изучить источники литературы и проанализировать особенности этиологии и патогенеза муковисцидоза (МВ).

Материалы и методы – изучены литературные источники отечественной и зарубежной литературы и интернет ресурс по вопросам этиологии и патогенеза муковисцидоза.

Обсуждение результатов исследования. Муковисцидоз – частое моногенное аутосомно-рецессивное заболевание, характеризующееся поражением экзокринных желез жизненно важных органов и систем, имеющее обычно тяжелое течение и прогноз. Причиной МВ являются мутации гена, муковисцидозного трансмембранного регулятора проводимости (МВТР, CFTR). Ген муковисцидоза картирован в середине длинного плеча 7-й хромосомы (7q31.2). Включает 250000 пар нуклеотидов. Кодированный им белок CFTR включает 1480 аминокислотных остатков. Белок CFTR регулирует работу хлорных и натриевых каналов, участвует в проведении воды и АТФ, является сенсором внутриклеточного уровня АТФ и медиатором транспорта эндоплазматических пузырьков. К настоящему времени, по данным Консорциума по муковисцидозу, выделено 1546 мутаций гена CFTR, из них около 200-300 дают патологический эффект. Мутации гена CFTR реализуются недостаточной активностью CFTR-белка, что приводит к аномальным концентрациям хлоридов в просвете протоков дистальных отделов бронхолегочной системы, поджелудочной железы, протоков потовых желез, тонкого кишечника и семенных канатиков. Вследствие указанных изменений развивается прогрессирующее заболевание лёгких – бронхит, пневмония и др.

Самой распространенной мутацией является Del F508. Ее частота в России составляет около 55% среди всех мутаций при муковисцидозе. Так же большое значение имеют мутации следующих локусов: L138 ins, R334W, D1 507, 1677 dTA, G542X, 2143 delT, 2184 insA, 3821 delT, W1282X, N1303K. Перечисленные мутации обуславливают примерно 75% генетических дефектов, приводящих к муковисцидозу. Отмечается значительное превалирование «мягких» мутаций, когда в генотипе есть хотя бы одна мутация IV-V Класса. Это облегчает течение заболевания и приводит к поздней диагностике больных. Наличие «тяжелого» генотипа характеризуется присутствием двух «тяжелых» мутаций (в гомозиготном или компаунд-гетерозиготном состоянии обязательное наличие в генотипе двух мутаций I-III класса), что вызывает выраженное нарушение функции хлорного канала и приводит к развитию классической формы муковисцидоза. Присутствие в генотипе одной или двух «мягких» мутаций характерно для неклассических/атипичных или стертых форм МВ. «Тяжесть» генотипа безусловно оказывает определенное влияние на сроки установления диагноза, развитие некоторых осложнений заболевания. В частности, наличие «мягкого» генотипа предупреждает развитие таких тяжелых осложнений со стороны органов пищеварения как сахарный диабет, цирроз печени и кишечную непроходимость. Тяжесть поражения органов дыхания не зависит от «тяжести» генотипа. «Мягкие» генотипы имеют лучшие показатели выживаемости, вероятно, в том числе и потому, что не подвержены тяжелым осложнениям со стороны органов пищеварения и в меньшей степени инфицированы.

Вывод. Прогресс в изучении генетики МВ важен не только в перспективе генной терапии, но и возможности первичной его профилактики. Клиническое проявление и тяжесть течения муковисцидоза определяются множественными мутациями гена, кодирующего белок CFTR.

Корсун А.А., Осипенко С.И.

МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗОФЛАВОНОВ РАСТЕНИЙ СЕМЕЙСТВА БОБОВЫЕ

Научный руководитель – доцент Степанова М.Г

Цель исследования – изучение химического строения и биологических свойств изофлавонов, содержащихся в растениях семейства Бобовые и возможности их применения в медицине.

Материалы и методы. Анализ данных отечественной и зарубежной литературы.

Результаты исследования. В условиях растущего интереса к гормональным препаратам, в последнее время потребительское предпочтение отдают средствам на основе лекарственных растений, в частности фитоэстрогенам. К фитоэстрогенам относятся изофлавоны, которые принадлежат к группе флавоноидов – производных бензо-γ-пирона (хромона), в основе которых лежит фенилпропановый скелет. Образование изофлавонов происходит при замещении в 3-м положении атома водорода на фенильную группу. При замещении атомов водорода радикалами образуются разнообразные изофлавоны: даидзеин, генистеин, биоханин А, форомононетин и др. Уникальность изофлавонов заключается в том, что они способны взаимодействовать со специфическими рецепторами клеток органов-мишеней (матка, влагалище, мочеиспускательный канал, молочная железа, печень, гипоталамус, гипофиз) вместо эстрогенов человека. Биологическими свойствами фитоэстрогенов являются: образование рецепторных гомо- и гетеродимеров с возникновением разных транскрипционных факторов, включая замедление транскрипции; синтез и высвобождение в печени половых стероидов, связывающих глобулин; антиоксидантное действие, подобное эстрогенам; антиандрогенное и антикортикостероидное действие; замедление секреции тиреоидного гормона; снижение тирозинкиназной активности, ведущей к снижению уровня пролиферации, вызванной гормоном роста. В настоящее время во многих исследованиях предпринимаются попытки определить реальность тканеспецифичности ряда растительных препаратов и доказать их свойства. Растительные фитоэстрогены, используются в коррекции гинекологических патологий, а именно в регуляции климактерических нарушений. Итак, в случае недостаточного количества собственных эстрогенов у женщины зрелого возраста изофлавоны способны восполнять их нехватку и выравнивать гормональный фон. Наиболее сходное с эстрадиолом строение имеет эквол – продукт метаболизма даидзеина. Данное свойство используется в лечении климактерического синдрома. При приеме фитоэстрогенов значительно снижается потливость, уровень раздраженности, частота головных болей и приливов жара. В растениях изофлавоны находятся в гликозидной форме. Согласно литературным данным, наибольшее содержание изофлавонов отмечено в растениях семейства Бобовые: *Psoralea corylifolia* (даидзеин – 99,2 мг/кг, генистеин – 2151 мг/кг), *Pueraria lobata* (даидзеин – 949,8 мг/кг, генистеин – 316,9 мг/кг), *Vicia faba* (даидзеин – 1032,8 мг/кг, генистеин – 92,1 мг/кг), *Glycine max* (даидзеин – 327,6 мг/кг, генистеин – 427,6 мг/кг), *Trifolium sp.* (даидзеин – 73,6 мг/кг, генистеин – 110 мг/кг), *Medicago sativa* (даидзеин – 7,4 мг/кг, генистеин – 7,0 мг/кг). Следует отметить, что из представленных выше растений, произрастающими в Донбассе, являются дикорастущие и культивируемые виды клева, люцерны, горошка, а также различные сорта сои.

Выводы. Изофлавоны и их гликозидные производные, содержащиеся в растениях семейства Бобовые, могут быть использованы в заместительной гормонотерапии при лечении климактерического синдрома, в связи со способностью взаимодействовать со специфическими рецепторами клеток органов-мишеней вместо эстрогенов человека, а также, в отличие от искусственно синтезированных гормональных препаратов, они не имеют побочных эффектов.

Сидельникова А.А. *, Пинскер М.О.

ВОПРОС ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАБЕЗИОЗА СОБАК

Кафедра биологии с основами генетики и паразитологии и *кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии ГБОУ ВПО КемГМА Минздрава России, г. Кемерово
Научный руководитель – проф., Л.В.Начева

Введение. *Babesia canis* (Protozoa) – возбудитель острого паразитарного заболевания бабезиоза (пироплазмоза), который возникает у животных в результате укуса переносчика клеща рода (Белименко В. В.Заблоцкий В. Т. и др.,2012). Ранее в качестве основного лечебного препарата для пироплазмоза собак использовали специфический токсин «Пиростоп», но лечение с использованием разных видов гепатопротекторов ранее не проводилось.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности различных гепатопротекторов при лечении бабезиоза у собак г.Кемерово.

Материалы и методы. Экспериментальная работа проводилась на 30 собаках различных пород возраста от 3 до 7 лет. Первая группа животных (n = 10) в качестве поддерживающего препарата получала внутривенно гепатопротектор «Гептрал» по 0,1 мл в течение 5 дней. Вторая группа (n = 10) получала препарат «Гептор» по 0,1 мл в течение 8 дней. Третья группа (n = 10) – «Эссенциале Форте Н» по 0,1 мл в течение 14 дней.

Исследование на пироплазмоз проводили изготовлением мазков периферической крови после 1 и 2 инъекций специфического токсина «Пиростопа» в качестве основного лечебного препарата. Клинику подтверждали с помощью тест-системы Lab Strip U11Plus urinalysis для исследования мочи на билирубин.

Результаты исследования. После первой инъекции лечебным токсином «Пиростопом» отмечали наличие шизонтов и зрелых бабезий в эритроцитах, из которых разрушенных было 80-85 % в поле зрения. Вторая инъекция лечебным токсином проводилась через 3 суток – бабезии отсутствовали. Но улучшения самочувствия животных не наблюдали. При подключении «Гептрала» отмечали в первой группе положительную динамику уже на 2 сутки: прекращалась лихорадка, животные становились более активными, появлялся аппетит. Через 4 суток отмечали восстановление цвета кожи и склер. При лечении второй группы «Гептором» улучшение наступало только на 7 сутки. У животных третьей группы с «Эссенциале форте Н» по сравнению с предыдущими препаратами долго не наступало ремиссии. Склеры и кожа у собак сохраняли желтушный оттенок до 14 дней. При проведении экспресс-тестов на билирубин в моче после проведенного лечения через 7 суток было отмечено, что у животных содержание билирубина оценено как положительное, но разной степени, обозначенных нами как плюс, и у первой группы +, у второй ++, тогда как у третьей +++ . У животных третьей группы данная концентрация сохранялась до 10 суток.

Вывод. Анализ исследований показал, что гепатопротектор «Гептрал» способствовал быстрому восстановлению животных при лечении бабезиоза у собак по сравнению с другими препаратами – «Эссенциале форте Н» и «Гептор»

Поздняков Н. С.

ОБНОВЛЕНИЕ ЯЙЦЕКЛЕТОК ПУТЕМ ПЕРЕСАДКИ В НИХ МИТОХОНДРИЙ ИЗ КЛЕТОК ПРЕДШЕСТВЕННИКОВ

Научный руководитель – доцент Мехова Л. С.

Цель исследования. Изучить литературные данные о биологической роли митохондрий в старении яйцеклеток и возможные методы их обновления путем использования митохондрий клеток предшественников.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ отечественной, зарубежной литературы и электронных ресурсов.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время изучению новых репродуктивных технологий отводится большое внимание. Считается, что лучшим временем для рождения ребенка является возраст 20-29 лет, так как, после 35 лет способность женщины к зачатию и вынашиванию ребенка снижается, что объясняется процессами, связанными с активным «старением» яйцеклетки. Поэтому с возрастом женщины риск рождения детей с отклонениями увеличивается у 35 летних матерей в 3 раза по сравнению с популяцией, а у женщин старше 40 лет – в 4-5 раз.

По данным национальной статистической службы (ONS), в настоящее время средний возраст рожениц составляет 30-35 лет, а именно в этом возрасте более 30% женщин создают семью, но их шансы иметь здорового ребенка резко уменьшаются. Так процент беременностей после ЭКО (экстракорпорального оплодотворения) у женщин до 35 лет около 30%, а после 40 – меньше 5%. Но если те же самые женщины используют молодые донорские яйцеклетки, то процент успешных имплантаций значительно увеличивается, и они до 60 лет могут иметь здоровых детей. Получается, что состояние репродуктивной системы у женщин еще долго остается нормальным и одной из причин несостоятельности беременности является старение яйцеклеток. Опасность стареющей яйцеклетки в том, что при истонченном кортикальном слое растет вероятность проникновения нескольких сперматозоидов. И как результат – образуется зародыш с измененным хромосомным набором. Это приводит к сбоям в реализации генетической программы и остановки беременности. Генетические изменения, ассоциированные со старением как всего организма, так и яйцеклеток, наиболее выражены в митохондриях. Митохондриальный геном в отличие от ядерного, способен подвергаться сильным мутациям. Доказано, что на скорость старения яйцеклетки существенное влияние оказывают мутации

в митохондриальной ДНК, которых происходит в 100 раз больше, чем в ядре клетки. Было обнаружено, что в наружном слое яичника существует небольшая популяция клеток предшественников, включающих в себя полностью «здоровые митохондрии». Разработана методика переноса здоровых митохондрий в стареющие яйцеклетки. Как показали исследования, в такой обновленной яйцеклетке значительно снижается уровень митохондриальных мутаций и риск прерывания беременности. Данный метод помогает продлить фертильность яйцеклеток и поможет родителям минимизировать риск развития у детей множества заболеваний, связанных с дефектами в митохондриях старых ооцитов. Митохондриальные гены не подвергаются рекомбинации и передаются только по материнской линии. По оценкам специалистов, дефекты митохондрий имеют место приблизительно у 1 из 4000 детей и могут стать причиной редких и часто смертельных заболеваний, таких как дефицит карнитина, который препятствует использованию в организме жиров в качестве источника энергии. Кроме того, и более распространенных дефектов – рассеянный склероз, болезнь Паркинсона и Альцгеймера.

Выводы. Таким образом, использование методики пересадки митохондрий из клеток предшественников в стареющие яйцеклетки, имеет чрезвычайное значение для репродуктивной медицины и старения.

Проценко О.И.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ КЛЕЩА-ЖЕЛЕЗНИЦЫ В РАЗВИТИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ КОЖИ

Научный руководитель – старший преподаватель Мехова Г.А.

Цель работы – изучить частоту встречаемости и биологическую роль клеща-железницы (демодекс, *Demodex folliculorum*) у лиц с различными типами кожи.

Материалы и методы – изучены амбулаторные карты 15 пациентов (3 мужчин и 12 женщин). В группе от 18 до 20 лет – 1 мужчина и 2 женщины, от 21 до 30 лет – 3 женщины, от 31 до 35 лет – 2 мужчин и 7 женщин. Состояние кожи определяли по жирности и сухости кожи лба, носа и подбородка. Сухая кожа отмечена у 4 человек (1 мужчина и 3 женщины), нормальная у двух женщин, жирная – у 9 человек (2 мужчин и 7 женщин). Клеща-железницу определяли в соскобе чешуек кожи и ресницах верхних и нижних век при просмотре нативного препарата с помощью микроскопа ЛОМО ЕС, БИММ Е 11 при увеличении X10.

Результаты и их обсуждение. Клещ-железница относится к типу членистоногих, классу паукообразных, отряду клещей. У человека обитает клещ-железница *Demodex folliculorum* и является облигатным представителем флоры сально-волосяного фолликула.

Клещ-железница был выявлен в 10 (66,7%) случаях, в т. ч. у 8 пациентов с жирной кожей, у 1 – с сухой кожей и у 1 с нормальной кожей.

У обследованных пациентов был выделен *Demodex folliculorum* в 2-х подвидах: *Demodex folliculorum longus*, заселяющий сально-волосяные фолликулы в области носа, лба, вокруг рта и наружного слухового прохода и *Demodex folliculorum brevis*, обитающий в сальных и мейбомиевых железах верхних и нижних век.

Плотность заселения клеща и его активизация зависят от возраста, топографического региона кожи, состава кожного сала, рН гидро-липидной мантии кожи и др. Демодекс отсутствует у детей, появляется в пубертате и его количество увеличивается с возрастом (в исследуемой группе от 31 до 35 лет – 9 человек, что составляет 60%).

Считается, что активизация демодекса связана со снижением неспецифической устойчивости кожи, которая обусловлена патологией системы пищеварения, нарушением метаболизма половых гормонов и др. Это является одним из важных факторов увеличения плотности заселения клеща и повышение его активности. У всех пациентов в анамнезе был стресс. 100% мужчин имели хронический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*. У всех женщин отмечалось нарушение гормонального фона, связанное с патологией яичников. Патогенные свойства демодекса заключаются в механическом разрушении эпителиальных клеток фолликула с последующим развитием воспалительного перифолликулярного лимфо-гистиоцитарного инфильтрата. При попадании фрагментов демодекса в поверхностные слои дермы, развивается гранулематозное воспаление. Клинически у пациентов это проявилось воспалительными папулами и чешуйками, с последующим развитием пустул.

Демодекс является проводником различного рода бактерий, которые способствуют пустулизации сыпи, хотя содержимое пустул в большинстве случаев стерильно. Доказана патогенетическая значимость демодекса в развитии воспалительной сыпи при розовых угрях, угревой болезни и поздних акне, себорейном дерматите и др.

Выводы. Высокая выявляемость демодекса у пациентов с жирной кожей, особенно у женщин, обосновывает необходимость коррекции ухода за кожей у этих пациентов с использованием антисептических или противомикробных средств.

Проценко О.И.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ КЛЕЩА-ЖЕЛЕЗНИЦЫ

Научный руководитель – Мехова Г.А.

Цель работы – изучить встречаемость и биологическую роль клеща-железницы (демодекс, *Demodex folliculorum*) у лиц с различными типами кожи.

Материал и методы – обследовано 15 пациентов (3 мужчин, 12 женщин) в возрасте от 18 до 35 лет, в том числе с сухой кожей – 4 чел., нормальной – 2, жирной – 9 чел. Клеща-железницу определяли в чешуйках кожи и ресницах верхних и нижних век. Микроскопическая диагностика выполнялась с помощью микроскопа ЛОМО ЕС, БИММ Е 11 при увеличении X10. Статистическая обработка данных выполнялась на персональном компьютере по прикладным программам.

Результаты и их обсуждение. Клещ-железница был выявлен в 10 (66,7%) случаях, в т.ч. у 8 из 9 пациентов с жирной кожей, у 1 из 4 – с сухой кожей и у 1 из 2 пациентов с нормальной кожей.

Клещ-железница относится к классу паукообразных клещей. Описано около 65 их видов, часть из которых обитает на млекопитающих (овцы, лисы, крупный рогатый скот). У человека он является облигатным представителем флоры сально-волосяного фолликула, выделен только *Demodex folliculorum*, но в 2х подвидах: *Demodex folliculorum longus*, который заселяет сально-волосяные фолликулы в области носа, лба, вокруг рта и наружного слухового прохода и *Demodex folliculorum brevis*, обитающий в мейбомиевых железах верхних и нижних век..

Доказано, что плотность заселения клеща и его активизация зависят от возраста, топографического региона кожи, состава кожного сала, pH гидро-липидной мантии кожи и др. Демодекс отсутствует у детей, появляется в пубертате и количество его увеличивается с возрастом. Считают, что активация демодекса связана со снижением неспецифической устойчивости кожи из-за патологии системы пищеварения, нарушения метаболизма половых гормонов и др. Это является одним из важных факторов увеличения плотности заселения клеща и повышение его активности.

Жизненный цикл демодекса складывается из 4-5 фаз с общей продолжительностью 25 дней. Самка откладывает яйца, в последующем образуются личинка, стадии нимфа 1 и нимфа 2, и лишь затем образуются взрослые половозрелые особи.

В сально-волосяном фолликуле головная часть клеща с жевательной поверхностью находится в верхней трети выводного протока сальной железы, а хвостовая – в устье фолликула.

Патогенные свойства демодекса заключаются в механическом разрушении эпителиальных клеток фолликула с последующим развитием воспалительного перифолликулярного лимфогистиоцитарного инфильтрата. Клинически это проявляется воспалительными папулами и чешуйками, с последующим развитием пустул. Если фрагменты демодекса попадают в поверхностные слои дермы, может развиться гранулематозное воспаление.

Существует точка зрения, что демодекс является проводником различного рода бактерий, которые способствуют пустулизации сыпи, хотя содержимое пустул в большинстве случаев стерильно. Доказана патогенетическую значимость демодекса в развитии воспалительной сыпи при розовых угрях, угревой болезни и поздних акне, себорейном дерматите и др.

Выводы. Высокая выявляемость демодекса у пациентов с жирной кожей обосновывает необходимость коррекции ухода за кожей у этих пациентов с использованием антисептических или противомикробных средств.

Сердюк Е.Б.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА В ДЕТЕРМИНИРОВАННОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

Научный руководитель – доцент Степанова М. Г.

Цель. Проанализировать данные литературы о роли генетического полиморфизма в формировании ответа на действие лекарственных препаратов и эффективность лечения ими.

Материалы и методы. Аналитический обзор литературных данных.

Результаты и обсуждение. В процессе лечения врач сталкивается с различной индивидуальной чувствительностью пациента к лекарству, хотя больному назначается доза, соответствующая его возрасту и полу. Одна и та же доза лекарства воспринимается одними пациентами как передозировка, у других не оказывает ожидаемого эффекта даже при увеличении дозы препарата. Детерминированность фармакологических реакций имеет наследственный характер. Индивидуальные различия в ответах на лекарства, обуславливаются аллельными вариациями в генах. Изучение полиморфизма генов, вовлеченных в биотрансформацию лекарств и в генетический контроль их взаимодействия, помогает понять сущность нежелательных лекарственных реакций и их ключевые точки. Судьба лекарств в организме определяется всасыванием, распределением (по органам, клеткам, органеллам), взаимодействием с клеточными элементами, метаболизмом и выведением. Все ступени кинетики лекарства и динамики его действия осуществляются с помощью специфических и неспецифических ферментов и белков. Учитывая широкий биохимический полиморфизм человеческих популяций, судьба каждого лекарства на каком-то фармакокинетическом или фармакодинамическом этапе связана с полиморфной системой фермента, белка, рецептора и других клеточных мишеней. Это и обуславливает весьма разнородные реакции индивидов на лекарства. Генетический полиморфизм определяет три главных фенотипа метаболизаторов: экстенсивные, медленные и быстрые. К группе экстенсивных метаболизаторов принадлежит большинство населения. Это индивиды с нормальной скоростью метаболизма лекарственных средств. Они являются чаще всего гомозиготами по «дикому» аллелю соответствующего фермента. Медленные метаболизаторы характеризуются сниженной скоростью метаболизма лекарства и являются гомозиготами при аутосомно-рецессивном (АР) типе наследования или гетерозиготами при аутосомно-доминантном (АД) типе наследования по мутантному («медленному») аллелю соответствующего фермента. У таких лиц синтез фермента отсутствует или синтезируется неактивный («дефектный») фермент, в результате лекарственное средство накапливается в высоких концентрациях, что приводит к появлению нежелательных побочных реакций. Для медленных метаболизаторов доза лекарства должна быть меньшей. Быстрые (сверхактивные) метаболизаторы характеризуются повышенной скоростью метаболизма определенных лекарств. В основном это гомозиготы при АР типе наследования или гетерозиготы при АД типе наследования по «быстрому» аллелю соответствующего фермента. Достаточно часто встречаются индивиды с копиями функциональных аллелей, что также приводит к повышенному метаболизму лекарства. Быстрый метаболизм лекарства не позволяет при стандартных дозах достичь его терапевтической концентрации в крови, поэтому доза лекарства в этом случае должна быть выше. Число генов, мутации в которых ведут к фармакогенетическим последствиям, достаточно большое, и перечень их постоянно пополняется.

Вывод. Генетический полиморфизм играет существенную роль в вариациях фармакодинамических процессов. Мутации в генах, кодирующих белки-мишени для лекарственных средств, ведут к изменениям фармакологического ответа. Знание фармакогенетических особенностей обеспечит лучшую эффективность и большую безопасность назначаемой лекарственной терапии.

Сорокопуд Е.П.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ШЕРШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Научный руководитель – старший преподаватель Мехова Г.А.

Цель работы. Изучить вопросы диагностики задержки полового развития (ЗПР) у девочек-подростков, обусловленной синдромом Шершевского-Тернера (СШТ).

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделе репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи ДРЦОМД. Материалом послужили истории болезни пациенток в возрасте 13-18 лет с СШТ и ЗПР в анамнезе. На основании анализа историй болезни было выделено 2 группы: 1 - ая опытная с данной патологией (15 человек) и 2-ая – контрольная, без соматической и гинекологической патологии (15 человек). Для оценки физического развития учитывали: рост и массу тела. Полученные данные сравнивали с контрольной группой и возрастными нормами для девочек Донецкого региона. Анализировали результаты кариотипирования, рентгенограмму кистей рук, время появления вторичных половых признаков, развитие наружных и внутренних половых органов пациенток. Степень полового созревания оценивали по четырехбалльной системе оценки половой формулы $MaAxPsMe$ по Л. Г. Тумилович (1975). Балл полового развития (БПР) рассчитывали с учетом биологической значимости вторичных половых признаков. Учитывалось заключение гинекологического осмотра. О морфофункциональном состоянии внутренних половых органов судили по заключению ультразвукового исследования (УЗИ). Изучали результаты гормонального обследования: содержание в крови соматотропного (СТГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов. Третий этап работы включал в себя анализ и заключение результатов исследования.

Результаты и их обсуждение. Из данных анамнеза выявлено, что у девочек с СШТ при рождении и до 2–3-летнего возраста показатели физического развития не отличались от таковых у сверстниц. Затем постепенно темпы роста снижались до 2–3 см в год. В пубертатный период при классическом варианте СШТ (кариотип 45 XO) рост пациенток не превышал 141,5–144,5 см – в 23%. При мозаичном варианте (45XO/46XX...), который диагностировался у 77% девочек, рост мог быть несколько выше (141,7–146,6±12 см). У 100% пациенток «костный» возраст отставал от хронологического и не соответствовал паспортному. Подтверждали диагноз отрицательный или низкий процент полового хроматина и данные кариотипирования. В 43% случаях исследованным пациенткам с СШТ диагноз был поставлен очень поздно, когда зоны роста были у них уже закрыты; из них в 65% случаев наблюдалась недостаточность соматотропной функции гипофиза, что объясняется гипозстрогией вследствие первичного гипогонадизма, у 3% девочек дефицит СТГ не выявлен. У всех девочек имелись задержка полового (от $Ma_0Ax_0Ps_0Me_0$ до $Ma_1Ax_1P_{s1}Me_0$) и физического развития, множественные стигмы дисэмбриогенеза: шейный птеригиум (3%), короткая шея и низкий рост волос на ней (78%) готическое небо (69%), микрогнатия (32%), гипертелоризм (47%), короткие первые фаланги больших пальцев (83%), подковообразная почка (46%). У всех пациенток данные гинекологического статуса свидетельствовали о том, что наружные половые органы развиты по женскому типу, отмечена гипоплазия малых половых губ; данные УЗИ: гипоплазия матки, яичники в виде тяжа; определялся высокий уровень ФСГ в крови.

Вывод: результаты исследования показали, что целенаправленное использование среди девочек-подростков с ЗПР, таких исследований, как сбор анамнеза, гинекологический осмотр, антропометрия, определение полового хроматина, определение костного возраста и концентрации в крови СТГ и ФСГ, УЗИ внутренних гениталий может позволить своевременно выявить синдром Шершевского-Тернера, провести терапию и социализацию.

МЕДИЦИНСКАЯ ФИЗИКА, МАТЕМАТИКА И ИНФОРМАТИКА

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра медицинской физики, математики и информатики
Зав. кафедрой – д. мед. н., доц. Выхованец Ю. Г.

Алёшечкин П.А.

ФРАКТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИНТЕРВАЛОВ RR И QT ПО ДАННЫМ ЦИФРОВОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ

Научный руководитель – д. мед. н., доц Выхованец Ю. Г.

Актуальность проблемы. Распространенность заболеваний сердечно-сосудистой системы, среди которых широко представлена группа тяжелых нарушений сердечного ритма, способствует разработке новых и усовершенствованию уже существующих методов ранней диагностики доклинических форм кардиоваскулярной патологии. Внедрение цифровой электрокардиографии в повседневную практику врача, позволило применить математический метод расчета показателя Херста при определении фрактальной размерности кардиоинтервалов, изменения которой свидетельствует о предрасположенности к развитию нарушения сердечного ритма.

Цель исследования – апробация метода математического анализа интервалов RR и QT электрокардиограммы на основе расчета показателя Херста для ранней диагностики доклинических форм нарушений ритма сердца.

Материал и методы исследования. В эксперименте приняло участие 198 лиц мужского и женского пола в возрасте от 17 до 29 лет, средний возраст $20,2 \pm 0,2$ (95%ДИ:19,8-20,6). Регистрация цифровой электрокардиографии проводилась с использованием разработанной экспериментальной программы. Для формирования однородных групп исследуемых и их факторных признаков был выполнен кластерный анализ с применением дивизионного метода k-средних. Было сформировано 3 группы. Среднее значение показателя Херста динамических рядов интервалов RR и QT с помощью метода нормирования размаха непериодических хаотических колебаний.

Результаты исследования. В результате проведенного анализа было выявлено, что средний показатель Херста для интервалов RR в 1 группе (n=58) составил $0,8627 \pm 0,01574$ (95%ДИ:0,8319-0,8936) у.е., во 2 группе (n=84) – $0,8796 \pm 0,015383$ (95%ДИ: 0,8495-0,9098) у.е. и $0,858 \pm 0,020867$ (95%ДИ:0,8171-0,8989) у.е. в 3 группе (n=56). Среднее значение показателя Херста для интервалов QT в 1 группе составило $0,9303 \pm 0,019617$ (95%ДИ:0,8919-0,9688) у.е., $0,9239 \pm 0,017117$ (95%ДИ:0,8904 -0,9575) у.е. во 2 группе и $0,9116 \pm 0,018776$ (95%ДИ:0,8748-0,9484) у.е. в 3 группе. При проведении множественных межгрупповых сравнений по показателю Херста для динамических рядов, как интервалов RR, так и интервалов QT, не было выявлено статистически значимых различий ($p < 0,001$). Это подтверждает идентичную фрактальную структуру динамических рядов интервалов RR и QT, что подтверждает сильную корреляционную связь данных параметров.

При сравнении средних значений показателя Херста рассчитанных для интервалов RR и показателя Херста для интервала QT в 1-й группе были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,007$), при этом для интервалов QT он имел более высокие значения.

Выводы. В данном исследовании было выявлено, что среднее значение показателей Херста во всех группах исследуемых принимало высокие значения ($H > 0,5$), что согласно данным многих авторов свидетельствует об относительной устойчивости и широком диапазоне адаптации сердечнососудистой системы. Найденное в 1-й группе исследуемых наиболее высокие средние значения показателя Херста для интервала QT $0,9303 \pm 0,019617$ (95%ДИ:0,8919-0,9688) у.е. и достоверные различия ($p < 0,007$) между показателями Херста для динамических рядов интервалов RR и для интервалов QT, могут свидетельствовать о более высокой устойчивости сердечного ритма в данной группе исследуемых. Таким образом, данная методика может применяться для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы человека.

Белофонова Е. Г.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В ОСЕННЕМ СЕМЕСТРЕ

Научный руководитель – Якимова К. А.

Целью данного исследования является оценка функционального состояния студентов в период интеграции в учебный процесс.

Материалы и методы: в эксперименте приняли участие 195 студентов 17-20 лет первого курса проходивших обучение на кафедре медицинской физики, математики и информатики в осеннем семестре. Оценивалось функциональное состояние студентов во время учебного процесса. Исследование проводилось

двукратно: до (готовность вхождения в деятельность) и после (выход из деятельности) умственной нагрузки. Для исследования было использовано устройство «Диагноз». Сложная зрительно-моторная реакция (СЗМР) измерялась следующим образом: студенту предъявлялись световые сигналы на панели с кнопками-индикаторами, и измеряется время реакции до нажатия соответствующей кнопки. В результате исследования фиксировались следующие психофизиологические параметры: среднее время реакции (СВР, мс), электрическое сопротивление кожи (R , Ом), скорость переработки информации (СПИ), число ошибочных нажатий ($N_{\text{ош}}$). Далее проводился анализ и оценка полученных данных. Сравнивались психофизиологические показатели в течение учебного дня, недели, учитывая половые и возрастные различия.

Результаты исследования. Установлены существенные различия средних значений СВР до и после умственной нагрузки в течение недели среди девушек. Так, средние значения по дням недели находились в пределах 475,1 мс – 495,2 мс до нагрузки и 458,2 мс – 468,3 мс после нагрузки ($p < 0,001$). Самые высокие значения СВР зарегистрированы в понедельник. Во вторник, среду и четверг значения находились приблизительно на одном уровне, а в пятницу зафиксированы самые низкие значения. Также установлены существенные различия показателей СВР среди юношей. Средние значения составили от 446,1 мс до 491,7 мс до нагрузки и от 426,3 мс до 469,6 мс после нагрузки ($p = 0,03$). Самые высокие величины СВР у юношей зафиксированы в четверг. При анализе и сравнении показателей СВР до и после умственной нагрузки в течение учебного дня выявили статистически значимые различия как среди девушек, так и среди юношей. Среди девушек высокие показатели были отмечены на второй паре до нагрузки и после нагрузки, у юношей до нагрузки показатели находились приблизительно на одном уровне в течение четырех пар, а после нагрузки высокие показатели зафиксированы на второй паре ($p < 0,001$). Также было установлено, что до нагрузки у девушек и юношей 18-ти лет зафиксированы самые высокие показатели СВР. Анализ показателей скорости переработки информации показал, что у юношей значения были достоверно более высокими, чем у девушек ($p < 0,001$). В течение недели самые низкие значения у девушек отмечались в среду, у юношей – в понедельник. Установлено, что у юношей СПИ по дням недели увеличивалась с 4,86 бит/с (в понедельник) до 5,76 бит/с (в пятницу).

Выводы. Установлены существенные различия средних значений СВР до и после умственной нагрузки в течение недели среди девушек, а также среди юношей. Анализ показателей скорости переработки информации показал, что у юношей значения были достоверно более высокими, чем у девушек.

Воробьев А.А.

ФРАКТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БИМЕДИЦИНСКИХ СИГНАЛОВ

Научный руководитель – д.мед.н., проф., Выхованец Ю.Г.

Актуальность проблемы. При анализе стабิโลграмм важной задачей является оценка присутствующих в них непериодических хаотических компонентов. Стабิโลграмму можно исследовать с помощью метода нормированного размаха с расчетом показателя Херста (H), который связан с показателем фрактальной размерности степенью организации анализируемого процесса.

Цель исследования – разработать метод математического анализа стабิโลграмм на основе расчета показателя Херста (H).

Материал и методы исследования. В эксперименте приняло участие 40 лиц мужского и женского пола в возрасте от 17 до 40 лет. Регистрация стабิโลграмм осуществлялась в произвольном акте ортоградной позы с возможностью визуального контроля положения центра масс (ЦМ) на экране монитора (искусственной обратной связью – ИОС), с открытыми глазами (ОГ) и закрытыми глазами (ЗГ).

Результаты исследования. В результате проведенных расчетов показатель Херста в исследованиях с ИОС составил $H = 0,712 \pm 0,002$. В условиях с ОГ и ЗГ изучаемый показатель составил $H = 0,655 \pm 0,003$ и $H = 0,574 \pm 0,001$ соответственно. Таким образом, частичная сенсорная депривация приводит к рассогласованию деятельности функциональных систем участвующих в координации движений человека.

Выводы. Значения показателя Херста при проведении тестов в различных условиях сенсорного контроля указывает на изменение способа организации испытуемым своего движения, что может использоваться в диагностике функциональных состояний человека на основе стабилометрии.

Золотухин А.С., Алёшечкин П.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Научный руководитель – к.б.н. доц. Остапенко В.И.

Актуальность проблемы. Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают лидирующее место среди всех причин смертности во всем мире. В связи с этим необходима комплексная оценка состояния здоровья пациентов с применением доступных методов диагностики доклинических форм кардиоваскулярной патологии. Одним из быстрых и неинвазивных способов является исследование артериального давления и частоты сердечных сокращений.

Цель исследования – дать характеристику показателей артериального давления (систолического, диастолического и пульсового давления), частоты сердечных сокращений (ЧСС) у лиц с различным функциональным состоянием сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы исследования. В эксперименте приняло участие 198 лиц мужского и женского пола в возрасте от 17 до 29 лет, средний возраст которых составлял $20,2 \pm 0,2$ (95%ДИ:19,8-20,6). Было проведены следующие исследования: измерение артериального давления (систолическое (АДС), диастолическое (АДД)) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) (цифровой автоматический тонометр UA-787, A&D Company, Limited. Tokyo Japan), рассчитывалось пульсовое давление (ПД = АДС-АДД). В рамках эксперимента было сформировано 3 группы исследуемых с учетом функционального состояния сердечно-сосудистой системы: 1 группу (n=92) составили здоровые участники, 2 группу (n=64) относительно здоровые, а 3 группу (n=42) лица с наличием хронической кардиоваскулярной патологии.

Результаты исследования.

В результате проведенного анализа было выявлено, что среднее значение АДС в 1 группе составило $121 \pm 1,4$ (95%ДИ:118,3-123,8) мм.рт.ст., во 2 группе – $114,8 \pm 1,1$ (95%ДИ:112,7-116,9) мм.рт. ст. и $136,9 \pm 1,5$ (95%ДИ:133,9-139,9) мм.рт. ст. в 3 группе. При множественном сравнении показателей АДС были выявлены достоверные межгрупповые различия ($p < 0,01$) во всех исследуемых группах. Среднее АДД в 1 группе составило $74,9 \pm 0,8$ (95%ДИ:73,2-76,5) мм.рт.ст., $69,3 \pm 0,7$ (95%ДИ:67,9-70,8) мм.рт.ст. во 2 группе и $79 \pm 1,3$ (95%ДИ:74-82,5) мм.рт.ст. в 3 группе. При множественном сравнении показателей среднего АДД было выявлено статистически значимые различия ($p < 0,01$) в во всех исследуемых группах. Значение показателя ЧСС в 1 группе определялось на уровне $66,97 \pm 0,88$ (95%ДИ:65,21-68,72) уд/мин, во 2 группе – $79,33 \pm 0,97$ (95%ДИ:77,41-81,27) уд/мин и $76 \pm 1,6$ (95%ДИ:72-83) уд/мин в 3 группе. В ходе межгруппового сравнения было выявлено достоверные различия в 1 и 2 группах, в 1 и 3 ($p < 0,01$). Значение показателя ПД в 3 группе составило $57 \pm 1,7$ (95%ДИ:53,8-60,3) мм.рт.ст., что статистически значимо было выше, чем в 1 группе ($46,2 \pm 1,4$ (95%ДИ:43,4-48,9) мм.рт.ст.) и во 2 группе ($45,5 \pm 1,3$ (95%ДИ:42,9-47,9) мм.рт.ст.) ($p < 0,01$).

Выводы. В результате проведенного статистического анализа гемодинамических показателей в исследуемых группах было выявлено, что у студентов из группы с наличием хронической кардиоваскулярной патологии определялись наиболее высокие показатели АДС, АДД, ПД по сравнению с группами здоровых лиц и относительно здоровых. Наибольшее значение показателя ЧСС отмечалось в группе относительно здоровых лиц, что вероятно связано с особенностями функционального состояния сердечно-сосудистой системы данной группы. Таким образом, при оценке состояния организма необходимо в комплексе учитывать значения гемодинамических показателей исследуемых.

Кононенко Л.В.

ОЦЕНКА ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ

Научный руководитель – доц. Тетюра С.М.

Цель исследования. Характеристика параметров вегетативной регуляции сердечного ритма у пациентов различного возраста под воздействием экстремально низкой температуры.

Материалы и методы. Обследованы 97 чел., из них 38 женщин (39,2%) и 59 мужчины (60,8%) в возрасте от 21 до 70 лет. Криовоздействие проводилось в аэрокриокамере «Cryo Therapy Chamber» при температуре воздуха -110°C . Оценка состояния ВСР осуществлялась по показателям интегральному показателю ПАРС.

Результаты. Анализ показателей ВСР выявил, что существуют межгрупповые различия между лицами молодого и пожилого возраста по изменениям значений спектральных показателей и показателей вариационной пульсометрии ($p < 0,05$). У мужчин пожилого возраста после курса криотерапии было обнаружено увеличение процента лиц с состоянием умеренного и выраженного напряжения регуляторных систем в 1,6 и 2 раза, соответственно ($p < 0,05$). У мужчин и женщин, молодого возраста, наоборот, в 2 и 2,8 раза, соответственно, уменьшился процент лиц с состоянием умеренного напряжения регуляторных систем ($p < 0,05$). У женщин после курсового лечения было зарегистрировано, уменьшение процента лиц с состоянием умеренного и выраженного напряжения регуляторных систем в 1,3 и 1,7 раза, соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Организм пожилых людей реагирует на экстремальные внешние криотермические стимулы иначе, чем у молодых. С возрастом в регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы ослабляется роль более молодых в физиологичном отношении регуляторных механизмов – нервных и повышается значимость более инертных – гуморальных.

Косов А.А.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РЕГУЛИРОВАНИЯ ОРТОГРАДНОЙ ПОЗЫ ЧЕЛОВЕКА ПО ФАЗОВОЙ СТРУКТУРЕ РЕОГРАММЫ ГОЛЕНИ

Научный руководитель – доц. Чуприна Е.И.

Цель исследования. Изучение физиологических особенностей обеспечения вертикальной позы человека по спектральным характеристикам колебаний положения центра тяжести (ЦТ) человека как в условиях визуального контроля (обратная связь – через монитор компьютера), так и при частичной депривации.

Материал и методы. Эксперимент осуществлялся на специальном программно-аппаратном комплексе, состоящем из стабилметрической платформы и аналогово-цифрового преобразователя. Фиксировались перемещение центра тяжести тела в плоскости опоры, фазы дыхания, ЭКГ, реографические кривые голени по тетраполярной методике. Запись осуществлялась в течение трёх минут.

Результаты. Выявлено, что в условиях визуального контроля положения ЦТ начало смещения синхронизировано с увеличением амплитуды реографических кривых. Вероятно существует два контура регуляции положения ЦТ в проекции площади опоры: по отклонению и по возмущению. Так, более 62% паттернов колебаний ЦТ опережали начало мышечной активности с характерным временем задержки 250-320мс. В условиях визуального контроля начало реакции мышечного аппарата в ответ на произвольное смещение ЦТ тела меньше, чем при выполнении пробы с закрытыми глазами. Часть реакций мышц голени не связана с перемещением положения ЦТ какой-либо плоскости, что может свидетельствовать о существовании более сложных контуров регулирования положения ЦТ тела.

Выводы. Особенности предполагается использовать для оценки функциональных возможностей организма в экстремальных условиях трудовой деятельности и спорта.

Саул А.В.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Научный руководитель – доц. Прокопец В.И.

Цель исследований: оценка возможности применения компьютерных технологий для оценки функционального состояния (ФС) студентов в процессе учебной деятельности.

Материал и методы исследований. В исследовании приняли участие 28 студентов-добровольцев (18 девушек и 10 юношей), в возрасте от 18 до 25 лет. Функциональное состояние студентов определяли с использованием показателей простой и сложной зрительно-моторной реакций. Оценка осуществлялась по среднему времени ответной реакции на группу зрительных стимулов, среднему квадратичному отклонению времени реакций обследуемого и числу ошибочных действий (для сложной зрительно -моторной реакции). При этом время выполнения сложной зрительно-моторной реакции применяли для оценки концентрации внимания. Оценку функционального состояния студентов в процессе учебной деятельности проводили при помощи, созданной на кафедре компьютерной системы для оценки психофизиологического состояния человека. Статистическую обработку результатов проводили с использованием разработанной на кафедре компьютерной программы MedStat.

Результаты. По результатам психофизиологических обследований, было выделено пять классов с низким, ниже среднего, средним, выше среднего и высоким уровнем функционального состояния. В таблице 1 представлены данные о показателях простой и сложной зрительно-моторной реакций обследуемых.

Таблица 1.

Показатели простой и сложной зрительно-моторной реакций обследуемых

Класс обследуемых	Время простых ЗМР, мс		Время сложных ЗМР, мс	
	Хс		Хс	
1-й, n=4	340	142	593	181
2-й, n=6	315	102	473	163
3-й, n=8	264	41	421	102
4-й, n=7	232	24	372	47
5-й, n=3	208	16	325	36

К 1-му классу были отнесены обследуемые, результаты которых свидетельствуют о преобладании тормозных процессов, аритмичном темпе работы и низкой устойчивости внимания. Ко второму классу были отнесены обследуемые, результаты которых также свидетельствуют о преобладании тормозных процессов, аритмичном темпе работы и низкой устойчивости внимания. К 3-му классу были отнесены обследуемые со средним уровнем активации ЦНС при среднем уровне стабильности реакций и состоянии регуляторных механизмов. К 4-му классу были отнесены обследуемые, результаты которых свидетельствуют о преобладании процессов возбуждения при средней стабильности реакций. К 5-му классу отнесены обследуемые с высоким уровнем функциональных возможностей, высоким быстродействием и средней стабильности реакций.

Выводы. Проведенные исследования позволили выявить студентов с различным уровнем ФС. Полученные результаты обосновывают необходимость оценки динамики показателей ФС с целью

прогнозирования эффективности учебной деятельности студентов. Использование данного подхода позволит повысить успешность учебной деятельности и сохранить здоровье студентов.

Туник Ю.А., Алёшечкин П.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Научный руководитель – к.м.н. доц. Черняк А.Н.

Актуальность проблемы. В связи с высокой распространенностью сердечно-сосудистой патологии возникает необходимость постоянного развития и усовершенствования методов диагностики данных заболеваний среди населения. При оценке состояния здоровья пациента необходим комплексный подход, включающий учет антропометрических показателей, которые могут свидетельствовать о предрасположенности к ряду заболеваний.

Цель исследования – провести анализ антропометрических показателей у лиц с различным функциональным состоянием сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы исследования. В эксперименте приняло участие 198 лиц мужского и женского пола в возрасте от 17 до 29 лет, средний возраст $20,2 \pm 0,2$ (95%ДИ:19,8-20,6). Измерялись следующие показатели: рост (ростомер настенный РН – 2000, Завет, Украина), масса тела (электронные весы BL-131, TOPALTIUS CO LTD Cyprus, PRC), рассчитывался индекс массы тела (ИМТ = масса тела(кг)/рост(м)²). В рамках исследования было сформировано 3 группы исследуемых с учетом функционального состояния сердечно-сосудистой системы: 1-ю группу (n=92) составили здоровые лица, 2-ю группу (n=64) относительно здоровые, а 3-ю группу (n=42) лица с наличием хронической кардиоваскулярной патологии.

Результаты исследования. В результате проведенного анализа было выявлено, что средний рост в 1 группе составил $173,5 \pm 3,6$ (95%ДИ:168-182) см, во 2 группе $174,5 \pm 3,6$ (95%ДИ:165-179) см и $179 \pm 2,04$ (95%ДИ:174-182) см в 3 группе. В ходе межгруппового сравнения были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) показателей среднего роста студентов в 1-й и 3-ей группах, во 2-й и 3-ей группах исследуемых. Средняя масса тела в 1 группе составила $67,15 \pm 2,18$ (95%ДИ:60-75) кг, во 2 группе $63,75 \pm 1,59$ (95%ДИ:54-71,1) кг и $76,45 \pm 1,81$ (95%ДИ:72,8- 80,1) кг в 3 группе. При множественном сравнении средней массы тела в исследуемых группах определялось достоверное различие между 1-й, 2-й и 3-й группами ($p < 0,01$). При оценке показателя ИМТ было выявлено: в 1 группе он составил $22,8 \pm 0,44$ (95%ДИ:21,94-23,65) кг/м², во 2 группе – $21,25 \pm 0,27$ (95%ДИ:20,72-21,79) кг/м² и $24,17 \pm 0,56$ (95%ДИ:23,07-25,26) кг/м² в 3 группе. При сравнении ИМТ в группах исследуемых отмечено достоверное различие ($p < 0,01$) между студентами 1-й и 2-й, 2-й и 3-й групп.

Выводы. В ходе проведенного анализа антропометрических показателей в исследуемых группах было показано, что у лиц группы с наличием хронической кардиоваскулярной патологии определялись наиболее высокие показатели роста, массы тела и ИМТ по сравнению с группами здоровых лиц и относительно здоровых. Таким образом, при оценке функционального состояния сердечно-сосудистой системы необходимо учитывать антропометрические данные исследуемых.

Храповицкий К.Д.¹, Мозговой И.С.¹, Витушинский Д.С.²

СОЗДАНИЕ СТЕНДА ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ МИКРОПРОЦЕССОРНЫХ СИСТЕМ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького¹, г.

Донецк, Донецкий национальный технический университет².

Кафедра медицинской физики, математики и информатики.

Зав. кафедрой – д. мед. н., доц.; Выхованец Ю.

Г., Научный руководитель – Якимова К. А.

Целью данного исследования является создание стенда для моделирования, разработки надежных, многофункциональных, доступных для широкого применения микропроцессорных систем.

Материалы и методы исследования промышленный микроконтроллер «Arduino uno rev 3», компьютерный осциллограф, испытуемые-добровольцы.

Результаты исследования. Результатом исследования является модель устройства, которое послужит решением создания техники для изучения нейрофизиологических процессов. Созданная модель необходима для изучения нейрофизиологической составляющей системы, а также послужит основой для построения биоуправляемых протезов на базе микроконтроллеров.

Основной микроконтроллер состоит из двух частей. Одна из них является промышленным микроконтроллером «Arduino uno rev 3». «Arduino» – это спецплатформа, созданная для разработки электронных устройств разной направленности. Платформа «Arduino» может получать данные об окружающем мире посредством датчиков и реагировать, управляя различными приводами (светодиодами, электрическими движками). Микроконтроллер программируется при помощи алгоритмического языка «Arduino» и одноименной среды разработки. Для программирования не требуется программатор, программное обеспечение устанавливается через порт USB.

Для начала работы необходима плата «Arduino» и компьютер с установленной средой разработки. Вторая часть устройства представлена, разработанной нами платы. В собранном виде микропроцессорная система, названная нами «Enchiridion» представляет собой два микроконтроллера, собранных в одном корпусе, наборы электродов, tens -генератор импульсов и монитор для вывода информации о потенциалах действия. «Enchiridion» использует tens-технологии стимуляции нерва.

В ходе лабораторных исследований проводились эксперименты по считыванию сигналов ЦНС с локтевого нерва, обработке этой информации и выведению её через комплекс электродов, прикрепленный к мышцам группы передних сгибателей запястья. Учитывались галотопические особенности нерва и специфичность транскутанной мионейростимуляции. Устройство воспринимает потенциалы действия ЦНС при помощи эфферентных электродов и графически воспроизводит их на экране. После чего оно, в зависимости амплитуды, сгенерированного импульса, передает сигнал по эфферентным электродам к рабочей мышце/протезу представленной 6 каналами tens-устройства.

Выводы. Разработанная система способна регистрировать биоэлектрические потенциалы и управлять рабочей мышцей/приводами протеза. Полученные данные могут вывести исследования в этой области на качественно новый уровень.

Дальнейшие наши исследования будут направлены на создание кибернетических механизмов на основании микроконтроллера «Enchiridion».

Представленное устройство станет базисом для бионического протеза, чьи рабочие характеристики смогут не только сравниться с уже существующими товарами на рынке протезирования, но и превзойти их в легкости конструкции и дешевизне расходуемого материала.

МИКРОБИОЛОГИЯ

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии Зав. кафедрой – доц. Жадинский Н.В.

Киреев И. А., Кор-Оглы С. Т.

РОЛЬ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – асс. Кокина И.В.

Цель исследования. Проанализировать влияние и возможность РНК-содержащих (вирусы кори, краснухи, эпидемического паротита, ротавирусы) и ДНК-содержащих (вирусы Эпштейна-Барр, возбудители простого герпеса) вирусов в этиопатогенезе системной красной волчанки у детей.

Материалы и методы. Освещение и анализ передовых отечественных и зарубежных литературных данных по вопросу Системной красной волчанке в детском возрасте.

Результаты. Системная красная волчанка(СКВ) – мультисистемное заболевание соединительной ткани, характеризующееся гетерогенным поликлональным аутоантительным ответом. Аутоантитела (ауто-Ат) обуславливают поражение различных органов и систем организма как непосредственным воздействием на мишени (антиэритроцитарные, антитромбоцитарные, антилимфоцитарные и др. Ат), так и опосредованно через формирование иммунных комплексов в циркуляции и депозицию их *in situ* с активацией каскадных систем, индукцией воспалительного ответа и развитием вариабельной клинической картины, характеризующейся широким спектром и разнообразным проявлениями, неоднозначным клиническим течением и прогнозом, а также ответом на проводимую терапию.

Данные о распространенности (prevalence) СКВ в различных регионах мира довольно широко варьируют – 12,5% на 100000 населения Англии до 39 и 40 на 100000 населения соответственно в Швеции и США. Результаты ряда исследователей США показывают более высокие уровни распространенности СКВ, превышающие 100 на 100000 населения. Представлены убедительные данные о существенном повышении уровня распространенности СКВ за последние десятилетия. К.М. Uramoto et al. Сообщили о повышении распространенности СКВ за последние четыре десятилетия. Если в 1950-1979 гг. ежегодно регистрировались 1,51 новых случаев СКВ на 100000 населения, то в 1980-2005 гг. – 5,56 случаев на 100000 населения. Эта тенденция отмечается и в других исследованиях.

В работе освещены основные иммунологические, генетические и вирусологические триггерные и поддерживающие механизмы патогенеза этого системного заболевания соединительной ткани.

Выводы. На основании выполненного обзора предложены основные перспективы комплексного изучения данной патологии для разработки новых методов её профилактики и лечения с учётом взаимодействия вирусов и макроорганизма как на преморбидном этапе, так и в процессе развития болезни.

Кравченко Л. Г.

РОЛЬ МОРБИЛЛИВИРУСОВ В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ И ЛЕЧЕНИИ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ

Научный руководитель – асс. Кокина И.В.

Цель исследования. Несмотря на успехи медицины, в настоящее время сохраняется высокая смертность от онкозаболеваний, которая стоит на втором месте после сердечно-сосудистой патологии.

Материалы и методы. В изучении этиопатогенеза и разработке лечебно-профилактических мероприятий применяются различные методы, в том числе и «вирусотерапия», поскольку феномен спонтанного регресса злокачественных новообразований у больных, переболевших какой-либо вирусной инфекцией, послужил поводом для углубленного изучения роли вирусов не только в этиопатогенезе, но и лечении онкозаболеваний.

Результаты. В данной работе проанализированы современные данные о возможной роли морбилливирусов в развитии онкопатологии и предложены варианты лечения злокачественных новообразований с использованием вируса кори в качестве «агента» таргетной терапии.

Вывод. Сделан вывод о перспективности использования вирусов в таргетной терапии злокачественных новообразований.

Литвинова А.С., Жадинский А.Н.

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Научный руководитель – доц. Жадинский Н.В.

Цель исследования: разработать патогенетически обоснованные подходы к терапии больных с раневой госпитальной инфекцией.

Материал и методы. Изучена современная литература (70 источников), использованы результаты собственных исследований, касающихся этиологии и патогенеза гнойно-воспалительных заболеваний, системный подход к изучаемому явлению.

Результаты исследования. Предложены общие подходы лечения больных с раневой госпитальной инфекцией. Они направлены 1. на устранение факторов (микроорганизмы, погибшие клетки ткани, инородное тело), привлекающих в рану лейкоциты; 2. на устранение предполагаемой причины гноеобразования. В свете новых данных о возможности дедифференцировки дифференцированных клеток в стволовые (Нобелевская премия за 2012 год) не исключена возможность дедифференцировки и сегментоядерных лейкоцитов в стволовые клетки. В случае признания этого, причину нагноения ран можно усматривать в отсутствии условий (прежде всего дефицит питательных веществ) для клеточных преобразований в очаге воспаления, что приводит к локальному накоплению дезинтегрированных сегментоядерных лейкоцитов, т.е. гноя.

Исходя из сказанного, лечебные мероприятия должны включать: 1. Рациональную антибиотикотерапию. 2. Создание условий в ране для ускорения трансформации моноцитов в макрофаги, т.е. усиление естественного способа борьбы с микробами. Это приобретает особую актуальность в связи с множественной устойчивостью госпитальных штаммов к антибиотикам. 3. Очищение тканей от погибших клеток (хирургическая обработка, применение комплекса гидролитических ферментов). 4. Устранение инородного тела. 5. Повышение в ране концентрации питательных веществ, необходимых для образования клеток регенерата (нутритивная поддержка, улучшение доставки питательных веществ с сывороткой крови больного, местное применение жидких питательных сред для культивирования клеток).

Выводы. Только при таком комплексном воздействии, направленном на устранение всех факторов, поддерживающих воспалительную реакцию и ускорение регенеративных процессов, можно рассчитывать на достижение положительного результата.

Мельник А.В., Ляхимец В.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИЕНОВЫХ КОНЪЮГАТОВ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Научный руководитель – доц. Николенко О.Ю.

Цель исследования. выявить корреляционную взаимосвязь между диеновыми конъюгатами и показателями клеточного иммунитета у больных ХВГС.

Материал и методы: Обследовано 105 больных ХВГС и 48 относительно здоровых контрольной группы. Диеновые конъюгаты (ДК) путем их экстракции гептан-изопропиловой смесью и измерением экстинкции при 223 нм. Для определения поверхностных маркеров антигенов типа CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD22+, суспензию мононуклеаров наносили на предметное стекло и сохраняли при температуре -20(-70)°С 3-6 мес. Подсчет результатов производили на люминесцентном микроскопе МИКМЕД-2. Постановку НСТ-теста производили по общепринятой методике с подсчетом процента активированных нейтрофилов и индекса активации нейтрофилов (ИАН). Фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) периферической крови больных определяли по отношению к тест-культуре стафилококка штамм 209. Результаты исследований обрабатывали с использованием параметрических и непараметрических методов статистики – двухсторонний критерий Стьюдента (t), медианный критерий (M_k), достоверность статистических показателей (p), а также использовали корреляционный метод анализа (коэффициент корреляции (r)).

Результаты. В настоящее время основной причиной развития хронических заболеваний печени является инфекция, вызванная вирусом гепатита С. Вирус гепатита С является ведущей причиной хронического гепатита, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Повреждение печени при хроническом вирусном гепатите С (ХВГС) обусловлено как прямыми цитопатическими эффектами вируса, так и иммуноопосредованными механизмами. Оксидантную систему оценивали по уровню ДК в плазме крови больных ХВГС. Уровень ДК у больных ХВГС был повышен до $(3,691 \pm 0,089)$ у.е./мл плазмы в отличие от контроля $(1,882 \pm 0,064)$ у.е./мл плазмы ($t=12,91$, $p<0,001$; $M_k=67,25$, $p<0,001$). В то же время ДК имели отрицательную корреляционную связь с относительным содержанием Т-лимфоцитов соответственно к распределению поверхностных рецепторов CD3+ ($r=-0,36$, $p=0,0001$), относительным количеством клеток хелперного звена CD4+ ($r=-0,35$, $p=0,0003$), относительным количеством клеток супрессорного звена CD8+ ($r=-0,26$, $p=0,0065$), относительным количеством натуральных киллеров CD16+ ($r=-0,22$, $p=0,0204$). ДК имели отрицательную корреляционную связь с ФАН через 30 минут ($r=-0,28$, $p=0,046$), ФАН через 90 минут ($r=-0,27$, $p=0,0052$), тестом с нитросиним тетразолием % ($r=-0,36$, $p=0,0001$), ИАН в тесте с нитросиним тетразолием ($r=-0,29$, $p=0,0025$) и не имели корреляционной связи с фагоцитарным числом через 30 минут ($r=-0,18$, $p=0,055$).

Выводы. Повышение уровня ДК в плазме крови больных ХВГС свидетельствует об активации оксидантной системы, а их повышение статистически совпадало со снижением уровня Т-лимфоцитов, натуральных киллеров и показателями фагоцитарной активности нейтрофилов в НСТ-тесте и со стафилококком штамм 209.

Риневич Ю. С., Залюбовская Л.В., Ковалева К.В.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ХЛАМИДИОЗОВ

Научный руководитель – доц. Николенко О.Ю.

Цель: проанализировать современные методы лабораторной диагностики хламидиозов.

Материал и методы. Использовано 150 отечественных и 100 зарубежных публикаций, интернет-ресурсы.

Результаты. Урогенитальная хламидийная инфекция – распространенное заболевание, передающееся половым путем. Широкое распространение урогенитального хламидиоза связано, прежде всего, с бессимптомным течением заболевания, с отсутствием, до настоящего времени, профилактических медицинских осмотров с целью современного выявления и лечения инфекций, передающихся половым путем. Для диагностики хламидиозов используют ряд методов: экспресс-методы, серологические, культуральные, молекулярно-генетические.

Для серодиагностики хламидиоза используют следующие методы – реакцию связывания комплемента и серодиагностику с родоспецифическим антигеном (общим для *S.trachomatis* и *S.psittaci*), а также микрометод реакции непрямой иммунофлюоресценции (НИФ) с типоспецифическими антигенами *S.trachomatis*. Иммунофлюоресцентный метод – прямая иммунофлюоресценция (ПИФ) с использованием моноклональных антител против основного белка внешней мембраны *S.trachomatis* во всем мире является основным методом диагностики. С использованием ПИФ впервые стало возможным быстро и точно выявлять хламидийную инфекцию в исследуемом материале (30-40 минут). Метод ПИФ высокочувствительный, специфический, простой в использовании. Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) имеет высокую чувствительность и специфичность, неинвазивность и простоту сбора проб; простые требования к условиям транспортировки и сохранения, возможность скрининга больших популяций; скрининг бессимптомной инфекции; постановка реакции в полуавтоматическом режиме и скорость получения результатов. Метод используется как в исследовании цервикального и уретрального материала, так и в осадке мочи (что представляет собой неинвазивный метод диагностики). Лигазная цепная реакция (ЛЦР) – другой молекулярно-генетический метод выявления хламидиоза. В его основе лежит лигирование олигонуклеотидов, комплементарных определений ДНК-мишени. В методе используется возможность ДНК-лигаз. Соединять две пары комплементарных олигонуклеотидов после их гибридизации с последовательностями мишени *in vitro*. Культуральный метод диагностики (бактериологический посев) – самый длительный и трудоемкий. Преимущество метода – не дает ложнопозитивных результатов. С помощью культурального метода определяют чувствительность микроорганизма к антибиотикам. Выделение хламидий в культуре клеток имеет наибольшую 100%-ную специфичность и является «золотым стандартом» и юридическим стандартом для *S.trachomatis*. Однако его использование ограничено в связи с высокой трудоемкостью (длительность исследования от 42 до 72 часов), дороговизной (оснащенная лаборатория, транспортировка живых микроорганизмов).

Выводы. Таким образом, с практической точки зрения наиболее удобным, информативным, быстрым по исполнению методом первичной диагностики хламидийной инфекции можно считать метод ПИФ с моноклональными антителами. Методы молекулярной амплификации (ПЦР, ЛЦР) являются способами массового скрининга пациентов для выявления *S.trachomatis*. Метод ПЦР – наиболее чувствительный некультуральный метод.

Савинская Т. А., Сопова А.И., Могилевская К.Э.

РОЛЬ КЛЕБСИЕЛЛ В РАЗВИТИИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научный руководитель – доц. Николенко О.Ю.

Цель: проанализировать отечественные и зарубежные источники литературы и выявить роль клебсиелл в развитии инфекционных заболеваний

Материал и методы. Использовано 250 отечественных и 100 зарубежных публикаций, интернет-ресурсы.

Результаты. Клебсиеллезная инфекция – инфекционное заболевание, вызываемое микробами рода *Klebsiella*, характеризующееся преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта, дыхательной и мочевыделительной систем. Возбудитель относится к семейству *Enterobacteriaceae*, роду *Klebsiella*. Род *Klebsiella* включает 4 вида: *K. pneumoniae* (подвиды *K. pneumoniae*, *K. ozaenae*, *K. rhinoscleromatis*), *K. oxytoca*, *K. terrigena*, *K. planticola*. Клебсиеллы содержат О- и К-антигены. Всего известно около 11 О-антигенов и 70 К-антигенов. Последние представлены капсульными полисахаридами. Наибольшее число О- и К-антигенов содержит *K. pneumoniae*. Некоторые О- и К-антигены клебсиелл родственные с О-антигенами эшерихий и сальмонелл. Клебсиеллы способны продуцировать термолабильный и термостабильный энтеротоксины. Обладают гемолитической, гиалуронидазной активностью, инактивируют лизоцим, стойкие к бактерицидному действию сыворотки крови, продуцируют колицины, лецитиназу, РНКазу, ДНКазу, нейраминидазу. Штаммы *K. pneumoniae*. Выделенные при кишечных и урогенитальных инфекциях, имеют выраженные адгезивные, цитопатические и гемагглютинирующие свойства. Возбудитель имеет высокую инвазивную способность. Клебсиеллы вызывают клеточный и гуморальный иммунный ответ, однако, образующиеся антитела не имеют протективных свойств. Развитие гиперчувствительности замедленного типа связано с внутриклеточной локализацией клебсиелл. Своеобразие клебсиеллезной инфекции связана с условной патогенностью

клебсиелл, поэтому при экзогенном инфицировании заболевание развивается у детей раннего возраста со сниженной резистентностью организма. Признается возможным эндогенный путь развития инфекции в результате активации очага, находящегося в неактивном состоянии. Наличие капсулы у клебсиелл мешает фагоцитозу и ослабляет выработку иммунитета, что приводит к развитию затяжных и генерализованных форм болезни. У детей с кишечной формой клебсиеллеза закономерно развиваются изменения со стороны местного и общего иммунитета, микробиоценоза кишечника, которые коррелируют с тяжестью заболевания, возрастом детей, характером инфицирования, возникновением микст-инфекции («слабый» и «сильный» типы реагирования). Способствуют развитию клебсиеллезной инфекции недоношенность, гипотрофия и врожденные пороки сердца, иммунодефицитные состояния, ОРВИ. Совокупность биологических свойств этиологических агентов определяет выраженность симптоматики и тяжесть течения заболевания. Экзогенная клебсиеллезная инфекция у детей первых месяцев жизни вызывает острое течение заболевания с клиникой острого гастроэнтерита. У детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения при сниженной иммунологической реактивности клебсиеллы длительно персистируют в кишечнике и влияют на течение у них основного заболевания.

Выводы. Клебсиеллы являются условно-патогенными микроорганизмами, невзирая на наличие многих факторов патогенности. Развитие заболевания происходит только у людей с ослабленной иммунной системой.

Скрябина А. А., Смирнова А. В., Хижая Ю. Д.

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУННЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ СЫВОРОТОК

Научный руководитель – доц. Николенко О. Ю.

Цель: проанализировать существующие иммунные диагностические сыворотки и их применение.

Материал и методы. Использовано 100 отечественных и 50 зарубежных публикаций, интернет-ресурсы.

Результаты. В зависимости от характера иммунологических реакций различают агглютинирующие, преципитирующие, флуоресцирующие, гемолитические, меченные радиоактивными нуклеотидами, ферментами и др. диагностические сыворотки. Диагностические иммунные сыворотки (ДИС) применяют в различных иммунологических реакциях для установления вида, подвида или серотипа инфекционной болезни, определения различных антигенов в биологических материалах. В клинической практике широко применяются ДИС для определения группы крови, проведения тканевого типирования, при аллогенных трансплантациях и переливаниях крови, для характеристики иммунологического статуса организма (определения классов Ig и др.).

Для идентификации микробов широкое распространение получили агглютинирующие сыворотки. В настоящее время медицинская промышленность выпускает их в большом наборе. Например, для идентификации бактерий рода сальмонелл выпускают 39 O-сывороток, 44 K-сывороток, поливалентные сыворотки для отбора сальмонелл основных групп (A, B, C, D, E), поливалентные сыворотки для отбора сальмонелл редких O-групп, родоспецифические сыворотки для отбора бактерий рода сальмонелл. Кроме сальмонеллезных сывороток выпускаются дизентерийные, для идентификации дифтерийных микробов, бруцелл, лептоспир и др. Большинство агглютинирующих сывороток выпускаются адсорбированными монорецепторными и адсорбированными поливалентными, содержащими только типовые или видовые антитела и соответствующие определенному типу или виду микроорганизма.

Преципитирующие сыворотки применяются для постановки реакций преципитации с целями диагностики некоторых инфекционных заболеваний, для определения природы неизвестного белка при условии, если его можно получить в коллоидном состоянии, в судебно-медицинской практике для распознавания принадлежности крови, в санитарии, химии и т. д.

Гемолитическая сыворотка самостоятельно для серологической диагностики инфекционных заболеваний не применяется, а используется как составная часть гемолитической системы при постановке реакции связывания комплемента (РСК). Комплемент применяется в медицинской и ветеринарной практике для серологической диагностики ряда инфекционных заболеваний в постановке РСК (сифилис, гонорея, бруцеллез, сап, туляремия, проказа, актиномикоз, риккетсиозы, грипп, клещевой энцефалит и др.).

Люминесцирующие сыворотки применяются для микробиологической диагностики ряда инфекционных заболеваний, а именно для обнаружения бактерий, вирусов, риккетсий и простейших, для определения локализации антигенов в организме, тканевых срезах и прочих. Люминесцирующие нормальные сыворотки разных видов животных и человека используются при непрямом методе определения антигенов и антител.

Диагностические антивирусные сыворотки используются в постановке реакций преципитации, РСК, нейтрализации вируса и реакции торможения гемагглютинации.

Выводы. ДИС различают в зависимости от характера иммунологических реакций. Применяются ДИС для обнаружения бактерий, вирусов, грибов, риккетсий, простейших, для классификации бактерий по антигенному строению, а также для определения природы неизвестного белка.

Смирнова А. В., Хижая Ю. Д.

МИКРОБНАЯ КОНТАМИНАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО СЫРЬЯ

Научный руководитель – доц. Николенко О. Ю.

Цель: проанализировать литературные данные о видах микробной порчи лекарственного сырья и мерах борьбы с ней.

Материал и методы. Использован 100 отечественных и 50 зарубежных публикаций, интернет-ресурсы.

Результаты. Микробный состав готовых лекарственных средств (ГЛС) может быть представлен следующими группами: 1) плесневые и дрожжевые грибы – *Penicillium*, *Aspergillus*, *Mucor*; 2) кокки – сарцины, стафилококки; 3) спорозоносные палочковидные бактерии – *B. subtilis*, *B. mesentericus*. Микробной порче подвергаются ГЛС: сухие (порошки, сборы), жидкие (микстуры, настои, отвары, капли), мягкие (мази, пасты, шарики, свечи) и стерильные инъекционные препараты. Размножение микроорганизмов (МО) в ГЛС ведет к изменению их физических и органолептических свойств, появлению токсичности. Лекарственное растительное сырье может инфицироваться патогенными МО на всех этапах заготовки (сбор, первичная обработка, сушка, измельчение, упаковка) и хранения. При хранении сырья важно соблюдение санитарного режима в аптеках. Неблагоприятное действие оказывают влажность, пыль, насекомые и другие факторы, повышающие микробное обсеменение и приводящие к порче лекарственного сырья. Причиной микробного обсеменения ГЛС может быть микробное загрязнение растительного лекарственного сырья, воздуха производственных помещений, оборудования, посуды, дистиллированной воды, рук персонала. Инъекционные препараты, глазные капли и мази, препараты для новорожденных должны быть стерильными. В ряде случаев инъекционные средства, оставаясь стерильными, обладают пирогенными свойствами. Пирогенные вещества не инактивируются при кипячении, для их разрушения необходимо автоклавирование в течение 3 ч. Причиной пирогенности лекарственных препаратов являются микробное загрязнение дистиллированной воды, нарушения асептики технологического процесса, увеличение времени между приготовлением раствора и стерилизацией. Из жидких инъекционных лекарственных форм легче всего обсеменяются микробами настои и отвары; при их хранении появляются признаки порчи: муть, изменение цвета, пленка, необычный запах. Срок хранения этих препаратов ограничен. Спиртовые настойки меньше подвержены порче вследствие антимикробного действия алкоголя. Сухие порошкообразные вещества, особенно тальк и крахмал, мягкие лекарственные формы также подвержены микробному загрязнению. Их микробная порча носит очаговый характер и проявляется изменением цвета и консистенции вещества. В аптеках согласно инструкции, утвержденной приказом Министерства здравоохранения, не менее двух раз в квартал осуществляется бактериологический контроль, объектами которого служат: 1) вода дистиллированная; 2) инъекционные растворы до и после стерилизации; 3) глазные мази после стерилизации; 4) глазные капли, приготовленные в асептических условиях на стерильной основе; 5) сухие лекарственные вещества, используемые для приготовления инъекционных растворов; 6) нестерильные лекарственные формы; 7) аптечная посуда, пробки, прокладки, прочие материалы; 8) инвентарь, оборудование, руки, санитарная одежда персонала; 9) воздух аптечных помещений. При исследовании ГЛС осуществляют определение: 1) общего микробного числа; 2) бактерий группы кишечной палочки; 3) дрожжевых и плесневых грибов; 4) условно – патогенных и патогенных микроорганизмов.

Выводы. Микробной порче могут подвергаться все формы ГЛС. Для предупреждения микробной порчи ГЛС необходимо соблюдать условия, снижающие их микробное загрязнение, а при необходимости – асептическое изготовление.

Хижая Ю.Д., Смирнова А.В., Скрябина А. А.

ОСОБЕННОСТИ ГУМОРАЛЬНЫХ АУТОИММУННЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

Научный руководитель – доц. Николенко О.Ю.

Цель: исследовать гуморальные аутоиммунные реакции у больных хроническим вирусным гепатитом В

Материал и методы. Провели углубленное обследование 44 больных малоактивным ХВГ В (1-я группа больных) (МХВГ В) и 42 пациентов с активным ХВГ В (АХВГ В) (2-я группа больных). В контрольную группу вошли 44 практически здоровых человека (35 мужчин и 9 женщин), которые не отличались по полу и возрасту от обследованных групп больных. Титры аутоантител к тканевым антигенам (печени, селезенки, тимуса, почки) и н-ДНК определяли в реакции пассивной геммагглютинации (РПГА). Результаты исследования рассчитывали с

использованием оценки среднего значения (\bar{X}), его ошибки – ($S X$), двустороннего критерия Стьюдента (St), Хи-квадрат (χ^2), Крускалла-Уоллиса (kKW), достоверность статистических показателей (p) с помощью лицензионного пакета “Statistica 5.5” (Stat Soft Rus) („Информатика и компьютеры”, Москва).

Результаты. По данным ВОЗ в мире свыше 2 млрд. людей инфицированы вирусом гепатита В и С. Каждый год в мире от ХВГ В умирает приблизительно 2 млн. людей. Из них 100 тыс. – от молниеносной формы, около 700 тыс. – от цирроза печени и 300 тыс. – от карциномы печени. Основную роль в повреждении гепатоцитов при ХВГ В играют клеточные иммунные реакции, а в дальнейшем – антителонезависимый иммунный цитолиз и гуморальные аутоиммунные реакции.

Анализ изменения уровня аутоантител в реакции РПГА у больных ХВГ В показал, что при малоактивном гепатите определяется увеличение уровня аутоантител, тогда как при активном гепатите – в несколько раз. Это касается всех антигенов, которые использовались в работе (печени, селезенки, тимуса, почки и н-ДНК), указывает на то, что при вирусной болезни печени у людей, в основе как заболевания лежат системные аутоиммунные процессы, которые вовлекают в патологический процесс не только печень, но и иммунокомпетентные (тимус, селезенка) и паренхиматозные органы (почки, печень). Критерии достоверности и уровень достоверности статистических отличий показателей аутоиммунизации (титра антител) в сравниваемых группах больных и здоровых характеризовались тем, что титры антител во 2-й группе были

значительно больше, чем в 1-й по отношению к: н-ДНК (KkW=53,0, p=0,0001), тимуса (KkW=54,0, p=0,0001), печени (KkW=47,2, p=0,0001), почки (KkW=66,5, p=0,0001) и селезенки (KkW=42,1, p=0,0001). 2-я и 3-я группы также отличались по титрам к н-ДНК (KkW=47,6, p=0,0001), тимусу (KkW=49,3, p=0,0001), печени (KkW=55,9, p=0,0001), почке (KkW=55,7, p=0,0001) и селезенке (KkW=53,1, p=0,0001). Отличий между аналогичными показателями 1-й и 3-й группы не установлено.

Выводы. Таким образом, для ХВГ В характерны системные аутоиммунные процессы с активацией синтеза антител к иммунокомпетентным органам (тимус, селезенка, н-ДНК) и к паренхиматозным органам (печень, почки), причем титры антител увеличиваются при увеличении активности гепатита.

Шевчук А.А.

НАНОБАКТЕРИИ – РЕАЛЬНОСТЬ ИЛИ ПЛОД ВООБРАЖЕНИЯ

Научный руководитель – доц. Гриценко Л.З., доц. Мишин В.В.

Цель. Осветить дискуссии ученых о нанобактериях (НБ), их происхождение и возможное влияние на организм человека.

Материалы и методы. Изучены отечественные и зарубежные данные литературы от момента открытия нанобактерий до настоящего времени

Результаты. «Отцом» открытия нанобактерий считается Роберт Фолк, исследуя горные породы вблизи геотермальных источников, предположил, что эти породы – продукт жизнедеятельности нанобактерий (1992). Далее, чем больше ученые брали проб, тем больше находили нанобактерий. Средний размер нанобактерии – 30-140нм. Этот исключительно малый, «запрещённый для прокариот» размер клеток не позволяет отнести их к какому либо биологическому виду. Также крошечные размеры не позволяют основательно их изучить. Начальные теории были предложены в следующих характеристиках НБ: они не содержат ДНК и нуклеиновых кислот, скорость роста их в тысячи раз меньше скорости размножения бактерий и их метаболизм тесно связан с процессами биоминерализации. Главный элемент нанобактерий – апатит, но эти частицы также составлены из других не опознаваемых составов. Существуют сведения, что НБ вызывают иммунный ответ у мышей. Это объясняется присутствием в нанобактериях белка фетуина – мощного ингибитора скелетного отвердения и формирования апатита, на который и происходит иммунный ответ организма. Другими исследователями показано, что НБ вступают в связь с рядом других белков – альбумином, аполипотеинами. Одни ученые считают, что это совершенно новая неизученная форма жизни. По мнению других ученых, нанобактерии не являются живыми организмами, и наблюдаемые явления связаны с кристаллизацией гидроксифосфатов кальция (апатита), при этом молекулы апатита являются центром кристаллизации, с чем связано наблюдаемый «рост и «размножение» кристаллов. В последнее время ученые пытаются изучить влияние данных частиц на организм человека. Исследователи Olavi Kajander и Neva Ciftcioglu (1998 г.) выявили в почечных камнях человека микробактерию, окружающую себя известковой капсулой. Прямые инъекции нанобактерий в крысиные почки привели к образованию в них таких же камней уже через месяц. Предполагается, что НБ замешаны и в формировании атеросклероза, они и вызывают патогенную кальцификацию артерий. Результаты вскрытия больных, умерших от атеросклероза, в 100% случаев подтверждают наличие в кальцинированных сосудах нанобактерий. Исследователи во главе с доктором Puskas L.G. (2005г.) провели облучение образцов с дозой в 0,8 мегарад. Только после этого на кальцинированном субстрате перестали появляться нанобактерии при последующей культивации. В настоящее время происхождение и влияние НБ на организм человека продолжает активно изучаться.

Выводы. 1. Доказано, что параллельно с известным нам миром микроорганизмов существует и неведомый другой мир наноорганизмов. 2. Ученые предполагают, что нанобактерии являются одной из основных причин ряда заболеваний. Одни болезни, возможно, вызываются ими. Другие заболевания являются следствием целого комплекса факторов, и НБ лишь один из них. 3. Научный мир ученых уже доказал существование этих наночастиц, в этом никто не сомневается. Все дискуссии ведутся лишь вокруг вопроса, что же они собой представляют.

Lyakhimets V.A., Skryabina A.A., Savinskaya T.A.

DISORDERS IN OXIDANT-ANTIOXIDANT SYSTEM IN RATS WITH A MODEL OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN CASE OF DOUBLE DUST POLLUTION

Donetsk National Medical University named after Maxim Gorky, Donetsk,

Ukraine Department of Microbiology, Virology and Immunology,

Head of Department -Associate Prof. – Zhadinskiy N.V.,

Scientific advisers – k.med.sc., Associate Professor of the Department of Microbiology, Virology and Immunology

DonNMU Nikolenko O.Yu., assistant of the Department of Infectious Diseases and Epidemiology

DonNMU Lygina Yu.A.

Aim of the study. To detect disorders in the oxidant-antioxidant system in rats with a model of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in case of double dust pollution.

Material and Methods: The experiment used two groups of white rats – males weighing 200-250 g: 1 group – healthy animals (25 rats), group 2 – animals with a model of COPD (25 rats), which were obtained by double intratracheal administration of slurry coal-rock dust with a 7 days interval. For additional experimental damage of

bronchi 40% ethanol solution was picked. It potentiates the coal-rock dust effect of damaging, and accelerates the development of COPD and reduce the time of the model creating. To create areas of different autoimmune disorders in rats Freund's adjuvant and cytostatic immunostimulant were used. In animal models, catalase was determined by a method based on the ability of hydrogen peroxide to form a yellow-colored complex with solution of ammonium molybdate. Extinction was measured at 410 nm. The level of uric acid (UA) in blood plasma was measured with a standardized method of phosphotungstic reagent. Xanthine oxidase activity was determined by the extinction increase at two wavelengths: 290 nm (specific absorption of uric acid region) and 330 nm (nonspecific opalescent solution). For the processing of the research results correlation and regression analysis methods were used, namely: assessment of the mean ($\pm S$), the standard error (S), Student criterion (S), the median test (Mt), Mann-Whitney criterion (MW), the Kruskal-Wallis test (KKW), the reliability of statistics (p) with a license package «Statistica 5.5» (Start Soft Rus).

The results. Investigation of the antioxidant system in animal model was conducted by determination of catalase, xanthine oxidase, levels of uric acid which was regarded as a natural antioxidant, produced by xanthine oxidase. The level of catalase in the serum of model animals with double dust-pollution significantly was reduced till $(7,94 \pm 0,67)$ mkkat/l in comparison with the control $(10,25 \pm 0,57)$ mkkat/l ($St=2,61$, $p=0,0119$; $kKW=2,44$, $p=0,014$); xanthine oxidase level in rat COPD model (double dust-pollution) significantly was increased till $(7,02 \pm 0,65)$ mkkat/l in comparison with the control $(5,13 \pm 0,49)$ mkkat/l ($St=2,32$, $p=0,024$); the uric acid levels in animal models with double dust pollution was increased till $(0,252 \pm 0,020)$ mkkat/l in comparison with the control $(0,095 \pm 0,005)$ mkkat/l ($St=7,43$, $p<0,001$; $kKW=5,83$, $p<0,001$).

The development of COPD affected on the level of uric acid in the blood serum ($kKW = 34,06$, $p<0,001$; $MW = 35,28$, $p<0,001$) and catalase activity ($kKW = 5,97$, $p = 0,015$; $MW = 6,48$, $p = 0,01$) and did not affect on the activity of xanthine oxidase ($kKW = 3,32$, $p = 0,068$; $MW = 3,92$, $p = 0,048$) in animal models.

Conclusions. There were a decrease of catalase activity and increase of the xanthine oxidase activity in the antioxidant system. Level of uric acid was increased. The development of the disease effected to the level of uric acid and xanthine oxidase activity. Established COPD rat model allows studying of different rehabilitation measures aimed at correction of violations and imbalance in the oxidant-antioxidant system, recommendations for further use in the clinical practice for patients with COPD.

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.
Горького Кафедра оперативной хирургии и топографической
анатомии Зав. кафедрой – д. мед. н., проф. Антипов Н.В.

Бердников М.А., Жуков А.С.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННАЯ МОДЕЛЬ ВАРИКОЦЕЛЕ У КРЫС

Научный руководитель – д. мед. н., проф. Антипов Н.В.

Цель исследования: моделировать варикоцеле у крыс по собственной и существующей методикам, провести сравнительный анализ результатов.

Материал и методы: 10 половозрелых самцов крыс линии Вистар были поделены на 2 равные группы. Применялся эфирный наркоз. В группе 1 выполнялась частичная перевязка почечной вены с пересечением соустьев семенной вены. В группе 2 выполнялась абдоминализация семенников, одномоментная частичная перевязка семенных канатиков. Релапаротомия и анализ результатов производились в обеих группах через 7, 15 и 30 суток.

Результаты: в группе 1 операция длилась в среднем 28 минут, применялись увеличительная оптика, микрохирургический инструментарий, атравматический шовный материал. На 30-е сутки выявлялось варикоцеле на фоне значительной гипертрофии почек, выраженного застоя в бассейне почечной вены. В группе 2 операция длилась в среднем 15 минут, оптика не применялась, использовались стандартный набор инструментов, шелк и капрон в качестве шовного материала. Варикоцеле выявлялось уже на 7-е сутки, на 15-е и 30-е сутки выявлялась гипо- и атрофия семенников.

Выводы: предлагаемая модель варикоцеле по сравнению с известной технически проста в исполнении, не требует особого инструментария, оптики, минимальны риски повреждения крупных сосудов, не нарушается функция почек. Кроме того, абдоминализация семенников и лигирование непосредственно семенных канатиков приводит к нарушению температурного режима, гипоксии, гипотрофии семенников, и, как следствие, – к инфертильности, что говорит о патогенетически обоснованном подходе к моделированию варикоцеле.

Бердников М.А., Жуков А.С.

СПОСОБ ПРОВЕДЕНИЯ ЭФИРНОГО НАРКОЗА ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫСАХ

Научный руководитель – д. мед. н., проф. Антипов Н.В.

Цель исследования: оптимизировать проведение эфирного наркоза у крыс для обеспечения экспериментальных операций.

Материал и методы: у 10 самцов крыс линии Вистар весом 250-300 граммов выполнялась тотальная лапаротомия с последующим моделированием варикоцеле, в качестве анестезии применялся эфирный наркоз. Крыса помещалась в герметичную стеклянную емкость объемом 3 л, куда вводилось 2,5-3 мл эфира, экспозиция составляла 1,5 минуты. После этого животное извлекалось, помещалось на операционный стол и фиксировалось. На голову крысы надевалась латексная маска специальной конструкции, соединенная со стеклянной емкостью объемом 3 л, куда вводился эфир по необходимости.

Результаты: использование принципа подачи эфира по закрытому контуру позволило минимизировать его затраты и вредное влияние, ввиду своей летучести, на организм экспериментатора. Критериями нахождения животного в наркозе считались отсутствие реакций на болевые и другие раздражители, отсутствие рефлексов, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. При расходе 3-6 мл эфира на 1 животное наркоз длился до 40 минут, что позволяло выполнить все необходимые задачи. В послеоперационном периоде животные демонстрировали быструю, от 10 до 30 минут после окончания подачи эфира, активизацию. Осложнений и летальных исходов не было.

Выводы: предлагаемая разработанная методика проведения эфирного наркоза для крыс отличается своей простотой, надежностью, эффективностью, дешевизной и безопасностью для исследователя, что позволяет широко применять ее в экспериментальной хирургии.

Жуков А.С.

ОСОБЕННОСТИ СИНТОПИИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО ОТДЕЛА КИШЕЧНИКА, ОСЛОЖНЯЮЩИЕ ВЫПОЛНЕНИЕ АППЕНДЭКТОМИИ И ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Научный руководитель – д. мед. н., проф. Антипов Н.В.

Цель исследования: изучить варианты синтопии слепой и терминального отдела подвздошной кишки, осложняющие выполнение аппендэктомии и дифференциальную диагностику острого аппендицита, вне зависимости от особенностей самого червеобразного отростка.

Материал и методы: исследование было проведено на 94 нативных трупах людей обоего пола возрастом от 20 до 76 лет на базе Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы методом топографо-анатомической препаровки органов брюшной полости, макроморфометрии и фотосъемки с последующей статистической обработкой в программе Microsoft Excel 2007.

Результаты: в ходе топографоанатомических исследований в 81 случае (84,37%) интраперитонеально расположенный терминальный отдел подвздошной кишки впадал в слепую кишку, расположенную в правой подвздошной ямке и не имел дополнительных сращений с париетальной брюшиной, что трактовалось как «стандартное» положение, которое не осложняет диагностику острого аппендицита и выполнение аппендэктомии. Однако в 10 случаях (10,41%) терминальный отдел подвздошной кишки был фиксирован к париетальной брюшине: в 6 случаях (6,25%) – спайками, в 4 случаях (4,16%) – располагаясь мезоперитонеально на значительном протяжении, что затрудняет как выведение червеобразного отростка в операционную рану, так и полноценную ревизию подвздошной кишки для исключения дивертикулита. В 4 случаях (4,16%) имел место незавершенный поворот кишечника с подпеченочным либо приближенным к нему положением червеобразного отростка, что требует особого подхода к выбору операционного доступа. Также в 1 случае (1,06%) отмечалось обратное расположение органов, требующее внимательной оценки физикальных данных для исключения ошибок в тактике оперативного лечения.

Выводы: в 84,37% случаев особенности синтопии подвздошной и слепой кишок не влияют на выполнение аппендэктомии. В 10,41% случаев особенности топографии терминального отдела подвздошной кишки осложняют, как выведение червеобразного отростка в операционную рану, так и диагностику дивертикулита. В 5,22% случаев трудности в выполнении аппендэктомии и дифференциальной диагностике острого аппендицита связаны с атипичным (подпеченочным и левосторонним) расположением в брюшной полости илеоцекального отдела кишечника.

Кулебакина Я.А., Шевякин Д. В.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОСТАЛЬНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ДИАФИЗОВ КОСТЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Научный руководитель – д. мед. н., проф. Антипов Н.В.

Цель исследования: изучить особенности периостального кровоснабжения диафизов костей нижней конечности: бедренной (БК), большеберцовой (ББК) и малоберцовой (МБК).

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы. В качестве материала использовались нефиксированные трупы людей обоих полов в количестве 112 (67 мужских и 45 женских). Использовались методы анатомического препарирования (с предварительным контрастированием исследуемых сосудов 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени), макроморфометрии. Поднадкостничное расположение исследуемых сосудов подтверждалось путем иссечения передних листов их футляров, с последующей микроскопией взятой ткани и определения её гистопринадлежности. Статистическая обработка данных проводилась в лицензированном пакете MedStat.

Результаты: Периостальное кровоснабжение диафиза БК осуществлялось посредством глубокой артерии бедра (ГАБ), которая в 101 случае (90, 2 %) проникала под надкостницу диафиза БК на границе проксимальной и средней трети и на оставшемся протяжении проходила по его заднемедиальной поверхности. Диаметр ГАБ на участке между местом проникновения её под надкостницу и до границы между средним и дистальным отделом диафиза БК составлял $4,55 \pm 0,76$ мм. Далее ГАБ постепенно уменьшалась в диаметре, вплоть до области колена, где распадалась на множество мелких ветвей. На всем протяжении от неё отходило множество поднадкостничных ветвей диаметром $1,25 \pm 0,32$ мм. В 11 случаях (9,8%) ГАБ проходила параллельно диафизу БК на расстоянии $11 \pm 1,2$ мм и не была фиксирована к ней, однако отдавала поднадкостничные ветви диаметром $2,95 \pm 0,13$ мм, которые прободали надкостницу и распадалась на множество мелких поднадкостничных артерий диаметром $1,05 \pm 0,26$. Периостальное кровоснабжение диафиза ББК осуществлялось за счет передней и задней большеберцовых артерий (ПБА и ЗБА). В 97 случаях (86,6 %) от ЗБА отходило от 4 (85,5%) до 5 (14,5%) поднадкостничных ветвей диаметром $1,32 \pm 0,87$ мм, которые были фиксированы к ее задней поверхности. Данные ветви отходили попарно на расстоянии $49,1 \pm 2,13$ мм друг от друга, преимущественно в верхнем и нижнем отделах диафиза кости, оставляя её средний отдел свободным от сосудов. В 15 случаях (13,4%) ЗБА отдавала ветвь диаметром $2,31 - 0,85$ мм, которая на границе верхней и средней трети диафиза ББК фиксировалась к надкостнице и на остальном протяжении проходила по её задней поверхности, отдавая от 4 (56,3%) до 6 (43,7%) ветвей диаметром $1,13 \pm 0,31$ мм. На медиальной и латеральной поверхности ББК периостальная сосудистая сеть была менее выражена и формировалась посредством множества мелких поднадкостничных сосудов диаметром до $0,31 \pm 0,11$ мм, отходящих от мышечных ветвей ПБА. Периостальное кровоснабжение диафиза МБК осуществлялось за счет ПБА и малоберцовой артерии (МА). На медиальной и латеральной поверхности кости периостальная сосудистая сеть формировалась за счет ветвей ПБА, отходящих равномерно на всем протяжении общим числом от 7 (67,1%) до 8 (32,9%) и диаметром $1,45-0,12$ мм. На задней поверхности кости периостальное кровоснабжение было менее выражено и осуществлялось посредством множества поднадкостничных сосудов диаметром $0,29 \pm 0,13$ мм, отходящих от мышечных ветвей МА.

Выводы: Вопреки общепринятым представлениям, периостальное кровоснабжение диафизов БК, ББК и МБК осуществляется не только посредством сосудов, являющихся ветвями артерий окружающих мышц, но и непосредственно поднадкостничными ветвями магистральных артерий данных областей.

Литвинова А.С., Мединцева А.К., Нюшкова Е.В.

РЕДКИЕ СЛУЧАИ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИЙ

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Зарицкий А.Б.

Цель исследования: рассмотреть и проанализировать случаи аномального расположения внутренних органов, их влияние на формирование патологий.

Материал и методы: исследование проводилось на 2 нативных трупах обоего пола, выявленных на базе Донецкого Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы, с использованием методов макроморфометрии, топографо-анатомического препарирования с последующей фото - и видеосъемкой. Проанализировано 16 отечественных и 8 зарубежных источников литературы, а также история болезни и протокол вскрытия по спонтанному разрыву селезенки, как следствие осложнения портальной гипертензии.

Результаты: в мировой литературе описано небольшое количество случаев с транспозицией внутренних органов (ТВО), известных также как «Situs inversus viscerum». Постнатальная частота выявляемости составляет 0,5 – 1 на 10 тыс. населения, а интранатальная – 1 на 10 млн. родов. ТВО не является жизнеугрожающей аномалией развития, но создает трудности при лечении ургентной патологии, в том числе, хирургической. В 45 % случаев возникают сложности в диагностике ТВО, обусловленные необычной клинической картиной, а также ошибками инструментальных диагностических служб. Так, некорректный оперативный доступ выполняется в 36 % случаях, а в 15 % оперативное вмешательство прерывается для проведения дополнительных диагностических мероприятий. Что касается наших исследований, оба случая иллюстрировали тотальную транспозицию внутренних органов: на одном из трупов исследована брюшная полость. Обратило на себя внимание левостороннее расположение печени и желчного пузыря. Также в формировании левого бокового канала участвовал восходящий отдел толстой кишки, слепая кишка и червеобразный отросток. В правой половине брюшной полости располагалась селезенка, желудок и нисходящий отдел толстой кишки. Во втором случае осмотрена грудная полость, где отмечались транспозиция лёгких, трахеобронхиального дерева, дэкстракардия.

При анализе редкого случая гибели женщины 68 лет, непосредственной причиной смерти которой фигурировала хроническая застойная сердечная недостаточность, повлекшая за собой портальную гипертензию, спонтанный разрыв селезенки с внутрибрюшным кровотечением тяжелой степени, обратило на себя внимание отсутствие в анамнезе упоминания о травме. Во время вскрытия было выявлено до 2 литров крови в брюшной полости. Обнаружена резко увеличенная селезенка (18 см x 11 см x 9,5 см), имевшая дефект по передней поверхности на удалении 3,8 см от ворот органа длиной 6,5 см., глубиной 2,5 см. Диаметр воротной вены в пределах печёночно-двенадцатиперстной связки был увеличен до 1,4 см. В данном случае нельзя было исключить незначительную травму, на которую пациентка могла и не обратить внимания. Возможное сочетание данного случая с транспозицией внутренних органов может осложнить диагностику данного состояния.

Выводы: 1.Случаи с транспозицией внутренних органов и особенности оперативных вмешательств у таких больных описаны зарубежными и отечественными авторами не в полной мере. 2. Диагностика и лечение ургентных состояний у пациентов с ТВО значительно затруднены. 3. Больные с синдромом портальной гипертензии должны быть подвергнуты постоянному динамическому наблюдению с целью предупреждения их летальности при острой хирургической патологии в стационарах нехирургического профиля. 4. Диагностику спонтанного разрыва селезенки может дополнительно осложнить его сочетание с транспозицией внутренних органов.

Пархоменко А.В.

ФАСЦИАЛЬНЫЕ ФУТЛЯРЫ ГОНАДНЫХ ВЕН И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОВАРИОЦЕЛЕ

Научный руководитель – к. мед. н., доц. Зарицкий А.Б.

Цель исследования: оценить различные варианты формирования фасциальных футляров v.ovarica, определить их корреляцию с овариоцеле.

Материалы и методы: на базе республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы города Донецка топографоанатомически и макроскопически исследовано 97 нативных трупов женского пола, умерших в возрасте от 19 до 89 лет. Использовались методы препарирования и морфометрии с последующей фотосъемкой. Трупам проводилась срединная лапаротомия, с дальнейшей оценкой синтопии органов брюшной полости, в частности наличие или отсутствие брыжейки на протяжении толстой кишки (восходящего и нисходящего отдела), наличие фасции Тольдта.

Результаты: у жителей Донбасса гораздо чаще, нежели в доступной литературе, имели место нарушения формирования органов полости живота. Обратило на себя внимание сохранение брыжейки восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки. В 61 случае (62,9 %) – нисходящего отдела ободочной кишки, в 16

(16,5%) случаях – восходящего отдела. Было обнаружено, что наличие брыжейки указанных отделов кишечника сопровождается отсутствием формирования фасции Тольдта. Это соответственно приводит к отсутствию формирования paracolоn как изолированного пространства.

Выводы: 1. Адекватное лечение и профилактика овариоцеле возможно лишь с учетом исследований особенностей флегмогеодинамики в системе гонадных вен. 2. Для оттока крови по венозным сосудам немаловажное значение имеет степень фиксации их фасциальных футляров к подлежащим мышцам, которые при сокращении обеспечивают продвижение крови по венам.

Пархоменко А.В.

ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИИ БРЮШИННО-ПРОМЕЖНОСТНОГО АПОНЕВРОЗА У ЖЕНЩИН

Научный руководитель – к. мед. н., доц. Зарицкий А.Б.

Цель исследования. Изучить топографические особенности брюшинно-промежностного апоневроза (БПА) Денонвиллье-Салищева у лиц женского пола.

Материал и методы. Исследование проводилось на базах кафедр оперативной хирургии и топографической анатомии и Донецкого республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы с использованием методов топографо-анатомического препарирования нижнего этажа брюшной полости, морфометрии и фотосъемки на цифровую камеру SonyCybershot DSC –W 150. Материалом исследования послужили 97 трупов лиц женского пола в возрасте 22 – 85 лет. Оценивалась синтопия органов таза, размеры углублений, их отношение к брюшине. Визуально и пальпаторно определялось состояние матки и придатков. При исследовании Дулассова углубления особое внимание уделялось размерам и выраженности прямокишечно-влагалищной фасции. Полученные данные были статистически обработаны в пакете программы MedStat.

Результаты. Глубина мочепузырно-маточного углубления составила $6,1 \pm 0,49$ см, Дугласова – $7,4 \pm 0,56$ см. Апоневроз Денонвиллье—Салищева определялся в виде фронтальной перегородки, идущей от нижнего участка брюшины прямокишечно-маточного углубления, латерально до париетальной фасции таза и книзу – к стенкам rectum. Длина БПА варьировала от $4,3 \pm 0,28$ см до $7,4 \pm 0,36$ см.

Выводы. 1. Топографические особенности тазовых соединительнотканых образований весьма противоречиво трактуются многими авторами. 2. Знание анатомии фасциального аппарата малого таза при выделении органов таза позволяет минимизировать риск кровотечения и имплантационного метастазирования опухоли.

Самерок С.И.

ФОРМИРОВАНИЕ АНАСТОМОЗОВ ГЛУБОКОЙ АРТЕРИИ БЕДРА И ОЦЕНКА ИХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ

Зав. кафедрой и научный руководитель – д. мед. н., проф. Антипов Н.В.

Цель исследования: определить функциональную значимость анастомоза между a. femoralis и a. profunda femoris в обеспечении коллатерального кровообращения.

Материал и методы: исследование проводилось на 36 нативных трупах людей обоего пола. Проводилась морфометрия элементов анастомоза. Фотодокументировались особенности элементов анастомоза. Данные морфометрии обрабатывались в статистическом пакете Medstat. Для оценки достоверности средних величин использовался t-критерий Стьюдента.

Результаты: Между бедренной артерией и прободающими ветвями глубокой артерии бедра существует анастомоз в виде 1-2 сосудов, отходящих ниже верхнего отверстия приводящего канала от задней полуокружности бедренной артерии. Далее данный анастомоз обозначен, как бедренно-прободающий артериальный коллектор (БПАК). У верхнего отверстия канала лигировалась бедренная артерия и дистальнее места перевязки вводилось 1000мл контрастной жидкости, наблюдалось её количество, изливающееся из рассеченной третьей прободающей артерии.

Материал разделили на 4 группы, в каждую попали разные варианты формирования коллектора с учетом диаметра и наличия двух его стволов. В первой группе производилась перевязка БПАК или двух его стволов справа. Во второй – слева. В третьей БПАК не перевязывался справа, а в четвертой-слева.

В 12(66,7%) случаях справа и в 13(72,2%) случаях слева БПАК отходил единым стволом диаметром справа $3,1 \pm 0,7$ мм; слева- $3,2 \pm 0,6$ мм. В 6(33,3%) случаях справа и в 5(27,8%) случаях слева БПАК формировался двумя стволами, удаленными друг от друга на 20 ± 6 мм. В последних случаях справа диаметр верхнего ствола составил $2,7 \pm 0,5$ мм, а нижнего $1,9 \pm 0,4$ мм; слева-диаметр верхнего $2,5 \pm 0,4$ мм, нижнего- $2 \pm 0,3$ мм.

В результате констатировали, что в первой и второй группах после перевязки коллектора удалось собрать из рассеченной третьей прободающей артерии от 3 до 17 мл раствора, что трактуется нами как исключение попадания раствора в систему третьей прободающей артерии.

На трупах третьей группы в 1(11,1%) случае было собрано 91 мл раствора, диаметр коллектора составил 2,4мм. В 1(11,1%) случае было собрано 173 мл раствора, диаметр коллектора составил 2,6мм. В 1(11,1%) случае получили 216 мл раствора, коллектор был представлен двумя стволами 2,2мм и 1,5мм. В 6 (66,7%) случаях из

раны было получено 410 ± 87 мл раствора, при чем в 4(44,5%) случаях диаметр коллектора составлял $3,3 \pm 0,4$ мм, а в 2(22,2%)-был представлен двумя стволами диаметром $2,5 \pm 0,3$ мм и $2,4 \pm 0,9$ мм.

В четвертой группе в 1(11,1%) случае получено 212 мл раствора, диаметр коллектора 2,6 мм. В 1 (11,1%) случае получено 253 мл раствора, но БПАК представлен двумя стволами $1,9 \pm 0,3$ мм. В 2(22,2%) случаях получено 400 мл раствора, коллектор представлен двумя стволами $2,4 \pm 0,5$ мм. В 5(55,6%) случаях из раны получено от 424 ± 102 мл раствора, а коллектор представлен единственным стволом диаметром от $3,3 \pm 0,6$ мм.

Выводы: Во всех случаях в пределах гунтерового канала от бедренной артерии отходил сосуд, соединявший *a. femoralis* и терминальные ветви *a. profunda femoris*. Данный артериальный коллектор обеспечивает сброс крови из системы бедренной артерии в систему глубокой артерии бедра и может рассматриваться, как компенсаторный механизм для восстановления кровоснабжения заднего мышечно-фасциального ложа бедра при окклюзии глубокой артерии бедра.

Самерок С.И.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИВОДЯЩЕГО КАНАЛА

Зав. кафедрой и научный руководитель – д. мед. н., проф. Антипов Н.В.

Цель исследования: определить особенности топографии и вариантной анатомии приводящего (Гюнтера) канала.

Материал и методы: в ходе исследования было произведено препарирование 15 трупов. С целью определения вариантной анатомии кровеносных сосудов производилось их заполнение контрастным веществом. Проводилась морфометрия структур приводящего канала и сосудисто-нервных образований, проходящих в нем. Результаты препарирования фотодокументировались. Статобработка проводилась в программе Medstat.

Результаты: приводящий (Гюнтеров, *canalis adductorius*) канал – трёхгранной формы щелевидный промежуток между большой приводящей и широкой медиальной мышцами в нижней трети бедра. В верхней (апоневротической, 30-35 мм) части канала спереди проходит бедренная артерия, а бедренная вена – сзади. В промежутке между ними спереди идёт скрытый нерв. В нижней (сухожильно-мышечной, 30-35 мм) части артерия идёт спереди и изнутри, вена на половину поперечника кзади и кнаружи. При нормальном положении, когда конечность не ротирована, а выпрямлена, передняя стенка канала (*lamina vastoadductoria*) с прикрывающей её *m. sartorius* обращена медиально, медиальный край *m. vastus medialis* является передней стенкой канала, а *mm. adductor magnus et longus* – задней. *Lamina vastoadductoria* в отдельных случаях может быть выражена весьма слабо, а иногда и отсутствовать. Тогда на её месте располагается жировая клетчатка.

Апоневротическая пластинка содержит 1-3 отверстия, через которые медиально проходят *a. genus descendens* с сопровождающей веной и *n. saphenus*. При наличии одного отверстия оно находится на расстоянии около 100 мм от приводящего бугорка бедренной кости, двух (верхнее находится выше нижнего на 15-20 мм) – через верхнее проникает артерия с веной, а через нижнее – скрытый нерв. При наличии 3 отверстий, более чем в половине случаев, в пределах приводящего канала через верхнюю пару отверстий отходит две нисходящие артерии колена, а через нижнее – скрытый нерв. *N. saphenus* в ряде случаев не покидает канал, а следует в одном сосудисто-нервном пучке до нижнего отверстия канала.

В 10-15 мм книзу от верхнего отверстия канала от задней полуокружности бедренной артерии отходят кзади 1 или 2 крупных (до 3 мм) сосуда, формирующих анастомоз между бедренной артерией и терминальными ветвями глубокой артерии бедра.

Выводы: 1. Апоневротическая пластинка, формирующая медиальную стенку канала, может отсутствовать и быть замененной жировой тканью.

2. *N. saphenus* не всегда покидает канал через отверстия в *lamina vastoadductoria*, в ряде случаев он следует в одном сосудисто-нервном пучке до нижнего отверстия канала.

3. Более чем в половине случаев, к внутренней поверхности колена отходит от одной до 2-3 *a. et v. genus descendens*.

4. В верхней части приводящего канала от бедренной артерии отходит сосуд, формирующий анастомоз с прободающими ветвями глубокой артерии бедра.

Федько В. Г.

ОТКЛОНЕНИЯ ОТ ОБЫЧНОГО РАЗВИТИЯ ПРИВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНОМАЛЬНОГО ПРОВЕДЕНИЯ ИМПУЛЬСА

Зав. кафедрой и научный руководитель – д. мед. н., проф. Антипов Н.В.

Цель исследования: изучить особенности морфогенеза проводящей системы сердца (ПСС) в раннем его развитии, выявить возможные отклонения в нем, ведущие к аномалии проведения импульса.

Материал и методы: исследование проведено на 15 сердцах от 2-х до 3-х лет. На гистотопограммах ПСС, окрашенных по Ван-Гизону и Маллори микроскопически и морфометрически определено взаимоотношение структур ПСС и сократительного миокарда. Использован статистический анализ (программа MedStat).

Результаты: Проводящая система сердца – это специализированная мышечная ткань, которая состоит из синоатриальной и атриовентрикулярной частей, центром которых являются одноименные узлы: синусно-предсердный (СПУ) и предсердно-желудочковый (ПЖУ). В данном исследовании определены структурные составляющие СПУ, ПЖУ, предсердно-желудочкового пучка, их взаимоотношения с сопредельным миокардом, особенности долевого соотношения входящих в их структуру компонентов: проводящих миоцитов, соединительной ткани, жировой ткани. Отмечены особенности гистоструктурных компонентов СПУ и ПЖУ в раннем постнатальном онтогенезе. В атриовентрикулярном отделе выделены несколько зон: компактный ПЖУ; проникающий предсердно-желудочковый пучок (ПЖП); его ножки. Отмечена фрагментация ПЖУ по его левой поверхности, разделенной полностью или частично фиброзной тканью. Чаще это отмечалось в сердцах новорожденных в виде отдельных мелких ответвлений ПЖУ, проникающих через центральное фиброзное тело (ЦФТ) вне ПЖП и соединяющих узел с миокардом межжелудочковой перегородки (МЖП). Аналогичные пучки могут связывать проникающую или желудочковую части ПЖП и начальные части правой и левой его ножек с МЖП.

Такие пучки в сердце взрослого сохраняются в виде аномальных путей различной локализации, замеченных Махеймом в 1941 г. Эти пучки называются соответственно атриофасцикулярным трактом Махейма, нодовентрикулярным трактом и фасцикуловентрикулярным трактом Джеймса.

Выводы: формирование аномальных путей проведения импульса может привести к серьезным нарушениям ритма сердца, устраняемых чаще всего разрушением этих путей методом хирургической инцизии, криоабляции, радиочастотной деструкции. Примером может служить одна из сложных операций в аритмологии при фибрилляции предсердий – «Лабиринт».

Федько В. Г.

КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ, КАК АЛЬТЕРНАТИВА БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ

Зав. кафедрой и научный руководитель – д. мед. н., проф. Антипов Н.В.

Цель исследования: оценить перспективу выбора коронарного стентирования наряду с традиционной баллонной ангиопластикой, проанализировав эффективность вмешательства как возможности снижения частоты рестенозирования.

Материал и методы: анализ источников современной отечественной и зарубежной литературы.

Результаты: баллонная ангиопластика в комбинации с имплантацией коронарных стентов является более перспективным подходом, направленным на снижение как частоты возникновения ангиографических рестенозов, так и высокого риска развития серьезных осложнений по сравнению с изолированным применением чрезкожной транслюминальной коронарной ангиопластики (ЧТКА). Показателем, резко ограничивающим отдаленный клинический успех с сохранением результата оперативного вмешательства на протяжении 6 месяцев и более, является рестенозирование. Отрицательное ремоделирование сосуда – это многофакторная реакция сосудистой стенки в ответ на механическое повреждение, которая, с одной стороны, проявляется миграцией гладкомышечных клеток из среднего слоя и их последующей пролиферацией, стимуляцией факторов роста, активацией фибробластов, что сопровождается отложением коллагена и эластина с образованием внеклеточного матрикса и гиперплазией неоинтимы, а с другой – воспалением адвентиции, что может приводить к контрактурам сосуда. Имплантация стентов позволяет достичь более оптимального итогового минимального диаметра просвета сосуда благодаря более полному расширению последнего и предупреждению эластического спадения его стенки тотчас после дилатации за счет поддерживающего действия стента. Наряду с этим, использование стентов со специальным покрытием, выделяющего в течение определенного периода времени такие лекарственные вещества, как иммунодепрессанты (сиролимус), химиопрепараты (паклитаксел), снижает частоту возникновения осложнений за счет подавления гиперплазии интимы, как доминирующего механизма рестеноза внутри стента. Клиническим критерием ангиографического успеха при стентировании сосудов считается достижение остаточного стеноза менее 20 %, что заметно повышает профиль эффективности наряду с ЧТКА, оптимальным результатом которой считается показатель резидуального стеноза менее 50 % при степени кровотока ТИМІ-III.

Выводы: сосудистая интервенция с использованием интракоронарных стентов стала чрезвычайно перспективной альтернативой изолированной баллонной ангиопластике, подтвердив парадигму предотвращения отрицательного ремоделирования сосуда благодаря имплантации стентов и подавлению гиперплазии интимы за счет антипролиферативного и противовоспалительного действия локально доставляемых веществ, что значительно снизило количество рестенозов и увенчалось клиническим успехом.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького Кафедра патологической анатомии Зав. кафедрой – проф. Василенко И.В.

Н.Д. Боечко

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СФЕНОИДИТЕ

Научный руководитель – к.м.н., доц. Р.Б. Кондратюк

Морфологические изменения слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух при их воспалении являются постоянным объектом фундаментальных исследований.

Целью нашего исследования являлся анализ изменений слизистой оболочки клиновидной пазухи при хроническом сфеноидите.

Материал и методы. Произведён анализ 1 монографии и 7 научных работ, касающихся воспалительных изменений слизистой оболочки клиновидной пазухи при хроническом сфеноидите.

Полученные результаты и их обсуждение. Хронический сфеноидит характеризуется развитием неспецифического воспаления слизистой оболочки клиновидной пазухи (КП). При этом отмечено два типа хронической воспалительной реакции тканей: а) пролиферация эпителиального и соединительнотканного слоёв слизистой оболочки с образованием полипов; б) метаплазия эпителиального компонента и очаговая дисплазия. При обоих типах воспаления слизистая оболочка КП и ее соустьев значительно утолщенная, отечная, полнокровная, мелкозернистая, реже бугристая из-за сосочковых разрастаний соединительной ткани, которые покрыты толстым слоем реснитчатого эпителия.

Довольно часто при сфеноидите в области естественного соустья КП наблюдается вилезная дисплазия слизистой оболочки, которая характеризуется как увеличением числа слоев, так и изменением конфигурации эпителиальных клеток. Наблюдается очаговая гиперплазия камбиальных клеток. Клетки базального и парабазального слоев многоядного цилиндрического эпителия приобретают веретенообразную форму, формально напоминая ворсинки. В эпителии сосочков отмечается нарушение тканевой дифференцировки.

Длительно существующее хроническое воспаление слизистой оболочки естественного соустья КП сопровождается разнообразными структурными изменениями эпителия, часто с его поверхностной десквамацией. В случае гибели реснитчатого и секреторного эпителия слизистая оболочка представлена однослойным цилиндрическим эпителием камбиального типа.

Одним из морфологических проявлений хронического сфеноидита является резорбция костных пластинок в зоне естественных соустьев, которая может быть как единичной, так и множественной. В периферических отделах деформация костных пластинок связана с замещением их рыхлой или плотной волокнистой соединительной тканью.

В иннервационном аппарате слизистой оболочки КП наблюдается дисхромия, разрыхление и разволокнение нервных волокон, атрофия и лизис осевых цилиндров. В некоторых участках выявляется очаговая пролиферация леммоцитов и формирование на месте погибших конечных отделов нервных стволов так называемых «ампутационных невром».

Выводы.

1. При хроническом сфеноидите наблюдается нарушение тканевой дифференцировки с явлениями тяжелой дисплазии, которую нужно рассматривать как морфологическую основу развития злокачественных опухолей.

2. Деструкция костных пластинок в зоне соустьев и замещением их соединительной тканью способствует сужению просвета соустьев, вплоть до полной их обструкции.

3. Формирование «ампутационных невром» патогномично для хронического сфеноидита и может объяснять сильнейшие головные боли у таких больных.

Сечкина Е.А.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПАПИЛЛОМА-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Научный руководитель – доц. Колесникова И.А.

Цель исследования: изучить морфологические и статистические особенности ткани шейки матки при папиллома-вирусной инфекции (ПВИ).

Материалы и методы: Были изучены 45 биопсий шейки матки за период с 2013 г. по 2015г., взятые у больных гинекологического отделения ДОКТМО. Все кусочки ткани шейки матки фиксированы в 10% водном растворе нейтрального формалина, изготавливались серийные парафиновые среды и окрашивались гематоксилином и эозином. Для статистического анализа пациентки разделены на 4 возрастные группы (гр.): 1 гр. – до 29 лет, 2 гр. – 30-39 лет, 3 гр. – 40-49 лет, 4 – старше 50 лет.

Результаты: Согласно эпидемиологическим исследованиям, развитию дисплазии и преинвазивной карциномы шейки матки способствует папилломавирусная инфекция. Дисплазии шейки матки составляют 20% среди изменений эпителия шейки матки. Вирус папилломы человека (ВПЧ) обладает цитопатическим эффектом, вызывая койлоцитоз эпителиальных клеток с признаками ядерной атипии (увеличение ядра, неправильность контуров, двуядерность, гиперхромазия). Повреждения шейки матки, вызванные ВПЧ, могут быть в виде дисплазии эпителия. Дисплазия – это патологическое состояние многослойного плоского эпителия, при котором происходит нарушение процессов пролиферации, дифференцировки и созревания клеток. Дисплазия подразделяется на легкую (CIN I), умеренную (CIN II) и тяжелую (CIN III, включает в себя и рак *in situ*) дисплазию. Среди изученных нами 45 биоптатов шейки матки в 13 случаях была выявлена дисплазия легкой степени (CIN I), что составляет – 28,9% исследованных биопсий. В 19 случаях установлена дисплазия умеренной степени (CIN II) – 42,2%. Тяжелая дисплазия (CIN III) была установлена в 9 случаях, что составило 20%. Также в 4 случаях (8,9%) была установлена очаговая эктопия эндоцервикального эпителия с плоскоклеточной метаплазией, т.е. дисплазии не обнаружены. При статистической обработке установлено: 53,3% проявления CIN I в 1-ой возрастной группе (до 29 лет), 25% – во 2-ой возрастной группе (от 30 до 39 лет) и 37,5% – в 3-ей возрастной группе (от 40 до 49 лет). CIN II установлена у 33,3% пациенток 1-ой группы, у 56,25% – 2-ой группы, у 62,5% пациенток – 3-ей группы, у 33,3% пациенток – 4-ой возрастной группы (старше 50 лет). CIN III выявлена у 13,3% 1-ой группы, у 18,75% пациенток – 2-ой группы, и у 66,7% пациенток – 4-ой возрастной группы. Во всех случаях с тяжелой дисплазией (CIN III) в эпителии шейки матки обнаружен койлоцитоз, что свидетельствует о ПВИ. Тогда как при CIN I такие изменения выявлены в 13,3% биоптатов.

Выводы: Патология шейки матки, связанная с папиллома-вирусной инфекцией, остается актуальной на современном этапе. Имеется рост числа дисплазий среди женщин репродуктивного возраста. Тяжелая дисплазия CIN III чаще встречается у женщин 4-ой возрастной группы (старше 50 лет), тогда как легкая дисплазия CIN I – чаще у молодых женщин (1-ая возрастная группа – 20-30 лет), что подтверждает данные литературы. При этом в случаях с CIN III инфицированность пациенток ВПЧ составила 100%, а при CIN I – 13,33%. Диагностика должна основываться на гистологическом изучении ткани шейки матки с использованием иммуногистохимического исследования с маркерами p16 и Ki-67 для уточнения степени дисплазии.

Сычева Д.Р

РОЛЬ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ГИСТОГЕНЕЗА И СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ ОПУХОЛЕЙ КРОВЕТВОРНОЙ ТКАНИ

Зав.кафедры и научный руководитель – д.мед.н. Василенко И.В.

Цель исследования. Выявить и изучить основные морфологические особенности гистогенеза опухолей кроветворной ткани, необходимые для постановки диагноза и определения степени агрессивности дальнейшей терапии.

Материал и методы. Была проанализирована морфологическая картина 7 случаев вскрытия больных, умерших от различных видов опухолей кроветворной ткани в период от 10 апреля до 21 декабря 2015 года. По результатам вскрытия были выявлены следующие формы опухолей кроветворной ткани: один случай острого лейкоза, один В-хронический лимфолейкоз; 3 случая миелолейкоза, одно наблюдение миеломной болезни, и одной В-клеточной лимфомы из малых лимфоцитов. Средний возраст умерших в изучаемом периоде составил 57,3+/-3,4 года (от 20 до 79 лет), женщин было трое, мужчин – четверо. Материал для гистологического исследования был представлен микропрепаратами срезов костного мозга (преимущественно диафизами бедра, грудиной), печени, почек, легких, головного мозга.

Результаты. Особый интерес представлял В-клеточный хронический лимфолейкоз, где направление дифференцировки клеток можно было определить без иммуногистохимии, увидев тенденцию к плазмочитарной дифференцировке. В микропрепаратах присутствовали клетки с признаками, присущими плазмочитам – ядрами, сдвинутыми к периферии клетки, розовой цитоплазмой. В лимфоузле рисунок был стерт (отсутствовали лимфоидные фолликулы, синусы), за счет разрастания мелких мономорфных клеток, которые почти не отличались от нормальных лимфоцитов. Среди таких участков встречались крупные очаги скопления бластных клеток, с ярко выраженными характерными признаками – преобладанием ядра над цитоплазмой, полиморфизмом, наличием нескольких крупных ядрышек. Также данные вскрытия позволили установить различия танатогенеза при гемобластозах – геморрагический синдром, развитие пневмонии с фибринозным, фибринозно-гнойным, геморрагическим экссудатом, в почках – изменения по типу некротического нефроза, периваскулярный отек мозга.

Выводы. На основании морфологических исследований, направленных на прослеживание направления дифференцировки клеток, в отдельных случаях можно установить особенности гистогенеза опухоли даже без применения иммуногистохимических методов.

Исследование морфологических особенностей материала биопсии опухолей кроветворной ткани позволяет проследить прогрессию от высокодифференцированных опухолевых клеток в отдельных лимфоузлах до бластных форм опухолей кроветворной ткани, что необходимо для своевременной постановки точного диагноза, позволяющего определить степень агрессивности терапии.

Кравченко Л.Г., Шестерина Ю.Б.

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ (КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕКЦИОННЫХ ДАННЫХ ЗА 5 ЛЕТ)

Научный руководитель – доцент Пискунова Н.В.

Цель исследования. Проблема тромбозов и эмболий в настоящее время весьма актуальна и привлекает к себе все больше внимания врачей всех специальностей. Актуальность ее объясняется значительным учащением тромбоэмболических осложнений, недостаточной эффективностью их лечения, высокой летальностью и отсутствием четких представлений этиопатогенеза.

Материалы и методы. Нами проанализировано 1083 протокола вскрытий произведенных в прокуратуре Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО) за 5 лет.

Результаты. ТЭЛА отмечается в 83 случаях (7,5%). Среди умерших от ТЭЛА мужчин было 62%, а женщин 37,8%. Чаще всего ТЭЛА встречается у мужчин в возрасте от 60 до 69 лет. Преобладание данной возрастной группы объясняется постарением населения, возникновением у человека к данному периоду жизни различных хронических болезней, требующих госпитализации (включая операцию).

ТЭЛА как осложнение встретилось при следующих заболеваниях: 1: при онкозаболеваниях – 34 случая (40,9%); 2: при заболеваниях ССС – 31 случай (37,3%); 3: при заболеваниях ЖКТ – 5 случаев; 4: при заболеваниях МПС – 5 случаев (6,02%); 5: при заболеваниях органов дыхания – 3 случая (3,6%); 6: прочие – 5сл. (6,02%).

ТЭЛА была распознана в клинике лишь в 33 случаях, что составляет 41,6%, а следовательно, не диагностировано в 58,4%.

В клинике ТЭЛА ошибочно трактовалось как: ишемический инфаркт мозга – 15; острый инфаркт миокарда – 10; пневмонии – 5; менингоэнцефалит – 1; диффузный гломерулонефрит – 1, и без объяснения клинической картины во всех остальных случаях.

Из 83 наблюдений в 25 возникает ТЭ мелких ветвей легочной артерии с развитием геморрагических инфарктов легких, в остальных наблюдениях ТЭ локализовалась в стволе и основных ветвях легочной артерии.

Источником ТЭЛА практически у всех больных (79 человек – 99,2%) явились тромбы в системе нижней полой вены – в глубоких венах голени в 54%, в 9,7% случаев в общей и глубокой венах бедра. В 24,4% случаев тромбы были в венозном сплетении малого таза. Только у 4 (0,8%) больных источник тромбоэмболии – тромбы, в системе верхней полой вены (связаны с пункцией и катетеризацией подключичной вены).

В 49 (59%) случаях из 83 ТЭЛА признана непосредственной причиной смерти и в 10 (12,2%) случаях – привела к другим осложнениям (инфаркт легких, инфаркт-пневмония).

Вывод. В 58,4% ТЭЛА не была распознана в клинике. Наиболее часто ТЭЛА наблюдается у онкологических больных (40,9%), на втором месте – заболевания сердечно-сосудистой системы (37,3%), а послеоперационная ТЭЛА составляет 32,5%. Источником тромбоэмболии легочной артерии являются тромбы в системе нижней полой вены (99,2%). ТЭЛА чаще встречается у мужчин старше 60 лет. Знание этой проблемы необходимо для профилактики ТЭЛА и своевременного лечения как консервативными, так и оперативными путями.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.
Горького Кафедра патофизиологии
Зав. кафедрой – профессор Крюк Ю. Я.

Васильченко А.И.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ

Научный руководитель – с.н.с. Пищулина С.В.

Иммунологические механизмы играют существенную роль в течении раневого процесса, вопросы состояния иммунологической реактивности при ожоговой травме продолжают дискутироваться.

Цель исследования: установить особенности иммунных реакций при осложненном и неосложненном течении ожоговой травмы.

Материалы и методы: Для проведения эксперимента была использована модель поверхностного ожога открытым пламенем 1-2 степени. Эксперимент был проведен на крысах- самцах, площадь ожога составила 10% поверхности тела животного. Все травматичные этапы эксперимента проводили согласно международных требований Европейской конвенции по защите позвоночных животных (Страсбург,1985). На 1-е и 7-е сутки после ожоговой травмы проводили исследование клеточного и гуморального звена иммунитета, определяли молекулы средней массы и состояние антиоксидантной системы. Фенотипическую характеристику лимфоцитов проводили с помощью моноклональных антител. Гуморальное звено оценивали по количеству сывороточных иммуноглобулинов А, М, G, определяемых методом иммуноферментного анализа.

Результаты: Анализ полученных результатов показал значительное повышение содержания в крови компонентов антиоксидантной системы в 1-е сутки после ожоговой травмы и снижение данных показателей на 7-е сутки после травмы. В лейкоцитарной формуле наблюдалось значительное увеличение лейкоцитов на фоне незначительной лимфопении. В 1-е сутки после нанесения ожога у животных 1-й группы наблюдалось повышение лейкоцитов до 126 % (по сравнению с контрольной группой) и иммуноглобулинов IgA до 224 %, IgM до 175 % (р 0,05). Во 2-й группе наблюдалась схожая динамика: IgA повысился до 247 %, IgM до 187 % (р 0,05). На 7-е сутки после ожоговой травмы лейкоцитоз у животных 1-й группы уменьшился, тогда как у животных 2-й группы продолжал нарастать (до 219 % от контрольного уровня), что свидетельствовало о выраженной воспалительной реакции тканей. Содержание иммуноглобулинов у животных 1-й группы снизилось до контрольных значений, а у животных 2-й группы наблюдалось повышение IgG до 146 % (р 0,05). Анализ состояния клеточного звена иммунитета показал существенные изменения на 7-е сутки у животных 2-й группы. Наблюдалось выраженное снижение CD3, CD4 и CD8 до 62 %, 35 % и 48 % соответственно (р 0,05), что свидетельствовало о действии эндогенных факторов на Т-лимфоциты, а также возможном повышенном использовании этих клеток. Снижение содержания CD3, CD4 и CD8 свидетельствовало о снижении иммунологической реактивности и объясняло развитие инфекционных осложнений в области ожогового повреждения у животных 2-й группы. Уровень молекул средней массы (МСМ) после ожогового повреждения повышался на 27-42 % у животных 1-й группы и на 28-56 % у животных 2-й группы. На 7-е сутки после ожоговой травмы наблюдалась разнонаправленная динамика этих показателей, так у животных 1-й группы концентрация МСМ приближалась к нормальным значениям, тогда как у животных 2-й группы продолжала нарастать до 219 % для МСМ₂₅₄ (р 0,05) и до 226 % для МСМ₂₆₀ (р 0,05). Анализ состояния антиоксидантной системы показал более выраженные изменения на 7-е сутки во 2-й группе животных: снижение супероксиддисмутазы до 21 %, каталазы до 35 % и -токоферола до 47 % по сравнению с контрольной группой животных (р 0,05).

Выводы: при ожоговой травме наблюдается активация гуморального звена иммунитета. Заживление раневой поверхности нарушается у животных с супрессией клеточного звена иммунитета и снижением активности антиоксидантной системы.

Гуржеева М.Д.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ГИПОФИЗАРНО-ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ДЕЙСТВИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ

Научный руководитель с.н.с. С.В. Пищулина

Актуальность ожоговой травмы обусловлена высокой частотой термических повреждений (до 12 %) среди прочих травм. Кроме того, ожоговая травма сопровождается как высокой летальностью, так и инвалидизацией пострадавших. Существенную роль в патогенезе ожоговой болезни играют эндокринные нарушения, однако тиреоидная дисфункция при этой патологии изучена недостаточно.

Цель исследования: установить значение дисфункции гипофизарно-тиреоидной системы для течения ожоговой травмы.

Материалы и методы: моделирование ожога проводили на 56 крысах-самцах, контрольную группу составили 10 интактных животных. Все эксперименты были выполнены с соблюдением норм и принципов

Европейской конвенции о защите позвоночных животных. На участке, где планировался ожог, проводили депиляцию шерсти, затем животное помещали в специальный домик с отверстием, совпадающим с депилированным участком кожи. Ожоги осуществляли открытым пламенем (газ пропан в смеси с кислородом, t° горения до 2000° C) с расстояния 15 мм и временем экспозиции 3 секунды, ожоговое повреждение составляло не менее 10 % площади тела. При этих параметрах животные получали эпидермальные и поверхностные дермальные ожоги. Лабораторные исследования проводили в отделе молекулярно-генетических исследований ЦНИЛ ДонНМУ. В крови с использованием наборов реактивов Immunotech (Франция) иммуноферментным методом определяли уровни гормонов определяли концентрации: тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (Т4), трийодтиронина (Т3), свободного тироксина (FT₄), свободного трийодтиронина (FT₃), тироксин-связывающего глобулина (ТСГ). Экспериментальные животные были распределены на две группы: 1-я группа – с благоприятным течением послеожогового периода 2-я группа – с осложненным течением, нагноением раневой поверхности.

Результаты: анализ результатов полученных данных показал, что в 1-ой группе животных по сравнению с контролем в 1-е сутки после ожогового повреждения наблюдалось существенное повышение уровней ТТГ на 187 % (р 0,05), ТТ4 на 150 % (р 0,05), на фоне снижения остальных показателей: FT₄ составил 78,8 % (р 0,05), ТТ3 50,3 % (р 0,05), FT₃ 52,3% (р 0,05), снижение ТСГ было незначительным до 92,8 %. Во 2-ой группе животных в этот период динамика гормонов была схожей: уровень ТТГ повысился до 177 % (р 0,05), ТТ4 до 141 % (р 0,05); снижение концентраций наблюдалось для гормонов: FT₄ до 69,4 % (р 0,05), ТТ3 до 47,5 % (р 0,05), FT₃ до 48,9 % (р 0,05). На 7-е сутки у животных 1-й группы уровень ТТГ снизился на 50 %, но оставался повышенным на 37 % по сравнению с контрольной группой животных, содержание ТТ4 и ТТ3 нормализовалось, однако уровень FT₄ и FT₃ оставался пониженным до 73 % и 41 % соответственно (р 0,05). В эти же сроки у животных 2-й группы наблюдалось более выраженное угнетение тиреоидной функции, проявляющееся снижением тиреоидных гормонов (ТТ4 65%, FT₄ 47,4 %, ТТ3 20,3 %, FT₃ 24 %, ТСГ 51%, (р 0,05) не смотря на дальнейший рост ТТГ до 203 % (р 0,05).

Выводы: полученные данные свидетельствуют о развитии дисфункции гипофизарно-тиреоидной системы в ответ на ожоговую травму. У животных с благоприятным течением в течение недели наблюдается восстановление функции щитовидной железы, что благоприятно сказывается на уровне метаболических процессов и быстром заживлении раневой поверхности. У животных с осложненным течением наблюдается усугубление дисфункции гипофизарно-тиреоидной системы с депрессией ее периферического звена.

Доценко А.К.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ СИНДРОМА РЕЯ У ДЕТЕЙ

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Ю. Я. Крюк

Цель исследования: изучить патофизиологические особенности возникновения и проявления синдрома Рея у детей.

Материалы и методы исследования: были изучены данные отечественной и зарубежной литературы.

Результаты исследований и их обсуждение. Синдром Рея у детей – заболевание, которое возникает у некоторых детей и подростков, которые приняли аспирин для лечения заболеваний верхних дыхательных путей. Вероятен летальный исход, если вовремя не провести лечение. В 1963 году были впервые описаны проявления острой невоспалительной энцефалопатии и жировой дегенерации внутренних органов исследователями во главе с Reye. Признаки воспаления головного мозга отсутствовали, но присутствовал его отек. Были зафиксированы жировые изменения в печени и повышение трансаминаз в три раза и более, или повышение уровня аммония. Причина болезни не выяснена. В основе синдрома Рея лежит генерализованное повреждение митохондрий вследствие ингибирования окислительного фосфорилирования и нарушения бета-окисления жирных кислот. У части больных выявлен наследственный дефицит митохондриальных ферментов, участвующих в метаболизме жирных кислот. Далее было выяснено, что синдром Рейе провоцирует прием салицилатов. Наряду с нарушением В- оксидации жирных кислот происходит нарушение и пируваткарбоксилазы и вместе с этим снижение выработки гликогена и, наконец, развитию гипогликемии.

Выводы. Значительное внимание нужно уделить повышению температуры тела ребенка. При обнаружении синдрома Рея запрещается давать ему лекарства, в составе которых есть ацетилсалициловая кислота.

Захарова Е.С.

АНТИОКСИДАНТНЫЕ СВОЙСТВА КОРВИТИНА ПРИ ТРАВМЕ

Научный руководитель: доц. Стрельченко Ю. И.

Цель исследования. Изучение влияния корвитина на показатели оксидативного стресса у крыс при ЧМТ.

Материал и методы. Экспериментальные исследования выполнены на белых беспородных половозрелых крысах, которые содержались на стандартном рационе при свободном доступе к пище и воде в условиях вивария НИИТО ДонНМУ. Травму черепа моделировали нанесением одного удара с помощью пружинного механизма.

Результаты. При моделируемой ЧМТ у крыс развивается оксидативный стресс. Выраженность оксидативного стресса зависит от индивидуальной реактивности организма. Выраженность оксидативного стресса коррелирует с продолжительностью жизни травмированных животных. Показатели оксидативного стресса и эндотоксемии характеризуют тяжесть состояния организма и могут быть использованы в качестве ее критериев. Корвитин в дозе 200 мг/кг при изолированной ЧМТ обладает выраженной лечебной эффективностью, которая заключается в увеличении продолжительности жизни крыс. При изолированной ЧМТ и тормозном типе посттравматической реакции увеличение продолжительности жизни, по сравнению с контрольной серией животных, составляло 7,3 часа ($p < 0,05$). Установлено, что в механизме лечебного действия препарат обладает ярко выраженным антиоксидантным действием, направленным на «тушение» свободно-радикального окисления и блокирование эффектов эндотоксемии, вызванной гипоксией тканей.

Выводы. Полученные данные будут способствовать более широкому внедрению корвитина в практику лечения пострадавших с ЧМТ и будут существенными в снижении частоты и тяжести неблагоприятных исходов и осложнений у пострадавших.

Мурзина Е.В.

ОСОБЕННОСТИ И МЕХАНИЗМ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВНЕДРЕНИИ В НЕЕ ПРИОННОГО БЕЛКА

Научный руководитель: доц. Ю. И. Стрельченко

Цель. Изучить особенности и механизм поражения нервной системы при внедрении в нее прионного белка.

Материал и методы. Данные сети интернет: заражение прионным белком лабораторных крыс и овец. Данные ЦНИЛ ДонНМУ.

Результаты. Заражение животных прионным белком вызывало у них ряд симптомов: двигательная атаксия, дизартрия, непровольная дефекация и мочеиспускание, а так же изменения в структуре головного мозга. Основным проявлением прионных болезней является спонгиоз серого вещества, сопровождающийся атрофией и гибелью нейронов. Обнаруживаются следующие функциональные изменения на уровне нейронов: замедление проведения импульса (за счет демиелинизации волокон), нарушение синаптической передачи (происходит "слипание" пресинаптических пузырьков, уменьшается их количество). Оказалось, что существует целое семейство прионных белков. В частности, у человека PrP имеет двойника-конкурента. Новый белок, названный "доппель", имеет сходную структуру, но выполняет другие, вероятнее всего, конкурентные функции. Показано, что чрезмерная экспрессия доппель также приводит к нарушениям в нервной системе. С позиции генетики и эволюции большой интерес представляет возникновение гена, кодирующего доппель.

Выводы. Изучение прионов и связанных с ними заболеваний является новой быстроразвивающейся областью биомедицинских исследований. Весьма вероятно, что основы знаний, полученных при изучении прионных болезней, можно будет применить для выяснения причин других, более распространенных нейродегенеративных заболеваний, таких, как болезнь Альцгеймера, боковой амиотрофический склероз, болезнь Паркинсона.

Служалюк Е.Ю.

РОЛЬ ТРАНСЛОЦИРУЮЩИХ МИКРООРГАНИЗМОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОЖГОВОЙ ТРАВМЕ

Научный руководитель – с.н.с. С.В. Пищулина.

Актуальность работы обусловлена высоким уровнем ожоговых повреждений в Донбасском регионе, в особенности среди шахтеров, металлургов и др. Массовая ожоговая травма возникает при пожарах, взрывах и других техногенных катастрофах и стихийных бедствиях. По данным ВОЗ, термическая травма занимает 3-е место среди прочих травм. Существенную роль в процессе заживления ожоговой раны играет развитие инфекционных осложнений.

Цель исследования. Изучить субпопуляционный состав транслоцирующих микроорганизмов и их роль в патогенезе инфекционных осложнений у животных с ожоговой травмой.

Материал и методы. Экспериментальные исследования выполнены на 48 белых беспородных половозрелых крысах-самцах. Ожоговую травму моделировали открытым пламенем по методике, разработанной на кафедре патофизиологии ДонНМУ им. М. Горького. Все травматические этапы эксперимента проводились с соблюдением требований Европейской конвенции по защите позвоночных животных (Страсбург, 1985). Из крови животных был проведен посев, выделение и идентификация микроорганизмов. Выделение и идентификацию микроорганизмов осуществляли в ЦНИЛ ДонНМУ. Каждую пробу на специальные среды высевали трижды: на 3, 5 и 7 сутки после первичного посева. Микрофлору, которая давала колонии, помещали на мясо-пептонный агар. Через сутки проводили окрашивание микроорганизмов по Грамму и использовали тесты для идентификации возбудителей.

Результаты. При моделируемой ожоговой травме, у животных в постожоговом периоде наблюдались изменения, как в составе, так и в количестве микроорганизмов. Рост числа микроорганизмов в мазках крови при ожоговой травме указывал на изменение проницаемости физиологических барьеров и угнетение

иммунологической реактивности. В крови, в результате этого, циркулировали условно патогенные грамотрицательные (кишечные) палочки, грамотрицательные кокки (*S.epidermidis*), а также патогенные грампозитивные диплококки (*N.flavescens*). У крыс контрольной серии высевались только в единичных случаях (до 6 %) грампозитивные кокки и микродиплококки. У животных с ожоговой травмой увеличивалась частота высевания не только грампозитивных кокков, но и грамотрицательных палочек. Показатели высеваемости микроорганизмов из крови у животных свидетельствовали об эндогенной миграции энтеробактерий и грибов из кишечника *Candidae.sp.*, а также из слизистых дыхательного тракта (микрококки, стафилококки, нейссерии). Данные литературы подтверждают возможность высевания из крови всех выделенных нами микроорганизмов и их этиологическую в развитии септических осложнений при тяжелом течении ожоговой болезни. Анализ результатов бакпосева животных с осложненным течением ожогового повреждения показал, что у них высевается большее количество штаммов микроорганизмов, в ряде случаев наблюдалось развитие гнойных инфильтратов и изъязвлений, что свидетельствовало так же и о недостаточности факторов иммунной защиты.

Выводы. Полученные данные об изменении количественных показателей микробной и грибковой обсемененности крови, а также состава микроорганизмов свидетельствует о том, что состав микрофлоры и рост микробов и грибов, выделенных из крови, находятся в причинно-следственных связях как с тяжестью ожоговой травмы, так и индивидуальной реактивностью и резистентностью организма.

Чернятина В.В.

ЛИПИДНАЯ ПЕРОКСИДАЦИЯ В МОЗГЕ И ЛЕГКИХ В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ ДЛИТЕЛЬНОГО РАЗДАВЛИВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Научный руководитель: член-корр. НАМНУ, профессор В. Н. Ельский

Цель исследования. Исследование состояния липидной пероксидации в органах-мишенях при синдроме длительного раздавливания.

Материал и методы. Изучен экспериментальный материал кафедры патофизиологии ДонНМУ.

Результаты и их обсуждение. В данном анализе ткани находились под компрессией 24 часа, показатели регистрировались 3 раза (после 2, 4, и 24 часов декомпрессии, что привело к интенсификации процессов перекисного окисления липидов и увеличению содержания продуктов липидной пероксидации в субклеточных фракциях исследуемых тканей, наибольшее внимание уделялось в митохондриям и лизосомам. В течении всего исследования показатели изменялись, проявляя разнонаправленную динамику. При морфологическом исследовании головного были обнаружены структурные изменения в больших полушариях, промежуточном, среднем и продолговатом мозге. Макроскопически ткани полнокровны, отечны, имеются мелкие периваскулярные кровоизлияния. Микроскопически эктопия ядер с деструктивными изменениями вплоть до кариолизиса и кариоцитоза. В исследовании легких макроскопически в паренхиме легкого ателектазы, чередующиеся с очагами эмфиземы. Микроскопически: в трахее и бронхах дистрофические изменения марцательного эпителия, полнокровие сосудов и отек соединительной ткани подслизистой основы, спазм бронхов и бронхиол. Коллагеновые волокна стромы в состоянии мукоидного набухания.

Выводы. Данные исследования могут явиться основой для патогенетического лечения синдрома длительного раздавливания.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького Кафедра физиологии и клинической лабораторной диагностики Зав кафедрой – академик НАМН Украины, д.мед.н., проф. Казаков В.Н.

Аджамян В.С., Бортникова А.К.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЛЕЧЕНИЙ

Научный руководитель – асс. Бортникова А.К.

Цель исследования: формирование понимания органических основ патогенеза устойчивой алкогольной и наркотической зависимостей.

Материал и методы: литературный обзор.

Для многих людей алкоголь и наркотики – это установленный символ приятного времяпровождения. Нейрофизиологической основой формирования любого вида удовольствия является так называемая «система вознаграждения».

Ключевой компонент «системы вознаграждения» — вентральная область покрышки среднего мозга — формирует дофаминергические нейронные пути: мезолимбический и мезокортикальный. По первому из них дофаминовые сигналы поступают в прилежащее ядро, которое можно назвать «главным центром удовольствия» и которое отвечает за мотивацию, привязанность и зависимости, а также в другие «эмоциогенные» отделы мозга, такие как миндалина, гиппокамп, управляющий запоминанием; по второму — орбитофронтальную область префронтальной коры, где происходят сознательные психические процессы.

Чувства радости и удовольствия зависят от активности дофаминовых нейронов, которая, в свою очередь, определяется соотношением награды (положительного стимула) и наших ожиданий. У веществ, вызывающих синдром зависимости, общим фармакологическим эффектом является влияние на катехоламиную нейромедиацию с мезокортиколимбической дофаминовой системой в качестве центрального звена. Кратко можно сказать, что при положительных эмоциях, например, радости активизируется серотонин, при удовольствии – дофамин, а при отрицательных эмоциях – при гнев и боли – повышается секреция норадреналина, и при тревоге и страхе – секреция адреналина.

Воздействие наркотиков и алкоголя провоцирует мощный выброс катехоламиновых нейромедиаторов из их депо и, как следствие, активацию системы подкрепления, что сопровождается соответствующим эмоциональным окрашиванием. Интенсивный выброс нейромедиаторов из депо приводит к значительно более сильному возбуждению системы подкрепления, чем в физиологических условиях. Избыток катехоламинов метаболизируется, повторные же приемы наркотиков приводят к истощению медиаторных запасов, компенсаторно происходит усиление синтеза катехоламинов, увеличение плотности дофаминовых рецепторов и подавление активности ферментов метаболизма (моноаминоксидаз, дофамин-β-гидроксилазы). Уровень дофамина коррелирует с тяжестью абстинентного синдрома, при чрезмерном его превышении развивается острое психотическое состояние. Формирующийся в результате истощения медиаторных запасов необратимый дефицит дофамина, по-видимому, лежит в основе остающегося патологического влечения к наркотикам и определяет вероятность рецидивов.

Таким образом, формирование зависимости от психоактивных веществ обусловлено структурными и функциональными изменениями на многих уровнях ЦНС. Зависимость можно рассматривать как болезнь мозга, разрушающую механизмы, контролирующую когнитивное, эмоциональное, социальное поведение. Нейрофизиологические механизмы развития зависимости основаны на «сбое» системы положительного подкрепления. Изложенное выше определяет актуальность исследований особенностей реагирования как клинических, так и на уровне психофизиологических систем.

Вывод: Существует огромное количество современных взглядов на природу предрасположенности и формирования устойчивой алкогольной и наркотической зависимости. Однако, главной органической основой являются изменения в системе катехоламиновых нейромедиаторов, приводящие к сбою работы «системы вознаграждения».

Гелюх Е.Н., Жеденова А.А., Кандаурова И.А.

ОБ ИНФОРМАТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФЕНОМЕНА ЭКСПИРАТОРНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Научный руководитель – доц. Попов Б.Г.

Цель исследования: изучить основные показатели статических объемов легких, отражающих явление экспираторного закрытия дыхательных путей (ЭЗДП), изучить методы исследования явления ЭЗДП и определить наиболее информативные из них при разной патологии дыхательной системы.

Материал и методы: литературный обзор.

Результаты. В настоящее время в клинической практике и физиологических исследованиях используется большое количество способов и методов для получения объективных и достоверных сведений о функциональном состоянии органов или системы органов. Нами обобщены данные, касающиеся функциональных и инструментальных исследований дыхательной системы человека, в частности, феномена экспираторного закрытия дыхательных путей, который наблюдается при ряде патологических состояний.

ЭЗДП – физиологический феномен дыхания, заключающийся в задержке определенных объемов воздуха в разных зонах легких в момент выдоха. Выделяют две основные гипотезы этого явления: 1) при увеличении осевого давления или при потере эластичности бронха, а также альвеол, растягивающих его, радиально направленное давление снижается и становится недостаточным, чтобы предупредить спадение бронха при выдохе; 2) быстрое повышение экстрапульмонального давления мышцами грудной клетки, суживающего или закрывающего бронхи прежде, чем из легких выйдет воздух.

В результате исследований середины 70-х годов (Зильбер А.П.) были определены 4 показателя характеризующих ЭЗДП, каждый из которых представляет собой суммарное или разностные объемы и емкости легких при данном режиме дыхания.

При изучении ЭЗДП использовались следующие методы:

- 1) Измерение части жизненной емкости легких от начала ЭЗДП до общего объема легких (ОЗЛ) по ^{133}Xe (болюсный метод Зильбер А.П. и соавт., 1969г.) основан на регионарной асинхронности вентиляции легких;
- 2) Измерение ОЗЛ по азоту (нитрографический метод) – основан на различии регионарных объемов легких;
- 3) Метод прерывания дыхательного потока (пневмотахографический) – основан на изучении кривой альвеолярного давления;
- 4) Акустический метод оценки ЭЗДП (F.Petak и соавт., 2006г.) – основан на изучении звуков, сопровождающих ЭЗДП;

5) Измерение задержанного газа легких – основан на двукратном измерении функциональной остаточной емкости методом разведения гелия в системе.

Выводы. Анализ изученных материалов позволяет сделать заключение о том, что существенную роль в оценке информативности методов определения ЭЗДП играет наличие (отсутствие) легочной патологии у исследуемых людей. В связи с этим, у больных, страдающих от хронических обструктивных заболеваний легких, применение тест-газовых методов было затруднено по ряду причин. В этих случаях целесообразнее применять метод прерывания дыхательного потока. Акустический же метод изучения ЭЗДП целесообразнее применять в случаях, когда необходимо снизить степень инвазивности.

Дворник Д.Э., Дворник В.Э.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗУБА

Научный руководитель – доц. Андреева В.Ф.

Цель исследования: изучить спорные вопросы одонтофизиологии, то есть функционирование зуба, как биологической системы, выяснить является ли он живой или неживой тканью, как осуществляется механизм нейрогуморальной регуляции взаимоотношение зубного органа с внешней средой, что имеет важное значение для разработки физиологически обоснованных и эффективных методов профилактики и лечения этой патологии.

Материал и методы исследования: литературный обзор.

Результаты. Нет другого вида патологии, который по частоте поражения мог бы сравниться с кариесом. Подтверждением этому может служить жизненный опыт каждого из нас. Глобальные программы ВОЗ борьбы с этой патологией, начатые ещё в конце 20 -го столетия, не привели к желаемому эффекту, количество больных кариесом с каждым годом растёт, что требует пересмотра взглядов на механизмы формирования этой патологии.

Современные фундаментальные познания о зубе, с одной стороны, включают неопровержимые факты, касающиеся преимущественно конструкции химического состава его твердых тканей, с другой – достоверность материалов о процессах, протекающих в толще зуба, которые относятся к области физиологии, являясь более сложной и глубокой, компрометируют непогрешимость современной хирургической концепции кариеса.

В работе обсуждаются современные представления о механизмах взаимодействия зубов с ротовой жидкостью и роль слюны в процессах минерализации эмали, роль пульпы в качестве биохимического реактора и насоса, обеспечивающего объемные перемещения жидкости против градиента концентрации, связь его с биологическими ритмами, возрастом человека, нервными и гуморальными механизмами регуляции. Уделено внимание одному из важных моментов взаимодействия зуба с внешней средой, происходящие в процессе эволюционного развития этого органа, то есть палеобиологический аспект проблемы.

В работе нашло освещение характеристика функционирования главного канала связи зуба с его минерализованной периферией – ультра и ультрамикроскопические каналы, пронизывающие толщу твердых тканей зуба и открывающиеся на его поверхности, представлены защитная функция транспортных путей жидкости через эмаль, препятствующая химической и биологической интервенции. Представлены противоречивые современные взгляды на причины обеспечивающие противостояние эмали разрушению, роль направления тока жидкости и его значение в реституции эмали в участках повышенной нагрузки, влияние возраста человека на особенности развития этого процесса.

Выводы. Вопрос о проницаемости эмали и направлении токов жидкости через неё важен, в первую очередь, для определения её реминерализации, поскольку с ними связано решение проблем кариеса зубов. Это так же способствует развитию диагностики, предупреждения и лечения других массовых стоматологических заболеваний.

Ильина А.С., Косенко М.А., Бортникова А.К.

КРИТЕРИИ ФОРМИРОВАНИЯ УСТОЙЧИВОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У КРЫС В ХОДЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ

Зав. кафедрой и научный руководитель – академик НАМН Украины, д.м.н., проф. Казаков В.Н.

Цель работы: выяснить динамику влечения к этанолу у алкогользависимых в ходе принудительной алкоголизации и в условиях свободного выбора питья, определить критерии сформированной алкогольной зависимости, определяющие сроки принудительной алкоголизации.

Материалы и методы. Эксперимент выполнен на 60 крысах мужского пола массой 200-350 г. в осенне-зимний период. В первую неделю у крыс был свободный выбор питья (вода, 5% раствор глюкозы, 10% раствор этанола). Затем в течение 112 дней – принудительная алкоголизация (в клетке только одна поилка – с 10 % этанолом). В разные сроки алкоголизации (на 21, 42, 63, 84 и 112 день) крысы на один день давали свободный выбор питья. Пересчитывали выпитую жидкость на 0,1 кг массы тела.

Результаты. До начала эксперимента крысы ежедневно выпивали в среднем по $3,9 \pm 0,1$ мл / 0,1 кг веса жидкости суммарно, в том числе: $2,3 \pm 0,1$ мл/0,1 кг веса чистой воды и $1,50 \pm 0,1$ мл / 0,1 кг веса 5% раствора глюкозы. Спонтанных случаев добровольного употребления 10% раствора глюкозы отмечено не было. Следует

подчеркнуть, что раствор глюкозы животные потребляли при наличии избытка чистой воды в клетке. Это свидетельствует о гедонических свойствах глюкозы. На втором этапе, в ходе принудительной алкоголизации, потребление воды постепенно снижалось до $0,42 \pm 0,03 / 0,1$ кг (на 112 день). Предпочтение глюкозы в условиях свободного выбора постепенно снизилось до $0,3 \pm 0,1$ мл / $0,1$ кг (на 112 день), что говорит об утере ее гедонических свойств. Отмечается сильная положительная корреляционная связь между потреблением этанола и снижением потребления глюкозы (коэффициент линейной корреляции Пирсона $r = 0,86$, $p < 0,05$).

Изучение потребления этанола и глюкозы в ходе принудительной алкоголизации позволило предположить, что при развитии алкогольной зависимости изменения в метаболизме клеток накапливаются не линейно, а поэтапно. По нашим наблюдениям, прирост потребления происходит на 3 и 6 неделях алкоголизации, потому что наибольшие изменения в питьевом поведении (по показателям выпитого раствора этанола и глюкозы) были отмечены в эти временные периоды. На 21 день количество потребляемого этанола возросло ($p < 0,001$) до $4,9 \pm 0,8$ мл/ $0,1$ кг веса, что, вероятно, свидетельствует об адаптации. На 42 день был также отмечен прирост потребления в 1,3 раза – до $6,4 \pm 0,9$ мл/ 100 г веса животного ($p < 0,001$). В то же время, в ходе эксперимента было отмечено, что потребление алкоголя на шестой неделе было своего рода «потолком», поскольку дальнейшее удлинение срока алкоголизации принципиальных изменений в питьевом поведении не повлекло. При сравнении средних значений показателей выпитого этанола и глюкозы от недели к неделе, вплоть до шестнадцатой (112 день), уровень потребления оставался стабильным ($p > 0,001$). И при сравнении показателей количества выпитого алкоголя в конце шестой ($5,8 \pm 0,1$ мл/ $0,1$ кг веса) и шестнадцатой недель ($6,4 \pm 0,1$ мл/ $0,1$ кг веса) не было выявлено статистически значимых различий ($p > 0,001$).

Выводы: стабильность потребления этанола в однодневных экспериментах в условиях свободного выбора в период с 6 (42 день) по 16 (112 день) неделю, очевидно, свидетельствует о сформировавшейся алкогольной зависимости. Обращает на себя внимание факт временного формирования «потолка» (42 день) потребления – к концу шестой недели принудительной алкоголизации. Это может быть обоснованием минимального времени принудительной алкоголизации. Отмечается сильная связь между потреблением этанола и снижением потребления глюкозы – глюкоза теряет свои гедонические свойства для алкоголизированных животных.

Пасечник А.А., Филюшина Е.В.

МЕХАНИЗМЫ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР

Научный руководитель – асс. Филюшина Е.В.

Цель исследования. Оценить уровни функционирования основных регуляторных систем организма человека при криовоздействии.

Материал и методы. Анализ литературы.

Результаты. Кратковременное холодовое воздействие приводит к замедлению кислородного метаболизма, процессов окислительного фосфорилирования глюкозы в покровных тканях, снижению потребления кислорода и питательных веществ клетками, замедлению трансмембранного транспорта клеточных метаболитов. Эти изменения носят обратимый характер и развиваются в тканях «оболочки». Явления, развивающиеся в глубоко расположенных тканях «ядра» тела, не связаны с прямым влиянием холодового раздражителя и имеют вторичное – рефлекторное и нейрогуморальное происхождение. Сужение кожных сосудов является первой защитной фазой сосудистой реакции на экстремальное охлаждение, направленной на предотвращение проникновения холодового фактора через покровы тела к внутренним тканям тела. Системное расширение покровных сосудов, развивающееся во вторую фазу, стимулирует работу аппарата кровообращения, улучшает питание и оксигенацию всех тканей организма, снижает гемодинамическую нагрузку на сердечную мышцу. Экстремальный холодовой раздражитель изменяет состояние кожных рецепторов и снижает тонус поперечно-полосатых мышц, снимает мышечные спазмы. Миорелаксирующий эффект опосредован рефлекторно через экстерорецепторный аппарат кожи и гаммамотонейронную систему. К числу наиболее важных аспектов физиологического действия экстремального холода относятся изменения деятельности высших вегетативных центров и систем нейроэндокринной регуляции, непосредственно отвечающих за температурный гомеостаз организма. Активируется адренокортикотропная система с усилением выработки адренокортикотропного гормона передней долей гипофиза и кортизола корой надпочечников. При экстремальном охлаждении резко повышается выработка эндорфинов, обладающих мощным обезболивающим, седативным и умеренным эйфоризирующим эффектом. Повышается тонус симпатoadреналовой системы с выбросом катехоламинов. Увеличенная секреция стрессорных гормонов путем сужения периферических сосудов и снижения температуры периферических тканей ограничивает теплоотдачу организма в окружающую среду, одновременно усиливая активность процессов внутреннего термогенеза, то есть выработку эндогенного тепла в организме. Помимо этого криовоздействие способно оказывать модулирующее влияние на гуморальный и клеточный иммунитет. Реакция иммунной системы на температурный стресс проявляется в нормализации количественного соотношения пулов Т- и В-лимфоцитов.

Выводы. К числу наиболее очевидных эффектов криовоздействия относится общетренирующий эффект, проявляющийся в активации иммунной системы организма, мобилизации эндокринной и нейрогуморальной системы, действию на центральные и периферические звенья сердечно-сосудистой системы, активизируя кровообращение преимущественно в артериальном колене и в микроциркуляторном русле. Это

применяется при лечении многих заболеваний, обеспечивает устойчивость к стрессам и перегрузкам, повышение самочувствия и работоспособности. В условиях патологии проявляется обезболивающее, противовоспалительное, сосудорасширяющее и миорелаксирующее действие холода.

Полищук О.А.

ЦИТОАРХИТЕКТОНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Научный руководитель – асс. Шевченко Т.А.

Цель исследования: выявление особенностей морфологических изменений коры больших полушарий головного мозга при болезни Альцгеймера и сосудистой деменции.

Материал и методы исследования: был исследован мозг 10 больных сосудистой деменцией, 10 больных болезнью Альцгеймера и 5 контрольных случаев – мозг умерших естественной смертью. Морфологический материал окрашивался по методу Ниссля и солями серебра по методу Бильшовского.

Результаты: болезнь Альцгеймера – наиболее частая причина деменции у пожилых людей. Это заболевание характеризуется резким уменьшением массы головного мозга и количества нейронов, дезорганизацией межнейронных связей, а также инволюционным нейрональным комплексом. Были изучены поля 44 и 45 лобной доли, поля 4 и 6 прецентральной извилины, 23,24,25 лимбической области коры, поле 3 височной доли коры головного мозга. Анализ результатов исследования показал, что при болезни Альцгеймера наблюдается выраженная атрофия коры полушарий, ее сужение во всех областях. При окраске по методу Ниссля нейроны выглядят деформированными, их ядра оттеснены на периферию, тигроид лизирован. При импрегнации солями серебра по методу Бильшовского выявлены клубки резко утолщенных и склеенных нейрофибрилл. Анализ результатов показывает, что при болезни Альцгеймера клеточные изменения заметны не только на клеточном, но и на архитектурном уровне – слои нечетко различимы, плохо выражена радиальная исчерченность, плотность нейронов падает. Отчетливо проявляется ослабление «донорской» функции глиоцитов. По сравнению с контрольными исследованиями плотность нейронов снижается на 29-48%. Количество сенильных бляшек резко возрастает, особенно во 2 и 3 слоях. В коре наблюдаются разной площади очаги клеточного повреждения и разрежения, резко повышается количество глиальных клеток. Наряду с этими изменениями, можно выделить два варианта атрофических процессов коры: ламинарную и очаговую атрофию. При сосудистой деменции наблюдаются процессы клеточной атрофии, но плотность расположения нейронов падает на 20-22 % по сравнению с нормой.

Выводы: значительные морфологические изменения коры головного мозга, взаимодействия корково-подкорковых структур приводят к нарушению когнитивных функций мозга. Наблюдаемые при болезни Альцгеймера изменения личности в виде глубокого слабоумия с присоединившимися двигательными нарушениями обусловлены поражением полей, связанных, в первую очередь с высшими ассоциативными функциями и в меньшей степени – с двигательными.

Титиевская А.И., Рымарь Я.И., Иноземцев Р.О.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Научный руководитель – асс. Рымарь Я.И.

Цель исследования: изучить проблему аутодеструктивного поведения подростков в терминах личностной структуры.

Материал и методы исследования: аналитический обзор.

Результаты: Аутодеструкция – это аномальное состояние личности, выражающееся в стремлении индивида к саморазрушению. Аутодеструктивное поведение подростков – это проявление искажения процесса социализации подростков в виде системы поступков, противоречащих социальным нормам. Рассматриваемое поведение можно охарактеризовать как стойко повторяющееся.

К детерминантам аутодеструктивного поведения можно отнести: низкие адаптационные способности, склонность к девиантным формам поведения, негативное самоотношение и самооценка, дисгармоничный тип отношений с другими людьми, негативно-переживаемый родительский стиль воспитания, комплекс личностных особенностей, провоцирующих аутодеструктивные проявления.

Аутодеструкция имеет строение – систему устойчивых связей между частями, определяющими это психологическое явление. Величина и характер связей внутри такой системы и является её структурой. Исходя из диалектики «часть-целое», важно отметить, что аутодеструкция не сводится к простой «механической сумме» составляющих её компонентов, а является новым качественным психологическим образованием.

Наблюдения свидетельствуют о следующих особенностях аутодеструктивных подростков: отсутствие полноценных контактов с педагогом, слабая ориентированность на взрослого в ходе совместной деятельности; легко или постепенно устанавливаемое общение может ухудшаться по мере столкновения с трудностями, либо замечаний педагога, либо в связи с потерей интереса к работе. Интерес к познавательной деятельности неустойчивый, поверхностный, что свидетельствует и о низкой социальной зрелости. Они чувствительны к негативной оценке своих действий взрослым, что зачастую приводит к дезорганизации деятельности, проявляют стойкий негативизм. Но в целом демонстрируют индифферентное отношение к внешним оценкам в

силу фактического отсутствия интереса к деятельности. Характеризуются низкой критичностью своего поведения. Особенности общения: малый словарный запас, эмоциональность, использование разговорных штампов, сленга, примитивность речи. Факт выраженной склонности к девиантному поведению у подростков с аутодеструкцией раскрывает усвоенные ими модели решения трудных ситуаций: статистически значимые различия с показателями контрольной группы по шкалам «аддиктивное поведение», «делинквентное поведение», «суицидальный риск».

Выводы: Подростки с аутодеструктивным поведением имеют противоречивое самоотношение, т.е. в них сочетаются общее позитивное отношение к себе и ожидание негативного отношения со стороны других, слабое самоуважение и выраженная самоуверенность; низкий самоинтерес и самопонимание; завышена самооценка интеллектуальных способностей, занижена озабоченность, ответственность. Неадекватно высокими значениями отличаются самооценки впечатлительности, напряженности, тревожности и зависимости от группы, конформности; а так же низкий уровень поведенческой регуляции; выражены признаки социальной дезадаптации: конфликтность, асоциальность, эгоцентризм, демонстративность, склонность к экстремальным видам деятельности, утомляемость, трудности в проявлении чувства доброжелательности и принятия к другим людям.

Филин Е. О., Гончаренко О.Н.

КОНТРОЛЬ ЛИМБИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель – асс. Гончаренко О. Н.

Цель исследования: изучить значение лимбической системы в осуществлении эмоции организма.

Материалы и методы: Экспериментально доказано, что эмоциональное поведение животного при стимуляции некоторых участков лимбической системы проявляется главным образом реакциями агрессии (гнева), убления (страха) или наблюдаются смешанные формы поведения, например оборонительные реакции. В разных отделах лимбической системы открыты центры удовольствия и агрессии, объединенные в системы награды и наказания. При стимуляции системы наказания животные ведут себя так же, как при страхе или боли, а при стимуляции системы награды стремятся возобновить раздражение и осуществляют его самостоятельно, если им представляется такая возможность. Эффекты награды представляют неспецифический механизм положительного подкрепления, деятельность которого воспринимается как удовольствие или награда. На начальном этапе развития позвоночных животных лимбическая система обеспечивала все важнейшие реакции организма (пищевые, ориентировочные, половые и др.), формирующиеся на основе древнейшего чувства – обоняния. Именно обоняние выступило в качестве интегрирующего фактора многих целостных функций организма и объединило в единый морфофункциональный комплекс структуры конечного, промежуточного и среднего мозга. Ряд структур лимбической системы на основе восходящих и нисходящих проводящих путей образует замкнутые системы. Эмоции являются механизмом, с помощью которого лимбическая система вместе с корой больших полушарий регулирует работу внутренних органов. Под ее контролем – работа сердца и сосудов, изменения уровня артериального давления, частота дыхания, моторика и секреция органов пищеварения, колебания температуры тела. Это дало физиологу Мак-Лину основание назвать лимбическую систему висцеральным мозгом.

Результаты: Для объяснения принципов интегративной деятельности лимбической системы выдвинуто представление о циклическом характере движения процессов возбуждения по замкнутой сети структур, включающих гиппокамп, свод мозга, мамиллярные тела, передние ядра таламуса, поясную извилину – так называемый круг Пейпса. Далее цикл возобновляется. В настоящее время проблема консолидации структур в определенную функциональную систему решается с позиций нейрхимии. Деятельность системы награды обеспечивается норадренергическими и дофаминергическими механизмами. В регуляции сна и бодрствования, наряду с моноаминергическими механизмами, участвуют ГАМК-эргические и нейромодуляторные механизмы, специфически реагирующие на гамма-аминомасляную кислоту (ГАМК) и пептид дельта-сна. В механизмах боли ключевую роль играют эндогенная опиатная система и морфиноподобные вещества – эндорфины и энкефалины.

Выводы: Основная функция лимбической системы связана с процессами саморегулирования при организации поведения и психической активности. Лимбическая система играет ответственную роль в осуществлении инстинктивного поведения, связанного с удовлетворением врожденных, органических потребностей (самосохранение, добывание пищи, еда и питье, сексуальное поведение и воспитание потомства). Важное участие лимбической системы принимает также в организации приобретенных форм поведения, что связано с особой ролью этой системы как в эмоциональном реагировании, так и в процессах памяти и регулирования состояний бодрствования и сна.

Филушина Е.В.

МЕХАНИЗМЫ ТРАНСФОРМАЦИИ НЕЙРОННОЙ АКТИВНОСТИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ СТРУКТУР ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ИЗМЕНЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ СРЕДЫ

Зав. кафедрой и научный руководитель – академик НАМНУ, проф. Казаков В.Н.

Цель исследования. Выявить механизмы изменения частоты следования нейронных импульсов терморегуляторных центров в ответ на колебания температуры среды.

Материал и методы. Анализ литературы.

Результаты. Система регуляции температуры тела осуществляется по принципу отрицательной обратной связи между периферическими рецепторами и центральным управляющим звеном. Выделяют три источника температурной рецепции – терморепторы кожи, термочувствительные интерорецепторы и специфические термосенситивные нейроны центральной нервной системы. Наиболее высокой чувствительностью обладают термосенситивные нейроны некоторых ядер гипоталамуса. Заметные изменения частоты импульсации этих нейронов возникают при сдвигах температуры гипоталамуса всего на 0.2-0.5 °С. В обычных условиях понижение температуры тела начинается с периферии, а не с его ядра, этим обстоятельством объясняют меньшую чувствительность термосенситивных нейронов ядер гипоталамуса к холоду, чем к теплу. В управлении терморегуляцией участвует единый преоптико-гипоталамический механизм. Преоптическая область (РРО) воспринимает и интегрирует температурный статус организма, а ядра гипоталамуса осуществляют в этом отношении эффекторные функции. Передний гипоталамус (АН) ответственен за активацию теплоотдачи, а нейроны заднего гипоталамуса – за усиление теплопродукции. Около 20 % спонтанно разряжающихся нейронов РРО, классифицируются как термосенситивные элементы, потому что они значительно увеличивают число разрядов при повышении температуры и уменьшают их число во время охлаждения. Главную роль в возрастании частоты разрядов на повышение температуры среды играет уровень мембранного потенциала. То есть повышение температуры среды вызывает деполяризующий эффект, который и реализуется учащением импульсной активности нейронов. У термосенситивных нейронов повышение температуры ускоряет скорость деполяризации препотенциала (локального ответа), что приводит к ускорению достижения порога. Это сокращает межимпульсный интервал и увеличивает частоту импульсной активности нейрона, чего не происходит под влиянием температуры у нетермочувствительных нейронов. У некоторых термосенситивных элементов изменение частоты импульсной активности происходит под влиянием следовой гиперполяризации, которая при тепловом воздействии не опускается до больших величин, и поэтому мембранный потенциал легче достигает порогового уровня. С целью анализа ионной основы активации нейронов РО/АН в ответ на повышение температуры также использовали блокаду синаптической передачи, в результате чего были выявлены первичные термосенситивные нейроны, которые сохраняют температурную чувствительность после синаптической блокады, и термосенситивные нейроны, у которых температурная чувствительность исчезает после синаптической блокады. В этом исследовании было установлено, что в условиях синаптической блокады доля первичных термосенситивных нейронов была невелика, а термосенситивные нейроны второго типа не отвечали на повышение температуры деполяризацией мембраны.

Выводы. Нейроны центральных структур терморегуляции отвечают на колебания температуры изменением частоты разрядов. Частота следования нейронных импульсов в ответ на повышение температуры является следствием неких регуляторных, мембранных (ионных) и синаптических процессов.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им.
М.Горького Кафедра акушерства и гинекологии
Зав. кафедрой – д.мед.н., профессор Чурилов А.В.

Арзуманян С.К

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ФОНЕ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Заведующий кафедрой и научный руководитель – проф. д.м.н., Чурилов А.В.

Цель исследования: Проанализировать течение и перинатальные исходы у беременных с гестационным сахарным диабетом (ГСД) на фоне дисфункции щитовидной железы.

Материал и методы исследования. В исследование включено 274 женщины с ГСД, которые были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 191 пациентки с нормальной функцией щитовидной железы и 2-я группа 83 пациентки с дисфункцией щитовидной железы. Беременные наблюдались в условиях центра экстрагенитальной и акушерской патологии ДоКТМО. Средний возраст обследуемых женщин составил $26,01 \pm 5,83$ лет. Всем женщинам проводилось комплексное клиническое обследование, назначалось традиционное лечение, включающее рациональное питание, инсулинотерапию при необходимости. Функцию щитовидной железы оценивали по уровню тиреотропного гормона в сыворотке крови (ТТГ), свободной фракции тироксина (св.Т4), трийодтиронина (св.Т3), титра антител к тиреопероксидазе (АТкТПО).

Результаты исследования. При анализе тиреоидной патологии установлено преобладание диффузного зоба, который встречался с одинаковой частотой в 1 группе у 144 (75,39%) женщин и у 59 (71,08%) пациенток 2 группы. У пациенток с нарушением функции щитовидной железы преобладал узловой зоб в 8 (9,64%) случаях против 6 (3,1%) и аутоиммунный тиреоидит в 5 (6,02%) случаях против 3 (1,57%). Анализ степени тяжести нарушений углеводного обмена показал, что у пациенток 2 группы значительно чаще встречаются более тяжелые формы гестационного сахарного диабета, требующего назначения инсулинотерапии у 11 (13,25%) и 8 (4,1%) беременных. При изучении частоты декомпенсации углеводного обмена отмечен достоверный рост у пациенток с дисфункцией щитовидной железы, наиболее выраженный в третьем триместре беременности – 44 (53,01%) случаев 1 группы в сравнении с 74 (38,74%) 2-й группы, при этом кетоацидоз встречался в 2 раза чаще у пациенток 1 группы – 50 (60,2%), в сравнении с 2-й группой 74 женщины (31,17%). Течение беременности у пациенток с ГСД на фоне дисфункции щитовидной железы характеризовалось увеличением таких осложнений как ранний гестоз у 25 (30,12%) женщин, поздний гестоз у 74 (89,16%) женщин, многоводие у 26 (31,33%) женщин, фетоплацентарная недостаточность у 63 (75,9%) женщин по сравнению с таковыми при неизменной функции щитовидной железы – 37 (19,37%), 89 (46,6%), 38 (19,89%) и 108 (56,54%). Невынашивание беременности, анемия, пиелонефрит, маловодие, кольпит, встречались с одинаковой частотой в обеих группах. Частота досрочного родоразрешения у женщин с нарушением углеводного обмена при дисфункции щитовидной железы имела тенденцию к увеличению – в 7 (8,43%) случаях против 9 (4,4%) случаев. Операцией кесарева сечения родоразрешены 44 (53,01%) женщины 1 группы, в 1,5 раза чаще, чем во второй группе – 69 (36,12%).

Проведенный анализ позволяет констатировать высокую частоту патологии щитовидной железы во время беременности у женщин с ГСД, с преобладанием эндемического зоба, аутоиммунного тиреоидита. Функциональное состояние щитовидной железы во время беременности характеризуется увеличением уровня ТТГ во втором и третьем триместре гестации со снижением содержания св.Т4 при увеличении патологических титров АТкТПО. На фоне дисфункции ЩЖ у женщин с ГСД чаще развиваются гестозы, фетоплацентарная недостаточность, что оказывает влияние на увеличение частоты досрочного родоразрешения путем операции кесарева сечения и обуславливает неблагоприятные перинатальные исходы.

Аршава Е.А., Рябчук Ю.И.

КАРДИОТОКОГРАММА В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА В РОДАХ

Научный руководитель – доц. к.м.н. Друпп Ю.Г.

Наиболее распространенным методом выявления дистресса плода в родах является кардиотокография, однако существует много разногласий в информативности критериев визуальной оценки КТГ в интранатальный период.

Цель исследования. Определение информативности визуальных критериев кардиотокографии в оценке состояния плода в интранатальный период в сроке гестации более 30 недель.

Материалы и методы. Проанализировано 121 КТГ, зарегистрированных в интранатальный период при сроке гестации более 30 недель. Контрольная группа – 42 ребенка после нормальных родов с нормальным течением неонатального периода, и 79 – дети родившиеся в асфиксии, из которых: 23- в асфиксии тяжелой степени, 55 – средней степени и 29 – легкой степени.

Средняя длительность записи составила 21 минуту (P95%=20–22). При визуальном анализе КТГ учитывались: базальная частота (уд/мин); вариабельность базального ритма (уд/мин); присутствие акцелераций и децелераций, немого и синусоидального ритма. Оценка КТГ проводилась согласно рекомендациям ФИГО.

Статистическая обработка проводилась с использованием переменной и критерия Фишера, критериев Стьюдента и χ^2 и отношение шансов.

Результаты и их обсуждение. Анализ соответствий статистически показал слабую связь между изменением уровня базального ритма частоты сердечных сокращений плода и развитием дистресса плода в интранатальном периоде: общая инерция составила 0,036, что соответствовало коэффициенту сопряженности 0,2; $p < 0,01$.

В КТГ контрольной группы базальный ритм колебался в пределах 120-160 уд/мин, в основной группе статистически значимо реже. Отношение шансов составило 4. Базальный ритм более 160 уд/мин встретился в 2 КТГ в контроле и в 18 КТГ основной группы. Отношение шансов составило 5. Базальный ритм более 180 уд/мин наблюдался только в 1 КТГ основной группы $p > 0,05$. Базальный ритм менее 120 уд/мин одинаково редко встречался по 1 случаю в обеих группах, а базальный ритм менее 110 уд/мин не наблюдался вообще.

Амплитуда вариабельности базального ритма 10 уд/мин и более в контроле встретилась в 6 из 42 КТГ, в основной группе – в 13 из 94 КТГ. Вариабельность базального ритма менее 3 уд/мин наблюдалась в 1 из 42 КТГ контрольной группы и в 7 из 94 КТГ основной ($p = 0,04$).

Акцелерации встретились в 17 из 42 наблюдений контрольной группы и в 44 из 94- основной. В частоте встречаемости децелераций соответствий имелась статистически значимая слабая связь между присутствием децелераций на КТГ и развитием дистресса плода в интранатальный период ($p < 0,05$), чем в контроле. Отношение шансов составило 2 (P95% = 1-4).

По результатам наших исследований децелерации являются наиболее устойчивым признаком неблагополучия плода в интранатальный период. Мы не нашли доказательств информативности учета акцелераций на КТГ для оценки состояния плода во время родов. Общая информативность проанализированных критериев не превышала 60%.

Выводы. Согласно приведенным данным можно говорить о том, что децелерации являются наиболее устойчивым признаком неблагополучия плода в интранатальный период, а учет акцелераций неинформативен в оценке состояния плода в родах. Отмечено, что снижение вариабельности менее 3 уд/мин. оказалось высоко специфичным, но низко чувствительным признаком интранатальной гипоксии.

Бадалян Т.В.

РОЛЬ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ В УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННЕГО СРОКА

Научный руководитель – асс. Билым Г.В.

Цель исследования: уточнение частоты хламидийной инфекции у беременных с угрозой прерывания беременности в первом триместре.

Материал и методы исследования:

Обследовано 58 женщин в возрасте от 18 до 39 лет. Женщины с явлениями угрожающего или начавшегося прерывания беременности обследованы в сроки беременности от 7 до 18 недель. Всем больным проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование, изучение некоторых микробиологических показателей, расширенная кольпоскопия.

Для идентификации хламидий использовали метод полимеразной цепной реакции. В анамнезе у обследованных женщин отмечено наличие беременностей у 40. Только роды у 11, аборт у 9, самопроизвольные аборт у 26, страдали бесплодием – 14, из них первичным – 7, вторичным – 6. Воспалительные процессы матки и придатков выявлены у 39 беременных. Хламидии выявлены у 39 (67,2%) беременных, из них у 19 (48%) с эктопией цилиндрического эпителия: у 6 (15%) с доброкачественной зоной трансформации, у 14 (36%) при сочетании перечисленной патологии, у 3 (8%) с дисплазией эпителия легкой и средней степени.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте хламидийной инфекции у женщин с угрозой прерывания беременности, которая ассоциирована с патологией шейки матки. Наиболее характерно наличие этой инфекции для беременных с эктопией цилиндрического эпителия и доброкачественной зоной трансформации в сочетании с цервицитом. Очевидно, этот факт объясняется повышенной способностью хламидийной инфекции длительно персистировать в цилиндрическом эпителии цервикального канала, что необходимо учитывать при разработке лечебных мероприятий.

Балина В.Э.

ОСОБЕННОСТИ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕННЫМ МИКРОБИОЦЕНОЗОМ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ

Научный руководитель – асс. Аусси М.

Цель исследования. Изучить состояние влагалищной жидкости для получения информации о функциональном состоянии микрэкосистемы влагалища.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие пациентки основной группы (80), группы сравнения (40) и контрольной группы (30). Влагалищное содержимое собирали с помощью стерильного одноразового шприца и подключичного катетера. Полученный материал в объеме 2 мл помещали в пробирку на аппарате Vitalaf Flexore E-2MP (Голландия) – определяли: содержание альбумина с индикатором бромкрезоловым пурпуровый (по интенсивности окрашивания), трансферрина – иммунотурбометрическим методом, церулоплазмينا – ортофенилендиамином.

Результаты. Изучение биохимического состава влагалищной жидкости в I триместре беременности показало, что у женщин с нарушенным микробиоценозом половых путей в сравнении с контрольной группой отмечалось вероятное ($p < 0,05$) увеличение содержания альбумина (I подгруппа – в 1,2 раза, II – в 1,3 раза, группа сравнения – в 1,4 раза), церулоплазмينا (I подгруппа – в 3,5 раза, II – в 3,8 раза, группа сравнения – в 4 раза), трансферрина (I подгруппа – в 2,4 раза, II – в 2,6 раза, группа сравнения – в 2,7 раза). Установлено, что микрэкосистема влагалища у беременных – сложная биологическая система, которая характеризуется колонизацией, неспецифической резистентностью, а также биохимическими характеристиками, которые отображают функциональную активность системы эпителий-микрофлора-влагалищная жидкость. Изучение этих параметров при дисбиотических заболеваниях влагалища позволяет конкретизировать некоторые патофизиологические механизмы и имеет диагностическое значение.

Выводы. Таким образом, следует отметить, что биохимическое исследование влагалищной жидкости дает важную информацию о функциональном состоянии микрэкосистемы влагалища. Однако, диагностические возможности анализа биологической жидкости далеко не исчерпаны, поэтому следует продолжать поиск методов диагностики и прогнозирования патологических состояний для снижения материнской и детской заболеваемости и смертности.

Гужова Е.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН

Научный руководитель – асс. к.м.н., Носкова О.В.

За последние 20 лет частота беременности у подростков возросла во многих странах и имеет выраженную тенденцию к дальнейшему увеличению. Удельный вес несовершеннолетних беременных и рожениц по отношению к старшим возрастным группам составляет около 5%. Функциональная незрелость и неадекватность адаптационных механизмов детерминируют сложности вынашивания беременности и большое количество осложнений для матери и будущего ребенка.

Цель исследования: Проанализировать течение и исходы беременностей у юных женщин.

Материал и методы исследования. Проведен проспективный и ретроспективный анализ, изучены истории родов и истории болезни 68 юных женщин, находившиеся на стационарном лечении в отделении экстрагенитальной и акушерской патологии ДокТМО и на базе отдела репродуктивной функции человека института неотложной и восстановительной хирургии им. В. К.Гусака. Все обследованные были разделены на 2 группы, 1-я группа – юные беременные в возрасте 14-15 лет, вторая группа – беременные в возрасте 16-18 лет.

Результаты исследования. При изучении социального статуса и репродуктивного здоровья, отмечен низкий удельный вес зарегистрированных браков (11,2±3,2%), высокий удельный вес гражданских браков (54,1±5,1%), ранний возраст начала половой жизни (13±0,6 лет). Имело место поздняя постановка на диспансерный учет по беременности, только 14 юных беременных (21%) встали на учете в ж/к до 12 недель, 54% встали на учет по беременности после 20 недель и 25% после 30 недель. В структуре осложнений беременности в первой группе юных пациенток преобладает анемия (62%), угроза прерывания беременности (50%), гестоз (25%), фетоплацентарная недостаточность (12,5%). Во второй группе анемия встречалась у 60%, фетоплацентарная недостаточность 38,3%, угроза прерывания беременности 35%, гестоз 35%, гестационный пиелонефрит 16,7%. Вынашивание беременности является серьезным испытанием, так как беременность и роды протекают в условиях функциональной незрелости организма, неадекватности адаптационных механизмов, что создает высокий риск осложнений как для матери, так и для плода. В 24,5% случаев наблюдалось обострение хронического пиелонефрита. Беременность часто протекает на фоне ИППП, в 25% случаев у каждой четвертой беременной женщины, что объясняется высокой сексуальной активностью и низким уровнем ответственности в этом возрасте. Роды у юных беременных завершились через естественные родовые пути в 1 группе в 87,5% и в 96,6% случаев во второй группе. Родоразрешение путем операции кесарево сечение произведено в 12,5% случаев в 1-й группе и в 11,7% второй группы, преждевременными родами закончилась беременность у 12,5% – 1-й группы и 3,5% второй возрастной группы. Клинически узкий таз был диагностирован в 1-й группе в 0,7%, во второй группе этой патологии не было. В 70% роды протекали с осложнениями, разрывы шейки матки в сравнении с 2-й группой отмечались чаще (25 и 5% соответственно),

задержка частей плаценты – 25% и 16,7%, эпизиотомия выполнена в 1-й группе в 25% и 34,3% 2-й группы, кюретаж полости матки проводился в 25% в 1-й и 16% 2-й групп.

Выводы. В результате проведенного исследования выявлено, что репродуктивное здоровье характеризуется снижением возраста сексуального дебюта, низкой сексуальной культурой, что способствует росту числа беременностей среди несовершеннолетних. Юный возраст достоверно увеличивает риск осложнений течения беременности и родов.

Гуренко М.В.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ПЕРЕНАШИВАНИЕМ

Научный руководитель – доц. Жулковский В.В.

Цель исследования – изучение состояния фетоплацентарной системы у беременных с перенашиванием беременности.

Материалы и методы. Нами проведено динамическое исследование функции плаценты у 80 беременных с перенашиванием и 15 беременным – контрольной группы. Оценка состояния фетоплацентарной системы проводилась с помощью ультразвукового исследования (сканирования и доплерографии) аппаратами Toshiba Nemio XG (Япония), Esaote-30 (Италия) и кардиотокографии аппаратом "Feta Safe-6" (Германия).

Результаты исследования. При УЗ- исследовании у 46 беременных с перенашиванием (57,5±3,9%) были выявлены нарушения фетоплацентарной системы. Наиболее частыми симптомами были: структурные изменения плаценты в виде истончения ее, множественных гиперэхогенных зон (склероз ворсин) – 28,3±3,6%, маловодие – 67,7±5,8%, снижение двигательной активности плода – 34,4±6,1%. В 7 случаях (8,8±3,3%) выявлено увеличение систоло-диастолического соотношения в артерии пуповины плода. У 17 беременных с перенашиванием диагностирован монотонный ритм сердечных сокращений плода – 21,3±5,4%.

Выводы. У беременных с перенашиванием развиваются дистрофические изменения в плаценте и признаки внутриутробной гипоксии плода. Использование УЗ-диагностики и доплерометрического исследования маточно-плацентарного кровотока повышает информативность диагностики фетоплацентарных нарушений, что позволяет определить адекватную тактику ведения беременности и сроки родоразрешения.

Данилова М.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОМОНТОФИКСАЦИИ В КОРРЕКЦИИ АПИКАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

Научный руководитель – д.м.н., проф. Минович Е.Д.

Цель исследования. Изучение эффективности выполнения лапароскопической MESH-промонтофиксации в коррекции апикальных нарушений при пролапсе тазовых органов у женщин в ближайшем и отдаленном периоде наблюдения.

Материалы и методы. Лапароскопическая промонтофиксация была произведена 73 пациенткам возрастом от 28 до 55 лет (средний возраст 47,6 лет) с пролапсом тазовых органов III – IV ст. В 6 случаях операция была выполнена по поводу постгистерэктомиического рецидивного пролапса тазовых органов, в 23 случаях – в сочетании с гистерэктомией, в 44 случаях матка не удалялась.

Результаты. Во всех случаях операция проходила с минимальной кровопотерей. Длительность вмешательства колебалась от 45 до 110 минут (средняя продолжительность 67 мин.). Среди интраоперационных осложнений необходимо отметить один случай ранения кишечника, который был диагностирован и устранен без лапароконверсии. Послеоперационный период у всех пациенток протекал благоприятно. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 4,3 дня.

Наблюдение пациенток в течение последующих двух лет показало, что у большинства больных симптомы, связанные с опущением половых органов отсутствовали. Исследование вагинального профиля с использованием количественной классификации POPQ свидетельствовало об отсутствии рецидивов нарушений апикальной поддержки и развития оперативно-патологического положения органов малого таза. Вместе с тем, в одном случае было отмечено возникновение эрозии влагалища над протезом в области влагалищного свода, потребовавшее иссечения эрозированного участка с наложением вторичных швов.

Выводы. Таким образом проведенное исследование свидетельствует о том, что лапароскопическая промонтофиксация является эффективным малоинвазивным методом коррекции апикальных нарушений при пролапсе тазовых органов. Надежность метода в отношении возникновения рецидивов обеспечивается за счет создания искусственной связки из синтетического нерассасывающегося материала, располагающейся по оси влагалища и крепящейся к костным структурам.

Данькина В.В., Острик Д.А.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Данькина И.А.

Плацентарная недостаточность – осложнение беременности, при котором имеется снижение функции плаценты в плане адекватного обеспечения плода нутриентами и кислородом. Если эти нарушения незначительны, то они не оказывают негативного влияния на плод, но при выраженности ФПН развивается гипоксия плода (недостаток кислорода), нарушается развитие плода, что может привести к его гибели. Синдром задержки развития плода (СЗРП) – серьезное состояние, когда плод не растет соответственно его возможному потенциалу. В 60% случаев основной причиной СЗРП является плацентарная недостаточность (ПН). В свою очередь, плацентарная недостаточность часто встречается при невынашивании беременности (50-77%), преэклампсии (32%), при наличии бактериальной и вирусной инфекции у женщин (60%) По данным ряда авторов, частота рождения детей с СЗРП встречается от 3 до 31,6% случаев. Интерес к этой проблеме связан с неблагоприятным течением адаптационного периода, высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью новорожденных.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы у женщин с синдромом задержки роста плода.

Материал и методы исследования: под наблюдением находились 66 женщин, у которых диагностирована задержка роста плода. Диагноз был поставлен во время беременности и во всех случаях подтвердился.

Результаты исследования. В течение первой половины беременности частота угрожающего выкидыша составила 63%, инфекций, передаваемых половым путем – 33%, кандидозного вульвовагинита – 13%. Во второй половине беременности у 22% женщин была клиника угрожающих преждевременных родов, в 32% – острая респираторная вирусная инфекция. У 19% обследованных женщин беременность осложнилась преэклампсией, в 7% – многоводием. В 3% случаев имелась многоплодная беременность. Срочные роды произошли у 77,2% женщин, преждевременные роды составили 19,8%. В одном случае роды были запоздалыми. Частота операции кесарева сечения составила 18,1%. В одном случае выполнена вакуум-экстракция плода. Анализ течения родов показал, что в 33,4% наблюдений имелась гипоксия плода, в 4,5% – слабость родовой деятельности. У 18,2% женщин с СЗРП в родах выполнялась амниотомия, в 7,6% – перинеотомия и родостимуляция. У 3% пациенток проводилось родовозбуждение. Все дети родились живыми, без асфиксии. средний вес новорожденных составил 2870 ± 150 грамм, рост – 48 ± 5 см. В раннем неонатальном периоде у 25% новорожденных отмечена морфофункциональная незрелость, в 20% случаев – желтуха, в 17,5% встретился гипопластический метаболический синдром. В 5% случаев отмечены врожденные пороки развития. Патоморфологическое исследование плацент показало, что признаки хронической плацентарной недостаточности (ХПН) были в 70% случаев, в 30% случаев выявлены преждевременное старение и дистрофические изменения в плаценте. В ряде случаев имелось сочетание ХПН с признаками бактериальной и вирусной инфекции.

Выводы. Проведенное исследование показало, что развитие плацентарной недостаточности часто сочетается с клиникой угрозы прерывания; острыми респираторными заболеваниями и инфекциями, передаваемыми половым путем; высокой частотой преэклампсии. Роды в 33,4% случаев осложнились гипоксией плода. У каждого четвертого ребенка выявлена морфофункциональная незрелость, у каждого пятого – желтуха. Таким образом, своевременная диагностика и лечение осложнений беременности, правильно выбранная тактика ведения родов позволили избежать неблагоприятных исходов и перинатальных потерь у беременных с синдромом задержки роста плода.

Данькина В.В., Острик Д.А.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ВАГИНОЗОВ У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Данькина И.А.

Бактериальный вагиноз – заболевание, которое возникает в результате резкого дисбаланса вагинальной микрофлоры, вызванное замещением нормальной микрофлоры влагалища, с преобладанием лактобактерий, анаэробных микроорганизмов, *Gardnerella vaginalis*. Частота возникновения бактериального вагиноза по данным различных авторов составляет от 19,2% до 80% в структуре заболеваний органов малого таза. Частота рецидивов колеблется от 15% до 30%, а после повторных курсов лечения у 52% пациентов повторные рецидивы регистрируются в течение года. Применяемые в практике лекарственные препараты должны обладать достаточным спектром действия, минимальным количеством побочных действий, высоким процентом биодоступности, низким – токсичности и аллергенности.

Цель исследования. Оценить эффективность препарата «Вагиноорм С» при лечении бактериального вагиноза.

Материалы и методы. Обследованы 57 пациенток репродуктивного возраста. Диагноз выносился при наличии 3-х признаков бактериального вагиноза: более 20% ключевых клеток, pH более 4,5, пенистые, тягучие,

гомогенные, белые или серые выделения, которые равномерно распределяются по стенкам влагалища, положительная проба с гидроксидом калия (10%). При традиционном гинекологическом осмотре проводилось кольпоскопическое исследование шейки матки и слизистой влагалища, УЗИ органов малого таза и шейки матки. Методы лабораторной диагностики – полимеразная цепная реакция, микроскопическое исследование нативного материала с окрашиванием по Грамму. Лечение начиналось после прекращения менструации.

Результаты исследования. Для выбора наиболее эффективного способа медикаментозного лечения больные разделены на 2 группы: I группа принимала интравагинально препарат «Вагинорм С» 250 мг в течение 6 дней; II группа – метронидазоловые вагинальные таблетки по 1 в сутки в течение 10 дней. После назначения лечебных схем для проведения контрольного микробиологического исследования с целью оценки эффективности проводимой терапии на 5-й день и после окончания терапии на 14-й день с целью установления излеченности были взяты мазки из влагалища. Критериями эффективности лечения больных с бактериальным вагинозом являлись исчезновение субъективных проявлений клинических симптомов заболевания и нормализация лабораторных показателей. На фоне проводимой терапии наиболее эффективным оказался препарат «Вагинорм С». У 89% больных в I группе отмечалась нормализация pH среды за счет закисления влагалищной среды и тем самым подавления роста и размножения различных микроорганизмов. Отмечено, что на 2-3-й день лечения в группе Вагинорм С отмечалась нормализация показателей мазка у 87,7%, тогда как эти же показатели нормализовались во II группе только на 6-7-й день лечения. После терапии препаратом «Вагинорм С» высеваемость лактобактерий и бифидобактерий значительно повышается, в отличие от метронидазола, который действует на них агрессивно.

Выводы. Применение препарата «Вагинорм С» способствует нормализации pH, уменьшению выделений, исчезновению неприятного запаха, зуда, жжения, гиперемии. Установлена отчетливая тенденция улучшения количества молочнокислых бактерий и их видового состава при применении препарата «Вагинорм С», бережное его действие на слизистую оболочку влагалища, отсутствие побочных явлений, хорошая его переносимость, высокий процент эффективности уже на 2-3-й день приема.

Елисеева Ю.П.

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ

Научный руководитель – асс. Шаганов П.Ф.

Цель исследования – разработать и применить комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на профилактику спайкообразования и улучшения репродуктивного прогноза.

Материалы и методы: Проведен анализ 163 случаев органосохраняющего хирургического лечения внематочной беременности, выполненных лапароскопическим доступом. Основную группу составили 69 женщин, получивших комплекс реабилитационных мероприятий. Он включал: курс антибактериальной терапии в лечебном режиме, иммуномодулирующие средства (циклоферон или вобензим), ультразвук на низ живота, электрофорез с гидрокортизоном, интравагинальное введение свечей лонгидаза. В группу сравнения вошли 94 женщины, по каким либо причинам отказавшиеся от лечения.

Результаты: Клинические группы были сопоставимы по основным изучаемым показателям и подобраны методом рандомизации. Спаечный процесс имел место у 57 пациенток основной группы (82,6%) и 77 (81,9%) – группы сравнения. Для оценки выраженности спаечного процесса использовалась классификация аднексальных спаек AFS-R, которая включает в себя прогнозирование характера послеоперационных спаек и возможность наступления беременности. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко. Период наблюдения за пациентками составил два года.

По результатам гистеросальпингографии, проведенной через 3 месяца после операции ранее оперированная маточная труба оказалась проходима у 49 (71%) женщин основной группы и у 49 (52%) – группы сравнения. В течение периода наблюдения контроль за восстановлением репродуктивной функции проводился у 34 женщин основной группы и у 29 – группы сравнения, так как остальные пациентки беременность не планировали. При этом количество беременностей в основной группе составило 22 (64,7%), в группе сравнения – 13 (44,8%). При этом случаев повторных трубных беременностей было по 2 в каждой группе женщин.

Выводы: Таким образом, проведение реабилитационных мероприятий у женщин после органосохраняющего хирургического лечения трубной беременности позволяет существенно повысить частоту восстановления проходимости оперированной маточной трубы и улучшить их репродуктивный прогноз.

Зубарь Ю.О.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

Научный руководитель – д.мед.н., проф. Талалаенко Ю.А.

Преэклампсия – патология беременных, при которой возникает артериальная гипертензия в сочетании с протеинурией и/или отеками. Эти симптомы могут возникать после 20-й недели беременности и 7 дней после родов. Преэклампсия является одним из самых тяжелых осложнений беременности, родов и послеродового периода и занимает одну из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, что

чаще возникает при средней и тяжелой степени преэклампсии. Неизученными остаются особенности течения беременности и родов у пациенток с преэклампсией легкой степени.

Цель исследования – оценить влияние преэклампсии легкой степени на развитие акушерских осложнений.

Материал и методы исследования. Было проведено ретроспективное изучение историй родов 36 здоровых пациенток и 56 беременных с преэклампсией легкой степени. Статистическая обработка материала осуществлялась в пакете компьютерной лицензионной программы «MedStat». Для сравнения групп применялся критерий углового преобразования Фишера.

Результаты и их обсуждение. У беременных с преэклампсией легкой степени по сравнению со здоровыми было выявлено статистически достоверное увеличение развития слабости родовой деятельности до 19,6% (ДИ10,2-31,2%) и 2,8 (ДИ0,0-10,9%), отслойки плаценты в родах 1,8% (ДИ0,0-7,0%) и 0,0% (ДИ0,0-5,2%), дистресса плода в родах 16,1% (ДИ7,6-27,0%) и 2,8% (ДИ0,0-10,9%) ($p < 0,05$). Вследствии этого кесарево сечение у беременных с преэклампсией выполнялось в 19,6% (ДИ10,2-31,2%), а у здоровых – в 2,8% (ДИ0,0-10,9%) и снизилось количество нормальных родов до 55,4% (ДИ42,0-68,3%) и 94,4% (ДИ84,3-99,5%) соответственно ($p < 0,05$). В послеродовом периоде при преэклампсии кровотечение встречалось в 7,1% (ДИ1,9-15,5%), а септические осложнения после родов в 8,9% (ДИ2,8-17,9%) и не встречались у здоровых ($p < 0,05$).

Выводы. В случае развития преэклампсии легкой степени происходит увеличение количества акушерских осложнений. За счет этого происходит увеличение удельного веса кесарева сечения и снижение нормальных родов. Клинический протокол не предусматривает какого-либо лечения преэклампсии легкой степени, однако необходима выработка рациональной тактики ведения беременности и родов у этой категории пациенток.

Иванчук К.В., Подтыкан О.С.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Научный руководитель – к.м.н. доц. Подоляка Д.В.

В последние годы проблема инфекционной патологии влагалища приобрела особую значимость для репродуктивного здоровья женщины. В структуре воспалительных заболеваний половых органов частота бактериального вагиноза (БВ) колеблется от 12 до 64%, в том числе у беременных составляет 15-20%. Обусловленный замещением нормальной, в основном лактобактериальной флоры влагалища, на полимикробные ассоциации анаэробов и гарднерелл, БВ по сути представляет собой влагалищный дисбактериоз. Успешная этиотропная терапия не исключает возможности рецидивов БВ, частота которых по данным различных авторов, достигает 18 – 33,3%. Для восстановления биоценоза влагалища и профилактики рецидивов, с нашей точки зрения, целесообразно включение в комплексную терапию БВ эубиотиков.

Цель. Целью нашей работы явилось сравнение клинической эффективности и безопасности сочетанного применения клиндамицина (влагалищный гель) и эубиотиков с монотерапией клиндамицином.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 48 беременных женщин с БВ в возрасте с 18 до 38 лет. Все больные были разделены на две группы: основную (26 женщин) и сравнения (22 больных). Пациентки основной группы получали лечение в соответствии с предложенной нами двухэтапной схемой. На 1 этапе местно применялся 2% вагинальный крем клиндамицина при помощи стандартного аппликатора по 5 г 1 раз в сутки в течение 5 дней. Затем в течение 7 дней использовался бифидумбактерин в виде вагинальных свечей по 1 свече 2 раза в день (2 этап). Больным контрольной группы назначался 2 % вагинальный крем клиндамицина по 5 г 1 раз в сутки в течение 7 дней. Во время лечения и контрольного наблюдения пациенткам рекомендовалось использование барьерных методов контрацепции. Проводилось обследование половых партнеров, в случае выявления ГВ назначалось этиотропное лечение. Гарднереллез и бактериальный вагиноз диагностировали с помощью комплекса методов (бактериоскопии, оценки pH слизи и аминного теста). Критериями эффективности лечения БВ считали исчезновение клинических симптомов заболевания и нормализацию лабораторных показателей. Эффективность терапии оценивали через 10 – 12 дней после завершения лечения.

Все наблюдавшиеся женщины отмечали хорошую переносимость назначенного лечения, побочные эффекты при использовании 2 % вагинального крема клиндамицина и бифидумбактерина в виде влагалищных свечей не встречались.

Результаты. После окончания лечения в основной группе клиническое и этиологическое излечение наступило у 23 (88,5%) женщин. При контрольном обследовании, проводившемся через месяц после лечения, рецидив заболевания выявлен у 2 (7,7%) пациенток. В группе сравнения, получавшей монотерапию клиндамицином, лечение было эффективным у 15 (68,2%) женщин. 7 (31,8%) беременным потребовалось назначение дополнительного курса клиндамицина в течение 5 дней. При контрольном обследовании рецидив БВ обнаружен у 5 (22,7%) пациенток. У 4 (18,2%) беременных выявлены клинические и лабораторные признаки кандидозного вульвовагинита.

Выводы. Таким образом, выявлена большая клиническая эффективность, безопасность применения, снижение частоты рецидивов БВ и отсутствие осложнения кандидозным вульвовагинитом при сочетанном использовании вагинальных форм клиндамицина и бифидумбактерина по сравнению с монотерапией клиндамицином. Включение в комплексную терапию эубиотика позволило сократить срок назначения клиндамицина, что представляется явным экономическим преимуществом.

Иофе Е.И.

АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Научный руководитель – доц. Петренко С.А.

Цель исследования. Изучить эффективность и клинические проявления применения внутриматочных контрацептивов у пациенток с сахарным диабетом, учитывая их влияния на состояние углеводного обмена.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 56 пациенток с сахарным диабетом (компенсированная форма), использовавшие внутриматочные контрацептивы различных поколений. Пациентки были разделены на 2 группы: основную и контрольную. В основную группу вошли 24 женщины, использовавшие внутриматочную гормональную систему «Мирена». Контрольная группа включала 32 пациенток, которые применяли медьсодержащие внутриматочные контрацептивы второго поколения. Для оценки клинических проявлений проводили бактериоскопическое, бактериологическое исследования выделений из влагалища, оценивали тесты функциональной диагностики и характер менструальной функции. Исследовали углеводный обмен: рассчитывали дозу инсулина на 1 кг массы тела по данным дневника больного сахарным диабетом и определяли уровень гликозилированного гемоглобина каждые 3 месяца. Проводили УЗИ органов малого таза. Обследовали женщин в течение 3-х менструальных циклов до применения контрацептивов, затем в динамике через 3, 6, 12 месяцев применения внутриматочных контрацептивов. Внутриматочные контрацептивы устанавливали на 3-5 дни менструального цикла.

Результаты. Все пациентки были репродуктивного возраста – от 22 до 45 лет, средний возраст – $31,8 \pm 6,4$ года. Длительность течения сахарного диабета от 3 до 12 лет (средняя продолжительность $6,9 \pm 4,5$). Средняя доза инсулина $34,8 \pm 11,8$ ЕД. При сравнительной оценке клинических проявлений медьсодержащих ВМК и ВМГС «Мирена» было установлено, что нарушения менструального цикла по типу гиперполименореи были отмечены у 17 (53,1%) пациенток контрольной группы и 12 (50%) – основной при экспозиции ВМК 1 месяц. Через 3 месяца – у 6 (25%), против 12 (37,5%) в контрольной; через 6 месяцев – 4 (16%) в основной и 12 (37,5%) в контрольной. Основной побочной реакцией ВМГС «Мирена» явились скудные межменструальные кровянистые выделения у 15 (65%) женщин. Через 12 месяцев экспозиции частота и продолжительность ациклических кровянистых выделений уменьшилась и наблюдалась у 30% пациенток основной группы. Менструальная кровопотеря у всех пациенток основной группы уменьшилась, по сравнению с данными контрольной группы – гиперполименорея у 8 (25%) женщин. Риск развития воспалительных заболеваний органов малого таза более высок у пациенток контрольной группы. В период адаптации к контрацептиву воспалительные изменения при цитологическом исследовании мазка выявлены у 14% женщин основной группы и 32,11% женщин контрольной группы. Исследования углеводного обмена позволили установить, что ежедневная потребляемая доза инсулина до начала контрацепции составила $35,7 \pm 11,9$ ЕД, средняя доза инсулина на 1 кг – 0,7 ЕД/кг, гликогемоглобин $6,08 \pm 1,7\%$. Через 3 месяца в 1 группе ежедневная доза – $34,6 \pm 12,3$ ЕД, 0,6 ЕД/кг, гликогемоглобин – $5,8 \pm 1,5\%$. Во второй – ежедневно $35,8 \pm 12,4$ ЕД, 0,6-0,7 ЕД/кг, гликогемоглобин – $6,6 \pm 1,5\%$. Через 6 месяцев соответственно: $34,4 \pm 12,2$ ЕД, $5,6 \pm 1,4\%$ в первой группе и $36,0 \pm 12,4$ ЕД, $6,7 \pm 1,8\%$ во второй группе. Спустя 12 месяцев соответственно: $35,3 \pm 12,3$ ЕД и $6,0 \pm 1,5\%$ в первой группе, а также $36,2 \pm 12,5$ ЕД и $6,5 \pm 1,5\%$.

Выводы. Учитывая клиническую эффективность ВМГС «Мирена» наряду с отсутствием отрицательного влияния на углеводный обмен, терапевтический эффект при наличии воспалительных заболеваний органов малого таза, данный метод контрацепции можно рассматривать как один из наиболее адаптированных для пациенток, страдающих сахарным диабетом.

Кобзарь М.Г.

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ПЕРИОДАХ ЖИЗНИ

Научный руководитель д.м.н., проф. Минович Е.Д.

Цель исследования. Изучение значимости факторов, способствующих развитию генитального пролапса у женщин в различные периоды их жизни.

Материалы и методы. Проведен клинико-статистический анализ данных обследования 246 женщин, находившихся на хирургическом лечении по поводу пролапса гениталий различной степени выраженности. Учету подлежали следующие группы факторов, известные по данным литературы, как оказывающие влияние на развитие пролапса тазовых органов: условия труда и быта, данные антропометрии, гинекологический и акушерский анамнез, семейный анамнез, наличие внешних и висцеральных признаков дисплазии соединительной ткани, наличие характерной сопутствующей экстрагенитальной патологии.

Учитывая ведущее значение уровня эстрогенов в регуляции физиологических и обменных процессов женского организма, все больные были распределены на 4 группы не по возрасту, а по физиологическим периодам жизни, связанным с менструальной функцией.

1 группа – 81 женщина репродуктивного возраста от 24 до 45 лет. Средний возраст $40,42 \pm 0,47$ лет. 2

группа – 32 женщины в периоде перименопаузы от 46 до 54 лет. Средний возраст $49,53 \pm 0,48$ лет.

3 группа – 91 женщина в периоде постменопаузы в возрасте от 51 до 69 лет. Средний возраст – $62,37 \pm 0,45$ лет.

4 группа – 42 женщины старческого возраста от 70 до 86 лет. Средний возраст – $74,41 \pm 0,58$ лет.

Сравнение полученных данных у больных первой группы проведено с группой из 80 женщин репродуктивного возраста, находившихся в гинекологическом стационаре по поводу другой патологии.

Результаты. Установлено, что в репродуктивном возрасте ведущую роль играют травматические повреждения нервно-мышечного аппарата тазового дна в родах, фактором риска которых является снижение опорно-механической и защитной функции соединительной ткани в связи с ее системной дисплазией. В постменопаузальном периоде дистрофические процессы в основном обусловлены метаболическими нарушениями, связанными с дефицитом эстрогенов. В возрастной группе женщин старше 70 лет, наряду с метаболическими нарушениями, имеют место проявления системной старческой атрофии.

Выводы. В различные периоды жизни женщин, страдающих генитальным пролапсом, возникновение дистрофических процессов опорных структур малого таза связано с различными причинами.

Кудинов А.В.

ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Научный руководитель – асс. Шаганов П.Ф.

Цель исследования: разработать комплекс лечебных мероприятий направленных на снижение спайкообразования после эндохирургического лечения трубно – перитонеального бесплодия у пациенток репродуктивного возраста.

Материалы и методы: Материалом исследования являлись данные клинического наблюдения результатов хирургического лечения 132 женщин возрастом от 26 до 37 лет, прооперированных по поводу трубно – перитонеального бесплодия, которым интраоперационно удалось восстановить проходимость маточных труб. На дооперационном этапе все пациентки были обследованы в полном объеме и при наличии выявленных инфекций передающихся половым путем пролечены. В раннем послеоперационном периоде все больные получили курс антибактериальной терапии в лечебном режиме, независимо от степени выраженности спаечного процесса был рекомендован комплекс реабилитационных мероприятий. Он включал: иммуномодулирующие средства, ультразвук на низ живота, электрофорез с гидрокортизоном, ректальное введение свечей «дистрептаза». Через месяц после операции проводился курс абдоминальной декомпрессии, состоящий из десяти сеансов. Однако, в силу тех или иных причин, не все пациентки смогли выполнить рекомендации в полном объеме. В связи с этим для оценки эффективности лечебных мероприятий пациентки были разделены на три группы. Первую (основную) группу составили 62 женщины, которым после операции был проведен полный комплекс реабилитационных мероприятий. Во вторую группу сравнения вошли 37 женщин, которые получили курс медикаментозного лечения, но не прошедшие курс физиотерапии. И наконец, третью группу составили 33 пациентки, которые вообще отказались от проведения реабилитационных мероприятий. Группы были репрезентативны по возрасту, росту – весовым показателям и социальному статусу. Эффективность лечебных мероприятий оценивалась по результатам наступления спонтанной маточной беременности в течение одного года после проведенного оперативного вмешательства.

Результаты: В основной группе спонтанная желанная беременность наступила у 40 женщин (64,5 %). У 30 (75 %) из них беременность завершилась физиологическими родами, у 7 (18%) – произошел самопроизвольный аборт, у 3 (7%) – эктопическая беременность, с последующей сальпингоэктомией. В группе сравнения беременность наступила у 15 (40 %) женщин, у 8 (54 %) из них родились живые доношенные дети, у 2 (13%) – произошел самопроизвольный аборт, у 3 (20%) – несостоявшийся выкидыш, у 2 (13 %) – трубная беременность.

В контрольной группе забеременело 7 (21 %) женщин, у 4 (57%) из них беременность завершилась родами, у 2 (29 %) из них произошел самопроизвольный аборт, у 1 (14%) – эктопическая трубная беременность.

Выводы: Больным, подвергшимся реконструктивно-пластическим операциям на маточных трубах, рекомендуется проводить полный комплекс лечебно-профилактических мероприятий, так как частота наступления беременности значительно выше у пациенток, получивших реабилитационную терапию в послеоперационном периоде.

Кумуржи Н.С.

АКУШЕРСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Научный руководитель – д.мед.н., проф. Талалаенко Ю.А.

Интегральным показателем, отражающий качество оказания медицинской помощи, является показатель перинатальной смертности. Однако малоизученными остаются причины наступления перинатальных потерь, которые связаны с состоянием здоровья матери, характером течения беременности и родов.

Целью исследования явилось изучение анамнеза, характера течения беременности и родов у пациенток, беременность у которых завершилась перинатальной потерей.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный клинико-статистический анализ 59 случаев перинатальной смертности. Обработывалась информация из обменных карт беременных, историй родов и развития новорожденных за период с 2011 по 2015 год.

Результаты и их обсуждение. Антенатальная гибель была констатирована в 36 случаях (61%), интранатальная – в 7 случаях (11,9%), ранняя неонатальная – в 16 случаях (27,1%). Средний возраст женщин

составлял – $28,5 \pm 0,69$ года. У 37,3% беременных отмечена поздняя постановка на учет в женскую консультацию, а 6,8% на учете не состояли. Обследование в медико-генетическом центре прошли 62,7% беременных. В 83,3% случаев антенатальная гибель плода произошла вне стационара. Примечательно, что 80,5% случаев произошло в сроке 26-42 недели, т.е. в третьем триместре.

В анамнезе 45,8% пациенток имели экстрагенитальную патологию, а 59,3% – гинекологическую. При анализе течения беременности было выявлено, что наиболее часто встречались: угроза прерывания беременности – в 27,1% случаев, нарушения микробиоценоза влагалища – 52,5%, анемия беременных – в 49,2%, патология околоплодных вод – 27,2% и преэклампсия – 13,6%. Внутриутробная инфекция во время беременности была диагностирована в 10,2% случаях, инфекции мочевыводящей системы – в 22% случаев. Задержка внутриутробного развития встречалась в 25,4%, а фетоплацентарная недостаточность диагностирована в 39% случаев. Врожденные пороки развития были выявлены у 5,1% пациенток.

При анализе характера и срока наступления родов нами был обнаружен высокий процент преждевременных и патологических родов – 55,9% и 50,8% соответственно. При анализе осложнений в родах было выявлено, что наиболее часто встречались преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 18,6%, преждевременное излитие околоплодных вод – 11,9%, первичная слабость родовой деятельности – 6,8%, дистресс плода – 6,8%, хориоамнионит в родах – 3,4% и дистоция плечиков плода – 3,4%.

Кесарево сечение произведено у 32,2% женщин. В 61,9% случаев была отмечена низкая масса тела плодов при рождении. Патологоанатомическое исследование плодов и плацент показало, что непосредственными причинами гибели плодов являлись антенатальная асфиксия на фоне плацентарной недостаточности (47,4%), внутриутробная инфекция плода и новорожденного (30,5%), респираторный дистресс синдром (10,2%). Удельный вес родовой травмы и гемолитической болезни составлял 5,1% и 3,4% соответственно. Признаки плацентарной недостаточности наблюдались 69,5% случаев.

Выводы. Для соматического здоровья женщин с перинатальной потерей характерно наличие экстрагенитальной и гинекологической патологии, в первую очередь инфекций мочеполовой системы. В течение беременности наблюдался высокий удельный вес таких осложнений, как анемия, преэклампсия, инфекция мочеполовой системы, синдром задержки развития плода и фетоплацентарная недостаточность. Плодам, погибшим перинатально, свойственна низкая масса тела при рождении. Непосредственными причинами смерти являются асфиксия, внутриутробная инфекция и респираторный дистресс синдром на фоне плацентарной недостаточности.

Кумуржи Н.С.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель – д.мед.н., проф. Талалаенко Ю.А.

Многоплодная беременность остается одной из проблем современного акушерства. Перинатальная смертность при многоплодных родах в 3-7 раз выше, чем при одноплодных, а материнская – в 2-4 раза. Частота и структура осложнений при многоплодии изучена не достаточно.

Целью исследования явилось изучение частоты и структуры и развития акушерских и перинатальных осложнений у женщин с многоплодной беременностью.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный клинико-статистический анализ течения беременности и родов у 113 женщин с многоплодной беременностью – I группа и 288 здоровых женщин с одноплодной беременностью – II группа. Статистическая обработка данных проведена в пакете лицензионной программы «Медстат» с расчетом медианы, ошибки медианы, удельного веса признака и доверительного интервала (ДИ).

Результаты. За исследуемый период в лечебном учреждении было проведено 4230 родов, из них с многоплодной беременностью 113 родов – 2,7% (ДИ 2,2-3,2%). В 98,2% (ДИ 95,0-99,8%) случаях была двойня, а во всех остальных случаях – тройня. У 54,9% (ДИ 45,6-64,0%) женщин из I группы беременность наступила естественным путем, а у 45,1% (ДИ 36,0-54,4%) – в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий. Средний возраст беременных в изучаемых группах отличался и составил в I группе – $30 \pm 0,69$ лет, во II группе – $22,8 \pm 0,3$ года ($p < 0,05$). При анализе течения беременности было выявлено, что у беременных I группы достоверно чаще наблюдалась угроза прерывания беременности, чем у пациенток из II группы – 67,3% (ДИ 58,3-75,7%) и 22,9% (ДИ 18,3-27,9%) ($p < 0,01$). Анемия беременных в I группе была выявлена – в 77,9% случаев (ДИ 69,7-85,1%), что значительно превосходило эти значения во II группе – 27,1% (ДИ 22,1-32,4%) ($p < 0,001$). Преэклампсия так же осложнила течение беременности у 33,6% (ДИ 25,2-42,7%) пациенток I группы, что в 2,5 раза выше частоты данного осложнения, чем у пациенток из II группы – 12,8% (ДИ 9,2-17,0%) ($p < 0,05$). При анализе характера и срока наступления родов нами было выявлено увеличение доли преждевременных родов до 54% (ДИ 44,7-63,2%) и снижение нормальных родов до 20,4% (ДИ 13,4-28,3%) в I группе, по сравнению со II группой пациенток – соответственно 4,5% (ДИ 2,4-7,2%) и 30,6% (ДИ 25,4-36,0%) ($p < 0,001$ и $p < 0,05$). При анализе осложнений в родах было выявлено, что в I группе значительно чаще встречались дистресс плода (6,2% (ДИ 2,5-11,4%)) и кровотечения (6,2% (ДИ 2,5-11,4%)). Во II группе частота этих осложнений была на порядок ниже. Так дистресс плода встречался в 1,4% случаях (ДИ 0,4-3,1%), а кровотечения в 0,3% (ДИ 0,0-1,4%) (везде $p < 0,01$). Кесарево сечение было произведено у 67,3% женщин (ДИ 58,3-75,7%) в I группе, что в 4 раза чаще, чем во II группе 17% (ДИ 12,9-21,6%) ($p < 0,001$). Средняя масса тела всех плодов в I группе была существенно ниже чем во II группе ($2350 \pm 50,44$ г (ДИ 2250-2450г) и $3350 \pm 32,85$ г

(ДИ 3300-3400г) ($p < 0,001$). Массово-ростовой коэффициент в I группе составил $50 \pm 0,78$ г/см (ДИ 48-50г/см), а во II группе – $63,6 \pm 0,47$ г/см (ДИ 62,7-64,2г/см) ($p < 0,001$).

Выводы. У беременных с многоплодием чаще встречаются такие грозные осложнения беременности как анемия, угроза прерывания беременности и преэклампсия, что позволяет их относить к группе беременных повышенного риска. Основной проблемой, является значительное увеличение доли преждевременных родов, кесарева сечения и снижение удельного веса нормальных родов, что может способствовать формированию патологии новорожденного в постнатальном периоде.

Кутитонская В.Ю.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСТРЕССА ПЛОДА ВО ВРЕМЯ РОДОВ

Научный руководитель – доц. Мацынин А. Н.

Целью исследования стало выявление факторов риска возникновения дистресса плода в родах.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный клинико-статистический анализ 217 историй родов женщин и историй развития новорожденных. Основная группа (I) – 195 историй родов женщин, у которых в родах развился дистресс плода и историй развития их новорожденных; контрольная группа (II) – 22 истории родов и истории развития новорожденных без дистресса за период 2009-2015 гг. в родильном отделении центральной городской клинической больницы № 6 г. Донецка.

Результаты и их обсуждение. По возрасту, паритету и социальному статусу достоверной разницы между пациентками обеих групп выявлено не было ($p \geq 0,05$). Оценка новорожденных по шкале Апгар во II группе составила $8,15 \pm 1,28$ баллов, в I группе достоверно ниже ($p \leq 0,05$) – $4,25 \pm 0,98$ балла. В ходе анализа выявлена высокая частота экстрагенитальной патологии в обеих группах без достоверной разницы ($p \geq 0,05$). Однако, в I группе большую часть экстрагенитальной патологии составили заболевания невоспалительного характера – 73,09 % (131), в то время как данная патология во II группе составила 31,81 % (7). В то же время экстрагенитальная патология воспалительного характера составила 28,24 % (55) и 40,90 % (9) в I и II группах соответственно.

Анализ гинекологического анамнеза не выявил достоверной разницы ($p \geq 0,05$) между пациентками I и II групп.

Гестационные осложнения в I группе встречались достоверно чаще ($p \leq 0,05$), чем во II группе – 93,4 % (187) и 27,3 % (6) соответственно.

Осложнения в родах у женщин I группы встречались достоверно чаще ($p \leq 0,05$), чем во II группе: 12,95% (25) и 4,55% (1) соответственно. Дискоординация родовой деятельности выявлена в 9,74% (19) и 4,55% (1) в I и во II группах соответственно.

Выводы. К развитию дистресса плода в родах приводит совокупность факторов: экстрагенитальная патология (48,54%): невоспалительного характера – 64,12%, воспалительного характера – 35,88%; осложненный гинекологический анамнез (36,5%), гестационные осложнения, а также осложнения, возникшие во время родов – патологический прелиминарный период (10,8%), дискоординация родовой деятельности (7,25%).

Наибольшее значение в развитии дистресса плода в родах, на наш взгляд, имеет экстрагенитальная патология невоспалительного характера, что подтверждено результатами проведенного исследования.

Лернер Н. С., Тихонова А. С.

ДИНАМИКА УРОВНЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЙОДА БЕРЕМЕННЫМИ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

Научный руководитель – доц. Мацынин А. Н.

Цель работы. Изучить динамику потребления йода беременными Донецкой области.

Материалы и методы. На основании проспективного изучения уровня экскреции йода с мочой у 457 беременных Донецкой области, находящихся на диспансерном учете и лечении в ЦГКБ № 6 г. Донецка за период 2014 – 2015 г. проведен анализ уровня его потребления. Оценена динамика уровня потребления йода в сравнении с данными его потребления в период 2007 – 2009 г. у 894 беременных Донецкой области.

Результаты. Установлено, что уровень потребления йода беременными Донецкой области повысился в 1,25 раза. Так, медиана экскреции йода с мочой за период 2007 – 2009 г. составила 63,94 мкг/л, в то время как за период 2013 – 2015 г. – 79,86 мкг/л. При этом информированность беременных о проблеме йодного дефицита повысилась в 1,1 раза, составив 95,4 % (в предыдущий период – 87,02 %). Препараты йода в индивидуальной дозировке (250 мкг/сутки) были назначены врачами женских консультаций в 59,74 % (273) случаях, в то время как в 2007 – 2009 г. йодид калия не назначался. Массовая йодная профилактика (йодированная соль) применялась в 66,3 % (303) случаев в изучаемом периоде, в сравниваемом периоде – 13,98 % (125) случаев.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что несмотря на сложную социально-политическую и экономическую обстановку в регионе, уровень потребления йода беременными повысился в 1,25 раза, медиана йодурии составила 79,86 мкг/л. Тем не менее, йодный дефицит сохраняется. Необходимо продолжить профилактическую работу, направленную на нормализацию микроэлементного баланса у беременных Донецкой области.

Милованова Н.А.

ВРОЖДЕННАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Научный руководитель-к.мед.н. доц. Клецова М.И.

По-прежнему остается актуальной проблема наступления и вынашивания беременности у женщин с врожденной гиперплазией надпочечников.

Целью исследования. Изучение возможности наступления и вынашивание беременности у женщин с врожденной гиперплазией коры надпочечников, получавшим специфическое лечение.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 женщин. 1 группу составили 20 больных, которым специфическое лечение было начато в возрасте 7-14 лет. 2 группу составили 20 больных, которым лечение было начато в возрасте 15-20 лет. В крови женщин исследовали уровень кортизола, тестостерона, 17 α -гидроксипрогестерона. В моче определяли экскрецию 17- кетостероидов. Женщины обеих групп получали гормональную терапию. Все женщины были замужем и вели регулярную половую жизнь.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что у больных 1 группы на фоне специфического лечения начатого в 7-14 летнем возрасте беременность наступала в 2 раза чаще, чем у больных, которым терапия была начата позже (в 15 -20 лет). Процент вынашивания беременности во 1 группе превышал таковой во 2 группе на 38%. У женщин 1 группы беременность в 68 % закончилась срочными нормальными родами. Тогда как во 2 группе этот показатель составил 54%.

Выводы. Установлено, что при адекватном и своевременном (раннем) специфическом лечении у женщин с гиперплазией надпочечников возможно наступление беременности и ее вынашивание.

Мосийчук Т.В.

ВЛИЯНИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ (НЛИ) НА ПОКАЗАТЕЛИ ПОВЕРХНОСТНОГО НАТЯЖЕНИЯ (ПН) СЫВОРОТКИ КРОВИ РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ IN VITRO

Научный руководитель – доц., к.м.н. Литвинова Е.В.

Цель. Корректирующее воздействие НЛИ на заживление послеоперационных ран может реализоваться через изменение реологических свойств крови, интегральным показателем которых является ПН ее сыворотки. Поэтому с целью изучения влияния НЛИ на ПН in vitro «патологической» крови родильниц после кесарева сечения выполнено настоящее исследование.

Материалы и методы. Материалом для экспериментальной части послужили 60 проб крови 14 родильниц после кесарева сечения , которые были разделены на 2 группы: 1 – практически здоровые женщины с физиологической беременностью, 2 – с беременностью, осложнённой преэклампсией тяжелой степени тяжести. Источником НЛИ послужил полупроводниковый лазер «Узор» инфракрасного диапазона. Первичный эффект НЛИ установлен до и после её прямого облучения in vitro в различных режимах (с частотой 150 Гц и 3000 Гц по 1 и 15 минут). Результаты исследования записывались в виде тензиограмм-кривых.

Результаты. Выявлено, что НЛИ повышает уровень ПН сыворотки крови, выраженность которого зависит от частоты и длительности облучения. Высокие частоты (3000 Гц) и большая экспозиция (15 минут) вызывают более существенные повышения этих показателей как у здоровых родильниц, так и у родильниц на фоне гестоза. Причем изменения в «патологической крови» in vitro оказались большими. Следовательно лазеротерапия показана больным с низкими значениями ПН сыворотки крови. НЛИ, как метод адаптационной терапии, через повышение ПН сыворотки крови способствует коррекции ее коллоидно-осмолярного состояния и оптимизации восстановительных процессов в послеоперационной ране. Нормализация показателей ПН может служить критерием эффективности лазеротерапии

Оброчная А.Г.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ОВЕСТИН» У ЖЕНЩИН С ПОСТКАСТРАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ»

Научный руководитель – доц. Петренко С.А.

Цель исследования: изучить эффективность применения препарата «ОВЕСТИН» у женщин с посткастрационным синдромом.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 36 женщин с посткастрационным синдромом в возрасте от 45 до 56 лет с длительностью менопаузы от 3 до 9 лет. Пациентки были распределены на 3 группы (n=12) в зависимости от формы выпуска вводимого препарата «ОВЕСТИН». В первой группе использовали препарат вагинально в виде крема (1 доза/сут), во второй – перорально таблетки (4 мг/сут), в третьей – вагинально и перорально. Всем пациенткам проведены общеклинический анализ крови, мочи, индекс вагинального здоровья, цитологическое, бактериологическое исследование влагалища, выполнено гинекологическое обследование.

Результаты исследования: перед началом лечения в каждой исследуемой группе провели сравнительный анализ клинических симптомов. Явления атрофического вагинита, которые проявлялись сухостью, зудом, дискомфортом во влагалище, наблюдались у женщин всех трёх групп и составили 43,3%. Цисталгия наблюдалась у 7,2% женщин, атрофический цистоуретрит (частые и болезненные мочеиспускания, недержание мочи) – у 12,8% пациенток, никтурия – 8,9%. В ходе исследования состава микрофлоры влагалища имело место снижения количества *Lactobacillus spp.*, *Bifidobacterium spp.*, а так же рост условно-патогенной

микрофлоры в первой группе у 13,1% женщин, во второй – 22,2%, в третьей – 24,2% случаев. После трёхнедельного лечения наблюдалась положительная динамика во всех группах в 53,5%. Признаки атрофического вагинита снизились на 19,9%, атрофического цистоуретрита – 6,7%, никтурии – 1,8%. 19-ти пациенткам, у которых сохранялись все вышеперечисленные симптомы, рекомендовано применение «Овестина» 1 раз в неделю до исчезновения проявлений климактерического синдрома. Отклонения микробиоценоза влагалища на фоне терапии сохранялось у 3,6% женщин первой группы, 10,1% второй, 18,2% третьей. Посткастрационный период в первой группе составил 3-5 лет, положительный результат лечения наблюдается у 68% пациенток. Во второй группе, где продолжительность хирургической менопаузы составила 5-7 лет, процент успешного лечения составил 48,7%. В третьей группе период хирургической менопаузы является самым длительным (7-9 лет), лечение было эффективным у 32,2% пациенток.

Выводы: на основании проведённого исследования можно сделать вывод, что в данных группах пациенток препарат «ОВЕСТИН» является этиопатогенетически обоснованным. Подбор лекарственной формы препарата предупреждает инволютивно-дегенеративные изменения, повышает качество жизни женщин с посткастрационным синдромом. Исследования доказывают эффективность проводимой терапии урогенитальных нарушений посткастрационного синдрома, которые способствуют нормализации микробиоценоза влагалища.

Паламарчук М.Н

ЗНАЧЕНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕСТАЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК.

Научный руководитель – к.мед.н., асс. Гребельная Н.В.

Цель исследования. Оценить возможность использования анализа выявления бессимптомной бактериурии для профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

Материалы и методы. Проведен анализ течения беременности и родов у 100 женщин с гестационным заболеванием почек.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что в 40 % случаев ББ реализуется в гестационный пиелонефрит, у 15% беременных с ББ беременность осложнилась угрозой прерывания беременности, у 3% женщин с данной патологией беременность закончилась преждевременными родами. В данной группе женщин оказался высокий процент заболеваемости новорожденных воспалительными заболеваниями. Наиболее часто у новорожденных встречались отиты, конъюнктивиты, в нескольких случаях ББ явилась причиной внутриутробной пневмонии.

Выводы. Применение скрининга ББ у женщин на ранних сроках беременности при первом обращении в женскую консультацию позволяет своевременно выявить беременных с высоким акушерским и перинатальным риском реализации инфекции, провести им специфическую терапию и, тем самым, снизить перинатальную смертность и заболеваемость новорожденных, а также число осложнений течения беременности и родов.

Покормяк Е.Н.

ЗНАЧЕНИЕ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ АКУШЕРСКОГО И ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Князева Н.В.

Цель исследования. Оценить возможность использования анализа β -хорионического гонадотропина для прогнозирования акушерского и перинатального риска.

Материалы и методы. Проведен анализ течения беременности и родов у 100 женщин с повышенным уровнем β -хорионического гонадотропина ($>2,0$ Мо М), определенным методом иммуноферментного анализа с 14 по 20 неделю беременности.

Результаты. В ходе исследования установлено, что повышение уровня β -хорионического гонадотропина выше пороговых значений в I-й половине беременности предшествует развитию таких осложнений беременности, как: поздние гестозы – 93,0%, фетоплацентарная недостаточность – 92,0%, маловодие – 50,0%. В данной группе женщин оказался очень высокий процент осложненных и патологических родов – 58,0%. Наиболее частыми осложнениями родов были: аномалия родовой деятельности, кровотечение, асфиксия новорожденных.

Выводы. Применение скрининга β -хорионического гонадотропина в сыворотке крови женщин в сроках 14-20 недель беременности позволяет своевременно выявить беременных с высоким акушерским и перинатальным риском, провести им специфическую терапию и, тем самым, снизить перинатальную смертность и заболеваемость новорожденных, а также число осложнений в родах.

Полковник Е.С.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ГИСТЕРОСКОПИИ

Научный руководитель – асс. к.м.н., Билым Г.В.

Цель исследования: уточнение диагностической ценности гистероскопии.

Материалы и методы исследования: проведено обследование 98 женщинам репродуктивного возраста с клиническими проявлениями нарушений менструального цикла методом непрерывной инстилляции полости матки при гиперплазии и полипозе эндометрия, фибромиоме матки с субмукозным расположением узлов.

Результаты: У 41 женщины диагностирована гиперплазия эндометрия, у 40- полипоз эндометрия и у 17-миоматозные узлы с субмукозным расположением. Все женщины обратились с жалобами на дисфункциональные маточные кровотечения. После получения патогистологического заключения биоптатов и удаленного материала в 46(47%) случаях диагностировано хроническое воспаление эндометрия.

Полученные результаты позволяют предположить, что хроническое воспаление эндометрия является преморбитным фоном в возникновении гиперпластических процессов эндометрия. По-видимому, воспалительный процесс репродуктивных органов существенно изменяет гормональный фон. Развитие гиперпластических процессов, в свою очередь, имеет патогенетическую связь с нарушением гормональной рецепции в воспалительно измененных тканях эндометрия. Об этом свидетельствует наличие в биоптатах лейкоцитарной инфильтрации, которая сопровождает гиперпластические процессы. Всем женщинам был назначен курс антибактериальной и противовоспалительной терапии в соответствии с выявленным микробиоцинозом. После проведенного комплексного лечения у больных нормализовался менструальный цикл.

Выводы: Проведенные клинические наблюдения подтверждают диагностическую ценность гистероскопии в диагностике и лечении гинекологической заболеваемости.

Рябчук Ю.И., Аршава Е.А.

ПРОБЛЕМА НЕВЫНАШИВАНИЯ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель – доц. к.м.н. Друпп Ю.Г.

Цель исследования: Провести анализ течения беременности и родов, и частоту акушерских осложнений у женщин с многоплодным типом гестации.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач, на базе родильного стационара ЦГКБ №3 г.Донецка, за период с 2010 по 2012 годы проведен ретроспективный анализ течения многоплодной беременности и родов двойней у 80 женщин. Анализировались данные из обменных карт и историй родов у беременных со спонтанно наступившей многоплодной беременностью. Все пациентки разделены на 2 группы: I группа – 37 (46,2±30,40%) пациенток с монохориальной диамниотической двойней; II группа – 43 (53,8±26,16%) пациенток с дихориальной диамниотической двойней.

Результаты и их обсуждения. Анализ анамнестических данных показал, что средний возраст пациенток обеих групп составил 27,02±9,19 лет, при этом пациентки I группы были моложе (25,33±10,61 лет), чем пациентки II группы (28,07±4,95 лет). Различные экстрагенитальные заболевания обнаружены у 35 (43,8±31,82%) пациенток: в I группе – 13 беременных, что составило 35,1±8,48%, во II группе – 22 (51,2±14,84%). В I группе отмечался более высокий процент первородящих (72,9±7,07%), во II группе – 48,8±15,56%. Течение беременности осложнилось у 31 (38,8±34,64%) пациентки, из них у 20 (46,5±12,02%) беременных II группы. Презклампсия диагностировалась у 5 (6,3±2,63%) беременных, из них 3 (8,1±24,04%) из I группы. Истмикоцервикальная недостаточность выявлялась у 3 (3,8±5,44%) беременных. Угроза прерывания беременности в I и II триместрах встречалась – у 26 (32,5±38,18%) пациенток, в III триместре – 18 (22,5±43,84%). Частота самопроизвольных родов в I группе была значительно выше, чем во II группе, составляя 94,6±1,41% против 65,1±10,61% соответственно. Частота кесарева сечения во II группе была существенно выше и составила 34,9±19,79%, в сравнении с I группой – 5,4±24,75%. Преждевременные роды произошли у 49 (61,3±21,92%) пациенток, при этом в I группе они составили 67,6±8,48% (25), а во II группе – в 55,8±13,43% (24) наблюдения. Преждевременным разрывом плодных оболочек осложнились 16 (20,0±45,25%) беременностей: 7 (18,9±21,21%) случаев в I и 9 (20,9±24,04%) во II группе. Длительный безводный период (от 1,5 до 10 суток) отмечен у 8,1±24,04% пациенток I группы и 4,7±28,99% II группы.

Выводы. Женщины с многоплодной беременностью входят в группу риска по развитию невынашивания беременности. Чаще всего среди осложнений гестационного процесса отмечались преждевременные роды и угроза прерывания беременности, преждевременный разрыв плодных оболочек.

Рябчук Ю.И., Аршава Е.А.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Научный руководитель – доц. к.м.н. Друпп Ю.Г.

Mycoplasma hominis является не только причиной воспалительных заболеваний, но и оказывает влияние на течение беременности. Например, только ее наличие у беременной, повышает риск развития хронического заболевания легких у недоношенных новорожденных в 20 раз.

Цель исследования. Провести анализ клинического течения беременности у женщин с выявленной микоплазменной инфекцией и оценить эффективность лечения ее препаратом группы макролидов – кларитромицином.

Материалы и методы. У 60 беременных с микоплазменной инфекцией урогенитального тракта, разделенных на 2 группы по 30 человек, с подтвержденной методом ПЦР диагностики, с количественной оценкой более 10^4 КОЕ/мл, был проведен курс специфической антибактериальной терапии с учетом чувствительности микрофлоры к препаратам. Использованы макролиды – эритромицин, в дозе 0,25г 4 раза в сутки и кларитромицин – по 0,5 г 2 раза в сутки 7 дней. Лечение назначалось сразу после получения положительных результатов лабораторного исследования, а через месяц после лечения проводился соскоб из уретры, влагалища и цервикального канала для контроля элиминации возбудителя.

Путем анализа дальнейшего течения беременности, родов, послеродового и неонатального периодов, оценивалась клиническая эффективность терапии.

Результаты и их обсуждение. В группе пациенток, получавших препарат кларитромицин, отмечена хорошая переносимость препарата, побочных действий не наблюдалось. Все беременные отмечали улучшение самочувствия: исчезновение выделений, неприятного запаха, тянущих болей внизу живота.

В группе женщин, получавших эритромицин у 20 (66,67±7,6% случаев) отмечалась плохая переносимость препарата, а нормализация выделений наблюдалась только в 60±8,8% случаев (18 женщин).

Нормализация микроскопической картины мазка наблюдалась у 100% беременных, получавших кларитромицин, и в 66,67±7,6% получавших эритромицин.

В группе пациенток, получавших кларитромицин беременность во всех случаях закончилась срочными родами. Из осложнений родов у 10 (33,32±7,3%) отмечалось преждевременное излитие околоплодных вод, у 7 (23,32±6,4%) – разрывы мягких тканей. Послеродовой период протекал без осложнений. Воспалительные изменения в плаценте (серозный мембранит, серозно-лейкоцитарный хориодецидуит) были у 5 женщин (16,67±5,6%).

В группе беременных, получавших эритромицин, в родах наблюдались – у 21(70±6,8%) – преждевременное излитие околоплодных вод, у 14 (46,67±10,1%) – слабость родовой деятельности. У 1 женщины было произведено кесарево сечение по поводу острой гипоксии плода. Воспалительные изменения в плаценте встречались у 18 (60±8,8%) женщин. Осложнения послеродового периода (задержка частей последа, разрывы мягких тканей) встречались у 7 (23,32±9,3%) родильниц.

В неонатальном периоде отмечено, что у новорожденных на 3-5 сутки наблюдался ринит, однако у детей, рожденных от матерей, которые принимали эритромицин, частота данной патологии встречалась в 2,6 раза чаще.

Выводы. Исследования показали, что в сравнении с эритромицином в лечении уреамикоплазмозов у беременных, препаратом выбора является кларитромицин, так как при его использовании эффект лечения инфекционного процесса, число осложнений в родах, послеродовом периоде и осложнений у детей родившихся у этих женщин более чем в 3 раза ниже.

Сергиенко А.С.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ГИБЕЛЬ ПЛОДА

Научный руководитель – к.мед.н. доц. Клецова М.И..

Аntenатальная гибель плода составляет до 77,9% среди мертворожденных детей, и остается до сих пор актуальной клинической проблемой. После перенесенных первых родов мертвым плодом у женщин развиваются психосоматические заболевания.

Цель исследования. Изучить состояние психосоматического здоровья женщин репродуктивного возраста с антенатальной гибелью плода при первой беременности и разработать реабилитационные мероприятия по его оптимизации.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 90 женщин репродуктивного возраста. Первую группу составили 30 здоровых женщин, первая беременность у которых завершилась срочными, нормальными родами. Вторая группа-30 женщин, перенесших антенатальную гибель при первой беременности, которым не проводились реабилитационные мероприятия по поводу перенесенного стресса. Третья группа- 30 женщин, перенесших антенатальную гибель при первой беременности, которым проводился комплекс реабилитационных мероприятий по стабилизации у них психоэмоционального статуса.

Оценку психосоматического здоровья проводили по показателям: частота дыхательных движений, пульс, артериальное давление, данные психологического тестирования, индивидуальных бесед.

Результаты. В результате исследования выявлено, что женщины, родившие в первых родах мертвого ребенка находятся в тяжелом стрессовом состоянии, депрессии и устойчивой выраженной дезадаптации, о чем свидетельствуют показатели гемодинамики. У женщин 2 группы на фоне перенесенного стресса все гемодинамические показатели резко повышены, тогда как в 3 группе эти показатели приближены к таковым в контрольной группе.

Результаты психологического тестирования свидетельствуют о выраженной психической дезадаптации женщин 2 группы, тогда как на фоне проводимых реабилитационных мероприятий эти признаки менее выражены.

Выводы. Таким образом, в жизни женщин, перенесших антенатальную гибель плода, происходят значительные нарушения как психики и психосоциального статуса, так и репродуктивного здоровья. Качество здоровья и жизни таких женщин резко снижено, и они остро нуждаются в современной физической, психологической и социальной реабилитации. Предложенный комплексный метод реабилитации позволяет нормализовать психосоматический статус женщин с антенатальной гибелью плода и более качественно подготовить их к последующей беременности, что позволяет использовать его в практическом акушерстве и гинекологии.

Соломаха М.В.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕННЫМ МИКРОБИОЦЕНОЗОМ РОДОВЫХ ПУТЕЙ

Научный руководитель – асс. Аусси М.

Цель исследования. Установить взаимосвязь микробиоциноза родовых путей с осложнениями гестационного процесса и родов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный клинико-статистический анализ 50 историй родов и амбулаторных карт беременных с нарушенным микробиоценозом влагалища.

Результаты. По возрасту и паритету достоверной разницы у обследованных пациенток не выявлено. Анализ уровня образования и вида деятельности показал, что среднее образование имели 28 (58%), среднее специальное – 12 (22%), и выше – 10 (20%) пациенток, тогда как домохозяйка было 20 (40%), работающих – 20 (40%), учащихся и студенток – 10 (20%) человек.

На вредные привычки указали 28 (58%) пациенток, в том числе 22 (44%) отмечали табакокурения, 6 (12%) – употребление алкоголя.

В структуре перенесенных заболеваний отмечены воспалительные хронические инфекции, воспалительные заболевания дыхательной системы. Хронический фарингит имели 33 (66%) пациенток, хронический тонзиллит – 19 (38%), гайморит – 12 (24%), частые острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – 23 (46%), пневмонию – 17 (34%), бронхит – 20 (40%).

Заболевания сердечно-сосудистой системы отмечены у 13 (26%) пациенток, гастродуоденит – у 13 (26%), холецистит – у 10 (20%), гепатит – у 10 (20%), аппендэктомия – у 10 (20%), ожирение – у 10 (20%), мастопатию – у 8 (16%) пациенток.

Анализ менструальной функции показал, что менархе у 10 (20%) пациенток было поздним, у 20 (40%) – до 14 лет. У 24 (48%) женщин имело место нарушение менструального цикла.

В структуре генитальной патологии отмечено: кольпит – у 20 (40%) пациенток, сальпингоофорит – у 19 (38%), эрозию шейки матки – у 17 (34%), цервицит – у 10 (20%), операции на яичниках – в 8 (16%), фибромиома – у 4 (8%).

У 8 (16%) женщин был хронический пиелонефрит, у 6 (12%) – диагностирован бессимптомная бактериурия.

На протяжении гестации женщины имели следующие осложнения беременности: угроза прерывания беременности была отмечена у 21 (42%) пациенток, рвота беременных в – 37 (74%), отеки беременных у 23 (46%), анемия – у 23 (46%), гипертензия – у 17 (34%).

Отягощенный акушерский анамнез зарегистрирован в 42 (84%) женщин с нарушенным микробиоценозом родовых путей. Данная беременность была первой в 23 (46%) пациенток, повторной – у 27 (54%). Медицинские аборт до 12 недель были у 10 (20%) женщин, самопроизвольные – у 8 (16%), замершая беременность – у 2 (4%).

Анализ течения родов показал, что преждевременные роды произошли у 18 (36%) пациенток, несвоевременное отхождение околоплодных вод – у 13 (26%), аномалии родовой деятельности – у 16 (32%), дистресс плода – у 10 (20%). В послеродовом периоде в 30 (60%) случаях наблюдаются гнойно-воспалительные осложнения: эндометрит – 17 (34%) случаях, кольпит – 21 (42%), расхождение швов на промежности – 12 (24%) случаев.

Выводы. Проведенный ретроспективный анализ свидетельствует о высоком проценте осложнений беременности и родов у обследованных пациенток с нарушенным микробиоценозом влагалища. Угроза прерывания беременности была у 42% пациенток, анемия – у 46%, гипертензия – у 34%, дистресс плода – у 20%, преждевременные роды – у 36%, послеродовой эндометрит – у 34%, расхождение швов на промежности – в 24%.

Трифопова Е.С.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Научный руководитель – д.мед.н., проф. Свиридова В.В.

Цель исследования – изучить эффективность использования эстракорпорального метода введения антибактериальных препаратов после хирургического лечения больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки (ГВЗПМ).

Материалы и методы. Нами было обследовано 70 женщин, проходивших лечение в гинекологическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДоКТМО) с различными клиническими формами ГВЗПМ. В группу обследования были включены пациентки с ГВЗПМ, которым выполнено оперативное лечение лапаротомным или лапароскопическим доступом. Оценка тяжести состояния пациенток производилась с позиции синдрома системной воспалительной реакции (ССВР). Анализ проведенного исследования показал, что всех больных можно разделить на следующие группы: I группа- 22 (31,4%) пациентки с двухсторонним тубоовариальным абсцессом, осложненным разлитым перитонитом, II

группа – 24 (34,3%) пациентки с пиосальпинксом, осложненным отграниченным перитонитом, III группа- 24 (34,3%) пациентки с двухсторонним гнойным сальпингитом, осложненным пельвиоперитонитом. Хирургическое лечение осуществляли лапаротомным у 52 (74,3%) пациенток и лапароскопическим доступом у 18 (25,7%) молодых женщин. В послеоперационном периоде пациентки получали меранем экстракорпорально по 1,0 гр. 2 раза в день в течение 7-10 дней в чередовании с внутрисосудистым лазерным облучением крови.

Результаты. Данные проведенного исследования показали, что факторами риска развития ГВЗПМ были: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез- у 40 (57,1%) пациенток; раннее начало половой жизни и беспорядочные контакты вне брака- у 17 (24,3%) пациенток; запоздалое установление диагноза и направление в стационар (спустя 2 суток)- у 13 (18,6%) пациенток. Радикальные операции были проведены у 44 (62,9%) пациенток, операции с сохранением репродуктивной функции у 26 (37,1%) пациенток.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что своевременно проведенное хирургическое лечение при ГВЗПМ позволило сохранить репродуктивную функцию у 37,1%, а восстановить витальные функции у 62,9% пациенток. Экстракорпоральная моноантибактериальная терапия в сочетании с лазеротерапией дала возможность получить положительный лечебный эффект у обследованных пациенток в послеоперационном периоде меньшими дозами препарата и за более короткий промежуток времени, а также сократить сроки пребывания больных в стационаре в 2 раза.

Трифопова Е.С.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕНИТАЛИЙ

Научный руководитель – д.м.н. проф. Свиридова В.В.

Воспалительные заболевания придатков матки представляют собой сложную и практически важную проблему, связанную с серьезными медицинскими, социальными и экономическими потерями. Данная патология может привести к нарушению в первую очередь функций как репродуктивной, так и других органов и систем организма женщин. В структуре воспалительных заболеваний внутренних половых органов наибольший удельный вес имеют поражения маточных труб и яичников (от 67,6 до 98,8%). Частота воспалительных заболеваний придатков матки в общей популяции женщин детородного возраста увеличилась в последние годы на 13-25%.

Цель исследования. Изучение оптимизации лечения воспалительных заболеваний придатков матки на Донбассе.

Материалы и методы. Обследовано 60 женщин. Все женщины были разделены на 3 группы: по 20 человек в каждой. 1 группу представляли женщины с воспалительными заболеваниями придатков матки, получавшие антибактериальную терапию в виде меранема, который вводился внутривенно капельно 3 раза в сутки (3 гр.) в течение 7 дней. Женщины 2 группы получали тот же препарат в дозе 3 гр., но вводился он экстракорпорально 1 раз в сутки через день-в течение 3 дней. Женщины 3 группы получали меранем экстракорпорально, чередуя с внутрисосудистым лазерным облучением крови на протяжении 5 дней.

Результаты. При поступлении в стационар общее состояние женщин всех 3х групп оценивалось как тяжелое. При анализе клинических проявлений воспалительных заболеваний придатков матки выявлено, что клинические признаки интоксикации начинают снижаться уже с 3 суток проводимой терапии в 3 группе, тогда как в 1 группе это происходит к 6 суткам лечения, а во 2-й к 4-5 суткам, то есть период выздоровления наступает в 2 раза быстрее. При сравнении динамики лейкоцитов в периферической крови у женщин 1 и 2 групп существенного различия не обнаружили, снижение этого показателя зарегистрировано с 6-7 суток на 53,2%, тогда как в 3 группе снижение этого показателя на 76,8% начинается с 3 суток терапии и превышает таковой в первых двух группах на 23,6%. Снижение уровня палочкоядерных лейкоцитов в 1 группе отмечалось на 6 сутки на 27,8%. Во второй группе этот показатель снижался на 4-5 сутки на 35%. В основной группе снижение изучаемого показателя зафиксировано с 3 суток на 53,2%, что превышает этот показатель на 25,4% в 1 и на 18,2% во 2 группах. Значительные различия отмечены в изменении общего числа лимфоцитов. Увеличение числа лимфоцитов в 1 группе наблюдалось к 5 суткам лечения на 19,3%, во 2 группе с 3-4 суток на 25,1%, в 3 группе уже со 2 суток после 1 сеанса экстракорпоральной моноантибиотикотерапии и одного сеанса лазеротерапии на 47,5%, что практически в 2 раза выше этого показателя в 1 и 2 группах, это свидетельствует о мощном иммунном ответе организма на проводимое лечение.

Выводы. Экстракорпоральная антибактериальная терапия в сочетании с лазеротерапией позволила усилить иммунный ответ организма женщин с воспалительными заболеваниями придатков матки, достичь максимального лечебного эффекта меньшими дозами препарата и сократить сроки пребывания в стационаре в 1,5 раза, что экономически важно. Кроме того подобная терапия позволила сохранить репродуктивную функцию у молодых женщин с воспалительными заболеваниями придатков матки. Все вышеизложенное позволяет рекомендовать вышеуказанный метод для широкого использования в практической гинекологии.

Тугова К.С., Осинская И.А., Рязанцев А.А., Берющева Т.С., Мандрыко В.А.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Тугов С.Н.

Цель. Провести анализ причин маточных кровотечений у пациенток репродуктивного периода. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 135 больных в возрасте от 20 до 40 лет с жалобой на патологические маточные кровотечения на момент поступления. Исследования выполнялись в два этапа. На первом этапе всем больным было проведено ультразвуковое сканирование. При исследовании оценивалась величина матки, толщина эндометрия, структура миометрия, наличие или отсутствие миоматозных узлов. Особое внимание обращали на структуру и размеры яичников, оценивали фолликулярный аппарат, соотнося с менструальным циклом. Все обследуемые были разделены на две группы: 1 группа (75 женщин) основная – в нее вошли женщины с органической патологии матки, во вторую группу вошли 60 женщин с кровотечениями не связанными с органической патологии матки и яичников. Для диагностики состояния органов гениталий кроме общепринятых клинико-лабораторных исследований проведены гормональные исследования. Определение концентрации эстрадиола, прогестерона, ФСГ, ЛГ, пролактина, ТТГ, ТЗ, Т; в плазме крови. Всем пациенткам проводилась жидкостная гистероскопия с последующим гистологическим исследованием полученного материала.

Результаты. Детальный анализ структуры причин маточных кровотечений с учетом результатов ультразвукового исследования показал, что субмукозная миома матки составляет 34%; аденомиоз – 18%; гиперпластические процессы эндометрия – 25%; функциональные нарушения – 23% обследованных. По результатам гистологического исследования у каждой второй больной железисто-фиброзные полипы эндометрия. При миоме матки причинами кровотечений у 58% явились интерстициально- субмукозные узлы, у каждой третьей больной – субмукозные узлы. Диффузная форма аденомиоза выявлена у 18% обследованных больных, очаговая – у 23%. Гиперплазия эндометрия у молодых женщин чаще имела диффузный характер, реже выявлялась очаговая форма. Дисфункциональные маточные кровотечения могут быть как на фоне гиперплазии эндометрия – 70%, и на фоне стадии секреции и пролиферации. В проведенных исследованиях выявлено, что достоверное повышение эстрадиола отмечено у больных с миомой матки и ДМК, в то время как у обследованных больных с полипами эндометрия имелись достоверно низкие концентрации этого гормона, при сниженных цифрах прогестерона у всех обследованных больных. При исследовании гонадотропных гормонов выявлено, что только у больных с ДМК при нормальных концентрациях ЛГ у всех обследованных больных, концентрация ФСГ была достоверно снижена. У обследованных нами больных с маточными кровотечениями имелся разнонаправленный характер гормональных изменений. Данные гистологического исследования показали, что при субмукозной миоме матки и аденомиозе выскабливание слизистой матки осуществлялось по поводу нарушения менструального цикла. При гистологическом исследовании у большинства из них выявлена нормальная слизистая. У каждой третьей пациентки с ДМК кровотечение возникло на фоне фазы пролиферации или секреции.

Выводы: Причиной маточных кровотечений у пациенток репродуктивного периода в 77% наблюдений являются органические изменения матки. У больных с маточными кровотечениями выявлены: субмукозная миома матки в 34%; аденомиоз в 18%; гиперпластические процессы эндометрия – 25%; функциональные нарушения (ДМК) у 23% обследованных.

Тугова К.С., Рязанцев А.А., Берющева Т.С., Мандрыко В.А., Осинская И.А.

РОЛЬ ПЕРСИСТИРУЮЩИХ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ И ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ В ГЕНЕЗЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Тугов С.Н.

Цель. Показать роль персистирующих герпетической и цитомегаловирусной инфекций в генезе самопроизвольного прерывания беременности в первом триместре.

Материалы и методы. В результате исследования принимали участие 120 женщин с беременностью в сроке до 12 недель. Все женщины были разделены на 2 группы: 1-я группа – 60 беременных женщин с самопроизвольным прерыванием беременности в 1 триместре (50%); 2-я группа – 60 беременных женщин с искусственным прерыванием беременности в 1 триместре (50%). На основании результатов гистологического исследования хориона, женщины основной группы, были разделены на 3 подгруппы: 1-я подгруппа – 30 (50%) женщин, в структурах хориона которых выявлено продуктивное воспаление; 2-я подгруппа – 13 (21,7 %) женщин, в структурах хориона которых выявлено экссудативное (гнойно-некротическое) воспаление; 3-я подгруппа – 17 (28,3 %) женщин, в структурах хориона которых выявлено нарушение дифференцировки ворсин вследствие первичной аплазии эмбриона. Исследование ткани хориона проводили гистологическим, морфометрическим и иммуногистохимическим методами.

Результаты. Гистологическое исследование хориона показало неоднородность морфологических изменений ткани хориона. Ведущие патологические изменения в хорионе были обусловлены его инфекционным поражением, выявленным в 71,7 % наблюдений. Только в 21,7 % наблюдений изменения

носили характер экссудативного (гнойно-некротического) воспаления, вероятно, в результате восходящего пути инфицирования бактериальной природы. В 50% наблюдений морфологическая картина соответствовала продуктивному воспалению, вероятно, обусловленному инфицированием вирусами гематогенным путем. В 28,3% наблюдений морфологическая картина указывала на нарушение дифференцировки ворсинчатого хориона, возможно, в связи с первичной гибелью эмбриона. Иммуногистохимическое исследование хориона выявило значительную инфицированность его структур вирусами Herpes simplex 1 и 2 типов и Cytomegalovirus, инфицирование носило характер смешанной инфекции. Неинфицированных пациенток в 1-й подгруппе было в 2 раза меньше в сравнении с женщинами контрольной группы. Этиология инфицирования характеризовалась преобладанием вирусов Herpes simplex 1 типа у пациенток 1-й, 2-й и 3-й подгрупп в 4, 3 и 5 раз, соответственно, в сравнении с женщинами контрольной группы. У большинства обследованных женщин отмечалось наличие герпетической и цитомегаловирусной инфекции. Определение локализации экспрессии вирусов Herpes simplex 1 и 2 типов и Cytomegalovirus в тканях хориона выявило значительное инфицирование децидуальных клеток, трофобластического эпителия и стромальных клеток ворсин в обеих исследованных группах, однако у женщин контрольной группы выраженность экспрессии вируса Herpes simplex 1 типа в клетках трофобласта и стромальных клетках ворсин была меньшей. Наиболее частая локализация экспрессии возбудителей в трофобластическом эпителии и стромальных клетках ворсин свидетельствовала о проникновении возбудителей за плацентарный барьер и возможном поражении эмбриона.

Выводы: Наличие персистирующих герпетической и цитомегаловирусной инфекций обуславливает структурные изменения тканей хориона, нарушает пролиферацию их клеток, что в конечном итоге приводит к самопроизвольному прерыванию беременности.

Philipa B. M.

ASSESSMENT OF FOETAL CONDITION IN INTRANATAL PERIOD

M.Gorky Donetsk National Medical University, Donetsk People's Republic
Department of Obstetrics And Gynaecology, the
head of the department professor Churilov A.V.;
Supervisor: M.A Egorova, associate professor, PhD.

Technology innovations of medicine in the 20th century brought about new ways and possibilities which made it possible for the obstetricians to investigate and learn more about foetus and how it functions. This knowledge helped in defining changes in the priorities of obstetrics and became the main tools in technology for diagnosing the condition of foetus. Such tools are ultrasound visualisation and fetometry, cardiotocography, ultrasound dopplerometry of blood flow velocity in the foetal vessels, umbilicus, placenta and the uterus.

Currently a popular and widely used method in picking up foetal distress during pregnancy is cardiotocography. No conclusion about foetal condition is possible or made without going through cardiotocographic investigation.

TARGET: The target of this investigation is to provide visual informative criteria of cardiotocography in the assessment of foetal condition during the intranatal period within the gestational period of more than 34 weeks.

METHOD OF INVESTIGATION: The investigative analysis was carried out at Donetsk clinical hospital №6. For carrying out the investigation, the target to achieve is to analyse 146 scanning of CTG, registered in the intranatal period with gestational period more than 34 weeks with different outcome of delivery or birth for the foetus. Out of them, 64 CTG out of the control group (I) was made up, i.e. registration of delivery with good perinatal outcome (babies were born in satisfactory conditions, neonatal period went on successfully without any anomalies. The main group (II) was made up out of 82 CTG: 14 CTG, registration of delivery which ended up in the intranatal death of the foetus. 68 CTG – in delivery with results which showed babies born in the condition of asphyxia. Medium length of time in the scan readings was 20 minutes.

With the visual analysis of CTG, the following indicators of foetal heart rhythm was observed: basal frequency (bpm); variables of basal rhythm (bpm); presence of acceleration and decelerations and sinus rhythm.

RESULTS OF INVESTIGATION: After investigating the frequency level and analysis of the basal rhythm in the main and central groups, the following results were achieved: out of 64 CTG central group in 60 (93,8%) CTG basal rhythm oscillated in the limits of 110-170 bpm, in the main group, statistical meaning was not much out of 82 CTG in 51(57,9%) ($p < 0,05$). Variable amplitudes of basal rhythm 10 bpm and more in the control group came out as 10 (15,6%) CTG, in the main group there was 6 (7,3%) CTG. It means that the results of our investigation in the intranatal period amplitude oscillated above 10 bpm which meant they are similarly rare for both the main and control groups.

Variable amplitudes of basal rhythm from 7 to 10 bpm were maintained at 27 (42,2%) CTG in the central group and in the 33 (40,2%) CTG in the main group. From such frequency in both the control and main groups variables of basal rhythm from 3 to 6 bpm: at 26 (40,6) CTG and at 32 (39%) CTG respectively were observed. Difference in frequency of both group associations was statistically insignificant. Variables of basal rhythm less than 3 bpm were maintained at 1(1,6%) CTG control group and 11 (13,5%) CTG of the main group.

CONCLUSION: The results received and established show that deceleration is the most clear and obvious sign of unsuccessful foetus in the intranatal period. A highly specific but low sensitive sign is the reduction of variable less than 3bpm. that is notwithstanding. Besides, no information evidence has been found to explain the informative content for accelerations on the CTG in order to assess foetal condition during delivery or birth.

Чернявская Т. А.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Чурилов А.В.

Цель исследования: определить наиболее достоверные методы диагностики гиперпластических процессов эндометрия у женщин в пременопаузе.

Материалы и методы. Изучены монографии и статьи для врачей акушеров – гинекологов отечественных и зарубежных авторов.

Результаты исследований. Из неинвазивных скрининговых методов достаточно информативным является ультразвуковое исследование, диагностическая ценность которого составляет 91%. Среди других скрининговых исследований информативным является цитологический анализ аспирата из полости матки, диагностическая значимость которого равна 75-94%. Радиоизотопное исследование с P^{32} является менее достоверным методом, его эффективность равна 75-80%. А точность диагностики гистероскопии составляет 87% – 100%, однако данный метод является инвазивным.

Выводы. Анализ проведенного исследования выявил, что наиболее информативными методами диагностики гиперпластических процессов эндометрия у женщин в пременопаузе являются гистероскопия и ультразвуковое исследование.

Чурилов А.А., Джеломанова Е.С.

МОНИТОРИНГ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК В СРЕДЕ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Научный руководитель – доц. Джеломанова С.А.

Употребление алкоголя, курение, приобщения к наркотикам – представляет серьезную угрозу репродуктивному здоровью.

Цель исследования – проведение исследования уровня распространенности вредных привычек у девочек-подростков.

Материал и методы. Исследование проводилось среди 120 девочек подростков г. Донецка в возрасте от 14 до 17 лет путем анкетирования, анализа медицинской документации, которые были разделены на две группы: в 1 группу вошли 150 девочек, обучающихся в общеобразовательных школах; во 2 группу вошли 30 девочек, обучающихся в учебно-воспитательного комплекса «Корн».

Результаты. По данным исследований в возрасте 15-17 лет 50% респонденток имеют эту вредную курение. По данным нашего анкетирования в 1 группе 60% девушек не курит, 27% – мало курят, 13% курят регулярно. 30% девочек периодически употребляют алкоголь, 4% – наркотики, 2% – токсичные вещества. Во второй группе 16,6% мало курят, 3,3% курят регулярно; 13,3% – употребляют алкоголь. Причины употребления алкоголя и наркотиков – это желание поддержать компанию (44,4%), поднять настроение (26,7%), стремление забыться (22,2%), от скуки и от нечего делать (17,7%). Обращает на себя внимание факт, что более трети подростков (36,7%) 1 группы и 80% девочек 2 группы считают употребление алкоголя, наркотиков и курения вредными для здоровья.

Выводы. Таким образом, высокая распространенность вредных привычек среди девушек негативно влияет на репродуктивное здоровье.

Донецкий Республиканский Центр Охраны Материнства и Детства Кафедра акушерства и гинекологии ФИПО Зав. кафедрой – проф. Чайка В.К.

Вустенко В.В., Бурда А.А., Дёмина Д.В.

ЕСТЬ ИЛИ НЕ ЕСТЬ: ВОТ В ЧЁМ ВОПРОС...

Научный руководитель – проф. Говоруха И.Т.

Цель исследования: изучения уровня осведомлённости беременных о правильном питании.

Материал и методы. В анонимном письменном опросе приняли участие 62 родильницы. Опрос проводился в Донецком региональном центре охраны материнства и детства. Во время беременности пациентки наблюдались у разных акушеров-гинекологов г. Донецка и за его пределами. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи пакета MedStat, разработанного в ДонНМУ им. М. Горького.

Результаты. 19 (30%) опрошенных пациенток не изменили подходы к своему питанию во время беременности. Среднее количество приёмов пищи в течение дня составило $3,9 \pm 0,2$ раза, средний интервал между приёмом пищи – 6 (ДИ 4-10) часов. Выявлена положительна корреляционная связь между количеством приёмов пищи во время беременности и ИМТ в начале беременности ($p < 0,01$). Листовку с советами по диете во время беременности получили 28 (45%) пациенток, 53 (85%) врача советовали увеличить приём фруктов и

овощей. Каждой второй пациентке делался акцент на том, что не следует есть за двоих. Ограничение алкоголя во время беременности было рекомендовано в 43 (70%) случаев.

Выводы. Уровень осведомленности пациенток является недостаточным. Никто из пациенток за время беременности не обращался дополнительно к диетологу, поэтому всю необходимую информацию о питании должен предоставлять акушер-гинеколог. Предоставление беременным исчерпывающей информации о рациональном питании является важным и обязательным, так как снижает риск развития осложнений как для самой беременной, так и для будущего ребёнка.

Д.М. Мироненко, А.Г. Сотников, К.Н. Осиченко

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА

Научный руководитель — д.м.н., проф. Яковлева Э.Б.

Сахарный диабет (СД) – одно из наиболее распространенных в мире эндокринно-метаболических заболеваний, которое характеризуется явной или скрытой хронической гипергликемией вследствие абсолютной или относительной инсулиновой недостаточности. За последние 5 лет количество больных среди детского населения, применяющих инсулин, возросло на 10,7 %.

СД является наиболее значимой в перинатальном периоде неакушерской патологией. Это означает, что ни одно другое хроническое заболевание не оказывает столь частого и выраженного неблагоприятного влияния на течение беременности и состояние плода.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей становления менструального цикла у девушек с СД 1 типа.

Материалы и методы. Нами были проанализированы результаты изучения 295 амбулаторных карт девочек-подростков, состоящих на учете в детской гинекологии на базе Донецкого Республиканского Центра Материнства и Детства.

Результаты. У девушек, больных СД, отмечается тенденция к задержке менархе и в сравнении со здоровыми девушками его наступление запаздывает на 0,4-1,3 года. Нами было установлено, что у большинства девушек с СД в возрасте 12-15 лет менархе отсутствовали: у 12-ти летних – в 100%, у 13-ти летних – в 75%, у 14-ти летних – в 53,3% и в возрасте 15 лет – в 52% случаев.

Мы наблюдали у 14 летних здоровых девушек в 59,8% установившийся менструальный цикл, в то время, как при СД регулярные менструации имели в 6,7% случаев. Частота первичной аменореи при СД наблюдается у 4,9%, что в 4 раза чаще, чем у здоровых девушек. Вторичная аменорея при СД 1 типа встречается у 28%, а нарушение менструального цикла по типу опсоменореи – у 20%. Данные нарушения менструального цикла являются своего рода маркером тяжести основного заболевания и чаще проявляются у девушек с микро- и макрососудистыми осложнениями диабета. Доказательством этому является тот факт, что нарушения менструального цикла, такие, как олигоменорея, вторичная аменорея, полименорея, встречаются у 32-40,2 % больных, получающих интенсифицированную инсулинотерапию, а частота подобных нарушений находится в прямой зависимости от времени дебюта к менархе.

В нашем исследовании, к 16-летнему возрасту, основная масса здоровых девушек (76,9%) имела регулярные менструации (среди больных СД регулярные менструации отмечались только в 11,8%) случаев, у остальных девушек с СД (89,2%) имел место гипоменструальный синдром и первичная или вторичная аменорея.

Выводы. Учитывая эпидемический характер роста заболеваемости сахарным диабетом и огромную медико-социальную, в частности перинатальную, значимость этого заболевания, особого внимания заслуживает тактика ведения пациентов с ювенильным сахарным диабетом от момента выявления заболевания до планирования беременности, которая до этого времени не определена, что приводит к дополнительным затруднениям на этапе прегравидарной подготовки. А ведь именно возрастной группе 15-17 лет летних детские гинекологи уделяют особое внимание. Потому что ее можно рассматривать как ближайший резерв восстановления народонаселения.

Мягих И.И.

СОСТОЯНИЕ ПЛОДА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ВЗАИМНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА И ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

Научный руководитель – проф. Железная А.А.

Цель исследования. Изучение взаимозависимых гемодинамических соотношений миоматозных узлов и плацент, а также состояния плода у женщин с лейомиомой матки.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ состояния гемодинамики миоматозных узлов, плаценты и внутриутробного плода у 78 беременных женщин с лейомиомой матки, которые были стратифицированы в 2 группы по признаку взаимного расположения узлов опухоли и плаценты: I группа – 26 пациенток с УЗ-признаками частичной или полной локализации плаценты в зоне проекции миоматозных узлов, II группа – 52 беременные женщины с УЗ-признаками расположения плаценты вне зоны проекции миоматозного узла. При проведении доплерометрии, в качестве нормативных критериев внутриплацентарного

кровотока, нами использовались показатели VI (индекс васкуляризации), FI (индекс кровотока), индекс резистентности в артерии пуповины.

Результаты. Было выявлено, что показатели внутриплацентарного кровотока в сроке гестации 32 недели были снижены преимущественно у беременных группы I: VI был снижен у 76,92 % обследуемых, FI – у 61,53 %, в то время как у беременных группы II индекс васкуляризации и кровотока определялись ниже нормативных значений в 23,07 и 28,85 % наблюдений соответственно, ($p < 0,01$). С помощью рангового корреляционного анализа с использованием критерия Спирмена R мы изучили взаимосвязи между показателями внутриопухолевого и внутриплацентарного кровотока у беременных исследуемых подгрупп. Была выявлена высоко значимая обратная корреляционная связь между аналогичными индексами в узле и плаценте. При повышении васкуляризации узла и внутриопухолевого кровотока, статистически значимо снижалась васкуляризация и кровотоков в плаценте. Следует отметить, что наиболее сильные корреляционные взаимосвязи были выявлены у беременных группы I с расположением миоматозного узла в проекции плаценты: $R = -0,73$, $p = 0,0011$; в группе II: $R = -0,51$, $p = 0,0036$.

Увеличение индекса резистентности и нарушение кровотока в артерии пуповины регистрировалось в группе I в 53,85 % случаев, а в группе II – у 9,62 % беременных, ($p < 0,0001$). С помощью рангового корреляционного анализа с использованием критерия Спирмена R мы изучили взаимосвязи между показателями внутриопухолевого кровотока и индексом резистентности в артерии пуповины у женщин исследуемых групп. В группе I была выявлена высоко значимая прямая корреляционная связь между данными показателями $R = -0,82$, $p = 0,0001$, то есть, при повышении васкуляризации узла и внутриопухолевого кровотока, статистически значимо повышался индекс резистентности в артерии пуповины, что приводило к дистрессу плода. Следует отметить, что при сочетании нарушений гемодинамики в спиральных артериях, внутриплацентарных сосудах и артерии пуповины наблюдались клинические проявления дистресса плода в стадии суб- и декомпенсации. Эти нарушения кровотока практически во всех случаях сопровождались синдромом задержки внутриутробного развития плода и являлись показанием к экстренному оперативному родоразрешению.

Выводы. Таким образом, можно утверждать, что наличие миоматозных узлов с диффузным или периферическим кровотоком в проекции плаценты является прогностически неблагоприятным признаком в отношении внутриплацентарной гемодинамики и состояния внутриутробного плода.

Поклодная Ю.И., Лунева Н.Н.

СТРУКТУРА РОДОВ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЙ

Науч. руководитель — проф. Говоруха И.Т.

Цель. Проанализировать структуру родов у женщин различных возрастных групп.

Актуальность. Учитывая, что удельный вес нормальных родов невелик до 32% (ВОЗ, 2008г), возникает необходимость более детального изучения исходов беременности, для формирования оптимальных методов подготовки и ведения беременности и родов.

Материалы и методы. Проанализированы 216 историй родов женщин, рожавших в Донецком республиканском центре охраны материнства и детства. При анализе качественных признаков использовался критерий χ^2 .

Результаты. Установлено, что чаще рожали женщины в возрасте 31-40 лет – 107 (49,5 %) и 21-30 лет – 91 (42,5 %), реже до 20 лет – 11 (5 %) и старше 40 лет – 7 (3 %). Хотя по возрастным градациям не выявлено статистически значимых отличий по сроку наступления ($\chi^2_{(3)} = 10,850$, $P = 0,54$), но отмечена тенденция к росту частоты преждевременных и патологических родов в зависимости от возраста родильниц. Так, преждевременные роды произошли у 2 (1,8 %) женщин до 20 лет, у 17 (12,8 %) – 21-30 лет, у 12 (17,9 %) – 31-40 лет, патологические у 4 (36,3 %) женщин до 20 лет, у 43 (32,3 %) – 21-30 лет, у 25 (31,2 %) – 31-40 лет, и у 3 (42,8 %) – старше 40 лет.

Первородящих было большинство в возрасте до 20 лет – 10 родильниц (90%) и в категории – от 21 до 30 лет 90 (75%), тогда как повторнородящие преобладали среди пациенток от 31 до 40 лет – 92 (85,9%) и старше 40 лет – 7 (63,6%). Установлена взаимосвязь между возрастом и частотой кесарева сечения ($\chi^2_{(3)} = 9,545$, $P = 0,029$): чем старше возраст, тем выше показатель частоты оперативных родов (до 20 лет – 1 (11,1 %) случай, от 21 до 30 лет – 28 (39,4 %) случаев, 31-40 лет – 22 (45,8 %) и старше 40 лет – 7 (100 %) случаев соответственно. Наиболее частыми показаниями к кесареву сечению явились рубец на матке – 21 (37,5%) и тазовое предлежание плода – 11 (19,6%), в меньшей степени – это дистресс плода и преэклампсия – 3 (5%).

Выводы. Таким образом, наибольшее число родов зафиксировано в средней возрастной категории женщин (31-40 лет), у которых чаще регистрировались преждевременные роды. Установлена тенденция к росту частоты патологических родов, включая операции кесарева сечения, как с увеличением возраста, так и у родильниц до 20 лет, что свидетельствует о необходимости разработки мероприятий по подготовке женщин к родам и рациональной тактике их ведения в зависимости от принадлежности к возрастной категории.

А.Г. Сотников, Д.М. Мироненко, А.Н. Онипко, В.С. Якимович.

ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕЦИИ НЕКОТОРЫХ ГОНАДОТРОПИНОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Научный руководитель — д.м.н., проф. Яковлева Э.Б.

Одной из важнейших проблем современной гинекологической эндокринологии является раннее выявление нарушений становления репродуктивной функции у девочек – подростков. Постоянно нарастающий интерес к изучению данной патологии связан с увеличением заболеваемости сахарным диабетом (СД), в том числе среди детей и подростков. СД, при типичном течении, наиболее часто манифестирует у детей и молодых людей и сочетается с патологическими изменениями в репродуктивной системе: поздним менархе, нарушениями менструальной функции, синдромом поликистозных яичников, бесплодием, невынашиванием беременности, патологическими родами и ранним климаксом. Это является основанием для проведения исследований, направленных на уточнение механизмов репродуктивных нарушений, определение значимости факторов, оказывающих негативное воздействие на половое и физическое развитие девочек – подростков, больных СД 1 типа.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение секреции некоторых гонадотропинов у девочек-подростков с СД 1 типа.

Материалы и методы. Проводилась оценка гинекологического анамнеза, уровня гонадотропинов – лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в периферической венозной крови и их соотношения у 53 девочек-подростков 15-18 лет с СД 1 типа. При наличии менструального цикла, исследование проводилось на 3-5 день или произвольный день в условии аменореи. В первую группу вошли 32 девочки-подростка 15-16 лет, во вторую – 21 пациентка в возрасте 17-18 лет. Группы были репрезентативны.

Результаты. На момент обследования все пациентки получали базисную инсулинотерапию (среднесуточная доза инсулинов короткого и пролонгированного действия составила $1,2 \pm 0,4$ Ед/кг массы тела) и находились в состоянии компенсации. В изучаемой группе среди сопутствующих или имеющихся в анамнезе гинекологических заболеваний преобладали: кандидозный вульвовагинит (22-41%), бактериальный вагиноз (15-28%), эктопия шейки матки (4-7%). Детальный анализ гормонального профиля обследованных девочек выявил разброс индивидуальных значений содержания гонадотропинов.

Среди 32 девочек-подростков, больных 1-ой группы, в 46,9% случаев отмечена задержка полового созревания. У 5 (23,8%) представительниц 2-ой группы диагностирована задержка темпов полового созревания, отклонения в ритме или характере менструаций: опсоменорея, олигоменорея до 1,5 месяца. В основе нарушений менструального цикла лежали изменения секреции гонадотропинов ЛГ/ФСГ. Прогностически благоприятным, для регулярной менструальной функции, считали соотношение ЛГ/ФСГ=1,25- 1,75. Из обследованных лишь у 23 человек (43,4%) соотношение гормонов находилось в этом интервале. У 30 девочек-подростков (56,6%) коэффициент ЛГ/ФСГ был меньше 1,25.

Выводы. Таким образом, у девочек-подростков с СД 1 типа, выявлено, что для оценки причины нарушений менструальной функции и развития гипопрогестеронемии, не достаточно определения абсолютного уровня гонадотропинов, а целесообразно выполнение расчета соотношения ЛГ/ФСГ, что позволяет корректировать нарушения овариальной функции комплексной терапией в более ранние сроки.

Лулева Н.Н., Поколотная Ю.И.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Научный руководитель — проф. Железная А.А.

Цель. Изучить психоэмоциональные и социальные особенности у женщин с недержанием мочи.

Актуальность. Актуальность данной темы заключается в особенностях психоэмоционального состояния, что позволяет своевременно выявить и оказать помощь в зависимости от видов НМ у разных социальных групп женщин с нарушением мочеиспускания.

Материалы и методы. Нами было проанкетировано 1023 женщин в возрасте от 18 до 77 лет, в среднем — $42,64 \pm 0,37$ года. Изучение анкет показало, что 291 (28,45 %) опрошенная отмечали наличие недержания мочи (НМ) той или иной степени выраженности. Менее года страдали этим заболеванием 120 (11,73 %), от одного до пяти лет — 120 (11,73 %), от пяти до десяти лет — 38 (3,71 %), свыше десяти лет — 13 (1,27 %) анкетированных. Результаты анкетирования этих женщин были детально изучены и сопоставлены с таковыми у 732 (71,55 %) женщин без НМ. Анкеты были распределены на две группы следующим образом: группа НМ — 291 анкета женщин, указавших на наличие у них НМ, группа К — 732 анкеты женщин, отрицавших, что у них имеется НМ.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что у 147 из 732 женщин группы К имелись те или иные проявления НМ, что составило 20,08 %. То есть, каждая пятая женщина этой группы либо не подозревала о заболевании, либо скрывала наличие данной патологии. Таким образом, согласно данным анкетирования, в целом по группе из 1023 женщин, признаки НМ отмечались у 438 (42,82 %) опрошенных. В их числе скрытое НМ выявлено у 147 (14,37 %) анкетированных.

Частота различных видов НМ распределилась следующим образом: стрессовое НМ выявлены у 399 женщин, что составило 39,00 %; императивное НМ обнаружено у 299 опрошенных, что составило 29,23 %; у 260 женщин одновременно присутствовали признаки и стрессового, и императивного НМ, что свидетельствует о наличии смешанного НМ, составившего в нашем исследовании 25,42 %.

Вычитая частоту смешанного НМ из частоты предыдущих двух видов НМ, получаем, что в чистом виде стрессовое НМ имелось у 139 (13,59 %), а императивное НМ — у 39 (3,81 %) опрошенных женщин.

Таким образом, частота НМ у женщин составляет 42,82 %, из них 14,37 % имеет отношение к скрытому НМ. В структуре патологии НМ преобладает смешанное НМ, выявленное у 25,42 % женщин. Стрессовый тип НМ отмечен у 13,59 %, императивный — у 3,81 % опрошенных.

Выводы. Итак, мочеиспускание на фоне патологии НМ имеет ряд особенностей: малый объем мочи; мочеиспускание в виде подкапывания; потеря мочи при кашле, чихании, ходьбе, беге, физической работе, изменении положения тела, а также во время полового акта и при звуке текущей воды; позыв к мочеиспусканию сразу после опорожнения мочевого пузыря; невозможность остановить поток мочи; боли в животе при мочеиспускании. Наступление менопаузы усиливает симптоматику НМ. Медицинская помощь по поводу нарушения мочеиспускания оказывается в недостаточном объеме, ее получали лишь 38,82 % женщин с НМ.

Лунева Н.Н.

«ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ» У ПАЦИЕНТОК С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Научный руководитель — проф. Железная А.А.

Цель. Определить «типы отношения к болезни» у пациенток с недержанием мочи.

Актуальность. Проблема недержания мочи стала крайне важной в связи с отрицательным влиянием на качество жизни женщин.

Материалы и методы. Оценка качества жизни проводилась нами 232 пациенткам, включенным в исследование. Оценка реакции пациенток на заболевание нами проводилось по тесту ЛОБИ (Личностный Опросник Бехтеревского Института) для определения «типа отношения к болезни». В этом тесте отражены все аспекты, рекомендуемые ВОЗ для оценки качества жизни: физический дискомфорт, боль, сон, позитивные и негативные эмоциональные переживания, работоспособность, личные взаимоотношения. Тест позволяет выявить типы отношения к болезни.

Результаты. Нами выявлены при всех типах НМ, а в частности при ургентном НМ следующие типы отношения к болезни: гармоничный (13,7%), тревожный (23,5), ипохондрический (31,4%), меланхолический (5,9%), апатический (0), неврасгеннеческий (17,6%), обсессивно-фобнчекский (0), сенситивный (5,9%), эгоцентрический (2%), эйфорнчекский (0), анозогнозический (0), эргопатический (0), паранойальный (0).

Выводы. Так видно, что недержание мочи формирует довольно тяжелую картину с точки зрения типов отношения к болезни. Только 12,9% пациенток имели правильную оценку своего состояния, характерную для гармоничного типа. Остальные имели интрапсихический стиль реагирования, характерный для неврасгеннеческого, тревожного, ипохондрического, меланхолического и апатического типов. Деадаптивный тип реагирования сопровождается появлением невротических проявлений, требующих коррекции.

Лунева Н.Н.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Научный руководитель — проф. Железная А.А.

Цель. Целью работы было оценить влияние НМ у женщин на их качество жизни и социальную адаптацию.

Актуальность. Недержание мочи у женщин – не только медицинская и гигиеническая, но и социально-экономическая проблема.

Материалы и методы. Нами было проанкетировано 1023 женщины в возрасте от 18 до 77 лет, в среднем — 42,64±0,37 года. Изучение анкет показало, что 291 (28,45 %) опрошенная отмечали наличие НМ той или иной степени выраженности. Менее года страдали этим заболеванием 120 (11,73 %), от одного до пяти лет — 120 (11,73 %), от пяти до десяти лет — 38 (3,71 %), свыше десяти лет — 13 (1,27 %) анкетированных. Результаты анкетирования этих женщин были детально изучены и сопоставлены с таковыми у 732 (71,55 %) женщин без НМ.

Результаты. Частота НМ у женщин составляет 42,82 %, из них 14,37 % имеет отношение к скрытому НМ. В структуре патологии НМ преобладает смешанное НМ, выявленное у 25,42 % женщин. Стрессовый тип НМ отмечен у 13,59 %, императивный — у 3,81 % опрошенных. В результате исследований, мы пришли к выводам, что мочеиспускание на фоне патологии НМ имеет ряд особенностей. Таковыми являются: малый объем мочи; мочеиспускание в виде подкапывания; потеря мочи при кашле, чихании, ходьбе, беге, физической работе, изменении положения тела, а также во время полового акта и при звуке текущей воды; позыв к мочеиспусканию сразу после опорожнения мочевого пузыря; невозможность остановить поток мочи; боли в животе при мочеиспускании.

Выводы. Заболевание НМ существенно снижает качество жизни женщин. Наблюдается наличие усталости, вялости, сонливости, нарушения сна, так как они вынуждены вставать ночью для мочеиспускания несколько раз. Днем женщины с НМ часто посещают туалет, несколько раз в день меняют прокладки. Отмечается неспособность выполнять значительные физические нагрузки, частичная утрата трудоспособности, наличие унылого, депрессивного состояния и проблемы в общении с окружающими.

Медицинская помощь по поводу нарушения мочеиспускания оказывается в недостаточном объеме, ее получали лишь 38,82 % женщин с НМ.

Многогранность проблем мочеиспускания у пациенток с НМ социально дезадаптирует этих женщин, инвалидизирует.

Шаров К. В.

ВЛИЯНИЕ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ НА РОСТ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель – проф., д. мед. н. – Железная А. А.

Цель: Исследовать отдельные звенья патогенеза миомы матки, путем сравнительного изучения рецепторного аппарата и факторов апоптоза миоматозных узлов в простом и пролиферирующем варианте опухоли, а также выявления взаимосвязи данных показателей.

Материалы и методы: Проведено обследование 150 небеременных женщин репродуктивного возраста с наличием миомы матки больших размеров (диаметр доминантного миоматозного узла составлял 5 см и более). Все пациентки были рандомизированы в две группы (по данным ультразвукового исследования): группа I включала 85 женщин с наличием диффузного внутриопухолевого кровотока миомы матки, группа II состояла из 65 пациенток с периферическим типом. Изучение уровня экспрессии рецепторов к эстрогенам (РЭ) и прогестерону (РП), а также исследование экспрессии факторов апоптоза (Bcl-2 и Bax), в удаленных узлах, проводили иммуногистохимическими методами. Статистическая обработка данных была выполнена на персональном компьютере Intel(R) Core i3 с использованием пакета программ MedStat 4.0.

Результаты: После статистической обработки полученных данных, было установлено, экспрессия Bcl-2 в миоматозных узлах пациенток групп I и II была в 2 раза больше соответствующего показателя в контрольной группе ($p < 0,0001$) и не имела статистически значимых межгрупповых отличий ($p = 0,1628$). Установлено, что показатель экспрессии Bax в миоматозных узлах был различным только в группе I. Индекс выживаемости клеток (Bcl-2/Bax) у женщин с диффузным типом внутриопухолевого кровотока был статистически значимо выше аналогичного показателя в неизмененном миометрии и практически не отличался от такового значения в подгруппе II, $p = 0,6193$. Выявлено, что ингибитор апоптоза Bcl-2 у женщин группы I был прямо пропорционален концентрации РП в миоматозном узле ($R = 0,52$, $p = 0,0003$), а в группе II эта связь была меньшей силы, но также значимой ($R = 0,38$, $p = 0,0018$). Показатель РП/РЭ в группах также статистически значимо коррелировал с уровнем Bcl-2: $R = 0,43$, $p = 0,0007$ и $R = 0,4$, $p = 0,0017$, соответственно.

Выводы: Таким образом доказано, что биологическое действие прогестерона относительно длительности жизни клеток миомы, заключалось в увеличении их выживаемости, путем повышения уровня Bcl-2, ингибирующего апоптоз, способствуя росту миоматозных узлов. Установлено, что эстрогены, связываясь со специфическими рецепторами, не влияли на процессы апоптоза в опухоли.

Мунгалова А.Д.

ОЦЕНКА ВЕРОЯТНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С «БЕДНЫМ ОТВЕТОМ» ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОГРАММ ВРТ ГБОУ ВПО СИБГМУ, Г. ТОМСК, РОССИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии Зав.

кафедрой профессор, д.м.н Евтушенко И.Д.

Гайфулина Ж.Ф., доцент, д.м.н., Петров И.А., доцент, к.м.н.

Актуальность. В последние годы наблюдается увеличение числа женщин, обратившихся в отделение вспомогательных репродуктивных технологий клиник Сибирского государственного медицинского университета (СибГМУ) с целью лечения бесплодия в старшем репродуктивном возрасте (старше 35 лет). Доля таких пациенток в 2012-2015 годах составляла 38,05%. Большая часть таких пациенток нуждается в проведении экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Цель исследования. Определить наиболее значимые показатели бедного ответа, определяющие наступление беременности у женщин в программах ЭКО/ИКСИ в соответствии с «болонскими критериями» (поздний репродуктивный возраст, «бедный ответ» во время предыдущей стимуляции – 3 ооцита и менее при применении стимуляции максимальными дозами, измененные тестовые показатели овариального резерва – ЧАФ менее 5-7 или АМГ менее 0,5-1,1) в разных возрастных группах (I -до 35 лет, II -35-39 лет III >40 лет).

Материалы и методы исследования. Проводилась ретроспективная оценка стационарных карт 622 пациенток (в возрасте от 20 до 42 лет), обратившихся в отделения вспомогательных репродуктивных технологий клиник СибГМУ по поводу лечения бесплодия в период с октября 2012 г. по декабрь 2015г. Пациенткам были проведены процедуры ЭКО+ИКСИ+ПЭ или ЭКО+ПЭ. Пациентов относили к группе бедного

ответа при наличии 2 из 3 болюских критериев. Статистический анализ выполнен с использованием программы SPSS © 22.0 (© SPSS Inc.). Были использованы возможности пакета для расчета значений методами описательной статистики, при условии нормального распределения, в которой вычислялись следующие характеристики: среднее, стандартная ошибка, стандартное отклонение, дисперсия выборки, медиана.

Результаты и их обсуждения. В процессе исследования было установлено, что из 622 пациенток, 113 подходили под понятие «бедный ответ». Среди данных пациенток с «бедным ответом» у 26 пациенток получено по 1 ооциту, у 39 по 2 ооцита, у 42 – по 3 ооцита. У остальных 6 человек ооцитов не получено. Клинической беременности удалось добиться в 12 случаях (13,56%), из которых 2 пациентки (16,6%) имели по 1 зрелому ооциту, у 1 пациентки (8,3%) зрелых ооцита, и у 9 пациенток (75%) 3 ооцита. Распределение беременностей по возрастным группам составило: I до 35 – 58, 3%, II 35-39 – 25%, III > 40 – 16, 7%. Среднее значение АМГ составило 1,4025 нг/мл. Пациентки, входившие в состав I группы, имели относительно низкий уровень АМГ ($1,4 \pm 0,6$) в сравнении с возрастными нормами, однако в исследуемой группе показатель уровня наступления беременности превалировал над группами II и III. Наступление беременности у женщин с «бедным ответом», закончившейся срочными родами либо плановой операцией кесарева сечения, произошло в 13,56% случаев, из которых женщины репродуктивного возраста (до 35 лет 58,3%) имели сниженный показатель АМГ ($1,4 \pm 0,6$ нг/мл), в то время как наступление беременностей в средней (35-39 лет) и старшей (>40 лет) группах репродуктивного возраста составило соответственно 25% и 16,7%, при АМГ $1,5 \pm 0,3$ и $1,5 \pm 0,5$. Рейтинг «Take home baby» составил 12,4%

Выводы. При статистически незначимом различии уровня АМГ, вероятность наступления беременности выше в раннем репродуктивном возрасте. Таким образом, показатель бедного ответа, такие как низкий АМГ и ЧАФ, не являются определяющими факторами в частоте наступления беременности в программах ЭКО ЭКО/ИКСИ. Наиболее значимым фактором, определяющим наступление беременности является возраст женщины.

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра внутренних болезней
Зав. кафедрой – д.мед.н., проф. Коломиец В.В.

Бееза Я.В.

ЛАБОРАТОРНЫЕ СИНДРОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЛАТЕНТНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Научный руководитель – асс. Майлян Д.Э.

Цель исследования. Выявить изменения в лабораторных показателях у практически здоровых пациентов с маркерами активности инфекции, вызванной вирусом Эпштейн-Барр (ЭБВ) и цитомегаловирусом (ЦМВ).

Материалы и методы. Было обследовано 41 пациента возрастом от 13 до 53 лет с маркерами активности ЭБВ и ЦМВ, которые были разделены на две группы. Все они не предъявляли активно жалоб. В первую группу были отнесены 19 пациентов, которые имели положительные результаты определения ДНК ЦМВ в лейкоцитах крови, слюне и моче, маркеры активности инфекционного процесса (наличие IgM, IgA или низкоавидные IgG к ЦМВ). Вторую группу составили 23 пациента с маркерами активности ЭБВ-инфекции (наличие ДНК ЭБВ в физиологических жидкостях, IgG к раннему антигену и IgM к капсидному антигенному комплексу ЭБВ). У пациентов определяли показатели клинического анализа крови, уровней аланинаминотрансферазы (АлАт), аспартатаминотрансфераза (АсАт), гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП), билирубина и его фракций.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования, в 1-й группе у 14 пациентов (73,6 %) было обнаружено повышение АлАт, причем у двух пациентов данный показатель превышал референсные значения более, чем в 2 раза. У 9 пациентов (47,3%) данной группы была выявлена анемия разных степеней выраженности, а одного обследуемого (5,2 %) – лейкоцитоз.

При интерпретации лабораторных показателей, во второй группе повышение АлАт было обнаружено у 15 обследуемых (65,2 %). У 3 пациентов (13,0 %) был обнаружен лейкоцитоз, причем у данных пациентов он сочетался со снижением количества нейтрофилов ниже референсных значений. Также в 8,7 % случаев было выявлено сочетание тромбоцитопении и анемии легкой степени.

Выводы. У большинства пациентов с латентной инфекцией, вызванной ЭБВ, было обнаружено повышение АлАт и анемия разных степеней тяжести. Также с меньшей частотой был выявлен лейкоцитоз. А у пациентов с активной ЦМВ – инфекцией превалировало бессимптомное повышение АлАт, и у меньшего количества пациентов отмечался лейкоцитоз, нейтропения, тромбоцитопения и анемия легкой степени.

Залюбовская Л.В.

ПРОБЛЕМЫ МИНИМИЗАЦИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПРОАРИТМИИ

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Коломиец В.В.

Цель исследования. Оценить аритмогенные эффекты антиаритмических препаратов различных групп и разработать рекомендации по минимизации возникновения лекарственной проаритмии.

Материалы и методы. Проанализированы источники отечественной и зарубежной литературы и 100 историй болезни пациентов с различными типами аритмий, получавших антиаритмические препараты.

Результаты. Антиаритмические препараты класса Ia (например, хинидин) способны вызывать развитие желудочковой тахикардии (даже аритмии типа torsades de pointes (TdP) у 1-8% больных). Проаритмический эффект возникает как следствие идиосинкразии и отмечается после введения малых доз и при низких концентрациях в плазме крови. На фоне лечения пропafenоном (класс Ic) отмечалось уменьшение количества экстрасистол на 65%, но были отмечены единичные случаи (у наших больных в 2-х случаях из 43 наблюдений, что составило 5 %) бессимптомного увеличения количества экстрасистол. Амiodарон (класс III) является высокоэффективным антиаритмическим препаратом, обладающим наименьшим количеством побочных эффектов. По сводным данным рандомизированных исследований, эффективность амiodарона при фибрилляции предсердий превышает 60%. Синусовый ритм удавалось восстановить в среднем у 66% больных с мерцанием предсердий. При использовании бета-адреноблокаторов уменьшалась частота желудочковой экстрасистолии на 49%, однако в 15% случаев отмечалась синусовая брадикардия (менее 60 уд. в мин). В 5% случаев у больных, после назначения бета-блокатора возникали пароксизмы фибрилляции предсердий. Амiodарон крайне редко ($\approx 0,5\%$) вызывает развитие TdP. Также препарат достоверно снижает возникновение внезапной сердечной смерти в среднем на 30%. При лечении d,l-сotalолом (класс III) отмечено развитие TdP почти в 2% случаев. При анализе антиаритмического действия верапамила уменьшение числа суправентрикулярных экстрасистол произошло на 19%. Верапамил удлиняет интервал QT и может вызывать аритмию TdP. Аритмия, индуцированная гликозидами дигиталиса, проявлялась в виде желудочковой

экстрасистолии (54%), парных желудочковых аритмий (25%), суправентрикулярной тахикардии (33%), синусовой тахикардии (3,4%), мерцательной аритмии и трепетания предсердий (менее 2%), фибрилляции желудочков (2%).

Выводы. Наибольшее число аритмогенных побочных эффектов наблюдается у хинидина, а также у сердечных гликозидов, в то время как наименьшим аритмогенным препаратом является амиодарон. Безопасность антиаритмической терапии предполагает учет противопоказаний и взаимодействия получаемых больными лекарств, а также целесообразность использования комбинации препаратов из различных классов антиаритмических средств в более низких дозах, чем при монотерапии.

Кольченко А.А.

АНТИКОАГУЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТОРОЖНОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ПРИ ЧРЕЗКОЖНОМ КОРОНАРНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ

Научный руководитель – к.м.н. асс. Максимова Л.Ю.

Цели и задачи: оценка различных групп препаратов, применяющихся для антикоагуляционной терапии острого коронарного синдрома (ОКС).

Материалы и методы: исследование проводилось с включением более 200 пациентов, страдающих ОКС. Все пациенты были разделены на три группы. Первая группа пациентов принимал в качестве медикаментозного лечения бивалирудин, вторая группа – монафарм, третья – не фракционный гепарин. Все пациенты при поступлении обследовались при помощи электрографии, трансторакальной эхокардиографии, определялся уровень сердечного тропонина Т. На вторые сутки после оперативного вмешательства измерялся уровень агрегации тромбоцитов, для того чтобы адекватно подобрать антиагрегантный препарат. Лечение ОКС применялось стандартное. Отличалось оно только вышеуказанными препаратами в каждой группе. В первой группе бивалирудин вводился болюсно во время операции, а затем внутривенно-капельно в течение всей операции. Во второй группе монафарм вводился за 10-20 минут до операции в течение 3-5 минут. Третья группа получала гепарин в стандартных дозировках.

Результаты: в первой группе успех оперативного лечения составил 100%, во второй группе – 83%, в третьей – 93%. Миокард полностью стал вновь снабжаться кровью в 95 % случаев. Во 2 и 3 группах отмечались побочные эффекты и осложнения в 17% и 7% случаев соответственно. Осложнений в первой группе не было. Четко прослеживается тенденция увеличения числа осложнений во второй и третьей группах. К тому же в среднем у 4% из 2 и 3 группы возник инфаркт миокарда. Который потребовал повторного оперативного вмешательства. Стоит отметить важный факт, что кровотечений в группе бивалирудина не было, а в то время как в иных группах отмечались геморрагические осложнения. Не в одной группе не было летального исхода, но развились рецидивы стенокардии, в основном из-за появившегося инфаркта миокарда. В первой группе исследуемых ни одного подобного случая. Эндovasкулярное оперативное вмешательство острого коронарного синдрома, в конце концов, понадобилось 9 пациентам из 200.

Заключение: на данный момент самым распространённым антикоагулянтом считается гепарин, но нет доказательной базы, что гепарин полезен про его использование с аспирином. Чтобы гепарин заработал дополнительно необходим антитромбин III/ гепарин, как антитромбиновое средство, оказывает много эффектов, которые трудно контролировать. У гепарина плохая биодоступность, и он способен неспецифическим способом связываться с белками крови. Блокаторы гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов (монафарм). Данные препараты помогли значительно улучшить состояние пациентов с ОКС после ЧКВ. Лекарственные вещества этой группы способны угнетать функцию тромбоцитов достаточно длительно, но иногда это угнетение является необратимым – управление препаратом очень сложное. Всё выше описанное свидетельствует о высоком риске возникновения геморрагических осложнений (кровотечения). Блокаторы гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов используются только по строгим показаниям и в индивидуальном порядке. Применяться блокаторы рекомендовано при ЧКВ с тяжелыми закупорками коронарных артерий. Прямые ингибиторы тромбина (бивалирудин). По данным многочисленных компетентных исследований бивалирудин считается высокоэффективным лекарственным средством при ОКС, не обладает побочными реакциями в виде кровотечений и не приводит к подобным осложнениям. Прогноз выздоровления пациентов ОКС значительно улучшается при использовании препаратов. Кроме этого улучшается и экономическая составляющая.

Котенёва Е.С.

БЛОКАДА ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Научный руководитель- к.м.н., асс. Максимова Л.Ю

Цель исследования: оценка неблагоприятных исходов (смерть и случаи инфаркта миокарда (ИМ)) у больных с нестабильной стенокардией (НС) в сочетании с блокадой левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ).

Материал и методы: Объект исследования – тестовая группа из 46 пациентов с НС и БЛНПГ и контрольная группа – 90 пациентов с НС без БЛНПГ. Место подбора – кардиологическое отделение. Динамический тип исследования в течение 14 дней пребывания в стационаре. Критерии включения в тестовую

группу: пациенты с НС и БЛНПГ. Критериями исключения: синдром WPW, гиперкалиемия, желудочковый и узловой ритм сердца, искусственный водитель ритма, пороки сердца, операции по реваскуляризации миокарда за текущий госпитальный период. НС диагностировали согласно рекомендациям обществ ACCF/AHA (2012).

Критериями БЛНПГ были рекомендации American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee (2009). Неблагоприятный исход оценивали как случаи смерти и инфаркта миокарда за период настоящей госпитализации. Различие оценивали методом X-квадрат

Результаты: в тестовой группе пациентов умерли 5 пациентов (9,8%), что в 3,7 раза чаще, чем в контрольной группе – 8 (2,6%), $p=0,049$. Средний срок жизни пациентов тестовой группы составил 13 суток, время дожития (время жизни в стационаре 75% пациентов) составило 10. Средний срок жизни пациентов в контрольной группе был 14 суток, а время дожития 11. ИМ в тестовой группе зарегистрирован у 7 пациентов (13%), что 2,6 раза чаще, чем в контрольной 17 (5%), $p=0,048$.

Выводы: При БЛНПГ у пациентов с НС смертность в 3,7 раза выше и риск развития ИМ в 2,6 раза больше, чем при НС без БЛНПГ. При НС и БЛНПГ средний срок жизни в стационаре и время дожития меньше на 1 сутки, чем при НС без БЛНПГ.

Полковник Е. С.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И ПРЕДПОЧТЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА ИМЕЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ ПАТОЛОГИЮ И НЕФРОПАТИЮ

Научный руководитель- ассистент Кривонос Н.Ю.

Цель исследования: Изучение частоты и предпочтения назначения статинов у пациентов с сахарным диабетом (СД) II типа имеющих сердечно-сосудистую патологию и нефропатию.

Материалы и методы: Работа выполнена в городской клинической больнице города Донецк. Проанализированы медицинские карты 87 пациентов (58 женщин и 29 мужчин) в возрасте от 23 до 84 лет (средний возраст- $63\pm 0,18$ лет) с СД II типа. Обследуемые пациенты разделены на две сопоставимые по половому и возрастному составу группы. Первая группа (основная) состояла из 44 пациентов с сочетанием СД и АГ (проходили лечение в эндокринологическом отделении), из них у 7 пациентов была нефропатия, а вторая (группа сравнения) включала 43 пациента с АГ и СД (проходили лечение в кардиологическом отделении), из них 1 пациент был с нефропатией.

Критерии включения в исследование: наличие СД более трех лет в анамнезе и АГ II-III степени по классификации Европейских обществ гипертензии и кардиологов. Из исследования исключали больных с кетоацидозом и хронической почечной недостаточностью (ХПН).

Результаты: В качестве гиполлипидемической терапии как в основной группе, так и в группе сравнения использовались статины. Наиболее часто использовался аторвастатин (96% случаев), в остальных (4% случаев) использовался розувастатин. Обращает на себя внимание крайне низкое использование статинов в основной группе (23% случаев), причем у пациентов с наличием нефропатии статины использовались в (14% случаев). Совсем иная картина в группе сравнения в кардиологическом отделении, где терапию статинами получали 42 из 43 пациентов (97% случаев), в том числе и пациент с нефропатией, розувастатин использовался в (9,5% случаев). Вышеописанные данные по основной группе могут свидетельствовать о бытующем среди эндокринологов мнении о неблагоприятном воздействии статинов на показатели углеводного обмена как у больных сахарным диабетом, так и у лиц, не страдающих этим заболеванием.

Выводы: При выборе гиполлипидемической терапии у больных СД 2 типа в основной и контрольной группах отдают предпочтение статинам, преимущественно аторвастатину (96% случаев). В основной группе использование статинов в лечении больных с СД, является неоправданно низким- всего (23% случаев).

Добавление статинов в комплекс лечения при СД 2 типа является обязательным. Их очевидная польза, выражающаяся в снижении сердечно-сосудистых осложнений и сердечно-сосудистой смертности, а также нефропротективном эффекте, многократно доказана и не вызывает каких-либо серьезных сомнений, и, следовательно, статины необходимо назначать пациентам с СД.

Сердюк В.В.

ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ ДИУРЕТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Научный руководитель – асс. Майлян Д.Э.

Цель исследования. Определить гипотензивный эффект торасемида у пациентов с ХСН, обусловленной ЭАГ.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 20 пациентов с ХСН III функционального класса согласно классификации NYHA, была обусловлена ЭАГ II стадии, 1-2 степени тяжести без сопутствующей патологии почек. Для лечения пациентов использовался торасемид (“Трифас” фирмы “Berlin-Chemie, Menarini”) в дозе 10 мг в сутки. Пациенты не принимали других гипотензивных препаратов.

У пациентов была проведена регистрация колебаний АД с помощью монитора ВАТ-41-2 (Украина) до и на четвертый день лечения. Измерения выполнялись при отсутствии физических и эмоциональных перегрузок.

Частота измерений в активный (с 8.00 до 21.00 ч) и пассивный (с 21.00 до 8.00 ч) периоды составила 1 раз на 15 и 30 минут соответственно. Пациенты были предварительно обучены правилам пользования с измерительным устройством.

Результаты и их обсуждение. До начала лечения уровень систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД) составили $162,4 \pm 2,4$ мм рт. ст. и $103,6 \pm 1,4$ мм рт. ст. соответственно, что превышало ($p < 0,05$) нормальные показатели на 15,6 % и 15,1% соответственно. На 4-й день лечения было зарегистрировано снижение показателей САД и ДАД на 15,4% и 14,5% до $137,5 \pm 2,1$ мм рт. ст. и $88,2 \pm 1,0$ мм рт. ст. соответственно.

При изучении суточных профилей АД было отмечено, что до начала лечения пациентов с профилем Dipper было 50 %, Non-dipper – 26 %, Night-peaker – 21 % и Over-dipper – 3 %. Распределение пациентов с суточным профилем АД на фоне приема торасемида изменился в лучшую сторону. Индивидуальные профили АД в основном изменились у пациентов с типом Non-Dipper и Night-peaker. Пациентов с профилем суточного АД Dipper стало 65 %, с профилем Non-dipper – 20 %, а с Night-peaker – 12 %.

Выводы. При назначении торасемида в дозе 10 мг в сутки было достигнуто значимое снижение АД. После курсового приема данного препарата было отмечено уменьшение количества пациентов с профилями суточного АД Non-dipper и Night-peaker. Таким образом, торасемид у пациентов с ХСН, обусловленной ЭАГ, имеет не только диуретическое, противоотечное, кардиопротективное действие, но и выраженный антигипертензивный эффект.

Удод К.А.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Научный руководитель: к.м.н. асс. Максимова Л.Ю.

Цели: Проанализировать особенности течения ИБС у больных сахарным диабетом.

Материал и методы: Заполнялись специально разработанные анкеты. Проводились обследования больных, исследования холестерина, ЭКГ, Эхо-КГ. Измеряли уровень глюкозы крови с помощью глюкометра и анализатора. Под нашим наблюдением находилось 48 пациентов с СД 2 типа в возрасте от 36 до 74 лет, средний возраст – $56,7 \pm 4,4$ года.

Результаты: Продолжительность сахарного диабета 2 типа составила от 1 до 14 лет. Ожирение андроида типа выявлено у 100% (индекс массы тела – $35,4 \pm 0,6$ кг/м², окружность талии у мужчин – $112 \pm 2,5$ см и у женщин – $102 \pm 2,8$ см). Из анамнестических данных было установлено, что у 95 % больных ожирение развивалось в возрасте от 26 до 43 лет и предшествовало выявлению сердечно-сосудистых заболеваний и/или диабета в течение 6 – 14 лет. Распределение ожирения по степеням – 70% больных имели 1 степень ожирения (индекс массы тела – $28,4 \pm 1,2$ кг/м²), 24% – 11 степень ожирения (индекс массы тела – $33,5 \pm 1,4$ кг/м²), 6% – 111 степень ожирения (индекс массы тела – $37,8 \pm 1,8$ кг/м²). Артериальная гипертензия выявлена у 90% (артериальное давление $167,6 \pm 13,1$ и $100,7 \pm 1,7$ мм. рт. ст.), ишемическая болезнь сердца – у 80%, нарушения ритма сердца – у 12%. Средний уровень глюкозы натощак – $7,4 \pm 0,4$ ммоль/л, холестерина – $5,8 \pm 0,2$ ммоль/л. Гипертрофия левого желудочка (по ЭКГ и ЭхоКГ) отмечена у 80% больных и коррелировала с ИМТ и степенью артериальной гипертензии. Больные получали следующую терапию: инсулин, назначенный ранее – 10%, 4 % пациентов инсулин был назначен при данной госпитализации, метформин – 44%, глибенкламид – 40%, гликлазид МВ – 25%, комбинированная терапия проводилась у 6%, ингибиторы дипептидилпептидазы 4 – 14%, ингибиторы АПФ – 50%, диуретики – 10%, антагонисты кальция – 24%, β-блокаторы – 37%, статины – 33%, дезагреганты – 53%, цитопротекторы – 65%.

Только 17% пациентов принимали назначенные амбулаторно препараты регулярно, самоконтроль проводили 8%, соблюдали рекомендации по питанию – 27%.

Выводы: Сочетание ИБС и сахарного диабета ухудшает течение коморбидных заболеваний. Для уменьшения развития и прогрессирования поздних осложнений необходима коррекция гликемии, метаболических нарушений, гемодинамических показателей.

Черенкова А.А.

ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА КОГНИТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Научный руководитель – асс. Ермакова Е.Я.

Цель. Определить влияния антигипертензивных препаратов на когнитивные функции пациентов с эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материалы и методы. У 45 пациентов с ЭГ 1-2 степени, разделенных на 3 группы по 15 человек до и через месяц монотерапии ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) лизиноприлом, антагонистом кальциевых каналов (АКК) амлодипином или β- блокатором (ББ) биспрололом при помощи тестов «Таблицы Шульте» (ТШ), «Заучивание 10 слов» (ЗС) и «Reaction Time» оценивали когнитивные показатели. Использовали такие показатели, как психическую устойчивость, степень вработываемости, время простой сенсомоторной реакции (ВПСР), время реакции двухальтернативного выбора (ВРДВ).

Результаты. Разница между когнитивными показателями пациент трех групп до назначения препаратов была статистически незначимой.

Через 1 месяц от начала антигипертензивной терапии у пациентов, принимающих иАПФ, отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) уменьшение показателя психической устойчивости от $1,21 \pm 0,07$ до $0,92 \pm 0,04$ по данным теста ТШ. При оценке теста на время реакции было выявлено укорочение ВПСР от $437,2 \pm 12,1$ мс до $387,9 \pm 10,6$ мс. Изменение показателя ВРДВ не было статистически значимым ($p = 0,63$).

В группе пациентов, принимающих АКК, анализ результатов, полученных по данным ТШ выявил значимое ($p < 0,05$) снижение показателя психической устойчивости от $1,19 \pm 0,06$ до $0,94 \pm 0,03$, что позволяет судить о положительном эффекте амлодипина на психическую устойчивость пациентов. Также в данной группе через 1 месяц от начала антигипертензивной терапии отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) уменьшение ВПСР и ВРДВ до $364,4 \pm 11,3$ и $466,5 \pm 16,3$ мс.

У пациентов, принимающих ББ бисопролол, по результатам теста ТШ отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) увеличение степени вработываемости. До назначения терапии данный показатель составлял $0,90 \pm 0,03$, а через месяц после назначения препарата – $1,08 \pm 0,05$, что свидетельствует о том, что пациенты медленно включаются в предложенную деятельность. Стоит отметить, что изменение показателя психической устойчивости не было констатировано. Изменение длительности ВПСР также не было значимым ($p = 0,71$), но отмечалось незначительное увеличение ВРДВ от $504 \pm 16,2$ до $552,2 \pm 22,1$ мс ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что динамики в графиках, составленных по данным теста ЗС не отмечалось ни в одной из групп.

Выводы. Ингибиторы ангиотензин- превращающего фермента и дигидропиридиновые антагонисты кальциевых каналов улучшают когнитивные функции и повседневные функциональные показатели пациентов с ЭГ в отличие от блокаторов бета-адренергических рецепторов, которые удлиняют время реакции.

Черкащенко С.О.¹, Гагарина Д.О.²

ЭФФЕКТЫ СИМВАСТАТИНА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, ДНР Кафедра внутренних болезней, зав. кафедрой – д.мед.н., проф. Коломиец В.В., Научный руководитель – асс. Майлян Д.Э.

²Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Российская Федерация
Кафедра госпитальной терапии Зав. кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Голивец Т.П.

Цель . Определить влияние симvastатина на диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Было обследовано 25 пациентов мужского пола с эссенциальной гипертензией 2 степени и признаками МС, такими как повышение холестерина (ХС) липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) более чем $3,0$ ммоль/л, снижение концентрации ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) менее чем $1,0$ ммоль/л, абдоминальный тип ожирения и нарушение гликемии натощак. Измерения проводились дважды: до назначения гиполипидемической терапии и через 3 месяца после включения в терапию 20 мг симvastатина.

Диастолическую функцию оценивали по изменению времени изоволюмического расслабления (ВИВР), соотношению Е/А. Также оценивали толщину эпикардального жира, концентрации ХС ЛПНП, ЛПВП и уровень глюкозы сыворотки крови натощак.

Результаты. Через три месяца после включения в терапию симvastатина отмечалось статистически значимое снижения ХС ЛПНП от $3,43 \pm 0,15$ ммоль/л до $2,68 \pm 0,07$ ммоль/л ($p < 0,05$). Уровень ХС ЛПВП повысился с $0,86 \pm 0,06$ ммоль/л до $1,02 \pm 0,05$ ммоль/л ($p < 0,05$). Таким образом, на фоне терапии 23 пациента (92%) имели нормальный липидный профиль на гиполипидемической терапии. При этом одному пациенту (4%) симvastатин был отменен в связи с наличием побочных эффектов, а именно появлением болей в поперечнополосатых мышцах.

ВИВР уменьшилось с $82,7 \pm 3,2$ мс до $63,1 \pm 2,9$ мс, отношение Е/А статистически значимо увеличилось от $0,61 \pm 0,04$ до $0,98 \pm 0,04$ ($p < 0,05$). Таким образом, нормализация диастолической функции ЛЖ отмечалась у 21 пациента (84%).

Изменение глюкозы сыворотки крови натощак были статистически незначимыми. До включения в терапию симvastатина данный показатель был равен $6,5 \pm 0,33$ ммоль/л, а через 3 месяца после назначения симvastатином – $6,31 \pm 0,21$ ммоль/л ($p = 0,53$). К тому же, трехмесячный курс симvastатина не оказал значимого влияния на толщину эпикардального жира: $0,43 \pm 0,02$ см и $0,39 \pm 0,04$ см ($p = 0,66$).

Вывод. Включение в терапию пациентов с метаболическим синдромом симvastатина улучшает липидный профиль не оказывая существенного влияния на углеводный обмен. Трехмесячный курс симvastатина улучшает диастолическую функцию ЛЖ.

Черкащенко С.О.

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Научный руководитель – асс. Майлян Д.Э.

Цель исследования. Определить предикторы возникновения in-stent рестеноза из перечня общедоступных лабораторных исследований.

Материалы и методы. Исследуемую группу составили 25 пациента в возрасте от 47 до 63 лет, которым было проведено ЧКВ с имплантацией непокрытого стента. Этой группе пациентов была проведена коронароангиография (КАГ) до стентирования окклюзированного сосуда и через год после проведения ЧКВ. Также, у пациентов до вмешательства были измерены следующие биохимические показатели: общий холестерин (ХС), ХС липопротеидов высокой (ЛПВП), низкой (ЛПНП), очень низкой (ЛПОНП), средней плотности (ЛПСП), коэффициент атерогенности (КА) и С – реактивный белок (СРБ). Измерения вышеперечисленных показателей проводилось с помощью биохимического анализатора Cobas 6000 (Roche Diagnostics).

Результаты. Во время проведения ЧКВ у трех человек (13%) было выявлено изолированное повышение уровня СРБ до $8,3 \pm 1,2$ мг/л. У этой группы пациентов при повторном проведении КАГ рестеноз был выявлен в 66% случаев. У 14 человек во время проведения первичной КАГ были выявлены исключительно изменения в липидном профиле, а именно повышение общего ХС, ЛПНП, КА и снижение ЛПВП: $7,3 \pm 1,2$ ммоль/л, $5,9 \pm 0,7$ ммоль/л, $11,9 \pm 1,5$, $0,5 \pm 0,2$ ммоль/л соответственно. У этих пациентов во время вторичной КАГ рестеноз был обнаружен в 64% случаев. Следует отметить, что у 3 пациентов, которые не имели рестеноза, удалось достичь стойких нормальных показателей липидного профиля через 2 месяца после ЧКВ.

У одного человека было выявлено повышение СРБ, ХС, ХС ЛПНП, КА и снижение ЛПВП. Через 1 год при контрольной КАГ у данного пациента был выявлен рестеноз в месте имплантации стента более чем 80%.

У остальных 7 пациентов показатели СРБ и липидного профиля находились в референсных пределах. Через 1 год только у 2 из них (29%) отмечалось возникновение стенозирования стентированного участка более чем на 50% его диаметра.

Вывод. Таким образом, в качестве предикторов рестеноза, из общедоступных лабораторных исследований, можно выделить уровень СРБ и показатели липидного профиля (общий ХС, ХС ЛПНП, КА). Полученные результаты указывают на необходимость коррекции данных показателей у пациентов, которым планируется проведение планового ЧКВ и у тех, которым уже проведено неотложное вмешательство.

Ямпольский Н.О.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОПОРОЗОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Научный руководитель – к.м.н. асс. Максимова Л.Ю.

Цели: оценка коррекции артериальной гипертензии (АГ) у больных остеоартрозом (ОА) при лечении нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП).

Материалы и методы: исследование проводилось в течение двух недель. В него было включено 50 больных в возрасте от 48 до 70 лет (средний возраст $59 \pm 11,3$) с клиническими формами ОА II-III ст. тяжести. Основным методом лечения суставного синдрома явилось применение НПВП. У всех больных отмечалось повышение АД последние 5 лет (ср. уровень АД $160/110 \pm 20,76/8,72$ мм. рт. ст.).

Пациенты были распределены на 2-е группы. В 1-й группе (25 человек) лечение проводилось неселективными НПВП – диклофенаком по 150 мг/сут, пациентам 2-й группы (25 человек) в качестве противовоспалительного и обезболивающего средства назначался мовалис по 7,5-15 мг/сут, в течение всего курса лечения. Уровень АД измерялся 3р/день ежедневно. Проводилась эхокардиография.

Результаты: Исходные показатели уровня АД и гемодинамики в обеих группах пациентов превышали нормальные значения. Наиболее ранним ЭхоКГ признаком формирования гипертонического сердца является нарушение диастолической функции миокарда ЛЖ. В процессе исследования у больных ОА выявлено увеличение среднесуточного САД при лечении диклофенаком уже к концу первой недели от поступления ($16,76 \pm 4,0$ мм. рт. ст.) и небольшим повышением его на фоне приема мовалиса ($7,52 \pm 1,12$ мм. рт. ст.). В меньшей степени на фоне приема диклофенака (на $3,3 \pm 5,42$ мм.рт.ст), в отличие от мовалиса ($2,02 \pm 0,88$ мм. рт. ст.), увеличилось ДАД. Повышение АД сопровождалось учащением головных болей, кардиалгии, у 5 пациентов из первой группы развился гипертонический криз. Отрицательное влияние диклофенака на уровень АД у больных ОА с АГ побудило включить в план лечения антигипертензивный препарат эналаприл пациентам обеих групп. Результаты лечения АГ анализировали путем оценки антигипертензивного эффекта и регресса гемодинамических нарушений. В процессе лечения больных с ОА диклофенаком и мовалисом величина снижения уровня АД при приеме эналаприла. К концу пребывания в стационаре, в 1-й группе составило 18% для САД и 5,7 % для ДАД. Во 2-й группе, соответственно, 26% и 7,1%. Параллельно отмечалось улучшение показателей гемодинамики. Так, увеличилось время изоволюметрического расслабления, и улучшились показатели раннего наполнения ЛЖ в диастолу. Показателем эффективности лечения НПВП больных ОА был уровень боли, который оценивался по шкале ВАШ до и после курса лечения. В целом в изучаемых группах уровень

болевого синдрома снизился в 1-й группе в покое со 100 мм до 49 мм, при движении до 56 мм, во второй группе, соответственно, со 100 до 42 мм и 48 мм. Отмечалось не только уменьшение болей, но и снижение воспалительных проявлений.

Выводы: Таким образом, наблюдается повышение АД, частота и интенсивность которого в большей степени проявилась у больных ОА при применении диклофенака и в меньшей степени от применения мовалиса. Эти побочные реакции НПВС у больных ОА не только поддерживают повышенный уровень АД, но и вызывают нарушение внутрисердечной гемодинамики. В связи с этим больным с ОА в процессе лечения необходимо регулярно контролировать уровень АД. При назначении противовоспалительных препаратов также возникают кардиоваскулярные нарушения, что требует учета их фармакодинамики и комбинации с антигипертензивными препаратами (эналаприл) для предупреждения подъемов АД у больных, страдающий ГБ..

Попелнухина Л.Г., Самойлов В.Г., Барановский В.Г., Барановский М.И.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И УЩЕMLЁННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кафедра внутренних болезней

(заведующий и научный руководитель – проф. Коломиец В.В)

Частота встречаемости острого инфаркта миокарда (ОИМ) составляет 0,13%. В сравнении с ней частота ущемления диафрагмальных грыж ниже и составляет 0,012-0,014% на 10-5. Сама по себе диагностика ущемлённых диафрагмальных грыж не вызывает затруднений но, в некоторых случаях, может быть ошибочной при невнимательности врачей или при проведении неполного инструментального обследования.

Мы представляем клинический случай, который показывает дифференциальную диагностику ОИМ и ущемлённой диафрагмальной грыжи и возможные проблемы, с которыми можно столкнуться при её проведении. Пациент В., 65 лет при поступлении предъявлял жалобы на давящую боль в эпигастральной области и левом подреберье, которая иррадиировала за грудину, выраженную слабость. Больной дважды вызывал скорую медицинскую помощь 3.01.2016 и 4.01.2016. Был направлен и госпитализирован в БИТ кардиологического отделения ЦГБ №2 с подозрением на ОИМ. Объективно у больного присутствовал цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Одышки не было. Над легкими перкуторно легочной звук. ЧДД 19 в минуту, аускультативно везикулярное дыхание, в нижних отделах ослабленное. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Акцент второго тона над аортой. ЧСС 88 уд/ мин, АД 160/100 мм рт. ст.. Язык влажный, покрыт белым налетом. Мраморность кожи живота. Живот вздут, болезненный в эпигастрии, левом подреберье. Симптомы раздражения брюшины лечащим врачом выявлены не были. Печень перкуторно на 4,0 см ниже края реберной дуги, эластичная, край ровный. Петли кишечника пальпации недоступны. При аускультации перистальтика резко ослаблена. В ходе обследования больного было произведено ЭКГ. На ЭКГ в III отведении патологический зубец Q, элевация сегмента S-T составляет чуть более 1 мм, отрицательный зубец T, во II отведении патологический зубец Q отсутствует, но есть отрицательный зубец T и элевация S-T. Эти же данные подтверждаются в отведении avF: элевация сегмента S-T, отрицательный зубец T. Анализ крови на Тропонины I у данного больного отрицательный, что подвергает сомнению поставленный диагноз. В ходе обследования выполнены другие лабораторные исследования: Так на момент поступления у больного отмечается Высокие цифры лейкоцитов 18,3x10⁹/л, что явно выше должноствующих цифр при ОИМ. Повторное исследование показывает нам 21,7x10⁹/л. Не смотря на проведенную терапию, 5.01 больной умер. После вскрытия был сформулирован следующий патологоанатомический диагноз: "Ущемлённая параэзофагеальная грыжа. Некроз кардиального отдела и тела желудка в грыжевом мешке. Флегмона грыжевого мешка. Перфорация стенки тела желудка по большой кривизне. Разлитой фибринозно-гноный перитонит".

На примере данного клинического случая видно, что клиника ущемлённой диафрагмальной грыжи может маскироваться и быть ошибочно принятой за проявления острого инфаркта миокарда. Учитывая время проведенное пациентом на больничной койке, тяжесть его состояния уже при поступлении не позволили заподозрить и диагностировать истинное заболевание. И все же был допущен ряд диагностических ошибок: не назначено и не выполнено ОРОГК, невнимательность к отрицательным показателям Тропонина I и высоким цифрам лейкоцитов, нехарактерных для ОИМ, у пациента, не был приглашен на консультацию хирург.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии
и медицины неотложных состояний

Г.А. Городник¹, Н.Н. Смирнова, А.А. Оприщенко, О.В. Юдина ; Д.К. Гаенко

БЛОКАДА БЕДРЕННОГО И СЕДАЛИЩНОГО НЕРВОВ, КАК ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ, У ПОСТРАДАВШИХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.

*¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний
г. Донецк, ДНР ² Республиканский
травматологический центр, Донецк*

Цель: Вооруженный конфликт в нашем регионе имеет ряд особенностей: большое количество пострадавших поступающих одновременно; максимальное приближение лечебных учреждений к боевым действиям; дефицит врачей, а соответственно необходимость одному анестезиологу проводить анестезиологическое пособие двум – трем раненым одновременно.

В этих условиях в качестве основного варианта обезбоживания пострадавших с изолированной травмой нижней конечности был выбран метод регионарной анестезии – блокады бедренного и седалищного нервов.

Материалы и методы: Анестезия выполнялась в условиях противошоковой палаты приемного отделения, практически в ближайшие минуты после обеспечения венозного доступа и начала инфузионной терапии. В ходе лечения 50% больных была выполнена ампутация на уровне средней трети голени, 33,3 % наложен спице – стержневой аппарат голень-стопа и у 16,7 % выполнена ПХО ран мягких тканей голени и стопы. Возраст пострадавших составил $32,4 \pm 1,4$ года. 50 % пострадавших поступали в состоянии травматического, геморрагического шока I-II ст., а 50% со стабильными гемодинамическими показателями.

Всем больным на догоспитальном этапе оказывалась помощь в виде наложения кровоостанавливающего жгута и обезбоживания. В 100 % случаев на догоспитальном этапе с целью обезбоживания использовали агонист -антагонист опиоидных рецепторов буторфанол. Буторфанол вводился внутримышечно в дозировке от 1 до 3 мл. Доза зависела от массы тела пострадавшего и выраженности болевого синдрома. При поступлении пострадавшие оценивали интенсивность боли от 6 до 9 баллов по шкале ВАШ.

Результаты: От обезбоживания наркотическими анальгетиками мы отказались из-за характера обезбоживания на догоспитальном этапе и необходимости уменьшить количество пациентов нуждающихся в постоянном мониторинге витальных показателей. Всем раненым и пострадавшим проводили заместительную инфузионную терапию. Инфузию проводили коллоидами (в основном препаратами ГЭК) и кристаллоидами растворов в соотношении 1:2, что позволило сохранить стабильной гемодинамику на протяжении периода ожидания операции и на этапах ее выполнения.

В 33,3% случаев при выполнении оперативного пособия седация не проводилась. В остальных случаях в интраоперационном периоде седация обеспечивалась внутривенным введением 10 мг сибазона. По шкале ВАШ интраоперационно больные оценивали степень боли не более 2 баллов.

Вывод: блокада бедренного и седалищного нервов является наиболее эффективным и оптимальным методом обезбоживания у раненных и пострадавших с изолированной травмой одной конечности в условиях массового поступления.

ИММУНОЛОГИЯ И ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра иммунологии, аллергологии и эндокринологии
Зав. кафедрой – проф. Прилуцкий А.С.

Глушич С. Ю.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Прилуцкий А.С.

Цель исследования. Проанализировать данные литературы, касающиеся изменения функции щитовидной железы во время беременности.

Материалы и методы. Зарубежные и отечественные литературные источники.

Результаты. При нормально протекающей беременности происходят изменения в работе гипофизарно-тиреоидной системы. В организме матери эти перестройки зависят от ряда факторов: повышения хорионического гонадотропина человека (ХГЧ), эстрогена и, как следствие, тироксинсвязывающего глобулина (ТСГ); ускорения периферического метаболизма, изменения трансплацентарного переноса тиреоидных гормонов (ТГ) и их дейодирования. В организме каждой женщины изменения в работе щитовидной железы (ЩЖ) происходят с определенной динамикой, которая имеет свои особенности для каждого из влияющих факторов в зависимости от триместра беременности. Данные особенности влияют на содержание тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тетраидотиронина (Т4) и зависят от срока гестации. Вышеуказанные изменения необходимо учитывать при оценке их значений в соответствующие периоды беременности. На протяжении беременности ЩЖ матери вынуждена работать напряженно, поэтому у беременных женщин показатели ТГ могут выходить за пределы нормальных их значений. По последним данным отмечено, что у 9,7 – 30 % беременных женщин уровень ТТГ может быть выше или ниже триместр-специфических интервалов.

Выводы. Понимая механизмы и динамику происходящих изменений у беременных, важно своевременно диагностировать выраженность изменений функции ЩЖ; контролировать наличие в рационе питания йодсодержащих продуктов; учитывать активность адаптивно-приспособительных механизмов гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы.

Лыгина Ю.А.

ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ АЛЛЕРГИИ, СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К ЛИМОНУ

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии

Зав. каф. – д.мед.н., проф. Домашенко О.Н.

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Прилуцкий А.С.

Цель исследования: Изучение распространенности аллергических реакций, сенсibilизации к аллергенам лимона.

Материал и методы: Аналитический обзор литературных данных отечественных и зарубежных источников.

Результаты: Как правило, в повседневной практике лимон не является аллергеном, находящимся в фокусе внимания клиницистов. Изучение частоты сенсibilизации к лимону в мире проводится редко, и данные носят порой несколько противоречивый характер. Частота распространенности аллергии к лимону среди лиц различного возраста с пищевой аллергией, изученная при помощи специализированных опросников Kristjansson I. et al. (1999), Rance F. et al. (2005), Kavaliūnas A. et al. (2013) в Швеции, Исландии, Франции и Литве, колеблется от 1,2 до 6,8 %. Однако, Eriksson N.E. et al. (2004) при проведении анкетирования в 15 городах России, Швеции, Дании, Эстонии и Литвы зарегистрировали гораздо более высокую распространенность аллергии к лимону – 23,0 %. Следует отметить, что частота выявления специфических IgE-антител к лимону в исследованиях, проведенных Agarkhedkar S.R. et al. (2005) в Индии (среди детей 3-15 лет с бронхиальной астмой) и Дубровиной Л.Н. и др. (2009) в России (у подростков 10-17 лет с atopическим дерматитом) составила соответственно 35,9 и 79,0 % и была существенно выше, чем данные о непереносимости лимона, полученные при опросе. Лабораторные исследования Ишковой Н.С. и др. (2014) указывают на несколько более низкие, но очень близкие к предыдущим уровни сенсibilизации к аллергенам лимона (35,7 %). Необходимо указать, что применение прик-теста Недельской С.М. и др. (2011) и Няньковским С.Л. и др. (2015) выявило наличие повышенной чувствительности к лимону в примерно тех же пределах, она составила соответственно 41,0 и 57,5 % исследуемых. Следует уточнить, что Недельская С.М. и др. проводили исследования в группе детей и подростков 3-18 лет с бронхиальной астмой, а Няньковский С.Л. и др. изучали результаты прик-теста у лиц 6-17 лет с эозинофильными эзофагитами.

Выводы: Таким образом, результаты ряда исследований, проведенных в ряде стран мира показывают, что частота клинически регистрируемых реакций к лимону среди лиц с пищевой аллергией в большинстве

случаев колеблется от 1,2 до 6,8%. Вместе с тем, в отдельных исследованиях удельный вес пациентов, в анамнезе которых зарегистрирована непереносимость данного продукта, может достигать 23%. При этом уровень сенсибилизации, регистрируемый диагностикой как *in vitro* (определение специфических IgE), так и *in vivo* (кожными пробами), существенно выше клинически выраженных реакций на лимон и колеблется среди обследованных, имеющих аллергию к пищевым продуктам, примерно на одном и том же уровне (соответственно 35,7 – 79% и 41,0 – 57,5 %).

Мацегора А.С.

ЧАСТОТА И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К АЛЛЕРГЕНАМ ЯЙЦА КУРИНОГО У ЛИЦ С ОТЯГОЩЕННЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Прилуцкий А.С.

Цель исследования. На сегодняшний день, пищевая аллергия (ПА) регистрируется у миллионов людей, принимая характер пандемии XXI века. Одной из частых причин ПА является аллергия на антигены яйца куриного. Для больных с аллергией к яйцу довольно сложно полностью избежать потребления яиц, так как они содержатся во многих продуктах. Цель работы — изучить частоту специфической сенсибилизации к аллергенам (белка, желтка) яйца в различных возрастных группах.

Материалы и методы. Методом иммуноферментного анализа исследовались уровни специфических IgE у 277 пациентов. Все исследованные имели отягощенный аллергический анамнез. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы «MedStat».

Результаты. Установлена высокая частота сенсибилизации к аллергенам яйца среди лиц с пищевой аллергией, причем частота сенсибилизации к белку яйца оказалась наиболее высокой. В ходе исследования установлено, что в различных исследованных возрастных группах частота сенсибилизации к аллергенам яйца существенно колебалась. Так частоты сенсибилизации к аллергенам яйца достоверно не отличались между собой в возрастных группах до 2-х лет, от 2-х до 5-ти лет и в группе от 5-ти до 10 лет и были достоверно выше соответствующего показателя в группе старше 10 лет. Вместе с тем, между удельным весом сенсибилизации к аллергенам желтка яйца в группах до 2-х лет и старше 10 лет достоверной разницы выявлено не было.

Выводы. Вышеуказанные результаты следует учитывать при диагностике пищевой аллергии: оценке уровней сенсибилизации к аллергенам яйца куриного, как в практическом здравоохранении, так и в научных исследованиях.

Роговая Ю.Д.

МЕТОДЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Зав. кафедрой и научный руководитель – профессор Прилуцкий А.С.

Цель исследования. Изучение современных методов иммунологической диагностики туберкулеза и анализ их основных преимуществ и недостатков.

Материалы и методы. Проведен аналитический обзор научных публикаций отечественных и зарубежных авторов и интернет-ресурсов. Кроме того, изучены нормативно-правовые акты, регулирующие диагностику туберкулеза в странах мира.

Результаты. Согласно имеющимся литературным данным, возможно проведение реакции Манту в качестве первого этапа диагностики у детей в возрасте до 5-7 лет. При получении сомнительных или положительных результатов реакции Манту целесообразно использование более специфичных тестов (диаскин-тест, QuantiferonTEST, T-SPOT.TB) в качестве дополнительных, поскольку они позволяют провести дифференциальную диагностику между инфекционной и поствакцинальной сенсибилизацией. С целью отбора лиц на вакцинацию БЦЖ в возрасте ≥ 2 месяцев достаточно использовать только реакцию Манту. В связи с высокой стоимостью и сложностью методов индукции гамма-интерферона, они могут пока применяться лишь как референтные.

Выводы. Все современные методы иммунологической диагностики туберкулеза имеют как преимущества, так и недостатки, в связи с чем выбор определенного способа должен определяться целью исследования, возрастом пациента, наличием у него сопутствующих заболеваний и других факторов риска, а также с учетом данных о степени диагностической значимости и чувствительности методов. Учитывая не абсолютную специфичность, чувствительность и диагностическую эффективность реакции Манту и диаскин-теста, целесообразно иметь в арсенале исследований лабораторные диагностические наборы отечественного производства, что позволит снизить стоимость исследования и повысить его доступность. Следует также начать разработку неиндукционных иммунологических тестов, используя возможные новые маркеры туберкулезной инфекции.

Ткаченко К.Е.

ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К АЛЛЕРГЕНАМ ЯБЛОКА

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Прилуцкий А.С.

Цель исследования. Целью нашей работы явилось изучение половых особенностей специфической сенсибилизации к аллергенам яблока у лиц, страдающих пищевой аллергией.

Материал и методы. Нами исследовано 252 сыворотки крови больных (130 лиц мужского пола и 122 лиц женского пола), предъявляющих жалобы на развитие частых аллергических реакций на различные

продукты питания, проявляющиеся в виде атопического дерматита и крапивницы. У каждого больного определялся уровень специфического иммуноглобулина Е к яблоку (sIgE) с помощью разработанных иммуноферментных тест-систем (г. Донецк). Проведено сравнение уровней и частот специфической сенсibilизации к яблоку среди лиц разного пола. Статистический анализ выполнялся с помощью лицензионной программы «MedStat».

Результаты исследования. Средний уровень $M \pm m$ (25; 75 квартиль) sIgE среди мужчин составил $0,18 \pm 0,02$ (0,14; 0,26) МЕ/мл, а среди женщин $0,21 \pm 0,04$ (0,15; 0,26) МЕ/мл. Частота специфической сенсibilизации к антигенам яблока составила $11,5 \pm 2,8\%$ среди лиц мужского пола и $9,0 \pm 2,6\%$ среди лиц женского пола соответственно. Использование критериев: W- критерия Вилкоксона и углового преобразования Фишера с учетом поправки Йейтса не выявило статистически значимых различий между группами мужского и женского пола ни в средних уровнях sIgE к яблоку, ни в частотах сенсibilизации к антигенам яблока.

Выводы. Достоверных различий в средних уровнях sIgE к яблоку и частотах специфической сенсibilизации к яблоку среди лиц мужского и женского пола не выявлено.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького Кафедра дерматовенерологии Зав. кафедрой – доц. Романенко К.В.

Бородина В.В.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОГЕННОЙ ФОТОЗАЩИТЫ И КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ КОЖНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Научный руководитель д.мед.н., проф. Белик И.Е.

Введение. Отмечается рост заболеваемости ККВ. В тоже время влияние эндогенной фотозащиты и условий жизни на состояние больных ККВ изучено недостаточно.

Цель. Основываясь на данных литературы и клинико-анамнестических исследований сопутствующих патологий у больных ККВ выявить влияние эндогенной фотозащиты и условий жизни на состояние больных.

Материалы и методы. Проведено клинико-анамнестическое исследование сопутствующей патологии у больных ККВ. Оценивались выраженность фотосенсибилизации и ее значение в возникновении рецидивов болезни; характер условий труда (присутствие стрессовых факторов, обостряющих заболевание); длительность и интенсивность инсоляции в солнечно-активный период года; прием витаминных препаратов; режим использования больными ККВ наружных фотопротекторных средств; особенности питания больных (удельный вес в диете продуктов, содержащих фотозащитные факторы и удельный вес продуктов, содержащих фотосенсибилизирующие вещества). В связи с этим, нами была разработана анкета «Особенности режима пищевой фотокомпенсации больного ККВ», которую мы применили для исследования режима регулярного потребления больными ККВ продуктов, содержащих естественные пищевые фотозащитные факторы – продуктов, содержащих в достаточном количестве эндогенные фотопротекторы – витамины и антиоксиданты. Интерпретация данных анкет больных ККВ проводилась следующим образом: употребление продукта: «0» баллов – никогда; «+1» – редко; «+2» – 1 раз в неделю; «+3» – несколько раз в неделю; «+4» – ежедневно. Максимальное количество баллов – «+244», чем выше количество баллов, тем выше пищевая фотокомпенсация (фотозащита).

Результаты. В результате исследований было обнаружено, что присутствие стрессовых факторов, длительная инсоляция и недостаточное употребление продуктов, содержащих фотозащитные факторы негативно влияют на состояние больных ККВ.

Выводы. В ходе исследований было выявлено непосредственное влияние эндогенной фотозащиты и условий жизни и труда на состояние больных ККВ.

Краснощёких А.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КОЖНОЙ И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Научный руководитель д.мед.н., профессор Белик И.Е.

В последние годы регистрируется увеличение заболеваемости красной волчанкой (КВ) – тяжело протекающего аутоиммунного заболевания с различными вариантами течения – кожной (ККВ) и системной (СКВ) КВ.

Цель. Изучить дифференциально-диагностические клинико-иммунологические показатели при ККВ и СКВ с целью оптимизации лечения, профилактики рецидивов заболевания у больных КВ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились больные ККВ и СКВ, находившиеся на лечении и/или консультации и обследовании в республиканском клиническом дерматовенерологическом центре. Для изучения патогенеза и диагностики заболеваний, при помощи гистологического и иммунологического методов был проведен анализ частоты встречаемости антинуклеарных антител (АНА) в сыворотке крови, отложений иммунных комплексов (ИК) в биоптатах пораженной кожи, а также LE-клеток в периферической крови у 20 больных. Из них 5 больных СКВ, 15 – ККВ.

Результаты. Из 5 больных СКВ у 4 больных были обнаружены LE-клетки. У этих больных в патологический процесс были вовлечены суставы, почки, сердечно-сосудистая система. В общем анализе крови больных СКВ показатели СОЭ находились в диапазоне от 30 – 59 мм /ч, отмечались лейко- и лимфопения. При исследовании тех же показателей у больных ККВ из 15 больных LE-клетки были обнаружены лишь у 2 пациентов. По результатам исследования биоптатов пораженной кожи отложения ИК выявлены в очагах поражения у всех обследуемых больных СКВ и только 1/3 больных ККВ. В сыворотке крови были выявлены АНА у всех больных с СКВ и только у 3 больных ККВ. У больных ККВ с наличием LE-клеток и АНА в сыворотке крови, ИК в биоптатах, отмечались некоторые системные проявления заболевания (повышение СОЭ, субфебрильная температура, артралгии, астенические явления).

Вывод. Таким образом, у больных ККВ наличие LE-клеток, наличие АНА в сыворотке крови, отложение ИК в очагах поражения можно рассматривать как плохие прогностические признаки течения ККВ. Наличие

этих признаков у пациента является важным критерием в определении индивидуальной тактики ведения больного ККВ.

Милус М.В.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Научный руководитель д.мед.н., проф. Белик И.Е.

Цель исследования. Используя данные научной литературы, лабораторных исследований и дерматологических осмотров пациентов с атопическим дерматитом определить клиническое значение осложнений грибковой (кандидозной) инфекцией.

Материалы и методы. Проведены дерматологические осмотры детей с атопическим дерматитом от 2 месяцев до 6 лет, исследование крови на наличие IgE-антитела к грибковым антигенам микотическое исследование материала, взятого с пораженных участков кожи, твердофазовый иммуноферментный анализ крови для определения антител к дрожжеподобным грибам рода *Candida albicans* и исследование иммунного статуса пациентов с атопическим дерматитом.

Результаты. В результате исследований было обнаружено, что из 32 детей с атопическим дерматитом у 22 течение осложнилось грибковой инфекцией. У 20 из них очаги кандидозной инфекции были локализованы на щеках, на лбу, в области носогубной складки, на ушах и за ушами, а так же на предплечьях, в межягодичных паховых складках. Помимо этого выявлены изменения показателей иммунного статуса при атопическом дерматите, осложненном кандидозной инфекцией, что свидетельствуют о развитии вторичной иммунной недостаточности, и является показанием для включения в состав комплексного лечения иммунокорректирующей терапии, направленной на стимуляцию Т-клеточного иммунитета и фагоцитарной активности нейтрофилов. Использование иммуноферментного анализа для определения антител класса G к антигенам дрожжеподобных грибов рода *Candida albicans* вместе с микологическим исследованием позволяет четко дифференцировать *Candida* инфекцию у пациентов, страдающих атопическим дерматитом от транзитного присутствия в организме грибов рода *Candida*. В наших исследованиях было обнаружено, что в 68% случаев обнаруживаются антитела класса G. Аллерген-специфические IgE-антитела к грибковым антигенам определялись в 70% случаев.

Выводы. В ходе исследований выявлено, что микотическая сенсibilизация у пациентов с атопическим дерматитом способствует утяжелению клинической картины заболевания, пролонгированию кожных проявлений, снижению показателей иммунного статуса и формированию потребности в постоянном лечении антимикотическими и иммунокорректирующими препаратами.

Мироненко О.А.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., доц. Романенко К.В.

Актуальность. Избирательное накопление фотосенсибилизатора в пролиферирующих тканях позволяет применять его при фотодинамической терапии (ФДТ) псориаза. Весьма актуально появление новых фотосенсибилизаторов хлоринового ряда, обладающих высокой селективностью накопления в патологических клетках и коротким сроком выведения их из организма.

Цель исследования. Оценить эффективность фотодинамической терапии псориаза с использованием новых фотосенсибилизаторов хлоринового ряда.

Материалы и методы. 36 больных бляшечным псориазом в стационарной стадии в возрасте от 21 до 50 лет без соматической патологии распределены на 2 группы, сопоставимыми по полу, возрасту и распространенности дерматоза (PASI 8-16%). Первой основной группе (n=20) проводили ФДТ с внутривенным капельным введением фотосенсибилизатора «Фотодитазин» в дозе 0,3-0,4 мг/кг с последующим (через 1,5 часа) однократным лазерным облучением на аппарате «Укол-01-ВЛОК» (длина волны 661 нм, мощность на выходе 15 мВт) в течение 30 минут, с последующим 2-х суточным соблюдением светового режима. Для усиления клинического эффекта на крупные бляшки у 9 человек сразу после внутривенной, ФДТ назначали локально, используя аппарат «Ламеда» (длина волны 660 нм, мощность 3 Вт, плотность мощности 0,07-0,08 Вт/см² по полипозиционной методике из расчета плотности подведенной дозы 35-40 Дж/см²).

Пациенты второй группы сравнения (n=16) получали традиционное лечение (поливитамины, седативные и иммуностимулирующие препараты, наружно – кератолитические и рассасывающие мази) и УФО (эритемные дозы по зонам, на курс №10) в течение 20-25 дней.

Результаты. У больных первой основной группы клиническое выздоровление достигнуто у 10 (50%), значительное улучшение (снижение PASI на 75% и более) – у 6 (30%) и улучшение (уменьшение PASI на 74-50%) – у 4 (20%). Побочные эффекты отсутствовали. Из 16 больных второй группы сравнения клиническое выздоровление достигнуто у 4 (25%), значительное улучшение у 6 (37,5%), улучшение у 4 (25%), эффект отсутствовал у 2 (12,5%). Таким образом, клинический эффект (клиническое выздоровление и значительное улучшение) у больных первой основной группы, получавших ФДТ, достигнут у 80%, тогда как во второй группе традиционного лечения – у 62,5%.

Выводы. Фотодинамическая терапия с использованием фотосенсибилизатора «Фотодитазин» является эффективным (80%) методом лечения псориаза. Данная терапия позволяет достичь клинического эффекта за короткое время в сравнении с традиционной терапией (62,5%).

Повова О.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ СЫПИ

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., доц. Романенко К.В.

Цель исследования- выбор оптимального метода лечения акне **Методы исследования:**

Местные ретиноиды – влияют на процессы ороговения (кератинизацию и десквамацию), снижают салоотделение, усиливают пролиферацию эпителиоцитов кожи и обладают определенным противовоспалительным действием

Топические антибиотики – назначение показано при папуло-пустулезных акне легкой и средней тяжести в комбинации с топическими ретиноидами или бензоил пероксидом

Фузидиевая кислота выпускается для наружного применения в виде 2% крема (фуцидин), обладает способностью хорошо проникать через неповрежденную кожу и оказывает выраженное бактерицидное действие [7]. Крем применяют 2 раза в день в течение 7 дней. α -гидроксикислоты (АНА) — яблочная, тартаровая, цитрусовая, молочная, гликолевая — обладают комедолитическим свойством. При концентрации АНА 30–70% (гликолевый пилинг) лечение проводится утром 1 раз в день, в вечернее время назначают ретиноиды. Препараты с концентрацией кислоты 10–15% (эксфолиак, крем 10; эксфолиак, крем 15) назначают пациентам с акне ежедневно в течение 8 нед. При низких концентрациях АНА лекарственные средства назначаются в межрецидивный период и для профилактики осложнений угревой болезни (рубцов и пигментации).

β -гидроксикислоты — салициловая кислота, резорцин — влияют на фолликулярный гиперкератоз, так как являются слабыми кератолитиками и обладают противовоспалительными свойствами.

Гиалуроновая кислота в сочетании с цинком (куриозин гель) используется как профилактическое средство после разрешения клинических проявлений акне. Гиалуроновая кислота способствует формированию косметических рубцов. Препарат наносят 2 раза в сут до достижения клинического эффекта.

Системные антибиотики – наиболее часто применяют эритромицин и тетрациклин. Лечение антибиотиками проводят длительно, 6–8 нед и дольше. Назначаются дозы с 1 г в сутки циклами по 5–10 дней без перерывов, но со снижением суточной дозы в каждом последующем цикле на 0,1–0,2 г, доводя постепенно суточную дозу до 0,1–0,2 г. Одновременно с антибиотиками необходимо назначать противогрибковые препараты для профилактики кандидозов и препараты цинка (сульфат или окись цинка 0,02–0,05 — 2–3 раза в день после еды). **Оральные контрацептивы** обладают фармакологическим действием, связанным с блокированием рецепторов андрогенов и уменьшением их эндогенного синтеза. В результате тормозится секреция сальных желез.

Диане-35 содержит 2 мг ципротерона ацетата и 35 мкг этинилэстрадиола. Препарат назначают только женщинам, с 5-го дня менструального цикла ежедневно 1 драже в сутки в течение 21 дня, затем — 7-дневный перерыв.

Выводы: По степени влияния на основные факторы патогенеза действие препаратов проявляется так, что ретиноиды являются самыми эффективными средствами для контроля гиперкератинизации фолликула и предотвращения развития микрокомедонов. В меньшей степени на этот процесс влияют бензоил пероксид, азелаиновая и салициловая кислота. По влиянию на *P. acnes* на первом месте стоит бензоил пероксид, затем антибиотики и азелаиновая кислота и в меньшей степени изотретиноин. Уменьшению секреции кожного сала способствуют ретиноиды и гормональные препараты. Менее всего современные лекарственные средства влияют на процесс воспаления в области угревых элементов.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО

Зав. кафедрой – проф. Проценко Т. В.

Христуленко А. А.

ИННОВАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Научный руководитель – проф. Проценко Т. В.

Цель: оценить возможности дермоскопии в диагностике различных клинических форм базальноклеточных карцином кожи (БКК).

Материалы и методы: обследовано 14 больных (6 мужчин, 8 женщин) в возрасте от 28 до 65 лет, с различными клиническими вариантами БКК, в т.ч.: солидная – 6, поверхностная – 3, склеродермоподобная – 2,

пигментная – 1, язвенная - 2. Диагноз БКК во всех случаях подтвержден гистологически. Дерматоскопическая диагностика выполнялась с помощью дерматоскопа HEINE DELTA 20 и FotoFinder handyscope. Анализировали следующие дерматоскопические компоненты: сосудистый, пигментный, нарушение кератинизации. Статистическая обработка данных выполнена на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ Statistica 7 for Windows, Microsoft Excel XP.

Результаты и их обсуждение. При клиническом осмотре солидные БКК выглядели как папула или узел розового, красного цвета с перламутровым оттенком. Поверхностные БКК были в виде единичных очагов розового или красновато-буроватого цвета с мелкопластинчатым шелушением на поверхности и «перламутровыми жемчужинами» по периферии. Склеродермоподобные БКК были в виде уплотненного склерозированного очага, напоминающего рубцовую ткань, бледно-розового цвета с желтоватым оттенком, по периферии – зона покрытая корочками. Пигментная БКК была характерной темно-коричневой окраски и имела «жемчужный ободок». Язвенные БКК имели центрально расположенное изъязвление, окруженное приподнятым валиком розового цвета с мелкоузелковыми элементами светло-серого цвета по периферии.

Если солидной БКК присуща характерная клиническая картина данного заболевания, то при поверхностной, склеродермоподобной, язвенной и пигментной формах необходимо проводить дифференциальную диагностику с другими дерматозами (красная волчанка, себорейный кератоз, склеродермия).

При анализе дерматоскопических признаков установлено, что пигментный компонент был представлен серо-голубыми глобулами, максимально выраженным признак был при пигментной БКК. Нарушения кератинизации были в виде чешуек и множественных микроэрозий, максимально выраженным признаком был при поверхностной и язвенной БКК.

При сравнительном анализе различных признаков, наиболее характерным оказался сосудистый, наблюдавшийся в различной степени выраженности при всех клинических формах БКК. Сосудистый признак был в виде следующих вариантов сосудов: древовидных, полиморфных, состоящих из неровных линий, точек, шпилек, коротких тонких телеангиэктазий. Проведена количественная оценка сосудистого признака, включающая 4 балльную шкалу выраженности изменений (0 – отсутствие признака, 1 – слабовыраженные единичные древовидные сосуды, 2 – слабовыраженные, единичные, но разветвленные древовидные сосуды, 3 – резко выраженные, множественные, разветвленные древовидные сосуды, наряду с полиморфными сосудами, состоящие из неровных линий, точек, и шпилек, короткими тонкими телеангиэктазиями). Степень выраженности сосудистого признака была максимальной при язвенной и солидной формах БКК, и в большей степени зависела от активности роста опухоли.

Выводы: дерматоскопия является информативным неинвазивным инновационным методом диагностики новообразований кожи, доступным на амбулаторном приеме, существенно повышающим диагностические возможности врачей-дерматологов и может применяться в поликлинической практике для ранней диагностики новообразований кожи.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
Зав. каф. – д.мед.н., проф. Вакуленко И.П.

В.А. Белькова

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Губенко О.В.

Цель исследования. Проанализировать данные компьютерно- томографических (КТ) исследований пациентов, получивших огнестрельную черепно-мозговую травму (ЧМТ).

Материал и методы. Данные КТ-исследований 193 пострадавших с проникающей огнестрельной ЧМТ, проходивших лечение в Донецком клиническом территориальном медицинском объединении. Мужчин было 177, женщин – 16. Пациентов детского возраста – 7 (3,6%). Исследования проводились на аппарате Philips Brilliance-16 с шагом 1,5мм и последующими реконструкциями изображений.

Результаты. Пациентов распределили на две группы: со слепыми (184 чел. – 95,3%) и сквозными (9 чел. – 4,7%) ранениями головного мозга. Входное отверстие наблюдалось в лобной области (23 чел. -11,9%), височной – 65чел. (33,7%), теменной – 68чел. (35,2%), затылочной – 11чел. (5,7%), в двух областях и более – 26чел. (13,5%). Инородное тело визуализировалось в виде гиперденсивного очага денсивностью выше 2000 единиц Хаунсфилда (едН) с радиарными артефактами. Денсивность очага и степень выраженности артефактов зависели от химического состава инородного тела. Вдоль раневого канала определялись мелкие гиперденсивные (55-65едН) очаги – кровоизлияния и также гиперденсивные (850-950едН) очаги – отломки костной ткани. Огнестрельные ранения всегда сопровождалась внутрочерепными гематомами.

Выводы. Инородные металлические тела обладают специфическими КТ-характеристиками. В связи с этим КТ является единственным методом диагностики внутрочерепных повреждений при огнестрельных ранениях головного мозга.

Винников С. Ю., Москаленко Е. В.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С И БЕЗ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Вакуленко И. П.

Цель исследования: определение влияние инфаркта миокарда (ИМ) на ремоделирование сонных артерий с и без предшествующей стенокардии.

Материал и методы. Исследованы диаметры и толщина комплекса интима-медиа (КИМ) общих сонных артерий ультразвуковым методом у 17 пациентов с ИМ и длительно существующей предшествующей стенокардией – группа наблюдения, 16 пациентов с ИМ и без предшествующей стенокардии – группа сравнения, 16 здоровых добровольцев – группа контроля . Мы изучали изменения диаметра ОСА на неизменном участке в средней порции и толщину КИМ ОСА на 1 см проксимальнее её бифуркации по задней стенке.

Результаты. В исследовании определялось ремоделирование ОСА в группе наблюдения относительно группы контроля в виде увеличения диаметра на 14,3% ($p<0,025$). В группах контроля и сравнения, а также группах наблюдения и сравнения статистически значимых различий диаметров ОСА не определялось. У пациентов в группе наблюдения определялось утолщение КИМ ОСА относительно групп сравнения и контроля на 5,4% ($p<0,05$) и 27,4% ($p<0,001$), соответственно. Статистически значимой разницы толщины КИМ ОСА в группах сравнения и контроля не определялось.

Выводы: При ИМ и длительно существующей стенокардией определяется ремоделирование ОСА в виде утолщения КИМ в сравнении с пациентами с ИМ и без предшествующей стенокардии, а также утолщение КИМ и диаметра ОСА в сравнении со здоровыми добровольцами.

Л.Н. Козыр

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЯИЧНИКОВ

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Губенко О.В.

Цель исследования. Проанализировать данные о возможностях установления клинической формы рака яичников (РЯ) лучевыми методами исследования.

Материал и методы. Проанализировано 65 литературных источников, из них 28 – на русском языке.

Результаты. Различают первичный РЯ, возникающий первично непосредственно в яичнике; вторичный, развивающийся в кистоме яичника, и метастатический. Гистологически: сосочковый, железистый и солидный РЯ.

Анализ литературы показал, что даже результаты стандартного гистологического исследования не всегда позволяют однозначно дифференцировать первично-множественный процесс от метастатического поражения.

В обнаружении РЯ важное значение имеет ультразвуковое сканирование органов малого таза с доплерографией. Тогда как компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография позволяют уточнить объем и распространенность опухолевого процесса.

Распространенность процесса (одно- или двусторонний) не явилась дифференциальным критерием. Первичный РЯ преимущественно кистозный с нечеткими, неровными контурами, создающий единый конгломерат с маткой. Метастатический РЯ солидной структуры, реже с некрозом в центре, с четкими бугристыми контурами, связь с маткой отсутствует. Часто определить наличие или отсутствие связи с маткой по данным одного исследования затруднительно.

Выводы. Оптимальным методом исследования для обнаружения РЯ является ультразвуковой. Дифференциальная диагностика первичного и вторичного поражения яичников должна быть комплексной.

Колесникова О.А.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА ПРИ МИТРАЛЬНОЙ КОНФИГУРАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ ТЕНИ

Научный руководитель – проф. Первак М.Б.

Цель исследования – разработка алгоритма лучевой диагностики при митральной конфигурации сердечной тени.

Материал и методы: для достижения цели был проведен анализ научной литературы по данной проблеме.

Результаты: Было установлено, что в соответствии с рекомендациями европейского и северо-американского руководств по выбору лучевых методов исследования всем больным с подозрением на кардиальную патологию показана рентгенография органов грудной полости. При этом ведущим рентгенсиндромом является изменение формы сердечной тени.

Основным признаком, определяющим конфигурацию, является выраженность «тали» сердца. Если «талия» сглажена или отсутствует (за счет выбухания увеличенных 2-й и (или) 3-й дуг левого контура сердца), то говорят о митральной конфигурации.

Для дифференциации заболеваний, которые могут обусловить такую форму сердечной тени, следует, прежде всего, изучить состояние левого предсердия.

Если левое предсердие увеличено (выбухает 3-я дуга по левому контуру, и (или) тень сердца неоднородна за счёт тени левого предсердия, и (или) развёрнута бифуркация трахеи, и (или) определяется пересечение контуров в области тени правого предсердия за счет дополнительной дуги), то митральная конфигурация сердца обусловлена митральными пороками или диффузным поражением левых отделов сердца. При этом если тень сердца неоднородна за счет более интенсивной округлой тени левого предсердия, то у пациента митральный стеноз или комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза. Однако и в этом случае, и при однородности тени сердца показана эхокардиография с доплерографией.

Если митральный порок не выявлен, то вышеуказанное изменение формы сердечной тени вызвано дилатацией левого предсердия вследствие левожелудочковой недостаточности. Для оценки степени функциональных нарушений во всех случаях важно изучение состояния легочного рисунка на рентгенограмме в прямой проекции и выявление признаков, свидетельствующих о наличии и выраженности артериальной и (или) венозной гипертонии малого круга кровообращения.

При нормальных размерах левого предсердия необходимо прежде всего оценить легочный рисунок. Если он обеднен и (или) корни легких узкие, следует думать о гиповолемии малого круга кровообращения и клапанном стенозе легочной артерии. Обеднение легочного рисунка (или его нормальное состояние) в сочетании с расширением сосудов в корнях обоих легких свидетельствует об артериальной легочной гипертонии.

Если легочный рисунок усилен или не изменен, а корни легких обычной ширины, то следует думать о врожденных шунтовых пороках сердца. Во всех случаях митральной конфигурации сердца без признаков увеличения левого предсердия для уточнения диагноза целесообразно выполнить МРТ, а при отсутствии такой возможности – доплерэхокардиографию.

Выводы: проведенный анализ позволил нам разработать алгоритм дифференциальной лучевой диагностики заболеваний сердца при синдроме «Митральная конфигурация сердечной тени».

Кузьменко О.О., Шульженко Н.А.

ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ УЗИ

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Вакуленко И. П.

Цель исследования. Установление наиболее информативных показателей изменений в легких человека при инфаркте миокарда по данным УЗИ.

Материал и методы. Нами было обследовано 30 больных с инфарктом миокарда ЛЖ в остром периоде (10-20 сутки) в возрасте от 50 до 65 лет. Локализация и период ИМ определяли по данным ЭКГ. Всем

пациентам проведено УЗИ сердца по стандартным позициям в М- и В- модальным режимах а также сонография легких для определения В-линий, по которым судили о степени застоя в малом круге кровообращения.

Статистическую обработку проводили с использованием программы EXEL 7.0, Statistica фирмы StatSoft.

Результаты. Установлено, что появление В-линий в легких имеет высокую положительную корреляционную связь с усилением сердечной недостаточности и систолическим давлением в легочной артерии, градиентом регургитации на трикуспидальном клапане. Средней силы положительная корреляционная связь устанавливается между появлением В-линий в легких и размерами левого желудочка в систолу и диастолу, митральным диастолическим потоком. Слабой силы положительная корреляционная связь отмечается между В-линиями в легких и размерами левого предсердия, массой левого желудочка, диаметром нижней полой вены.

Отрицательная корреляционная связь средней силы устанавливается с фракцией выброса и фракцией сократимости, слабой силы отрицательная корреляционная связь устанавливается с показателями раскрытия аортального клапана.

Выводы. Диффузное и двухстороннее расположение множественных В-линий является маркером патологических изменений, характерных интерстициальному синдрому при нарушении насосной функции левого желудочка. Отмечена высокая чувствительность (93,4%) и специфичность (93%) определения В-линий в диагностике интерстициального синдрома при сравнении с данным рентгенографии легких и окончательным клиническим диагнозом.

Назарова В.С.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА РАННИХ СТАДИЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Научный руководитель – доц. Котлубей Е.В.

Цель исследования. Изучить возможности современных лучевых методов исследования в повышении качества диагностики ранних стадий ревматоидного артрита (РА).

Материалы и методы. Изучены монографии и статьи, рекомендации для врачей-лучевых диагностов и для врачей клинических специальностей отечественных и зарубежных авторов.

Результаты. В настоящее время диагностика РА в большинстве случаев основывается на изменениях, выявляемых на рентгенограммах суставов и в биохимическом анализе крови, в сочетании с клиническими маркерами. Одним из первых признаков заболевания является остеопороз, который рентгенологически выявляется лишь при снижении костной плотности на 30%.

В последние десятилетия для выявления остеопороза с успехом используются различные виды денситометрии (компьютерно-томографическая, ультразвуковая и т.д.). Перспективным в диагностике РА представляется использование МРТ, позволяющее выявить ранние признаки воспаления в суставах и околоуставных тканях.

Выводы. Современные лучевые методы исследования в сочетании с клиническими и лабораторными данными позволяют диагностировать РА уже на самых ранних стадиях, когда рентгенологические признаки заболевания еще отсутствуют.

Обмачевская К.Г.

ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ АНЕМИЯХ

Научный руководитель – Оборнев А.Л.

Цель исследования: изучить особенности лучевой диагностики поражении костной ткани при анемиях. **Материалы и методы:** изучены научные статьи, а также монографии врачей – диагностов.

Результаты исследования: При врожденных формах анемии, костная структура подвергается изменениям. Обнаружение изменения костного рисунка носит случайный характер. Информативными методами является: рентгенография, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. Наибольшие изменения наблюдаются при: эритробластической анемии (анемия Кули), серповидноклеточной анемии и остеосклеротической анемии. При анемии Кули – истончение коркового слоя, в метафизах выступают исчерченности, наблюдается патологическая пористость, суставы не деформированы. Серповидноклеточная – деформации и расширения тел позвонков («рыбьи позвонки»), деформация и истончение костей скелета, возможно развитие остеомиелита. При остеосклеротической – частичное или полное отсутствие костномозгового канала, на снимках черепа полное отсутствие лобных пазух, вследствие повышения содержания извести в костях, наблюдается эбурнеация, возникают частые патологические переломы и формирование костной мозоли в этих местах, характерный признак – мраморной костей, утолщение трабекулярной сети.

Выводы: Исследования особенностей изменениях костного аппарата при анемиях, имеет важное диагностическое значение, так как проявление врожденных анемий на ранних стадиях имеют не специфический дистрофический характер, обнаруживается задержка созревания костномозговых элементов и их поступления в кровь. Лучевая диагностика заболеваний костного аппарата имеет альтернативное значение в постановке верного диагноза.

Савинская Т.А.

ЛУЧЕВАЯ АНАТОМИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Научный руководитель – Оборнев А.Л.

Цель исследования: на основании знаний лучевой анатомии молочной железы, выбрать наиболее информативный метод диагностики.

Материалы и методы: изучены научные статьи, учебники, учебные пособия, а также монографии врачей – диагностов.

Результаты исследования: Лучевое изображение молочной железы индивидуально и зависит от возраста, гормонального статуса, фазы менструального цикла и индивидуальных особенностей женщины. Поэтому только четкое знание и понимание лучевой анатомии молочной железы даст четкое понимание в поиске и выявлении на ранних этапах патологии органа.

В настоящее время комплексное обследование молочных желез включает в себя клиническое (осмотр, пальпация), инструментальное и морфологическое обследование. К инструментальным методам обследования молочных желез относятся лучевые методы диагностики (рентгеновская маммография, УЗИ, МРТ и реже МСКТ).

Учитывая что молочная железа является частью репродуктивной системы женщины необходимо максимально снизить лучевую нагрузку при обследовании, для этого необходимо обычную маммографию заменять цифровой маммографией с низким облучением, применять ультразвуковое сканирование или МРТ, четко понимая возможности и ограничения методов.

Выводы: Учитывая вариабельность отображения молочных желез при проведении лучевых исследований необходимо четко понимать особенности лучевой анатомии железы в зависимости от периода её функциональной активности. Лучевое отображение молочных желез, является одной из наиболее подверженных модернизации сфер медицины, что требует своевременного и правильного подбора метода её диагностики.

Саранчук А. С.

РОЛЬ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА МЕДИА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В ОЦЕНКЕ РИСКОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научный руководитель – асс. Винников С. Ю.

Цель исследования: определить роль толщины комплекса интима медиа (КИМ) общей сонной артерии (ОСА) в оценке рисков сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материалы и методы. Изучены монографии и статьи для врачей-лучевых диагностов отечественных и зарубежных авторов.

Результаты. В качестве нормы, предложенной экспертами Европейского общества по гипертонии и Европейского общества кардиологов в 2007 г., выбраны значения толщины КИМ $< 0,9$ мм. За увеличение КИМ приняты значения от $\geq 0,9$ до $< 1,3$ мм, значения КИМ $\geq 1,3$ мм принято считать атеросклеротической бляшкой (АСБ). Утолщение КИМ более 0,9 мм является маркером субклинического поражения магистральных артерий при артериальной гипертензии (АГ). Независимо от степени АГ пациенты с утолщенной КИМ или АСБ относятся к категории высокого или очень высокого дополнительного риска. В исследовании SMART (Second Manifestation of Arterial Disease) при проведении УЗИ сонных артерий (СА) с установленными ССЗ было выявлено, что утолщение КИМ ассоциируется с высоким риском развития ССЗ. Эта связь не зависела от пола, возраста, наличия АСБ в СА и была обнаружена у пациентов с ИБС, ишемическим инсультом (ИИ) и стено-окклюзирующим поражением периферических артерий. По данным M. Vots и соавт. (Роттердамское исследование), утолщение КИМ уже в диапазоне нормальных значений (0,75-0,91 мм) сопровождается увеличением относительного риска развития первого ИИ в 4,8 раза. По данным исследования ARIC (The Atherosclerosis Risk in Communities Study) утолщение КИМ в сочетании с одной АСБ увеличивает риск ССЗ в 3,5 раза, по сравнению с лицами без этих патологических изменений, а введение значений КИМ в традиционную Фрамингемскую шкалу факторов риска достоверно увеличивает прогностическую ценность модели. Согласно данным мета-анализа Lorenz M и соавт. утолщение КИМ даже на 0,1 мм выше референтных значений достоверно увеличивает риск ИИ на 18%, а риск ИМ – на 15 %.

Выводы: Большинство считает, что при утолщении КИМ выше референтных значений значительно увеличивается риск развития ИИ, ИМ и стено-окклюзирующего поражения периферических сосудов. Включение КИМ в традиционную Фрамингемскую шкалу факторов риска увеличивает прогностическую ценность модели.

Фоминов В.М., Войтюк В.Н.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ И ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Вакуленко И. П.

Цель исследования – улучшение дифференциальной диагностики непаразитарных (НКП) и эхинококковых кист печени (ЭКП) с помощью компьютерной томографии (КТ).

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики у 60 больных, из них 30 – с НКП и 30 – с ЭКП, лечившихся в клинике за последние 7 лет. Женщин было 38, мужчин – 22 в возрасте от 23 до 78 лет. Проведен анализ их историй болезни и изменений денсивности паренхимы печени, полученных при КТ. Компьютерная томография выполнялась на аппарате «Siemens» (Германия). Применены методы исследования: клинико-лабораторные, ультразвуковой, КТ, серологические, морфологические.

Результаты. Форма НКП чаще была округлой (88%), а ЭКП – в 78,6%. Все кисты имели жидкостную плотность (от 0 до 25 ед. Н) и оттесняли паренхиму печени. Размеры НКП чаще были до 3 см (у 17 чел.), а ЭКП – более 3 см (у 18 чел.). Толщина стенки эхиноккокковой кисты 2 – 5 мм отмечена в 22 случаях, более 5 мм – у 8 больных; стенка НКП у всех 30 пациентов – тонкая и равномерная (до 2 мм). Контуры простой кисты у всех больных – четкие и ровные, а контуры ЭКП в 23 случаях – нечеткие за счёт перифокального воспаления, а в 24 – неровные. В 93,7% наблюдений НКП имела однородную структуру, а ЭКП в 34,8% была с неоднородной структурой из-за наличия перегородок (16), сморщенной хитиновой оболочки (9), обызвествления по периферии (5). Из 30 НКП 27 были одиночными, а ЭКП из 30 были множественными в 21 случае. Максимальное значение общей диагностической точности КТ – параметров достигало 82,1%, а чувствительности – 100%.

Заключение. Компьютерная томография – достаточно информативный метод, позволяющий провести дифференциальную диагностику между непаразитарными и паразитарными кистами печени.

Фоминов В.М., Войтюк В.Н., Пархоменко А.В., Потапов В.В.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Вакуленко И. П.

Цель исследования: улучшение диагностики непаразитарных кист печени (НКП).

Материал и методы. За последние 10 лет в I хирургическом отделении ДокТМО оперированы 108 больных с НКП. Среди них было 92 (85,3%) женщины и 16 (14,7%) мужчин (средний возраст – 43,8±2,5 лет). Длительность клинических проявлений была различной и в 65,3% случаев превышала 6 лет.

Пациентам применены в разных сочетаниях следующие методы исследования: клинико-лабораторные, УЗИ с дуплексным сканированием, компьютерную томографию (КТ) с 3Д – реконструкцией изображения, МРТ, статистические.

Результаты. Данные КТ позволили выявить более мелкие кисты (до 15 мм в диаметре), сложно диагностируемые с помощью УЗИ, и указать посегментарное расположение кист. Размеры кист варьировались от 1 до 22 см. НКП несколько чаще наблюдались в правой доле печени (53%), чем в левой доле (47%). Анализ посегментарной локализации выявил преимущественное расположение кист печени в SVIII и SIV (28% и 25% соответственно). Применение перед операцией вышеуказанных инструментальных исследований позволило создать виртуальную модель кисты, определить её взаимоотношение с магистральными сосудами печени и желчными протоками, что дало возможность определить наименее безопасный доступ при выполнении операции. Всем 108 больным в клинике проведены различные операции. Применение оптимального алгоритма диагностики и малоинвазивных лечебных технологий позволили снизить число послеоперационных осложнений с 32,3% до 4,8%.

Заключение. Применение у пациентов с НКП перед операцией УЗИ и КТ (МРТ) с 3Д-реконструкцией изображения позволило создать объемную модель кисты, определить ее взаимоотношение с сосудами и желчными протоками, что улучшило диагностику и выработку лечебной тактики.

Чернявская Т. А., Чернявский А. Р.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА КОМПРЕССИОННОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ ПРИ ЭНДОСОНОГРАФИИ

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Вакуленко И. П.

Цель исследования: установление по данным литературы эффективности ранней диагностики очаговых образований поджелудочной железы (ПЖ) с применением метода компрессионной эластографии при эндосонографии.

Материалы и методы. Изучены монографии и статьи для врачей – лучевых диагностов отечественных и зарубежных авторов.

Результаты исследований. По данным литературы компрессионная эластография при эндосонографии проводится в два этапа. На первом этапе предлагается качественное описание эластографических изображений отделов поджелудочной железы и выявленных очагов. На втором этапе – измерение эластографических соотношений в выявленных зонах интереса вычислением сравнительного коэффициента SR эластометрических показателей окружающей здоровой ткани и очага поражения. Предлагаемые коэффициенты разности SR: при цистаденокарциноме – от 34,1 до 42,5 у.е., при внутрипротоковой папиллярно-муцинозной аденоме – от 44,7 у.е. и более, при псевдокистах хронического панкреатита коэффициент SR – до 13 у.е. дают возможность объективно проводить диагностику очаговых поражений ПЖ.

Выводы. Анализ проведенного исследования показал возможности ранней компрессионной эластографии при эндосонографии в выявлении очаговых поражений ПЖ.

НЕЙРОХИРУРГИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького Кафедра нейрохирургии Заведующий кафедрой – проф. Кардаш А.М

Белькова В.А.

ПЛАНОВОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ

Научный руководитель – асс. каф., к.мед.н. Ващенко А.В.

Цель исследования. Осветить данные о плановых операциях в нейрохирургии.

Материалы и методы. Анализ документации нейрохирургического отделения №2 Донецкого клинического территориального медицинского объединения за период 2013 года.

Результаты. Плановые операции – это операции, которые не требуют срочного оперативного вмешательства и выполняются после полного обследования пациента. Показаниями к таким операциям в нейрохирургии могут быть, в частности, опухоли, абсцессы, гидроцефалия, спинномозговые грыжи, костные дефекты черепа, стойкая ликворея, оссифицированные кефалогематомы.

В клинике нейрохирургии ДокТМО было выполнено 500 плановых операций за исследуемый период.

Показанием к данным операциям была различная патология: аденомы гипофиза – 42 наблюдения (8%), невриномы черепных нервов – 11 операций (2%), другие опухоли головного мозга – 355 случаев (71%), гидроцефалии – 65 случаев (13%), 11 операций при спинномозговых грыжах (2%), пластики костных дефектов были выполнены 11 раз (2%), абсцессы встретились 8 раз (1%), 7 случаев (1%) ликвореи и 2 оссифицированные кефалогематомы (0,5%).

Используются различные высокотехнологичные хирургические методики для выполнения плановых нейрохирургических операций, такие как: микрохирургия (с использованием хирургического микроскопа), ультразвуковая аспирация, нейронавигация, эндоскопия.

Из данных 500 операций с применением микроскопа была проведена 181 операция (36%), с использованием нейронавигации 16 вмешательств (3%), ультразвуковая аспирация использовалась 12 раз (2%), эндоскопических операций было 15 (3%). Также не редки случаи операций с использованием микроскопа, и нейронавигации, таких было – 48 (9%), микроскоп и ультразвуковая аспирация использовались в 9 операциях (2%), 6 операций (1%) с помощью микроскопа, нейронавигации и ультразвуковой аспирации.

Выводы. Плановое оперативное нейрохирургическое вмешательство в большинстве случаев требует использования высокотехнологичных хирургических методик (54% в нашем исследовании).

Белькова В.А.

НЕЙРОХИРУРГИЯ В УСЛОВИЯХ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

Научный руководитель – асс. каф., к.мед.н. Ващенко А.В.

Цель исследования. Осветить данные о пострадавших из-за военных действий на территории

Донбасса. **Материалы и методы.** Анализ историй болезней нейроореанимационных больных клиники нейрохирургии Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДокТМО). **Результаты.** В отделении нейроореанимации ДокТМО находились пострадавшие от военных действий

на территории Донецкой и Луганской областей в период с мая 2014 г. по сентябрь 2015 г. В частности, это были пациенты с тяжёлой боевой нейротравмой: таких больных было 193 человека. Из них военнослужащих было 157 (81%), мирных жителей – 36 (19%), среди последних – 7 детей (19%), 16 женщин (44%) и, соответственно, 13 мужчин (37%).

Среди этих пострадавших общая летальность составила 18,6% (36 человек). Из них у 20 человек (55%) был диагноз осколочное проникающее ранение головы, у 9 человек (25%) – черепно-мозговая травма, у 6 пациентов (17%) было огнестрельное ранение головы, у одного – проникающее ранение позвоночника (3%).

Проанализированы сроки госпитализации в клинику нейрохирургии ДокТМО после травмирования. Среди 36 погибших : до 2-х часов после травмирования было доставлено 17 человек (47%), от 2-х до 3-х часов – 6 человек (17%), от 3-х до 4-х часов – двое (5,5%), от 4-х до 5-ти часов – 6 человек (17%), от 12-ти до 24-х часов – 2 человека (5,5%), свыше суток – 3 человека (8%).

Проанализированы уровни угнетения сознания при поступлении в ДокТМО у впоследствии погибших больных. Сopor был у 9 пострадавших (25%), кома I отмечалась у 6 человек (17%), кома II – у 19 пациентов (53%) и кома III – у двоих (5%).

У каждого погибшего травма была осложнена отёком головного мозга.

Из 193-х больных выписавшихся было 157 человек (81%). Из них у 73(46%) было осколочное проникающее ранение головы, у 54 человек (34%) – ЧМТ, у 27(17%) – огнестрельное ранение головы, диагноз проникающее ранение позвоночника был у 3 больных (2%).

Среди 157 выживших: до 2-х часов после получения травмы был доставлен 31 человек (20%), от 2-х до 3-х часов – 12 человек (7%), от 3-х до 4-х часов – 13(8%), от 4-х до 5-ти часов – 24 человека (15%), от 8-ми до 12-ти часов – 32 человека (20%), от 12-ти до 24-х часов – 19 человек (12%), свыше суток – 26 человек (16%).

При поступлении в нейрохирургическую клинику у выживших пострадавших отмечались такие уровни угнетения сознания: оглушение было у 82(52%), сопор был у 28 пациентов (18%), глубокая кома отмечалась у 22 (14%). В ясном сознании поступило 25 больных (16%).

Выводы. По срокам госпитализации в клинику нейрохирургии наиболее часто летальный исход при тяжёлой боевой нейротравме был при быстром (до 3-х часов) поступлении в нейрохирургическую клинику (64% среди погибших по сравнению с 27% среди выживших), что, возможно, может обуславливаться менее тщательной подготовкой пострадавших к транспортировке, а также – «большой тряской» при «скоростной» транспортировке. Наличие ясного сознания или его угнетение в виде оглушения при госпитализации у больных с боевой тяжёлой нейротравмой является благоприятным прогностическим признаком – никто из таких больных не погиб. Самая высокая летальность отмечена при ранениях позвоночника – 25%, наименьшая – при ЧМТ (14%).

Гужова Е.А.

СТАНОВЛЕНИЕ НЕЙРОХИРУРГИИ В РОССИИ, КАК СПЕЦИАЛЬНОСТИ, ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ

Научный руководитель – асс. каф., к.мед.н. Ващенко А.В.

Цель исследования. Изучить развитие нейрохирургии, как специальности, во время Первой мировой войны, обусловленное массовым потоком раненых в голову и позвоночник, требовавших специализированной помощи.

Материалы и методы. Анализ литературных источников.

Результаты. В Первую мировую войну впервые были широко использованы мины, гранаты, разрывные снаряды. Вследствие этого к огнестрельным ранениям массово добавилась взрывная травма. Применительно к черепу и головному мозгу это обусловило появление сложного сочетания огнестрельного и минно-взрывного повреждения. Также часто возникали гнойно-воспалительные осложнения (менингит, энцефалит, абсцесс). Общая смертность при военной черепно-мозговой травме в годы Первой мировой войны составила 10% – при непроникающем повреждении, 65% – при проникающем. Черепно-мозговые ранения, по данным авторов, выявляли у 3-8% от общего числа раненых. Это требовало создания для них особых, этапных лазаретов. В связи с чем, были созданы летучие хирургические отряды Общества Красного Креста, которые были оснащены хирургическими инструментами и включали двух врачей, двух студентов-медиков, 8-10 сестёр милосердия и нескольких санитаров. Внештатным хирургом-консультантом Общества Красного Креста был Н.Н. Бурденко. В 1914 г. им впервые созданы в Жерардуве, Вильне и Риге специализированные лазареты для раненых в голову.

Выводы. Таким образом, Первая мировая война явилась важным фактором выделения нейрохирургии из общей хирургии и развития новой специальности в связи с массовым потоком раненых, требовавших такой специализированной помощи.

Доценко А.К.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВИТАМИНА В17 НА РАЗВИТИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Научный руководитель – асс. каф., к.мед.н. Ващенко А.В.

Цель исследования. Изучить наличие или отсутствие влияния витамина В17 на развитие онкологических процессов.

Материалы и методы. Изучены данные литературы.

Результаты. Витамин В17 (амигдалин) – это водорастворимый витамин группы В, представляющий собой соединение молекул цианида и бензальдегида. В ходе научных исследований было выдвинуто предположение, что он обладает некоторыми противораковыми свойствами, однако, результаты этих исследований до сих пор считаются не до конца подтвержденными. Учёные предлагают два объяснения. Первое: амигдалин проявляет витаминную активность, и при его недостатке организм человека в большей мере подвержен риску возникновения злокачественных опухолей. Второе: это вещество избирательно действует на образующиеся раковые клетки и препятствует развитию болезни на самых ранних стадиях, притягиваясь к раковым клеткам, в которых содержится бета-глюкозидаза, и уничтожая их, высвобождая из себя цианид, не разрушая здоровую ткань.

В 1952 году доктор Эрнст Кребс модифицировал процесс получения амигдалина из абрикосовых косточек, назвал продукт лаэтрилом и заявил, что его противораковый эффект гораздо сильнее, чем думали прежде. Итальянский профессор Гудетти (из Университета Медицинской Школы Турина) продемонстрировал результаты применения лаэтрила на клинических пациентах больных раком. Он показал, как лаэтрил способствовал разрушению многих видов опухолей. Однако результаты исследований, проведенных Управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов США, позволили сделать вывод об отсутствии какого-либо положительного эффекта витамина В17 при лечении раковых заболеваний. Начиная с 1957 года действие Лаэтрила было несколько раз проверено в экспериментах на животных с привитой

карциномой, лейкемией, саркомой, лимфомой и меланомой, но это не подтвердило противоопухолевую активность данного вещества.

Поступление избыточного количества амигдалина в организм человека может привести к значительному ухудшению самочувствия.

Выводы. Витаминная активность амигдалина пока не нашла достоверного подтверждения в экспериментальных биохимических исследованиях. Влияние амигдалина на физиологические процессы, происходящие в организме человека, в основном сводится к возможному противоопухолевому эффекту.

Доценко А.К.

ИЗМЕНЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВСЛЕДСТВИЕ ВОЗМОЖНЫХ НЕРВНЫХ ПОТряСЕНИЙ ИЗ-ЗА ПРОВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ДОНБАССЕ

Научный руководитель – асс. каф., к.мед.н. Ващенко А.В.

Цель исследования. Исследование динамики заболеваемости населения опухолями головного мозга на фоне возможных нервных потрясений из-за проведения боевых действий на территории Донбасса в 2014-2015 гг.

Материалы и методы. Работа основана на анализе историй болезней пациентов нейрохирургического отделения №2 Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДоКТМО) в период с января 2013 по октябрь 2015 года.

Результаты. Общее количество больных за весь период (с января 2013 г. по октябрь 2015 г.) составило 2770, из них с опухолью головного мозга 623 человека, что составило 22,5%. За довоенный период (с января 2013 по май 2014 г. – 17 месяцев) поступило 1760 пациентов, из которых с опухолями головного мозга 367 человек, что составило 20,9%. За военный период (с июня 2014 по октябрь 2015 г. – также 17 месяцев) поступило 954 пациента, из них с опухолями головного мозга 256 человек – это 26,8%. Таким образом, относительное количество онкобольных в военный период было больше, чем в довоенный на 5,9%, что является статистически значимой разницей. Общее число больных снижается в военный период, по-видимому – из-за массового выезда населения.

Выводы. После начала военных действий отношение количества пациентов с опухолями головного мозга к общему числу больных возросло, следовательно, можно предположить, что стрессы, обусловленные войной, могли негативно повлиять на развитие опухолевых процессов головного мозга.

Ермак А.А.

ЭТИОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – асс. каф., к.мед.н. Ващенко А.В.

Цель исследования. Основываясь на данных медицинской литературы последних нескольких лет (специализированных нейрохирургических журналов), изучить причины формирования такой врожденной патологии как спинномозговые грыжи, а также выяснить особенности антенатальной и постнатальной диагностики данной аномалии развития.

Материал и методы. Проведен обзор медицинской литературы последних нескольких лет (научных статей различных авторов в специализированных нейрохирургических журналах), посвященной вопросам этиологии и диагностических алгоритмов врожденных спинномозговых грыж. Полученная информация сопоставлена, обобщена и проанализирована, обсуждена с научным руководителем. Выделены основные аспекты данной проблемы, сформулированы выводы.

Результаты. Среди врожденных пороков развития центральной нервной системы спинномозговые грыжи составляют 65%, или 1-4,2 случая на 1000 новорожденных. Как правило, при такой патологии показано хирургическое лечение. Причины спинномозговых грыж: генетические, курение, употребление матерью алкоголя, лекарств, контакт с вредными химическими веществами, недостаток витаминов и питательных веществ в рационе (особенно фолиевой кислоты), инфекции, подростковый возраст мамы. Диагностика – при помощи УЗИ, МРТ или КТ.

Выводы. Профилактика спинномозговой грыжи – правильное питание беременной (в т.ч. – включая продукты с высоким содержанием фолиевой кислоты: арахис, брокколи, печень курицы, свиньи), исключить курение, алкоголь, контакт с вредными химическими веществами, применение лекарственных препаратов без согласования с врачом. Методы выбора для диагностики – УЗИ и МРТ.

Крюкова А.А.

СМЕРТНОСТЬ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ МЕНИНГИТЕ

Научный руководитель – асс., к.мед.н. Ващенко А.В.

Цель исследования. Изучить смертность при бактериальном менингите.

Материалы и методы. Анализ статистических данных различных первоисточников.

Результаты. Клиническая форма заболевания в большой степени является показателем смертности у больных бактериальным менингитом. Молниеносные формы без врачебного вмешательства всегда

заканчиваются летальным исходом. Также, согласно статистическим данным 60,4% коматозных состояний при бактериальном менингите являются фатальными.

Возраст – один из главных факторов, влияющих на смертность при бактериальном менингите. Тайндел отмечает, что наибольшая летальность у лиц в возрасте 50 лет, Вейсс подчёркивает вариации летальности от 17 до 21% среди детей и молодых лиц и до 53% у лиц в возрасте свыше 50 лет, при этом общая смертность равна 37%.

Также на основании статистических данных Тайндел утверждает о смертности свыше 76% при менингитах новорожденных в течение первых 30 дней жизни, и 42,1% у грудных детей в течение первых 12 месяцев жизни. Он свидетельствует о том, при данном заболевании летальность у детей грудного и малого возраста в три раза больше, чем у детей в возрасте от 1 до 5 лет (15,8%) и в 7 раз больше, чем у детей, чей возраст составляет 5 лет и выше (5,9%).

По данным различных статистических данных, смертность от бактериальных менингитов составляет: 11,4% – статистика Кууда; 20% – статистика А. Щварца; 29,5% – статистика Рапэна; 39,7% – статистика Шарпантье; 39,7% – статистика Рэя.

Также при общих формах заболевания более чем у 80% рекуперированных больных наблюдаются значительные нейропсихические расстройства, такие как гипоакузия, гидроцефалия, расстройства речи, умственная отсталость и т.д.

Выводы. Правильная и максимально ранняя постановка диагноза, а также сроки начала лечения являются одними из важнейших факторов при установлении прогноза бактериальных менингитов. Своевременное выявление и лечение заболевания способствует снижению случаев летальных исходов при бактериальных менингитах.

Курилов В.Л.

НОВЫЙ СПОСОБ НЕЙРОННОГО НАНОХИРУРГИЧЕСКОГО СОЕДИНЕНИЯ

Научный руководитель – асс. каф., к.мед.н. Ващенко А.В.

Цель исследования. Ознакомить с отчётом о разработке метода «сварки» нейронов с помощью лазера.

Материалы и методы. Анализ статьи, опубликованной группой учёных из Университета Альберты в журнале Scientific Reports.

Результаты. В своей работе учёные использовали фемтосекундный околоинфракрасный лазер для т.н. «сварки» нейронов, что до сих пор никому не удавалось.

В питательную среду DMEM (двойная модификация среды Игла) были помещены нейроны, где в месте контакта сомы одного нейрона и аксона другого (точность 0,5 микрометра) подавались импульсы с фемтосекундного лазера с интенсивностью $1,7 (\pm 0,08) \times 10^{12}$ Ватт/см.

В точке действия лазера возникает высокая плотность ионов и электронов, приводящая к сверхбыстрой обратимой дестабилизации фосфолипидов мембран и разрывам связи между гидрофобными участками. В этом участке и возникает образование новой стабильной связи на мембранах клеток только в фокусе действия лазера.

Нейроны соединялись в различном количестве в нейронные сети. После вращения и перемещения в питательной среде таких соединений они оставались жизнеспособными и достаточно прочными, чтобы не разрываться.

Выводы. Как утверждает научный руководитель Нир Качинский, данный эксперимент открывает новые горизонты в изучении соединения нейронов, непосредственно до или после травмы. Сохранение жизнеспособности нейронной сети позволит изучать сложные патофизиологические процессы, возникающие при нейрогенезе, валлеровой дегенерации, сегментарной демиелинизации и дегенерации аксонов. Это делает возможным дальнейшее развитие новых методов лечения травм и заболеваний нервных волокон.

Молчанова А.В.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ SPINA BIFIDA И МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

Научный руководитель – асс. каф., к.мед.н. Ващенко А.В.

Цель. Изучить сложный клинический случай сочетания spina bifida и множественных пороков развития, переломов бёдер у новорожденного с внутриутробной инфекцией (ВУИ).

Материалы и методы. Анализ медицинской документации.

Результаты. При рождении мальчика установлен диагноз «Закрытые переломы бёдер со смещением, спинномозговая грыжа в поясничной области». Роды проводились через естественные родовые пути, в тазовом предлежании. Беременность седьмая, роды пятые. Мать была лишена родительских прав на предыдущих детей, во время беременности не становилась на учёт в женской консультации, обратилась за медпомощью уже в период родов. У новорожденного наблюдалась фебрильная лихорадка, затем температура нормализовалась.

В возрасте 7 дней больной консультирован нейрохирургом. Грыжевой мешок в поясничной области 7x4см, не напряжён, без ликвореи. Общее состояние ребёнка на момент осмотра тяжёлое, питание парентеральное (диагностирован перитонит). Мочевой пузырь катетеризирован, анурия. Большой родничок не

напряжён. В неврологическом статусе: расходящийся страбизм, симптом Грефе, периодический нистагм, зияние ануса, нижняя параплегия. С помощью дополнительных методов исследования были обнаружены дэкстрокардия и другие множественные пороки развития. На основании выявленных симптомов и данных дополнительных исследований, был установлен диагноз: Множественные пороки развития на фоне ВУИ, переломы бёдер.

Несмотря на проведенные лечебные мероприятия, включая интенсивную терапию, наступил летальный исход.

Выводы. Летальный исход явился следствием ВУИ, послужившей причиной множественных тяжёлых пороков развития (в том числе – спинномозговой грыжи), нарушения функций жизненно важных органов, перитонита, других воспалительно-септических осложнений. Таким образом, на данный момент, остаётся актуальной необходимость профилактики и своевременного лечения инфекционных заболеваний беременных, выявления пороков развития плода на ранних сроках беременности.

Немченков Э.М., Галич А.С.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Научный руководитель – врач нейрохирург И.В. Военный

Цель исследования. Провести анализ качества нейрохирургической помощи в Донецком регионе на основании историй болезни пациентов 1 нейрохирургического отделения, которым была оказана экстренная хирургическая помощь вследствие огнестрельных радиальных ранений головного мозга. Предложить пути оптимизации и совершенствования в условиях военной катастрофы.

Материалы и методы. Проведен анализ 100 медицинских карт. В подавляющем большинстве это были мужчины в возрасте от 18 до 50 лет. Осколочные ранения получили – 84 человека(84%), 16 человек(16%) – пулевые. В послеоперационном периоде в 36 случаях(36 %) сохранялся грубый неврологический дефицит. Из осложнений отмечались: менингоэнцефалит – у одного больного (2%) –, ликворея – у трёх(8%) , выраженный отек-набухание головного мозга имел место у шести пациентов (16%), являющийся реакцией ствольных структур. В 19% случаев отмечался летальный исход.

Результаты. Организованная экстренная эвакуация в специализированное отделение, минимизированные декомпрессионные методы трепанации с использованием современного гемостатического материала и антибиотикотерапия высокого уровня дали возможность минимизировать послеоперационные осложнения, а также оказать экстренную помощь всем пострадавшим.

Выводы. Каждому пострадавшему была оказана экстренная помощь в условиях нейрохирургической клиники ДокТМО. Огромное значение имело срочное хирургическое вмешательство, а в дальнейшем – адекватная интенсивная терапия, что дало улучшить прогноз и дальнейшее качество жизни пациента.

Панченко О.В.

АСТРОЦИТОМЫ

Научный руководитель – асс. каф., к.мед.н. Ващенко А.В.

Цель исследования. Ознакомиться с одним из наиболее распространённых вариантов опухолей головного мозга (ГМ).

Материалы и методы. Анализ литературных источников.

Результаты. Астроцитомы являются первичной опухолью ГМ, локализуется в его белом веществе, относится к нейроэпителиальным опухолям (глиомам), развивается из астроцитов. Астроциты – клетки звездообразной формы (отсюда их название), регулирующие количество межклеточной жидкости и обеспечивающие существование нейронов. Опухоль бледно-розового цвета, по плотности практически не отличается от вещества ГМ, может представлять собой узловую структуру с маленькими кистами. Астроцитомы могут возникнуть у любого человека в любом возрасте, но чаще всего страдают мужчины возрастом 20-50 лет. Может возникнуть в любом участке ГМ, но чаще у взрослых – в больших полушариях мозга, а у детей – в мозжечке.

Существует несколько классификаций астроцитом. Наиболее распространёнными являются классификация по клеточному типу и классификация ВОЗ по степени злокачественности (Grade I-IV). По клеточному составу различают обычные астроцитомы (диффузная, фибриллярная, гемистоцитарная, протоплазматическая) и особые (пилоидная или пилоцитарная, микроцистная церебеллярная, субэпендимальная гигантоклеточная). По степени злокачественности выделяют четыре группы астроцитом: I степень – пилоцитарная, II-я – фибриллярная, III-я – анапластическая, IV-я – глиобластома.

Для полушарных глиом низкой степени злокачественности наиболее частым первым симптомом являются эпилептические приступы, а при высокой степени – чаще всего заболевание начинается с симптомов повышения внутричерепного давления и очаговой симптоматики.

Существует несколько основных методов, помогающих диагностировать опухоль, а также предположить степень её злокачественности: неврологическое обследование, КТ и МРТ, ангиография, биопсия.

В лечении возможно использование хирургического вмешательства, лучевой и химиотерапии.

Ключевыми факторами для выбора метода лечения астроцитом являются: степень злокачественности, возраст пациента, место расположения опухоли, её размер, степень неврологического дефицита.

Исходя из общей картины, специалист определяется с прогнозом астроцитомы ГМ. При первой степени злокачественности срок жизни пациентов чаще составляет не более 10 лет. При переходе от менее к более злокачественной степени время жизни после установления диагноза будет уменьшаться. При второй степени она может сократиться до 5-7 лет, при третьей – до 3-4 лет, а на последней больной редко может прожить больше года.

Выводы. Для разной степени злокачественности астроцитом характерны различные варианты манифестации заболевания. Лечение астроцитом может быть разнообразным – как хирургическим, так и консервативным. Хирургическое удаление астроцитом затрудняется тем, что опухолевая ткань визуально и по плотности может мало отличаться от здоровой. Прогноз для жизни после верификации диагноза зависит от степени злокачественности астроцитомы.

НЕОНАТОЛОГИЯ

**Донецкий национальный медицинский университет им.
М.Горького Кафедра педиатрии и неонатологии
ФИПО Зав.кафедрой – к.мед.н., доц. Пшеничная Е.В.**

Батурина Д.А

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Перинатальный центр, г. Макеевка Научный

руководитель – к.мед.н., доцент Головки О.К.

Цель исследования: изучить факторы риска и особенности течения бронхолегочной дисплазии (БЛД) у новорожденных различных сроков гестации.

Материалы и методы: В исследование были включены 20 новорожденных со сроком гестации от 25 до 40 недель и массой тела при рождении от 700,0 до 3200,0 г.

Результаты: Недоношенные дети составили – 85% (17 детей), доношенные – 15% (3-е детей). По весовой категории недоношенные распределились: до 1000,0 г – 7 детей (35%); 1001,0-2000,0 г – 5 детей (25%); более 2000,0 г – 5 детей (25%). По половой принадлежности преобладали мальчики 60% (12 детей). В антенатальном периоде матерей обследуемых новорожденных ведущее место заняли: инфекционная патология (50%), предшествующие медицинские аборт в анамнезе (45%), гиперплазия эндометрия (10%). В 95% случаев определялись неоднократные респираторные вирусные инфекции во время беременности. У 60% женщин беременность протекала на фоне гестоза, фетоплацентарной недостаточности, угрозы прерывания, анемии. Соматический анамнез матерей был отягощен в 95% случаев. В интранатальном периоде достоверно чаще регистрировались многоводие (60%), быстрые и стремительные роды (30%), преждевременное излитие околоплодных вод (55%), хроническая внутриутробная гипоксия (40%), задержка внутриутробного развития плода (15%), тяжелая асфиксия (55%), хориоамнионит (35%), роды путем кесарева сечения (25%). После рождения 95% детей требовали проведения первичной реанимации в родильном зале в виде санации верхних дыхательных путей, интубации трахеи, введения сурфактанта, проведения продленной искусственной вентиляции легких более 2-х недель. Патология в неонатальном периоде у детей с БЛД распределилась следующим образом: синдром дыхательных расстройств – 95%, врожденная пневмония – 25%. У 45% детей было выявлено повышение давления в стволе легочной артерии.

«Классическая» БЛД встречалась в 40% случаев (препараты сурфактанта для профилактики РДС применялись в 25%, «жесткие» режимы ИВЛ встречались в 40%, по степени тяжести БЛД – тяжелой степени (35%), средней степени – (20%). Рентгенологически: вздутие легких, фиброз). У 60% новорожденных с гестационным возрастом менее 32 недель встречалась «новая» форма БЛД (препараты сурфактанта для профилактики РДС применялись в 55% случаев, а респираторная поддержка была «щадящей», по степени тяжести БЛД – тяжелой степени (10%), средней степени – (25%), легкой степени (20%). Рентгенологически: гомогенное затемнение легочной ткани без ее вздутия).

Выводы: В ходе проведенного анализа выявлена четкая зависимость мультифакторного осложненного материнского анамнеза, который приводил к преждевременным родам, недоношенности, возникновению сопутствующей патологии и тяжелому течению неонатального периода на фоне чего развивалась БЛД. Также установили, что БЛД доношенных развивается у детей, рожденных в срок, клинически и рентгенологически сходна с «классической» формой БЛД, в то время у детей рожденных ранее 32 недели гестации чаще встречается так называемая «новая» форма БЛД.

Бережная М., Кисель В.С.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ В ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ ДОНЕЦКЕ

Донецкий национальный медицинский университет им.

М.Горького ИНВХ им. В.К. Гусака

Кафедра педиатрии и неонатологии ФИПО

Зав.кафедрой – к.мед.н., доц. Пшеничная Е.В.

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Дудчак А.П.

Анемии занимают одно из ведущих мест среди заболеваний детского возраста. Наиболее часто встречается железодефицитная анемия (ЖДА). Основным этиологическим фактором ее развития является алиментарная недостаточность и повышенная потребность в железе растущего организма.

Цель исследования: изучение частоты и причин возникновения железодефицитной анемии у детей разных возрастных групп проживающих в городе Донецке.

Материалы и методы: проведен анализ медицинской документации 1524 пациентов в возрасте 6 месяцев – 18 лет, обратившихся в ИНВХ им. В.К. Гусака (г. Донецк) на консультативный прием к педиатру в 2013, 2015 гг. по поводу различных заболеваний и анкетирование 245 родителей и/или детей с ЖДА для уточнения причин возникновения заболевания. Для статистической обработки данных использовали пакет программ Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование показало, что заболеваемость ЖДА в 2015 году возросла на 28,8% по сравнению с показателями 2013г. Возрастная структура больных ЖДА в 2015 г. представлена следующим образом: дети от 6 месяцев до 3 лет составили 39,2 %, с 3 лет до 6 лет – 12,7%, с 6 лет до 12 лет – 6,5%, с 12 лет до 18 лет – 41,6 %. Обращает внимание увеличение заболеваемости ЖДА у детей подросткового возраста в 2015 г. по сравнению с показателями 2013 г. в аналогичной возрастной группе (41,6% и 28,3% соответственно). Результаты анкетирования позволили констатировать несбалансированный характер питания у всех детей с железодефицитной анемией и отсутствие рационального питания у школьников подросткового возраста – преобладание легкоусвояемых углеводов в диете в виде крупяных, хлебо-булочных, макаронных изделий, а так же сухоядение и недостаточное количество продуктов, содержащих гемовые формы железа. Вышеуказанные особенности питания родители связывали с ухудшением социально-экономической ситуации в регионе.

Выводы: Проведенное исследование показало влияние ухудшения социально-экономической ситуации в Донецком регионе на рост заболеваемости ЖДА у детей, особенно в период интенсивного роста. По нашему мнению, дети подросткового возраста должны наблюдаться участковыми педиатрами как группа риска по возникновению ЖДА.

Гараева А.В.

ПРОБЛЕМА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства

Научный руководитель – к.мед.н., доцент Линчевский Г.Л.

Цель исследования: изучить факторы, частоту и структуру врожденных пороков сердца у новорожденных, для выявления проблем их пренатальной диагностики, лечения и оказания помощи в условиях перинатального центра.

Материалы и методы: Проведен клиничко-лабораторный мониторинг состояния новорожденных: определение ЧСС, дыхания, характеристики пульса и артериального давления на всех конечностях, ультразвуковое исследование, электрокардиограмма (ЭКГ); рентгенография органов грудной клетки.

Результаты исследования. В ходе проведенных исследований ВПС новорожденных 2014-2015 г. диагностировали 177 случаев. Пороки сердца новорожденных распределены следующим образом: простые пороки сердца новорожденных составили 34,7% (у 61 новорожд.), сложные пороки сердца – 23,7% (у 42 новорожд.). Простые пороки сердца представлены дефектом межжелудочковой перегородки – 29,9% (53 новорожд.); дефектом межпредсердной перегородки – 3,38% (6 новорожд.); кардиомиопатией (КМП) – 1,1% (2 новорожд.). Сложные пороки сердца: тетрада Фалло (ТФ) – 5% (9 новорожд.); рабдомиома сердца (РС) – 0,6% (1); стеноз, гипоплазия аорты-3,95% (7).

Выводы. Для обеспечения качественного ведения новорожденных с ВПС в неонатологических стационарах необходимо создать и внедрить стандарты оказания помощи и интенсивной терапии в неонатальном периоде.

Демешева Л.Г., Демешева С.Г.

ОСОБЕННОСТИ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА НА ФОНЕ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Головки О.К.

Цель исследования. Оценка особенностей течения неонатального периода у недоношенных новорожденных с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении, и имеющих задержку внутриутробного развития (ЗВУР).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй развития 32 новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела, имеющих ЗВУР, рожденных в сроке гестации 28–36 нед, с весом от 660 до 1500 гр., в период 2014–2015 гг. Диагностика нарушений роста и развития новорожденных проведена при помощи оценки основных антропометрических параметров.

Результаты. Средний возраст матерей 27 лет ± 9,2 лет. В соматической патологии матерей преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы, нарушения свертываемости крови, инфекции мочевыводящих путей, нарушения функции щитовидной железы. Среди акушерских и гинекологических заболеваний преобладают преэклампсия у 21й женщины (63,6%), гипертензия беременных у 1 (3,1%) и также хроническая фетоплацентарная недостаточность у 4 (15,6%). В 22-х (68,8%) случаях, дети родились путем операции

кесарева сечения. Превалирует гипопластический тип ЗВУР в 20 случаях (62,5%). Дети с ЗВУР имеют низкую оценку по шкале Апгар ($4,5 \pm 1,5$ б.), по сравнению с их сверстниками по гестационному возрасту ($5,8 \pm 1,2$ б.). Респираторные расстройства оценены по шкале Downes 2 балла ± 1 балла. Респираторная терапия включала, в основном проведение ранней назальной CPAP терапии, и в 6 случаях (18,75%) изначально проводилась механическая вентиляция легких. У 1(3,1%) отмечается неэффективность CPAP, что требовало проведение в дальнейшем ИВЛ. Средняя длительность кислородотерапии составляла $15 \pm 8,4$ дней, которая отмечалась длительнее по времени, чем у сверстников по гестационному возрасту ($13 \pm 4,2$ дн.). Осложнения: частота развития ВЖК II ст. 1 случай – (3,1%), БЛД 3 случая- (9,4%), перинатальное гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы диагностировалось у 14 новорожденных (43,8%), субэпидимальное кровоизлияние у 4 новорожденных (12,5%). Средняя длительность госпитализации составляет $30 \pm 8,2$ дней. При выписке анемия развилась у 23 новорожденных (71,9%), ретинопатия у 1 новорожденного (3,1%). Среди детей с ОНМТ и ЭНМТ при рождении в группе с ЗВУР отмечается высокая выживаемость 90,6%, при выживаемости всех недоношенных с ОНМТ и ЭНМТ 74,4%.

Выводы: Таким образом, у детей с ОНМТ и ЭНМТ и имеющих ЗВУР сравнительно высокая выживаемость и более положительные неонатальные исходы в сравнении со сверстниками по гестационному возрасту.

Демешева С.Г., Демешева Л.Г.

ОСОБЕННОСТИ КАТАМНЕЗА НОВОРОЖДЕННЫХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПАЗИЕЙ

Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Головки О.К.

Бронхолегочная дисплазия (БЛД), описанная впервые более 40 лет назад у недоношенных новорожденных, длительно находившихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в связи с респираторным дистресс-синдромом (РДС), сегодня является самым частым хроническим заболеванием легких (ХЗЛ) в грудном и раннем возрасте. Ретроспективные исследования показали, что ЛГ регистрировалась у 25-37 % новорожденных с БЛД. К сожалению, истинная распространенность ЛГ у детей с БЛД неизвестна; это осложнение либо не принимается во внимание, либо существует его гиподиагностика.

Цель работы: определить особенности катамнеза бронхолегочной дисплазии с легочной гипертензией у новорожденных на современном этапе.

Материалы и методы: Обследовано 87 детей в возрасте от 0 до 3-х месяцев с бронхолегочной дисплазией. Из них 43 детей с БЛД и ЛГ, которые составили группу изучения катамнеза. У всех обследованных пациентов изучены анамнестические и клинические данные, применялись общепринятые лабораторные методы обследования. Все данные, полученные в ходе обследования, обработаны.

Результаты. У 7 из них была установлена I степень, у 23 – II степень и у 13 – III степень тяжести заболевания. Гестационный возраст детей составил в среднем $28,7 \pm 6,2$ недель. Масса тела при рождении составила $1180,0 \pm 310,8$ г. После рождения 95,4% детей требовали проведения первичной реанимации в родильном зале в виде санации верхних дыхательных путей, непрямого массажа сердца, интубации трахеи, введения сурфактанта, проведения искусственной вентиляции легких, средняя продолжительность которой составила $47,5 \pm 21,7$. На основании проведенного ЭХО-КГ у 49,4% детей было выявлено повышение давления в стволе легочной артерии (рЛА $38,8 \pm 2,9$ мм рт.ст.). Среди недоношенных новорожденных при I степени БЛД максимальная скорость трикуспидальной регургитации составила $170,7 \pm 4,21$ см/с, II степени – $246,5 \pm 5,3$ см/с, III степени – $330,6 \pm 5,7$ см/с. У 47,3% детей с бронхолегочной дисплазией имела место диастолическая дисфункция левого желудочка.

Среди факторов, приводящих к задержке формирования легких выделили олигоамнион – 18%; хроническая гипоксия плода – 34%; внутриутробная инфекция – 42%; аномалии развития плода – 9%; метаболические сдвиги – 23%; склонность к невынашиванию у матери – 57%; прерывание беременности – 36%; признаки дисплазии соединительной ткани у матери – 64%; гемостазиологические нарушения у матери, в том числе тромбофилические – 49%.

Выводы. Имеется прямая зависимость между показателями гемодинамики малого круга кровообращения и тяжестью бронхолегочной дисплазии у недоношенных детей. Наиболее высокая легочная гипертензия наблюдается среди детей с III степенью БЛД, которая сопровождается более выраженной трикуспидальной регургитацией. Диастолическая дисфункция левого желудочка, может свидетельствовать о ремоделировании левого желудочка и является предиктором формирования кардиоваскулярных осложнений.

Денисов Д.Ю.

КОМПЛЕКСНАЯ НЕИНВАЗИВНАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства.

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Линчевский Г.Л.

CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)– создание постоянного положительного давления в дыхательных путях, метод неинвазивного лечения дыхательных расстройств у новорожденных, дышащих самостоятельно. Данная респираторная терапия позволяет создавать и поддерживать постоянное

положительное давление в дыхательных путях: оказывает влияние на формирование функциональной остаточной емкости легких, поддерживает проходимость дыхательных путей, предотвращает спадение альвеол, улучшает альвеолярную оксигенацию.

Цель работы: оценка эффективности неинвазивной респираторной терапии у недоношенных детей с синдромом дыхательных расстройств.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 69 карт развития новорожденных в возрасте от 0 до 37 суток. Из них 4 детей весом менее 1000 грамм, 25 детей от 1000 до 1500 грамм, 21 ребенок от 1500 до 2000 грамм, 12 детей от 2000 до 2500 грамм, 7 детей более 2500 грамм. По сроку гестации: менее 27 недель – 1 ребенок, 27-28 недель – 7 детей, 29-30 недель – 18 детей, 31-32 недели – 15 детей, 33-34 недели – 17 детей, 35-36 недель – 8 детей, более 36 недель – 1 ребенок. Все дети находились на неинвазивной вентиляции с использованием системы Infant Flow. В комплексной терапии сурфактант методом Insure был введен 26 детям, 24 ребенка находились на Инвазивной Вентиляции Легких, 19 детей находились на неинвазивной терапии на этапе после экстубации. Минимальная длительность респираторной терапии составила 1 сутки, максимальная – 35 суток. Общая продолжительность респираторной терапии составила 413 суток, средняя продолжительность респираторной терапии составила 6 суток. У всех обследованных пациентов изучены анамнестические и клинические данные, применялись общепринятые методы обследования. Все данные, полученные в ходе обследования, были обработаны.

Результаты. Все дети в стартовой терапии получали неинвазивную CPAP терапию. 32 ребенка (46,3%) находились на CPAP терапии без перевода на инвазивную вентиляцию и использования сурфактанта, 12 детей (17,3%) получали CPAP терапию с введением сурфактанта, 24 ребенка (34,7%) находилось на инвазивной вентиляции легких, из них 19 детей (79,1%) получили неинвазивную вентиляцию легких после экстубации. Средняя продолжительность респираторной терапии составила 6 суток.

Выводы. 1. Тактика вентиляционной поддержки недоношенных новорожденных детей находится в прямой зависимости от, анамнеза матери, срока гестации, механизма родов, степени выраженности дыхательных расстройств, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, в том числе врожденных пороков развития.

2. Одним из методов повышения качества респираторной поддержки является профилактическая сурфактантная терапия в первые минуты/часы жизни, особенно глубоко недоношенным детям.

3. CPAP терапия может быть конкурентным методом инвазивной респираторной поддержки у детей с дыхательной недостаточностью.

Дубовая А.В., Самохвалова И.И.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕБЕНКА С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СИНУСОВОГО УЗЛА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К. Гусака, г. Донецк, ДНР
Кафедра педиатрии и неонатологии факультета интернатуры и последипломного образования
Зав. кафедрой и научный руководитель – доц., к.мед.н. Пшеничная Е.В.

Цель исследования – оценить особенности диагностики вегетативной дисфункции синусового узла (ВДСУ) у пациента 14 лет, занимавшегося в течение 2 лет боксом.

Материалы и методы: анализ амбулаторной карты, истории болезни мальчика и литературных данных.

Результаты. Мальчик В., 14 лет, поступил в отделение детской кардиохирургии и реабилитации ИНВХ им. В.К. Гусака в декабре 2015г. с жалобами на потемнение в глазах при резкой перемене положения тела, которые беспокоят пациента в течение 5 лет. Из анамнеза жизни известно, что ребенок занимается боксом в течение двух лет (продолжительность тренировки около двух часов, кратность занятий варьирует и часто достигает пяти раз в неделю). Изменения на стандартной ЭКГ в виде синусовой брадикардии с ЧСС 52 уд/мин впервые выявлены в ноябре 2015г. при обследовании с целью решения вопроса о возможности дальнейших занятий в секции по боксу. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ в декабре 2015г. в период ночного сна зарегистрирована брадикардия (средняя ЧСС ночью – 48 уд/мин, минимальная ЧСС ночью – 43 уд/мин). Пять лет назад наблюдалось однократное синкопе на высоте психоэмоциональной нагрузки. Не обследован. В настоящее время поступил в отделение для выяснения генеза синусовой брадикардии. Семейный анамнез мальчика отягощен: у отца с 16 лет брадикардия, артериальная гипотензия (занимался боксом, футболом). При объективном обследовании констатировано удовлетворительное самочувствие и состояние ребенка, границы сердца не смещены относительно возрастной нормы, тоны сердца громкие, ритмичные, короткий систолический шум в I и V точках аускультации. Отмечается артериальная гипотензия (показатели артериального давления – 100/60 мм.рт.ст.). В исходном вегетативном тоне преобладает ваготония. По данным эхокардиографии имеется открытое овальное окно 0,3 см, лево-правый сброс; аберрантная хорда в полости левого желудочка; размеры камер и полостей сердца, сократительная способность в норме. Тредмил-тест: толерантность к физической нагрузке выше средней; синусовая брадиаритмия в покое и на первой минуте восстановительного периода; реакция гемодинамики дистоническая. На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, результатов обследования сделан вывод о том, что у мальчика имеет место ВДСУ, малые структурные аномалии развития сердца (открытое овальное окно, аберрантная хорда в полости левого

желудочка). Мальчику рекомендовано снизить интенсивность физических нагрузок, назначена стимулирующая, кардиотрофическая, нейрометаболическая терапия.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует важность анализа жалоб, анамнеза, комплексного обследования ребенка на этапе решения вопроса о возможности посещения спортивной секции и при динамическом наблюдении спортсменов с целью своевременного выявления жизнеугрожающих состояний, профилактики синдрома внезапной сердечной смерти.

Есакова О.Р.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЛИКЕМИИ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ И ОКСИГЕНОТЕРАПИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА.

Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства.

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Линчевский Г.Л.

Поддержание оптимальных концентраций глюкозы в крови является одним из важнейших компонентов в интенсивной терапии недоношенных детей. Глюкоза – главный энергосубстрат клеток и оказывает непосредственное влияние на все метаболические процессы, в том числе и на функцию дыхания.

Цель исследования: изучение взаимосвязей уровня гликемии в первый час жизни и длительности искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и оксигенотерапии у недоношенных новорожденных с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ).

Материалы и методы: В исследование включено 112 недоношенных детей с ЭНМТ и ОНМТ. Концентрация глюкозы определялась в капиллярной крови в первый час жизни.

Результаты: В первую группу вошли 47 детей, у которых значения гликемии были менее 3 ммоль/л. Во вторую группу включены 65 детей с гликемией в первый час жизни более 3 ммоль/л. Средние значения концентраций глюкозы крови составили 2,5 (2,1–2,7) ммоль/л и 4,1 (3,5–5) ммоль/л в группах 1 и 2 соответственно. Группы исследования не имели значимых различий по гестационному возрасту и массе тела при рождении. В первой группе гестационный возраст составил 28,5 (27–30) нед., во второй 29 (27,5–30,5) нед. Средняя масса тела составила 1170 (945–1370) грамм и 1260 (980–1470) в группах 1 и 2 соответственно. Средняя длительность ИВЛ в 1-й группе составила 13 дней, что было достоверно выше, чем во второй (4 дня). Также выявлена тенденция к более длительной оксигенотерапии в дальнейшем у детей 1-й группы: средние значения 11 дней против 7 дней у детей второй группы.

Выводы: В ходе исследования было выявлено, что гликемия менее 3 ммоль/л в первый час жизни способствовала более длительной необходимости в ИВЛ у детей, поэтому этот факт можно рассматривать как один из факторов риска повышения длительности ИВЛ у детей с ОНМТ и ЭНМТ.

Кириенко И.С.

ТРОМБОЦИТО-ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ НА ФОНЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства.

Научный руководитель – к.мед.н., доцент Линчевский Г.Л.

Цель исследования: Установление особенностей тромбгеморрагических расстройств у новорожденных с перинатальной инфекцией.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 5 историй болезни недоношенных новорожденных, находящихся в отделении интенсивной терапии (ОИТН) и патологии новорожденных (ОПН) ОДКБ, с манифестной формой инфекционной патологии. Гестационный возраст детей колебался в пределах от 29 до 34 недель, масса тела при рождении от 1200 до 1990 г. За время пребывания в клинике всем новорожденным проведено полное клинко-инструментальное и лабораторное обследование с консультациями узких специалистов. Во всех случаях, на фоне основного заболевания, наблюдалось проявление тромбоцито-геморрагического состояния.

Результаты: Как правило, на 2-3-е сутки, в нашем случае, к моменту развития манифестных случаев развития инфекционного процесса, отмечается смена в системе гемостаза и гиперкоагуляции на гипокоагуляцию и гиперагрегацию. Это связано с рядом транзиторных состояний в организме новорожденных.

Выводы: Проведенный анализ свидетельствует о том, что тяжелое течение инфекционного процесса у новорожденных детей, развитие критических состояний приводит к развитию различных форм тромбоцито-геморрагических нарушений у детей с генерализованными формами инфекционного процесса. Чем острее течение инфекционного процесса, чем выражение гипербилирубинемия, тем тяжелее протекают различные фазы тромбо-геморрагических расстройств.

В. С. Кисель, М. В. Бережная,

ОСОБЕННОСТИ ЕСТЕСТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ ДОНБАССА

Донецкий Национальный медицинский университет им. М.
Горького Центр первичной медико-санитарной помощи № 9,
Донецк Научный руководитель доц., к.м.н. Бордюгова Е. В.

Вскармливание ребенка первого года жизни оказывает влияние на его рост, развитие и состояние здоровья. Нерациональное вскармливание повышает риск развития аллергии, анемии, респираторных инфекций, патологии желудочно-кишечного тракта, ожирения, гипертонии, кариеса зубов и др.

Цель работы: анализ вскармливания детей первого года жизни в современных реалиях Донбасса.

Материал и методы. Нами проведен анализ 1180 медицинских карт развития ребенка (форма 112-У) и анкетирование 105 родителей. Дети (48,05% мальчиков и 51,95% девочек) наблюдались в Центре первичной медико-санитарной помощи №9 г. Донецка в 2013-2015 гг. Для статистической обработки данных использовали пакет программ Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Количество детей в возрасте до 6 мес, находившихся на исключительно грудном вскармливании, в 2013 г. было 194 (82,65%) чел., в 2014 г. – 185 (85,00%) чел., в 2015 г. – 134 (90,41%) чел. Указанное свидетельствует о том, что количество детей до 6 мес, получавших грудное вскармливание в 2015 г. увеличилось на 7,76% и 5,41% в сравнении с 2013 и 2014 гг. Среди детей второго полугодия на естественном вскармливании после введения прикорма оставалось в 2013 г. – 132 (71,61%) чел., в 2014 г. – 142 (74,41%) чел., в 2015 г. – 181 (79,91%) чел., что свидетельствует о росте этого показателя в 2015 г. на 8,3% и 5,5% соответственно. Основные причины прекращения грудного вскармливания до 6 мес: гипогалактия у матери, болезнь матери, ребенка. Увеличение количества детей, находящихся на естественном вскармливании в 2015 г., вероятно, связано с повышением мотивации матерей к сохранению грудного вскармливания в условиях экономической блокады и сложностей в приобретении адаптированных молочных смесей. Особенностью естественного вскармливания явилось нарушение рациона кормящей матери. Избыток углеводной пищи (крупы, макаронные изделия) в рационе матерей, употребление сгущенного молока, консервированных продуктов, повлияли на увеличение количества детей, страдающих атопическим дерматитом.

Выводы. Исследованием показано влияние мотивации матери на количество выработки грудного молока и продолжительность лактации, значение качественного питания кормящей матери в профилактике атопического дерматита.

Косенко Н.О.

ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Республиканская детская клиническая больница
Научный руководитель – к.мед.н., доц. Головки О.К.

Цель исследования. Анализ факторов риска ретинопатии недоношенных (РН) и сопутствующих состояний, динамический мониторинг и совершенствование лечебных мероприятий.

Материалы и методы исследования. В процессе ретроспективного исследования было проанализировано 80 историй болезни недоношенных новорожденных со сроком гестации от 26 – 30 недель и с массой тела от 600,0 до 1500,0 г., входящих в группу риска по развитию РН. Находившихся на стационарном лечении в Республиканской детской клинической больнице (РДКБ) в отделении интенсивной терапии новорожденных (ОИТН) и отделении патологии новорожденных (ОПН). Все дети консультированы окулистом в возрасте 1 – 6 недель жизни. Диагноз выставлен на основании данных непрямой офтальмоскопии и УЗИ.

Результаты. Из 80 обследованных новорожденных, у 34 детей (42,5%) выявлена ретинопатия различной степени. У 85,7% пациентов с РН 1–2 стадии, из которых у 51,3% – заболевание закончилось индуцированным регрессом после проведенного консервативного лечения, у 34,4% РН – самопроизвольным регрессом. РН 3–4 ст. у 11,3%, а 5 ст. рубцовая фаза с отслойкой сетчатки в 3,0%. В 5 случаях проведена фотолазеркоагуляция в глазных центрах г. Киева и г. Одессы. В группе детей с ретинопатией, чаще встречались дети с бронхо – легочной дисплазией (БЛД) 61,4%, что обусловлено нахождением на ИВЛ в течение длительного периода времени с фракцией кислорода более 50%; внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) встречались в 26,7% случаев, перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ) у 11,9% обследуемых.

Выводы. Риск развития РН увеличивается при уменьшении срока гестации, наличие очень низкой массы тела, длительного нахождения на ИВЛ. Наличие и развитие у недоношенного ребенка БЛД, ВЖК, ПВЛ способствует формированию РН. РН является серьезным осложнением, заметно ухудшающим качество жизни наиболее тяжелого контингента недоношенных детей. Исход заболевания зависит от правильности и согласованности действий неонатологов и офтальмологов, организации полноценного скрининга, а также от возможности предоставления специализированной помощи.

Никонова В.С.

ПРОБЛЕМЫ СТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ В НЕОНАТОЛОГИИ

Республиканская детская клиническая больница
Научный руководитель: к.мед.н., доц. Головки О.К.

Цель исследования. Проанализировать опыт использования стероидных гормонов у доношенных и недоношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы. Ретроспективно неселективно изучено 58 историй болезни, из них – 38 доношенных (I группа) и 20 недоношенных (II группа) новорожденных, которым с 2-3 суток жизни назначались стероидные гормоны.

Результаты. В раннем неонатальном периоде дексаметазон получали в I группе 4 новорожденных (10,5%), во II – 6 (30%) детей. Длительность курса составляла от 6 до 14 дней. Показаниями для назначения препарата у доношенных детей были: перинатальные гипоксически-геморрагические поражения ЦНС (50%), внутриутробная (25%) и аспирационная (25%) пневмонии. Недоношенным новорожденным вводился дексаметазон при врожденных рассеянных ателектазах легких (66,3%), перинатальном гипоксически-геморрагическом поражении ЦНС (33,3%). Четких критериев для назначения стероидных гормонов в историях болезни не было указано. Мотивация назначения врачами гормонов в данных случаях основывалась на их мощном противовоспалительном и мембраностабилизирующем действии. Однако, кратковременный успех (сомнительный) влечет за собой в катамнезе проблемы неврологических расстройств, отставание в физическом и психическом развитии, особенно у недоношенных новорожденных.

Выводы. Современные подходы к лечению и выхаживанию новорожденных детей, особенно недоношенных, указывают на необходимость пересмотра показаний для назначения стероидных гормонов с созданием нормативных лечебно-диагностических документов – внутрибольничных протоколов.

Рябцева О.Ю.

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

Центральная городская клиническая больница № 6, г. Донецк
Научный руководитель – к.мед.н., доцент Линчевский Г.Л.

Цель исследования: Сравнить основные показатели работы отделения новорожденных до и после внедрения современных перинатальных технологий.

Материалы и методы: Исследование осуществлялось на базе акушерского стационара центральной городской клинической больницы (ЦГКБ) № 6 г. Донецка. Проведен ретроспективный анализ основных показателей работы отделения новорожденных ЦГКБ № 6 г. Донецка за 2004 и за 2014 годы.

Результаты: Отделение новорожденных представлено 65 койками. С июля 2004 года организовано совместное пребывание матери и ребенка. Организованы и работают 7 семейных родильных залов. Внедрены и соблюдаются современные перинатальные технологии:

- партнерские роды
- тепловая цепочка
- минимизация инвазивных вмешательств
- круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка, включая новорожденных после операции кесарево сечение
- раннее прикладывание и исключительно грудное вскармливание
- использование домашней одежды в уходе за новорожденным
- помощь родильнице в уходе за новорожденным, одного из членов семьи, обследовавшегося на tbc
- соблюдение техники мытья рук
- ведение больных новорожденных в соответствии с медицинскими протоколами на основании принципов доказательной медицины
- ранняя выписка новорожденного

Показатели работы отделения улучшились. Возросло количество детей, находившихся на совместном пребывании с 87% до 96%. Количество детей, родившихся с оценкой по шкале Апгар меньше 6б уменьшилось с 5% до 0,5%. Показатели перинатальной смертности снизились с 10,8‰ до 5,7‰. Ранняя неонатальная смертность снизилась с 3,6‰ до 1,1‰, неонатальная смертность уменьшилась с 6‰ до 2,3‰. Заболеваемость новорожденных в целом снизилась со 176‰ до 105‰, заболеваемость недоношенных снизилась с 723‰ до 543‰. Улучшилась эпидемиологическая ситуация. В 2004 году зарегистрировано 2 случая (0,12 %) гнойно-септической заболеваемости, в 2014 году случаев не было.

Выводы: Современные перинатальные технологии способствовали увеличению выживаемости и снижению уровня заболеваемости доношенных и не доношенных детей. Технологии, сохраняющие здоровье в родильном доме, направлены на создание условий для физиологической адаптации и развития новорожденных с момента их рождения.

Соколюк А.А.

ЗНАЧЕНИЕ ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ КАК СКРИНИНГОВОГО МЕТОДА ВЫЯВЛЕНИЯ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ.

Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства
Научный руководитель – к.мед.н., доцент Линчевский Г.Л.

Цель исследования: установление показателей сатурации и их разницы на верхних и нижних конечностях у новорожденных для формирования группы риска по врожденным порокам сердца.

Материалы и методы: проведено скрининговое обследование 194 доношенных новорожденных в возрасте 6 часов и 48 часов жизни на базе Донецкого Республиканского Центра охраны материнства и детства. Измерение сатурации проводилось на правой руке и правой ноге с помощью пульсоксиметра «Masimo». Пороговое значение сатурации принято за 88%. Учитывалась разница между показателями, определенными на правой руке и ноге $\geq 3\%$.

Результаты: среди обследованных новорожденных 106 (55%) составили мальчики, 88(45%) – девочки. Средний срок гестации – $39,4 \pm 0,3$ недели. Через 6 часов после рождения уровень сатурации ниже 88% был зафиксирован у 11 детей, разница показателей с правой руки и ноги составила $\geq 3\%$ у 1 ребенка. При скрининге через 48 часов низкие показатели сатурации сохранились у 9 детей (75%). Наличие врожденного порока сердца среди данной группы новорожденных подтверждено в 100% случаев путем ДЭХОКГ.

Выводы: исследования показали, что пульсоксиметрия – легкодоступный, неинвазивный метод, который позволяет выявить новорожденных высокого риска, нуждающихся в дообследовании для своевременной коррекции врожденного порока сердца и выбора дальнейшей тактики лечения.

Сосна В.В., Лимаренко М.П.

СТЕНОЗ УСТЬЯ АОРТЫ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Кафедра педиатрии и неонатологии факультета интернатуры и последипломного образования Зав. кафедрой – доц., к.мед.н. Пшеничная Е.В.
Научный руководитель – доц. Лимаренко М.П.

Стеноз устья аорты (СА) является врожденным пороком сердца (ВПС), при котором нарушается отток крови из левого желудочка в большой круг кровообращения в результате наличия препятствия в выходном отделе левого желудочка (инфундибулярный подклапанный стеноз), на уровне клапана (клапанный стеноз), в восходящей части аорты (надклапанный стеноз).

Подклапанный стеноз (фиброзный субаортальный стеноз) образуется серповидной складкой фиброзной соединительной ткани, расположенной непосредственно под аортальным клапаном в виде полочки, закрывающей $\frac{1}{2}$ - $\frac{2}{3}$ выходного отдела левого желудочка (ЛЖ) или опоясывающей тонкой мембраной, при этом размеры отверстия уменьшаются до 0,5-1,5 см. Подклапанный стеноз часто сочетается с недостаточностью аортального (Ао) клапана. Нарушения гемодинамики обусловлены наличием препятствия систолическому оттоку крови в аорту и опорожнению ЛЖ сердца. В связи с этим усиливается систолическая работа ЛЖ по преодолению сопротивления выбросу крови (систолическая перегрузка), приводящая к гипертрофии стенки ЛЖ и повышению внутрижелудочкового давления. Характер и выраженность этих изменений прямо связаны со степенью стенозирования. В течение определенного этапа жизни при умеренном стенозе за счёт компенсаторной гипертрофии ЛЖ и возрастания внутрижелудочкового давления может обеспечиваться нормальный сердечный выброс и давление в аорте, а нарушений гемодинамики в покое не возникает. Однако незначительные нарушения гемодинамики могут появляться при интенсивной физической нагрузке. По мере взросления ребенка, увеличения камер сердца и сердечного выброса повышается относительная степень стенозирования, а при нарастании фиброносклеротических изменений увеличивается абсолютное стенозирование устья аорты.

Приводим собственное клиническое наблюдение. Ребенок Н., 7 лет, находился в отделении детской кардиохирургии и реабилитации Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака г. Донецка с 21.10.2015 г. по 06.11.2015 г. При поступлении предъявлял жалобы на быструю утомляемость, боли в области сердца, одышку при физической нагрузке.

Анамнез заболевания. ВПС (субаортальный стеноз) у ребёнка диагностирован в раннем возрасте. В 3 года мальчик был прооперирован в ИНВХ: проведено устранение субаортального стеноза (иссечение мембраны). Через 2 года при повторной ЭХОКГ отмечались нарастание остаточного градиента в выходном тракте ЛЖ – 45-48 мм рт. ст., недостаточность Ао клапана 1 ст., недостаточность митрального клапана 2-3 ст., увеличение левых отделов сердца, гипертрофия ЛЖ, КДО–82 мл, ФВ–66%. Цель настоящей госпитализации – определение дальнейшей тактики ведения.

В результате углублённого обследования в клинике ребёнку установлен диагноз – ВПС: субаортальный мембранозный стеноз, состояние после оперативной коррекции (иссечение мембраны в 2011г.). Рестеноз субаортальный (градиент давление 52 мм рт. ст.). Недостаточность Ао клапана 2 ст. Недостаточность митрального клапана 3 ст. Дилатация ЛЖ (КДО–122,4мл). ХСН₁₋₂Аст. Железодефицитная анемия, легкой степени. Застойная гиперацидная гастродуоденопатия, ассоциированная с *H. pylori*. Гепатолиенальный

синдром. Мальчик консультирован кардиохирургом: показано повторное оперативное лечение ВПС: иссечение субаортальной мембраны.

Таким образом, приведенное клиническое наблюдение демонстрирует редкий ВПС у ребёнка – подклапанный мембранозный стеноз аорты и неблагоприятный отдалённый результат хирургической коррекции – субаортальный рестеноз.

Удовитченко Ю.В., Дубовая А.В.

ПРОПРАНОЛОЛ В ЛЕЧЕНИИ ГЕАНГИОМ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К. Гусака

Кафедра педиатрии и неонатологии факультета интернатуры и последипломного образования Зав. кафедрой – доц., к.мед.н. Пшеничная Е.В.

Научный руководитель – доц, к.мед.н Дубовая А.В.

Актуальность. Гемангиома – доброкачественная сосудистая опухоль, составляющая около 50% всех опухолей мягких тканей в детском возрасте. Она обнаруживается у 1,1-2,6% новорожденных и 10% детей первого года жизни. Появляются сразу после рождения: 75% развиваются на первом году жизни, половина из них – до 6 месяцев. В 2-3 раза чаще гемангиомы возникают у девочек. Несмотря на доброкачественность, гемангиомы у детей склонны к быстрому прогрессирующему росту, инфицированию, изъязвлению. Для ликвидации гемангиом используют: хирургическое, криогенное лечение, лучевую, склерозирующую, глюкокортикостероидную терапию, диатермокоагуляцию, а также неселективный β -адреноблокатор пропранолол, обладающий антиангиогенным действием.

Цель. Оценить эффективность применения неселективного β -адреноблокатора пропранолола в лечении гемангиом.

Материалы и методы. За период с июня 2015 г. по настоящее время под наблюдением находятся 5 детей (4 девочки и 1 мальчик) с гемангиомами различной локализации в возрасте от 4 до 8 месяцев. Все пациенты имели показания к назначению β -адреноблокаторов (быстрый рост опухоли, обширность поражения, ранний возраст). Начало лечения приходилось у всех детей на стадию активного роста (1-3 мес. – 6-8 мес.). В одном случае регистрировалась обширная гемангиома лица, шеи, правой голени, промежности, вульвы, ягодичной области. У остальных детей простые гемангиомы сочетались с кавернозными сложной локализации (веки, губы, голень, плечи, паховая область). До обращения в клинику лечения дети не получали. Перед назначением пропранолола всем пациентам проводилось комплексное обследование: клинический анализ крови, коагулограмма, глюкоза крови, стандартная электрокардиография (ЭКГ), 24-часовое мониторирование ЭКГ, доплерэхокардиография, дерматоскопия, УЗИ кожи, УЗИ органов брюшной полости. Пропранолол назначали в дозе 0,5-2 мг/кг с титрованием в течение 2-4 недель. Продолжительность терапии в среднем составляет 9-12 месяцев. Во время приема пропранолола всем детям проводили мониторинг ЧСС, артериального давления, уровня глюкозы крови.

Результаты. У 2-х детей отмечали положительный эффект, начиная с первых недель лечения, в виде изменения размера, интенсивности окрашивания гемангиом. У ребенка с кавернозной гемангиомой правого плеча и правой паховой области через 1 месяц лечения пропранололом отмечено уменьшение в размере гемангиомы на 20% и интенсивности ее окрашивания. У 2-х девочек с инфантильной гемангиомой правой голени и инфантильной гемангиомой верхней губы и носогубной складки эффект от лечения наступил через 1,5 месяца в виде изменения интенсивности окрашивания, еще через месяц уменьшились размеры гемангиомы. Побочные реакции в процессе лечения не зарегистрированы. Наблюдаемые эффекты связаны с антиангиальным эффектом пропранолола: начальный – изменение цвета и консистенции опухоли в результате вазоконстрикции; промежуточный – приостановка роста гемангиомы вследствие блокировки проангиогенных сигналов VEGF, bFGF, MMP 2/9; долговременный характеризуется индукцией апоптоза в пролиферирующих эндотелиальных клетках, что приводит к регрессии гемангиомы в течение 2-3 месяцев.

Выводы. Неселективный β -адреноблокатор пропранолол у детей с гемангиомами является эффективным и безопасным методом лечения, который целесообразно использовать у детей с первых месяцев жизни в качестве препарата первой линии.

Удовитченко Ю.В., Дубовая А.В.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕБЕНКА С КОРРИГИРОВАННОЙ ТРАНСПОЗИЦИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К. Гусака

Кафедра педиатрии и неонатологии факультета интернатуры и последипломного образования Зав. кафедрой – доц., к.мед.н. Пшеничная Е.В.

Научный руководитель – доц, к.мед.н Дубовая А.В.

Цель: оценить особенности диагностики и лечения корригированной транспозиции магистральных сосудов (КТМС) у ребенка 5 лет.

Материалы и методы: анализ амбулаторной карты, истории болезни девочки, литературных данных.

Результаты: при поступлении жалобы на повышенную утомляемость. КТМС диагностирована при фетальной эхокардиографии (ЭхоКГ) в сроке 36 нед. После рождения диагноз подтвержден: полые вены впадают в правое предсердие, которое через митральный клапан сообщается с анатомически левым желудочком, из которого выходит легочная артерия; легочные вены впадают в левое предсердие, которое через трикуспидальный клапан сообщается с анатомически правым желудочком, из которого выходит аорта; правосторонняя дуга аорты. Консультирована кардиохирургом после рождения, рекомендовано динамическое наблюдение, прием каптоприла, спиронолактона, коррекция доз препаратов в зависимости от проявлений сердечной недостаточности. Ребенок от IV беременности, протекавшей на фоне курения в течение первого месяца. Роды I, в срок, нормальные. Вес при рождении – 3400г, рост – 54 см. Оценка по шкале Апгар – 7-8 баллов. Аллергологический и семейный анамнез не отягощены.

Состояние ребенка средней степени тяжести по основному заболеванию, стабильное. Обращает внимание выраженный «мраморный» рисунок кожи, над всей сердечной областью выслушивается грубый систолический шум, ослабление I тона в области мечевидного отростка, печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет. Данные ЭхоКГ в динамике: за период с июля 2014 по февраль 2015 года у ребенка наблюдается положительная динамика в виде уменьшения конечного диастолического объема (КДО) с 79мл до 62,3мл (норма – $51,3 \pm 2,03$ мл), конечного систолического объема (КСО) – с 29мл до 19,5мл (норма – $22,4 \pm 1,9$ мл), конечного диастолического индекса (КДИ) – со 105 мл/м² до 83 мл/м² (норма – ≤ 54 мл/м²), фракция выброса составляла 68% (норма – $68,5 \pm 1,7$ мл). Проанализировав данные ЭхоКГ за период с февраля 2015г. по ноябрь 2015г., можно отметить, что сохраняется умеренная дилатация леворасположенного анатомически правого желудочка и левого предсердия, недостаточность леворасположенного трикуспидального клапана II-III ст., появилась недостаточность митрального клапана I степени, при этом КДО увеличился до 68,8 мл (февраль – 62,3 мл), также наблюдается увеличение КСО до 26,8 мл (февраль – 19,5 мл), КДИ увеличился до 91,7 мл/м² (февраль – 83 мл/м²), фракция выброса уменьшилась и составила 61% (февраль – 68%). Суточное мониторирование ЭКГ: в течение времени наблюдения регистрировался синусовый ритм с атриовентрикулярной блокадой II ст., Мебиц 1, атриовентрикулярной блокадой II ст., Мебиц 2 (2:1); брадикардия в течение суток, днем выраженная (частота сердечных сокращений – от 67 до 110 уд/мин). В связи с указанным терапия дополнена фуросемидом по 20 мг утром до еды через день под контролем диуреза; продолжает получать каптоприл по 6,25мг 2 раза/сутки, спиронолактон по 12,5мг 1 раз/сутки. Рекомендован контроль ЭхоКГ через 2 месяца с решением вопроса о дальнейшей тактике ведения.

Выводы: под воздействием непрерывного консервативного лечения, (иАПФ, мочегонные препараты) состояние ребенка остается стабильным. Появление отрицательной динамики в виде нарастания признаков сердечной недостаточности обуславливает необходимость оперативной коррекции КТМС.

НЕВРОЛОГИЯ

**Донецкий национальный медицинский университет им. М.
Горького Кафедра неврологии и медицинской генетики
Зав. кафедрой – проф. д.мед.н Статинова Е.А.**

Андропова М.А.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫХ СИСТЕМ ЦНС В ИССЛЕДОВАНИИ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. д.мед.н Статинова Е.А.

Цель: провести нейрофизиологический мониторинг нейромедиаторных систем ЦНС с помощью количественной ЭЭГ у пациентов с острой и хронической церебральной недостаточностью.

Материалы и методы. Обследовано 19 клинически здоровых добровольцев (ЗД) в возрасте от 7 года до 49 лет. Проанализированы амбулаторные карты 19 больных с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия с паркинсоническим синдромом (ДЭП). Исследованы данные 28 пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ). Обследовано 5 пациентов, перенесших острую церебральную недостаточность с исходом в апаллический синдром (АС). Больные находились на лечении в Донецком областном клиническом территориальном медицинском объединении в 2013-2014 годах. Регистрацию биопотенциалов мозга осуществляли с помощью нейрофизиологического комплекса DX-NT32. Для оценки уровня активности холинергической системы (ХС) головного мозга определяли показатели абсолютной спектральной мощности (АСМ) в диапазоне 6-7,5 Гц. Статистический анализ данных проводили программой MedStat.

Результаты. Значения АСМ в диапазоне 6-8 Гц, характеризующие активность ХС в ЦНС, у пациентов с ДЭП были достоверно ниже ($p \leq 0,05$), чем у ЗД, максимально в левом лобном и билатерально в окципитальных отделах коры больших полушарий. Значения АСМ в диапазоне 6-8 Гц у пациентов с АС были достоверно ниже ($p \leq 0,05$), чем у ЗД, максимально билатерально в окципитальных отделах коры больших полушарий и ниже ($p \leq 0,05$), чем у пациентов с ДЭП, максимально в лобных и височных отделах коры БП. У 19-и больных с ТЧМТ исходные уровни АСМ в диапазоне 6-8 Гц превышали ($p \leq 0,05$) уровни данных показателей в группе ЗД. Максимальный уровень данных показателей был зафиксирован в лобных и затылочных отделах коры. У 7 пациентов с ТЧМТ АСМ в диапазоне 6-8 Гц были ниже ($p \leq 0,05$), чем в группе ЗД и ДЭП, и не имели значимых различий ($p > 0,05$) с данными в группе с АС. Минимальный уровень данных показателей был зафиксирован в центральных и окципитальных отделах коры.

Выводы. Применение глиатилина – холиномиметика центрального действия – повышало уровни АСМ в диапазоне 6-8 Гц у больных с ДЭП (преимущественно в окципитальных отделах) и у пациентов с АС (максимально в проекции левых отведений). У глиатилина отмечен дозозависимый эффект активации ХС в ЦНС у пациентов с АС, ДЭП и ТЧМТ.

Луцкий Е.И.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРНОГО СОСТОЯНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЛИЦ ПОДВЕРЖЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА.

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. д.мед.н Статинова Е.А.

Цель исследования. Изучить состояние структур головного мозга на основании данных магнитно-резонансной томографии (МРТ) с использованием комплексной шкалы нейровизуализационной оценки (КШНО) у лиц, подверженных воздействию хронического психоэмоционального стресса (ХПЭС).

Материалы и методы. Обследовано 100 машинистов магистральных локомотивов (ММЛ) и помощников машинистов (ПМ) в возрасте от 19 лет до 58 лет со стажем работы 3 месяцев до 33 лет, которые составили основную группу наблюдения (ОГ). В качестве контрольной группы (КГ) было отобрано 100 практически здоровых мужчин добровольцев в возрасте от 20 лет до 60 лет, профессиональная деятельность которых не связана с воздействием стрессогенных факторов. Всем обследуемым проведена МРТ головного мозга на аппарате «Signa Excite» фирмы GE (США, 2006) с напряжённостью магнитного поля 1,5 Тесла. Для комплексной оценки структурного состояния головного мозга на основании качественных и количественных нейровизуализационных шкал нами была использована КШНО. Указанная шкала базируется на результатах оценки состояния субарахноидальных пространств, желудочковой системы, ширины субарахноидального пространства, размеров и количества очагового поражения головного мозга, а также наличия лейкоареозиса. В зависимости от выраженности изменений головного мозга выделяются легкие, умеренные, выраженные изменения, а также нормальные нейровизуализационные данные.

Результаты. Нейровизуализационные изменения по данным КШНО в ОГ были выявлены у 68 ММЛ и ПМ, что составило 67,4% случаев (ДИ: 57,8-76,2; $p=0,05$), а в КГ у 37 добровольцев (37%, ДИ: 27,7-46,8; $p=0,05$), что статистически значимо ниже ($p<0,001$), чем в ОГ. У ММЛ и ПМ доля легких и умеренных изменений составляла 29,7% (30 человек, ДИ: 21,1-39,1; $p=0,05$) и 34,7% (35 человек, ДИ: 25,6-44,3; $p=0,05$) соответственно, выраженные изменения выявлены у 3 человек (3,0%, ДИ: 0,6-7,2; $p=0,05$). Следует отметить, что в 97,1% случаев умеренные и в 100,0% выраженные изменения головного мозга в ОГ обусловлено комбинированным поражением. У добровольцев легкие и умеренные нарушения регистрировались у 18 (18%, ДИ:11,1-26,2; $p=0,05$) и 19 (19%, ДИ:11,9-27,3; $p=0,05$) человек соответственно. Распространенность легких изменений головного мозга статистически не отличались в ОГ и КГ ($p=0,075$), однако умеренные изменения чаще регистрировались среди ММЛ и ПМ ($p=0,019$). Следует подчеркнуть, что в КГ отсутствие нейровизуализационных изменений по данным КШНО встречались статистически значимо чаще, чем легкие и умеренные изменения ($p<0,001$).

Выводы. Воздействие ХПЭС ассоциируется с более выраженными структурными изменениями головного мозга. Чаще других встречаются умеренные нейровизуализационные изменениями мозга. МРТ является объективным методом диагностики стресс-ассоциированных поражений головного мозга. Дальнейшее использование КШНО позволит унифицировать/оптимизировать поход к комплексной оценке структурных изменений головного мозга, как в общей популяции, так и среди лиц подверженных воздействию ХПЭС.

ОНКОЛОГИЯ И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В.Бондаря Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького Кафедра онкологии Зав. кафедрой – проф. Попович А.Ю.

Буряк В.С., Карпенко Я.И., Коломиец К.С., Кузьменко В.В.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНЕМ ЭТАЖЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Научный руководитель – Балабан В.В.

Цель исследования: проанализировать частоту возникновения послеоперационного панкреатита (ПП), при операциях на верхнем этаже брюшной полости.

Материалы и методы: объектами исследования стали пациенты с операциями на верхнем этаже брюшной полости хирургического отделения № 7 РОЦ им. профессора Бондаря Г. В. , статистические данные Института Хирургии им. А. В. Вишневского г. Москвы. Также проанализированы данные ряда зарубежных медицинских учреждений.

Результаты: в течение отчетного года в хирургическом отделении № 7 было проведено 274 операции на верхнем этаже брюшной полости (панкреато-дуоденальная резекция, резекция поджелудочной железы, ХДА, ЭЭА, ГЭА), из них в 68 (25 %) случаях наблюдалось возникновение послеоперационного панкреатита, с повышением уровня альфа-амилазы крови выше среднедопустимого. Для сравнения были проанализированы данные оперативных вмешательств в И.Х. им. А. В. Вишневского. На 194 выполненных операций (панкреато-дуоденальная резекция, частичная резекция головки поджелудочной железы по Фрэню, субтотальная резекция головки поджелудочной железы по Бегеру) приходилось 50 (40%) случаев возникновения послеоперационного панкреатита. По данным исследования Самарского Военно-медицинского института, ПП возникает в 20% случаев, вследствие выполнения тотальной и субтотальной резекций желудка. В следствие аналогичных вмешательств (гастрэктомии), в 22,2% случаев наблюдалось возникновение ПП (Терехов В.М., Лавров Н.А., 2009 г.) При любых резекционных вмешательствах на ПЖ, ПП возникает в 94,4% случаев (Свитина К.А., 2012г.). Диагноз ПП в проведенных исследованиях подтверждался результатами клинических исследований и биохимического анализа крови (повышением уровня альфа-амилазы).

Выводы: исследования позволяют сделать вывод о высокой частоте возникновения послеоперационного панкреатита и необходимости разработок методов его профилактики.

Грищенко Е.А., Карпенко Я.И., Бабакова Е.С., Рязанцев А.А.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ОЗОНО-КРИСТАЛЛОИДНЫХ НА ОСНОВНЫЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Научный руководитель – Балабан В.В.

Цель: Изучить влияние озono-кристаллоидных смесей на основные гемодинамические показатели с дальнейшей целью коррекции гемореологических расстройств у онкологических больных.

Материалы и методы исследования: Исследовательская работа была проведена на базе СНК "Виварий" кафедры онкологии ДонНМУ. Основную группу составили 7 животных, контрольную – 5 животных.

Животным обеих групп выполнена клиновидная резекция желудка. Все оперативные вмешательства выполнялись под комбинированной общей внутривенной анестезией с использованием методов регионарной анестезии (спинномозговая и эпидуральная анестезия) с достаточной миорелаксацией и ИВЛ, или с сохранением адекватного спонтанного дыхания. Животным основной группы дополнительно проводилось внутривенное капельное введения 200,0 мл озонированного физиологического раствора с концентрацией озона на выходе из прибора 10 мг/л (терапевтическая концентрация озона в растворе – $0,82 \pm 0,040$ мкг/мл) по 1 процедуре ежедневно, в течение 5 дней.

Для изучения механизмов изменений реологических свойств крови были исследованы показатели коагуляционного гемостаза: концентрация фибриногена, протромбиновый индекс (ПТИ), время рекальцификации плазмы и свертываемость крови, содержание тромбоцитов в плазме.

Результаты: После проведения хирургического вмешательства параметры состояния микроциркуляторного гемостаза в исследуемых группах имели следующие особенности. Число тромбоцитов в обеих группах было повышено и достоверно отличалось от дооперационных показателей ($p < 0,001$)

После проведения курса озонотерапии количество тромбоцитов в основной группе достоверно уменьшилось по сравнению с данными после операции ($p < 0,001$). Таким образом, применение терапевтических доз озона привело к нормализации показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. После завершения курса озонотерапии в исследуемой группе уровень фибриногена и ПТИ снизился по сравнению с данными после операции и исходными значениями, достигнув уровня группы сравнения.

У животных группы сравнения, не получавших озонотерапии, произошло достоверное снижение указанных показателей по сравнению с данными после оперативного вмешательства, но по сравнению с исходными данными расхождения были недостоверными ($p > 0,05$).

Применение озона позволило добиться удлинения времени свертывания и времени рекальцификации плазмы у животных основной группы по сравнению с данными после операции и исходными значениями. В контрольной группе время свертывания и рекальцификации плазмы достоверно увеличилось по сравнению с данными после операции, но практически не изменилось по сравнению с данными до операции ($p > 0,05$).

Выводы: Таким образом, применение терапевтических доз озона может привести к нормализации показателей сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза и требует дальнейших исследований. Возможно, благоприятный терапевтический эффект озонотерапии в отношении системы гемостаза заключается в положительном влиянии озона на формирование динамического равновесия в метаболической системе ПОЛ – антиокислительная система (АОС) и предотвращение галоксических изменений в организме в условиях предпринятого нами исследования.

Карпенко Я.И., Горелов Д.В., Буряк В.С., Клочков М.М.

НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ 5-ФТОРУРАЦИЛОМ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА

Научный руководитель – Балабан В.В.

Цель исследования: Изучить влияние неоадьювантной терапии 5-фторурацилом на функциональную активность поджелудочной железы с целью применения данной методики для профилактики послеоперационного панкреатита.

Материалы и методы: На базе СНК «Виварий», РОЦ им. проф. Бондаря Г.В. выполнено исследование на 20 нелинейных кроликах со статистически незначительным отклонением в весе ($3,25 \pm 0,6$ кг.) и возрасте (15 ± 4 мес., при $p < 0,05$), 10 животных вошли в контрольную группу, а 10 – в опытную. Всем животным выполнялась клиновидная резекция по большой кривизне желудка. Анестезиологическое пособие представлено комбинированной анестезией с введением в эпидуральное пространство 0,25% раствора бупивакаина и обеспечением наркозного сна 1% раствором тиопентала натрия. Длительность операций составила $120,0 \pm 18,0$ минут.

С целью снижения функциональной активности поджелудочной железы животным опытной группы за 3 суток до оперативного вмешательства проводилась внутривенная инфузия 5-фторурацила в дозировке 5 мг/кг, разведенного в растворе NaCl 0,9% (8 мл/кг/ч).

Результаты и обсуждение: Для оценки результата угнетения функции поджелудочной железы проводилось измерение α -амилазы крови животных опытной группы. До проведения инфузии 5-фторурацила он составлял $995,8 \pm 124$ Е/л. В первые сутки после введения препарата наблюдалось снижение уровня α -амилазы на 43 % (до $567,6 \pm 204$ Е/л), что позволяет предположить снижение функциональной активности поджелудочной железы.

Для доказательства безопасности применения данной терапии проводилась оценка побочных эффектов вводимого препарата и исследование тканей желудка с оценкой их регенерации. На 7-е сутки после оперативного вмешательства выполнялась резекция сформированного дефекта стенки желудка с дальнейшим его гистологическим исследованием.

В препаратах животных контрольной группы микроскопически отмечалось продолжение регенерации эпителия слизистой оболочки тонкой кишки, неоангиогенез, формирование грануляционной соединительной ткани в серозной оболочке кишки, сохранялась умеренная воспалительная инфильтрация. В препаратах животных опытной группы микроскопически отмечались меньшие по размеру участки формирования грануляционной ткани, также сохранена умеренная инфильтрация слоев стенки кишки, оставалось умеренно выраженным демаркационное воспаление.

Выводы: Можно предположить, что предоперационное назначение 5-фторурацила позволяет снизить риск возникновения послеоперационного панкреатита вследствие угнетения синтеза протеолитических ферментов. Также показано, что внутривенное введение препарата существенно не влияет на заживление послеоперационной раны. Однако, требуется дальнейшее исследование, целью которого будет являться продолжение оценки безопасности данной манипуляции и разработка методики ее выполнения.

Клочков М.М., Рязанцев А.А., Даныко Б.Д., Коломиец К.С.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗИЦИРУЕМОЙ ПОЧКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИПОТЕРМИЧЕСКОЙ ПЕРФУЗИИ РАСТВОРОМ «ПЕРФТОРАН»

Научный руководитель – Балабан В.В.

Цель исследования: Разработать методику снижающую ишемическое повреждение почек и сохраняющую их функцию в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: На базе СНК «Виварий» РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря разработана методика резекции почки с применением гипотермической перфузии раствором «Перфторан». В исследовании приняло участие 10 лабораторных животных (кроликов), по 5 в исследуемой и контрольной группах. Для объективной

оценки лабораторных и морфологических исследований, двум группам животных была выполнена предварительная нефрэктомия. Через 40 дней двум группам проводилась резекция нижнего полюса почки с использованием зажима генератора высокочастотной биологической сварки EK300M1. В контрольной группе была выполнена резекция почки в условиях классической «тепловой ишемии» с изолированным пережатием почечной артерии. В опытной группе животных проводилась резекция в условиях гипотермической перфузии раствором «Перфторан» через почечную артерию во время выполнения центральной «тепловой ишемии», далее проводилась перфузия охлажденного до 4 градусов раствора «Перфторан» в течении всей операции с помощью инфузомата. Скорость перфузии 1,5 мл/минуту. Катетеризация производилась на выделенной почечной артерии набором для катетеризации центральной вены. Впоследствии дефект на сосуде был ушит узловыми швами. На 14 сутки была выполнена повторная резекция почки. Материал отдан на гистологическое исследование. Из фиксированного материала изготавливались парафиновые блоки. Срезы окрашивались гематоксилином и эозином. Гистологические препараты были изучены под светооптическим микроскопом Olympus BX-40, микрофотографирование произведено цифровой фотокамерой Olympus U-TV1X с программным обеспечением Olympus DP-Soft.

Результаты: В контрольной группе, у погибших и выживших животных гистологическая картина соответствовала ОПН: наблюдается повреждение канальцев виде тубулонекроза, местами повреждена и базальная мембрана клубочков. У животных опытной группы выявлены менее выраженные изменения, отмечено, что структура коркового и мозгового вещества имела обычное строение, клеточной инфильтрации не выявлялось, уротелий викарно гипертрофирован, установлено статистически значимое ($p < 0,001$) снижение средней высоты эпителиоцитов извитых канальцев на 13% по сравнению с контрольной группой.

Вывод: При гистологическом исследовании дистрофические, некробиотические и некротические изменения в эпителии почечных канальцев были в большей степени выражены у животных контрольной группы. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности продолжения исследований.

Кузьменко В.В., Токарев Н.В., Бабакова Е.С., Грищенко Е.А.

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ДЛЯ ОПЕРАЦИЙ НА ЖИВОТНЫХ

Научный руководитель – Балабан В.В.

Актуальность темы: Соответствие анестезиологического пособия для оперативных вмешательств контролируется Гарвардскими критериями от 1986 года с поправками Американского Общества Анестезиологов в 1993 году.

Цель исследования: Оценить соответствие анестезиологического пособия для оперативного вмешательства согласно Гарвардским критериям контроля.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе СНК РОЦ имени профессора Г.В. Бондаря. Исследование выполнено в соответствии с требованиями Хельсинской конференции 1991 года по работе с позвоночными животными. В исследовании были задействованы 40 кроликов со статистически не значимыми отличиями по возрасту (24 ± 3 месяца) и весу ($2,5 \pm 0,3$ килограмма) ($p \leq 0,05$). Всем животным выполнялись меры по оценке параметров гемодинамики (измерение АД, ЧСС, тест «белого пятна»); дыхания (оценка цвета слизистых, экскурсия грудной клетки, измерение ЧДД, при необходимости – обеспечение нормальной дыхательной функции с помощью ИВЛ с управлением по давлению). В первой группе (17 животных) выполнены: экстирпация матки с придатками – 10, резекция желудка – 2, нефрэктомия – 3, резекция нижнего полюса почки – 2; во всех случаях применялась тотальная внутривенная анестезия тиопенталом натрия с миоплегией пипекурония бромидом и искусственной вентиляцией легких. Во второй группе (11 животных) выполнены: экстирпация матки с придатками – 5, резекция желудка – 4, нефрэктомия – 1, резекция нижнего полюса почки – 1. Во второй группе анестезиологическим пособием была комбинированная анестезия с однократным введением в эпидуральное пространство на уровне L5-L7 0.25% раствора бупивакаина в количестве 1 мл и обеспечением наркозного сна 1% раствором тиопентала натрия. В третью группу вошли 12 животных, выполнены: экстирпация матки с придатками – 5, резекция желудка – 4, нефрэктомия – 1, резекция нижнего полюса почки – 2. В третьей группе применялась комбинированная анестезия с введением 1 мл 0.25% раствора бупивакаина на уровне Th12-L1 с помощью помещенного в эпидуральное пространство катетера с обеспечением наркозного сна 1% раствором тиопентала натрия. В дальнейшем в катетер вводилась 0.5 мл 0.25% раствора бупивакаина в конце операции, и на следующее утро после оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение: Наилучшим анестезиологическим пособием считали такое пособие, при котором клинические и лабораторные показатели оперированных животных отличаются от показателей интактных животных не более чем на 10%. Уровень систолического артериального давления за все время операции в первой группе увеличивался до 130 мм.рт.ст (на 30% больше средних значений у интактных животных), во второй и третьей группах наблюдалось уменьшение систолического артериального давления до 75-80 мм .рт.ст (на 8% ниже средних значений). Частота сердечных сокращений в первой группе изменялась в пределах 150 ± 60 ударов в минуту (на 15 -20% больше показателей интактных животных). Во второй группе этот показатель был на 5% больше средних значений, в третьей группе частота сердечных сокращений в среднем была на 15% меньше средних значений.

Выводы: Наилучшим анестезиологическим пособием, соответствующее критериям Гарвардского контроля для абдоминальных операций, по нашему мнению, является комбинированная анестезия с введением

местного анестетика в эпидуральное пространство и обеспечением седации или наркозного сна. В дальнейшем планируется внедрение в практику СНК инструментальных видов контроля за периоперационным периодом.

Мищенко И.С., Клочков М.М., Осипенков А.Р., Карпенко Я.И.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СВАРКИ ЕК300М1 ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Научный руководитель – Балабан В.В.

Цель исследования: уменьшить объём кровопотери при оперативных вмешательствах с помощью электрохирургической сварки ЕК300М1 и провести их сравнительную характеристику с традиционными методиками.

Материалы и методы: На базе СНК «Виварий» РОЦ им. проф. Г.В.Бондаря, проведено исследование, включающее 2 группы животных: контрольная и опытная (в каждой по 4 кролика). Всем животным выполнена правосторонняя гемиколонэктомия. В контрольной группе мобилизация проводилась традиционным методом с помощью ножниц, в опытной – с применением генератора высокочастотной биологической сварки ЕК300М1.

Результаты исследования: установлено, что кровопотеря во время операции в опытной группе в среднем составила 10 мл, в то время как в контрольной 16 мл. Время, затраченное на мобилизацию толстой кишки, в контрольной группе составляло 8,2 – 10 минут, в опытной группе от 4,15 – 5,30 минуты. Анастомозы состоятельны, послеоперационный период проходил удовлетворительно.

Вывод: В проведенном эксперименте установлено, что методика с применением электрохирургической сварки ЕК300М1 является более практичной. Кровопотеря уменьшилась в среднем на 37%, время мобилизации толстой кишки сократилось на 52%, что подтверждает достоинства изучаемой методики.

Рязанцев А.А., Клочков М.М., Осипенков А.Р., Данько Б.Д.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИЙ ЕДИНСТВЕННОЙ РЕЗЕЦИРУЕМОЙ ПОЧКИ В УСЛОВИИ ГИПОТЕРМИЧЕСКОЙ ПЕРФУЗИИ РАСТВОРОМ "ПЕРФТОРАН".

Научный руководитель – Балабан В.В.

Цель. Изучить функцию почки при применении гипотермии на единственной резецируемой почке и разработать рекомендации по снижению проявления реперфузионного синдрома и профилактике острой почечной недостаточности.

Материалы и методы исследования. На базе СНК «Виварий» РОЦ им. проф. Г.В.Бондаря разработана методика резекции почки с применением гипотермической перфузии раствором «Перфторан». В эксперименте участвовало 10 животных. В контрольной группе животным выполнена резекция почки в условиях классической «тепловой ишемии» (n=5). В опытной группе (n=5) резекция выполнялась в условиях гипотермической перфузии через почечную артерию, во время выполнения центральной «тепловой ишемии»; далее проводилась перфузия охлажденного до 4°C раствора в течении всей операции с помощью инфузомата со скоростью перфузии 2,5 мл/минуту. Катетеризация производилась на выделенной почечной артерии набором для катетеризации центральной вены, впоследствии дефект сосуда был ушит узловыми швами. Для объективной оценки лабораторных и морфологических исследований двум группам животных была выполнена предварительно нефрэктомия. Через 40 дней животным проводилась резекция нижнего полюса почки с использованием зажима генератора высокочастотной биологической сварки ЕК300М1.

Для оценки эффективности профилактики острой почечной недостаточности проводились следующие исследования: определение минутного диуреза, клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции воды с пересчетом на 1м² поверхности тела, использовались классические формулы (Наточин Ю. В., 1974); содержание мочевины, остаточного азота, креатинина, натрия и калия в плазме; креатинин мочи; клинический анализ крови. Функциональные пробы производились до ишемии, после ишемии, на 3 и 7 сутки.

Полученные результаты обрабатывались статистически параметрическим методом сравнения средних величин с применением t-критерия Стьюдента (программа «MedStat»). Для построения графиков использовалась программа "Microsoft Office Excel".

Результаты. В опытной группе животных функция почки была удовлетворительной. Падения диуреза у животных не было, наблюдалось достоверное снижение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции, которые на 3-е сутки достигли дооперационных цифр. Выраженные нарушения азотовыделительной функции ликвидировались к 7-м суткам.

В контрольной группе из 5 животных выжило 3. Гибель 2-х животных наступила в течении первых трех суток от ОПН, развившейся вследствие распространенных некротических изменений канальцев. У животных выявили нарушение азотовыделительной функции, падение диуреза и клубочковой фильтрации.

Выводы. Предложенная методика с применением гипотермической перфузии раствором «Перфторан» способствует снижению проявления реперфузионного синдрома и может использоваться для профилактики ОПН.

Токарев Н.В., Фатеева А., Нагорная Д., Гавришев Р.Ю.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКА У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Научный руководитель – Балабан В.В.

Цель исследования. Определить эффективность методов лечения стриктур мочеточников у больных со злокачественными опухолями органов малого таза.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 171 больного злокачественными опухолями малого таза, которые получили лечение в РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря за период 2011 – 2015 гг. Пациенты были разделены на 3 группы. Первая группа (73 случая) – пациенты, которым было произведено стентирование мочеточника. Методика стентирования мочеточника: двумя завитками на пузырном и почечном концах вводится пластиковый J-J стент диаметром 6 -8F. Вторая группа (56 случаев) – пациенты, которым была выполнена чрескожная пункционная нефростомия по методике Сельдингера. Третья группа (42 случая) – пациенты, которым была произведена резекция мочеточника с формированием неоуретерцистоанастомоза, методика была разработана в МНИОИ им. П.А.Герцена для кишечных резервуаров и представляет собой вариант тоннельного способа имплантации мочеточника в мочевой пузырь.

Результаты исследования. Анализ эффективности результатов основывался на исследовании паренхиматозно – выделительной функции почки (ФП) в зависимости от степени ее гидронефроза.

В первой группе при I стадии гидронефроза повышение ФП наступило в 100% случаев. При II стадии в 76,6%, однако снижение и нормализация функции почки составили по 11,7% соответственно. При III стадии повышение ФП было отмечено в 54,5% случаев, снижение и нормализация ФП составили: 18,2% и 27,3% соответственно. При IV стадии в 100% случаев наблюдалась нормализация ФП.

ФП во второй группе: при I стадии гидронефроза в 68,2% отмечено повышение ФП, в 21,0% – снижение ФП, в 10,8% – нормализация ФП. При II стадии отмечено: в 63% – повышение ФП, в 22% – снижение, в 15% – нормализация ФП. При III стадии в 62,5% отмечено повышение ФП, снижение и нормализация ФП в 18,7%, соответственно. При IV стадии в 68% – отмечена нормализация ФП, в остальных 32% – снижение ФП

В третьей группе получены следующие результаты: при I стадии в 87,5% – повышение ФП, в 12,5% – снижение ФП. При II стадия в 88% – повышение ФП, в 12% – снижение. При III стадия в 71,4% – отмечено повышение ФП, снижение и нормализация ФП в 14,3%, соответственно. При IV стадии – в 100% нормализация ФП.

Выводы: В результате проведенных исследований, нами выяснено, что стентирование мочеточника, как малоинвазивный метод лечения показан у пациентов со стриктурой мочеточника, которая возникла после сочетанной лучевой терапии, хирургического или комбинированного лечения в случае неэффективности проведенной противовоспалительной терапии, а также при I, II и III степенях гидронефроза (эффективность 100%, 76,6%, 54,5% соответственно). Резекция мочеточника с формированием неоуретерцистоанастомоза показана при невозможности постановки стента, в случае вовлечения нижней трети мочеточника в опухолевый инфильтрат, а также при I и II степенях гидронефротической трансформации почки (эффективность – 87,5%, 88% соответственно). Во всех остальных случаях показано применение чрескожной пункционной нефростомии.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького Кафедра офтальмологии ФИПО Зав. кафедрой – доц. к.мед.н. Смирнова А.Ф.

Голубов Т.К.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ШКОЛЬНИКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ

Зав. кафедрой и научный руководитель – доц. к.мед.н. Смирнова А.Ф.

Вегетативная нервная система (ВНС) играет существенную роль в процессе адаптации организма, в том числе в развитии и функциональном состоянии соединительной ткани. Мало изученным вопросом является изучение состояния ВНС у детей с различными видами клинической рефракции. Одним из показателей, характеризующих состояние баланса ВНС является индекс Кердо (ИК). ИК- показатель, характеризующему работу сердца, циркуляцию крови и транспорт кислорода, по которому можно судить о балансе ВНС

Целью работы явилось изучение состояния баланса вегетативной нервной системы у детей с различными видами клинической рефракции, на основании исследования индекса Кердо.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 86 школьников 13-15 лет, у которых было изучено состояние ИК. Индекс Кердо вычисляли по формуле: $ИК = (1 - D/P) \times 100\%$, где D- диастолическое давление, P- частота сердечных сокращений. Показатель измерялся в процентах (%). Согласно правил оценки ИК о нормотонии говорили, когда величина показателя была равна $\pm 10\%$, симпатикотония - $+10\%$, парасимпатикотония - $< -10\%$.

Результаты. Анализ результатов исследования индекса Кердо (%) у школьников с различной клинической рефракцией показал, у подростков с миопией средней и высокой степени ИК выше, чем при гиперметропии, эметропии и слабой миопии. При высокой осложненной приобретенной миопии отмечен сдвиг в сторону парасимпатикотонии. Надо отметить, что чем выше степень миопии, тем более выражен вегетативный дисбаланс.

Выводы. Индекс Кердо доступный для определения в рамках обычного осмотра у офтальмолога и его целесообразно использовать в качестве дополнительного критерия для контроля течения миопии, выбора индивидуальной тактики лечения и оценки ее эффективности.

Голубов Т.К., Шевченко В.С., Котлубей Г.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЩИХ БИОМЕХАНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С МИОПИЕЙ

Зав. кафедрой и научный руководитель – доц. к.мед.н. Смирнова А.Ф.

Целью работы явилось изучение распространения дисплазии соединительной ткани у подростков с миопией.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 46 школьников 13-15 лет с миопией. В зависимости от характера прогрессирования заболевания было выделено две группы обследуемых: первая - 25 детей, у которых наблюдалось стационарное течение миопии, вторая - 21 ребенок, у которых отмечено прогрессирование заболевания. Оценка распространенности общих биомеханических нарушений у подростков с приобретенной и стационарной миопией была проведена на основании анализов данных профилактических осмотров и заключений ортопеда-травматолога.

Результаты. «Статические деформации» – нарушение осанки и искривление позвоночника (сколиоз, кифоз и пр.), плоскостопие, а также «динамические деформации»-гипермобильность суставов и другие проявления дисплазии соединительной ткани отмечены у 18 из 25 школьников первой (72,0 %) и у 18 из 21 (85,7%) ($p > 0,05$). Чаще всего встречались деформации позвоночника (40,0% и 42,9%) и стопы (плоскостопие) (36,42% и 38,1%), реже – различные признаки гипермобильности суставов (32,0% и 28,0%). В более, чем половине случаев в обеих группах отмечены различные сочетания этих нарушений (44,0% и 61,9% ($p > 0,05$), но у детей с прогрессирующим течением заболевания они наблюдались чаще.

Выводы. Поскольку нарушения свойств склеры тесно согласуются с общей дисплазией соединительной ткани, которые, в свою очередь, являются проявлениями общего нарушения состояния здоровья ребенка и, в частности, нарушения состояния его опорно-двигательного аппарата может рассматриваться в качестве системного критерия ослабления опорной функции склеры. Наличие у пациента с миопией патологии опорно-двигательного аппарата надо рассматривать как один из дополнительных критериев прогрессирования заболевания.

Дегтярева А.П.

АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА ТРАВМЫ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель – доц. Зорина М.Б.

Цель работы. Изучить характер травмы органа зрения, ее причины у детей раннего возраста, наметить пути совершенствования организации помощи и профилактики детского травматизма.

Материал и методы. Проведены исследования результатов лечения 163 детей раннего возраста (до 6 лет) с травмой органа зрения в различных возрастных группах – 3-6 лет – 84 (51,53 %), 1,5 -3 лет 57 (34,97 %), а до 1,5 лет – 22 ребенка (13,5 %). Все дети пролечены в отделении «Микрохирургия глаза» РТЦ в период с 2013 по 2015 годы. Во всех перечисленных группах детей преобладали мальчики (69,94 %). В сроки до 6 часов после травмы госпитализированы 62,12 % пострадавших детей. Разработаны критерии исходов лечения, в соответствии с которыми осуществлялась их оценка. Изучены сроки поступления пострадавших в Центр, а также механизм полученной травмы. Проведено патогенетически направленное комплексное консервативное лечение и хирургические вмешательства.

Результаты исследования. Обращает внимание значительная тяжесть травмы органа зрения у детей раннего возраста. Поражался преимущественно передний отдел глаза. При этом особой тяжестью отличались прободные ранения, которые преобладали (18,35 %) в возрастной группе детей 3-6 лет. В группе 1,5-3 лет они составили 13,43 %, а в возрасте до 1 года – в 2,2 %. Столь же часто (94,3 %) в возрастной группе 3-6 лет отмечены контузии, а в группе до 1,5 лет этот вид травмы не встретился. Травма вспомогательных органов глаза и ожоги также преобладали в возрастной группе 3-6 лет, однако и среди детей до 1,5 лет они составили соответственно 8,21 и 14,13 %. У всех пострадавших детей тяжесть травмы усугублялась в связи с наличием сопутствующих повреждений и осложнений в различных сочетаниях. В том числе при прободных ранениях в 58,1 % отмечено повреждение или выпадение внутренних оболочек глаза, в 15,2 % – нарушение целостности или прозрачности хрусталика, в 20,4 % – кровоизлияния, в 0,61 % – внутриглазные инородные тела. В 19,3 % раневой процесс осложнился инфекцией. При контузиях в 8,4 % отмечено помутнение хрусталика, в 58,7 % – гифема или кровоизлияние в стекловидное тело. Всем поступившим детям проведено комплексное лечение, в том числе хирургические вмешательства, которые в 72,23 % носили комбинированный или реконструктивный характер. Только в одном случае разрушения глазного яблока была произведена первичная энуклеация. Благоприятный исход, согласно разработанным критериям оценки результатов, получен в 86,37 %. В 11,79 % оставались перспективы дальнейшего улучшения. Неблагоприятный исход (1,84 %) отмечен в связи субатрофией и анофтальмом. Результаты лечения зависели от сроков поступления, а также от тяжести травмы и механизма нанесенных повреждений.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о тяжести травмы у изучаемого контингента детей. Это говорит о необходимости тщательного учета глазного травматизма, налаживании своевременного поступления детей с тяжелой травмой органа зрения, использовании различных форм санитарно-просветительной работы. Особенностью такого рода мероприятий является необходимость тесного контакта с родителями и сотрудниками детских учреждений, что будет способствовать борьбе с безнадзорностью, опасными играми, рациональной организации досуга детей.

Зубко А.В., Шевченко В.С., Евтушенко О.В.

ОРГАНОСОХРАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТЕРМИНАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЕННОЙ ГЛАУКОМЫ

Научный руководитель – доц. Евтушенко В.А.

Основным методом лечения больных при терминальной болезненной глаукоме является энуклеация. Однако больному часто психологически трудно решиться на данную операцию. С 1983 года было предложено введение раствора аминазина ретробульбарно, как попытка сохранения глазного яблока.

Целью работы явилось изучение возможности сохранения глаза при терминальной болезненной глаукоме путем ретробульбарного введения аминазина.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 4 больных с диагнозом терминальная болезненная некомпенсированная глаукома. Из них женщин – 3, мужчин – 1, в возрасте – от 70 до 80 лет. В анамнезе – первичная и вторичная глаукомы. Глаза не видят в течение 2х лет. Болевой синдром в течение 1 года. Всем больным проведено офтальмоскопическое обследование, УЗИ. Критериями оценки эффективности лечения было отсутствие жалоб на боль в глазу.

Результаты. Все пациенты при поступлении жаловались на боль в глазу, в виске. Боль имела волнообразный характер, периодически снималась анальгетиками. Острота зрения во всех глазах «0» (ноль) в течение 6-12 мес. Уровень ВГД колебался от 30-40 мм рт.ст. на максимальном режиме местных гипотензивных препаратов. Объективно имелась застойная инъекция глазного яблока, отек роговицы, передняя камера средней глубины, помутнение в хрусталике, глазное дно не офтальмоскопировалось из-за отека роговицы и помутнения в хрусталике.

Всем больным в условиях операционной ретробульбарно введен аминазин 2,25% -1,0 с новокаином 2% — 2,0. Обязательным условием являлось сохранение постельного режима не менее 2х часов во избежание ортостатического коллапса. У 3х больных болевой синдром исчез полностью на вторые сутки. Эффект

сохраняется в течение 6 мес. У одной больной остались жалобы на дискомфорт в глазу в связи с наличием кератопатии. Введение аминазина на уровень ВГД не повлияло.

Выводы: использование данной методики у пациентов с болящей терминальной глаукомой с целью сохранения глаза как органа возможно, т.к способствует улучшению качества жизни пациента. Метод достаточно прост и доступен.

Г. П. Клыкова, Я. А. Абатурова, О. В. Евтушенко, В. А. Евтушенко

ИЗМЕРЕНИЕ УГЛА ВЕРТИКАЛЬНОГО КОСОГЛАЗИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.

Горького КУ ЦГКБ № 20

Донецкий национальный медицинский университет им.

М.Горького Кафедра офтальмологии ФИПО

Зав. кафедрой и научный руководитель- доц. Смирнова А.Ф.

Цель исследования. Вертикальное косоглазие встречается значительно реже горизонтального, однако лечение его представляет определенные трудности. В связи с небольшим объемом фузионных резервов в вертикальном меридиане, консервативное лечение данного вида косоглазия является практически невыполнимым. Поэтому целью нашего исследования явилось повышение точности измерения угла вертикального косоглазия у взрослых пациентов, используя призму Меддокса.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 30 взрослых больных с вертикальным косоглазием. У 6 больных было чисто вертикальное содружественное косоглазие, у 22 пациентов - вертикально-горизонтальное, у 1 - синдром вертикально-горизонтальной диссоциации Аветисова (при фиксации объекта левым глазом правый отклонялся вверх, при фиксации правым глазом левый отклонялся кнутри), у 1 больного был синдром «тяжелого падающего глаза» (сочетание высокой односторонней близорукости и отклонения этого большого глаза вниз и кнаружи создавало впечатление падающего глаза). Измерение угла вертикального косоглазия производили двумя традиционными методами (на периметре и на синоптофоре) а также с призмой Меддокса, который заключался в следующем: при двух открытых глазах предлагали пациенту смотреть на точечный источник света, например, электрическую лампочку. Чтобы разделить изображение правого и левого глаза, перед одним из глаз устанавливали призму Меддокса - это красное гофрированное стекло вытягивающее точечный источник света в красную линию. Располагали призму Меддокса так, чтобы красная линия располагалась горизонтально. При наличии вертикального косоглазия красная линия смещалась вверх или вниз от точечного источника света в зависимости от направления косящего глаза. Постепенно, методом подбора приставляли призматические линзы из набора стекол основанием вверх или вниз ко второму глазу, находили такую призму, чтобы красная линия и точечный источник света совмещались. Сила используемой для этого призматической линзы указывала на величину угла вертикального косоглазия в призмменных диоптриях.

Результаты. В 23% случаев один из глаз косил вверх, его изображение было ниже источника света, чтобы совместить красную линию и источник света приставляли призмы основанием вниз. В 33% - один из глаз косил вниз, его изображение было выше, для измерения угла косоглазия приставляли призмы основанием вверх. В 40% косоглазие было вертикальным альтернирующим.

По сравнению с традиционными методами измерения угла косоглазия

(периметр, синоптофор) предлагаемый метод является наиболее точным,

так как минимальная призма в наборе стекол равна 0,5 призмменных диоптрий, то есть 0,25°, что и определяет точность данного метода.

Выводы. Предлагаемый способ измерения угла вертикального косоглазия с помощью призмы Меддокса и набора призматических линз является наиболее точным, что позволяет рекомендовать его к более широкому применению в клинической практике офтальмолога.

Шевченко В.С., Голубов К.Э., Лысенко А. Г.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ, ВЫЗВАННЫХ ИНФЕКЦИЕЙ ВИРУСА ЭПШТЕЙН-БАРР

Научный руководитель: доц. Голубов К.Э.

Цель – изучить клиничко-лабораторные особенности заболеваний глаз у детей, вызванных вирусом Эпштейна-Барр.

Материалы и методы исследования. Обследован 56 детей с воспалительными заболеваниями глаз: 16 с увеитом, 2 с невритом зрительного нерва, 20 с хориоретинитом. Всем больным проводилось исследование сыворотки методом иммуноферментного анализа (ИФА) на IgG к раннему антигенному комплексу (ЕА), капсидному антигену (VCA) и ядерному антигену (ЕВNA). Проводилось исследование репликативной активности вируса методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты исследования. Ведущей клинической формой поражения глаз ВЭБ, являются передние и задние увеиты. У половины больных с клиникой переднего увеита диагностирована ВЭБ инфекция. Активная инфекция с обнаружением ДНК возбудителя выявлена у 42% больных. Особенностью течения данных увеитов явилась выраженная экссудация в стекловидное тело с исходом в фиброз, развитие осложненной катаракты.

IgG- EBNA к ВЭБ выявлены у 9 (40%) больных с хориоретинитами, ДНК в слюне обнаружена у пяти больных. Особенностью клиники явилось наличие нескольких мелких хориоретинальных очажков в центральном и парацентральном отделах глазного дна. У четырех детей с серозной макулопатией на обоих глазах, выявлена острая ВЭБ инфекция. При обследовании трех детей с невритом обнаружена ДНК ВЭБ в слюне.

Выводы. При обследовании детей с воспалительными заболеваниями глаз, необходимо учитывать особенности клиники и лабораторной диагностики, а также характер течения ВЭБ инфекции, что определяет дальнейшую тактику ведения больного.

Саенко А.А., Кравченко Н.В.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ КЕРАТОПАТИИ

Научный руководитель: доц. Голубов К.Э.

В 12,6-36,7 % случаев исходом тяжелых герпетических поражений роговицы, согласно данных литературы, является развитие кератопатии сопровождающееся значительным снижением остроты зрения больного. Поиск новых методов лечения данного заболевания, позволяющих применять их в условиях первичного звена офтальмологической службы, является актуальным.

Целью работы явилось изучение особенности течения постгерпетической кератопатии у пациентов, комплексном лечении которых использовалась методика сочетанного применения индоколира и фонофореза солкосерила..

Материал и методы. Под наблюдением находилось 25 пациентов в возрасте 17- 43 лет с постгерпетической кератопатией, которые получили курс терапии в глазном отделении ГКБ № 21 г. Донецка . В зависимости от характера лечебных мероприятий были выделены следующие группы больных: первая -11 больных в комплексном лечении на фоне традиционно применяемых средств назначался индоколизин и фонофорез солкосерила; вторая (контрольная) -14 больных, получавших только традиционно применяемые средства. На курс лечения пациенты принимали 10 сеансов фонофореза солкосерила. Индоколизин назначался в виде инстилляций три раза в день в течение двух недель. Эффективность применения данной методики оценивалась на основании сравнения динамики показателей визометрии, чувствительности роговицы, биомикроскопического ее исследования до и после лечения..

Результаты. В результате проведенного лечения биомикроскопическое состояние роговицы улучшилось у 90,9 %лиц первой и в 71,42% второй группы. Повышение и восстановление чувствительности роговицы наблюдалось у 72,73 % и 64,28 % наблюдений соответственно больных основной и контрольной группы. Улучшение зрительных функций зарегистрировано в 90,9% и 78,57 % наблюдений лиц первой и второй группы.

Выводы: Таким образом, проведенное исследование свидетельствует об эффективности включения в комплексную терапию постгерпетической кератопатии сочетанного применения индоколира и фонофореза солкосерила .

Саенко А.А., Кравченко Н.В.

ПРИМЕНЕНИЕ МИЛДРОНАТА И ТИОЦЕТАМА В ЛЕЧЕНИЕ ГЛАУКОМАТОЗНОЙ НЕЙРОПАТИИ

Научный руководитель: доц. Голубов К.Э.

Целью работы явилось изучение эффективности сочетанного применения милдроната и тиоцетама в лечение больных глаукоматозной нейропатией.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 25 пациентов с глаукоматозной нейропатией, в комплексном лечении которых использовались милдронат в сочетании с тиоцетамом (основная группа). Милдронат назначался в виде парабульбарных инъекций в сочетании с внутримышечным введением препарата в течение 10 дней с последующим переходом к приему капсулированной его формы в дозе 0, 25 два раза в день в течение трех недель. Тиоцетам назначался в таблетированной форме в дозе 0,25 три раза в день. Контрольную группу составили 25 пациентов с аналогичной патологией в лечение, которых использовались только традиционно применяемые средства. Возраст пациентов обеих групп составлял 52-68 лет. Пациенты обеих групп имели компенсированный уровень внутриглазного давления. Критериями эффективности сочетанного применения милдроната и тиоцетама служили суммарная величина поля зрения по восьми меридианам, трофический коэффициент. Исследования проводились до и после окончания курса лечения.

Результаты. До начала лечения у лиц основной группы суммарная величина поля зрения составляла $285,6 \pm 28,3^{\circ}$, трофический коэффициент $15,4 \pm 1,2$, а у лиц контрольной группы соответственно $-292,3 \pm 30,7^{\circ}$, $15,1 \pm 1,5$. После окончания курса лечения у пациентов обеих групп отмечалось расширение поля зрения соответственно до $339,4 \pm 23,7^{\circ}$ и до $320,2 \pm 27,6^{\circ}$. В обеих группах зафиксировано снижение величины трофического коэффициента. (основная – $10,9 \pm 1,5$. контрольная $13,9 \pm 1,9$). Сравнение результатов исследования лиц данных групп между собой показало, что после окончания курса лечения изменения показателей суммарной величины поля зрения и трофического коэффициента у пациентов, получавших в комплексном лечении милдронат в сочетании с тиоцетамом, были статистически более выраженными, чем у лиц контрольной группы ($p < 0,05$)

Выводы: Таким образом, использование милдроната и тиоцетама в комп-лексном лечении больных глаукоматозной нейропатией является эффек-тивным и возможно использование данной методики в амбулаторных усло-виях и в условиях дневного стационара.

Шевченко В.С., Голубов Т.К., Котлубей Г.В.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МИОПИИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – доц. Голубов К.Э.

Целью исследования – изучение эффективности использования сочетанного применению ирифрина и визивита в лечении миопии у детей

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 48 детей в возрасте 14-16 лет с миопией. В зависимости от величины близорукости выделены следующие группы пациентов: первая- 26 лиц с миопией слабой степени и вторая группа – 22 лиц с миопией средней степени. У детей обеих групп в комплексном реабилитационном лечении исполь-зовались ирифрин в сочетании с визивитом. Ирифрин назначался в виде инстилляций 2,5% раствора по одной капле на ночь. Визивит принимался по 1 капсуле раз в сутки. Срок лечения составил один месяц. Критериями эффективности лечения служили показатели визометрии, резерва аккомодации (РА), запаса относительной аккомодации (ЗОА). Эффективность применения данной методики в лечении миопии была изучена на основании сравнения данных остроты зрения, РА, ЗОА пациентов обеих групп до и после окончания курса лечения.

Результаты. До начала лечения у лиц первой группы показатель некорригированной остроты зрения для дали составил $0,21 \pm 0,03$, РА- $3,04 \pm 0,20^A$, ЗОА- $3,17 \pm 0,18^A$, а у детей второй группы соответственно – $0,15 \pm 0,006$, $2,46 \pm 0,38^A$, $2,52 \pm 0,13^A$.

У школьников с миопией средней степени регистрировались более низкие значения визометрии, резерва аккомодации и запаса относительной аккомодации, чем у детей с слабой ее степенью. После окончания курса лечения у пациентов обеих групп отмечалось увеличение остроты зрения соответственно до $0,34 \pm 0,03$ ($p < 0,05$) и до $0,25 \pm 0,02$ ($p < 0,05$).

В обеих группах было зафиксировано статистически значимое увеличение величины резерва аккомодации (первая – $4,22 \pm 0,16^A$, вторая- $4,17 \pm 0,19^A$) и запаса относительной аккомодации(соответственно- $4,17 \pm 0,18$ и $4,31 \pm 0,29^A$). Использование ирифрина в сочетании с визивитом позволило улучшить функциональное состояние зрительного анализатора у 68,0% пациентов первой группы и 55,0% второй группы.

Выводы: Таким образом, использование ирифрина в сочетании с визивитом в комплексном лечении больных миопией является эффективным и возмож-но использование данной методики в условиях первичного звена детской офтальмологической службы .

Шевченко В.С., Голубов Т.К., Котлубей Г.В.

ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФОНОРЕЗА ТАУФОНА И МЕЗАТОНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ

Научный руководитель: доц. Голубов К.Э.

Целью исследования вилось изучение влияния на состояние зрительной работоспособности школьников сочетанного применения фонофореза тауфона ,препаратов визивит и мезатон.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 86 учащихся в возрасте 15-16 лет. В зависимости от характера мероприятий по улучшению зрительной работоспособности были выделены три группы лиц: первая- 26 школьников, у которых использовался 2,5% раствор ирифриназатона(фенилэфрина), вторая-25 лиц, которым назначался фоно-форез тауфона третья- 35 детей, которые применяли 2,5% раствор мезато-на(фенилэфрина) и фонофорез тауфона. Раствор мезатона назначался в виде инстилляций по одной капе на ночь через день в течение одного меся-ца. Клиническая эффективность использования реабилитационных меро-приятий была изучена на основании сравнения данных показателей запас относительной аккомодации (ЗОА), время восприятия последовательного цветового контраста (ВВПЦК),корректурный тест(КТ)в условиях стандартной зрительной нагрузки до и после окончания курса лечения.

Результаты. В ходе офтальмоэргономического исследования зафиксировано уменьшение величина показателя ЗОАс $2,56 \pm 0,22^A$ до $2,01 \pm 0,14^A$ ($p < 0,05$). До зрительной нагрузки среднее значения показателя ВВПЦК составило $5,23 \pm 0,17$ сек. Зрительная нагрузка привела к уменьшению средней величины показателя до $4,16 \pm 0,38$ сек($p < 0,05$). У школьников средняя величина КТ была равна $0,37 \pm 0,003$ бит/сек, под влиянием зрительной нагрузки отмечается его уменьшение до $0,24 \pm 0,006$ бит/сек ($p < 0,05$). Зрительная нагрузка приводит к развитию дисфункции адаптационных механизмов у школьников, что обосновывает необходимость проведения мероприятий по профилактике зрительного утомления и повы-шению зрительной работоспособности.

Повторное офтальмоэргономическое исследование, проведенное после окончания курса реабилитационных мероприятий показало, улучшение показателей зрительной работоспособности у 62,4 %, 65,0 %, 78,6% детей соответственно первой, второй и третьей групп.

Выводы. В условиях зрительной нагрузки происходит изменения показателей зрительной работоспособности школьников. Сочетанное применение фонофореза тауфона и 2,5% раствора мезатона позволяет улучшить функциональное состояние зрительного анализатора в 78,6% случаев.

Шевченко В.С., Косарь А.В., Голубов Т.К.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ ВИДАМИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Научный руководитель - асс. Котлубей Г.В.

В настоящее время синдром «сухого глаза» (ССГ) встречается довольно часто в связи с увеличением количества факторов, негативно влияющих на процессы смачивания глаза. ССГ, согласно данных литературы, страдает от 5% до 9% населения. Эта проблема вызывает все больший интерес и у детских офтальмологов.

Целью работы явилось изучение распространенности ССГ среди детей с различной офтальмопатологией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 100 детей (200 глаз), получавших лечение в стационаре по поводу различной глазной патологии. Возраст детей составил от 4 до 18 лет, 42 мальчика, 58 девочек. У всех детей уделялось большое внимание тщательному сбору жалоб и анамнеза. Наряду с общим офтальмологическим обследованием в план обследования были включены функциональные пробы: измерение суммарной слезо-продукции по O. Shirmer и базовой секреции по L.T. Jones., определение времени разрыва слезной пленки (тест M.S.Norm). Структура глазной патологии обследованных детей: косоглазие -38, миопия - 31, амблиопия -22, воспалительные заболевания глаза – 7 (блефарит – 3, кератит – 3, увеит -1), дистрофические заболевания роговицы -2.

Результаты и их обсуждение. Из 100 детей (200 глаз) нарушение состояния слезной пленки выявлено у 28 детей – в 55 глазах, что составило 27,5%. По нозологии больные распределились следующим образом: косоглазие – 16 глаз, миопия – 18 глаз, амблиопия – 10 глаз, воспалительные заболевания переднего отдела глаза – 5 глаз, дистрофия роговицы – 2 глаза. В структуре каждой из наблюдаемой патологии это составило: при миопии в 29%, при косоглазии в 21%, при амблиопии в 23%, при воспалительных заболеваниях переднего отрезка в 71%, при дистрофии роговицы в 50% случаев.

Большинство пациентов с выявленными нарушениями слезопродукции активно жалоб не предъявляли, только 7 детей (25%) старше 10 лет отмечали резь, жжение, ощущение инородного тела в глазу в основном к вечеру или после зрительной нагрузки.

В анамнезе пользовались мягкими контактными линзами 5 детей, воспалительные заболевания переднего отрезка отмечено в 5 глазах, нарушение гормонального фона (ожирение) у 1 ребенка (2 глаза). При отсутствии явных этиологических факторов, вызвавших ССГ практически у всех пациентов наблюдалось длительное (более 1 часа) пребывание за видеомониторами.

По данным функциональных проб выявлено снижение как общей слезо-продукции, так и базальной. Проба Ширмера у 19 детей составила 10-12 мм, у 9 детей- 5-8 мм; проба Джонса у 19 детей была от 6 до 8 мм, у 9 детей от 3 до 6 мм. Нарушение стабильности слезной пленки отмечалось значительно реже и составило 10,7% (8 глаз). Таким образом, степень тяжести ССГ в большинстве случаев была легкой: 19 детей (38 глаз), средняя степень выявлена у 9 детей (17 глаз).

Выводы. Синдром «сухого глаза» выявлен у 28 детей из 200 обследованных с различной офтальмопатологией, находившихся на стационарном лечении, что составило 27,5%. Специфические жалобы предъявляли лишь 25% из них. По полученным нами данным ССГ является нередким у пациентов детского возраста с различной офтальмопатологией, в связи с чем, скрининговые тесты могут быть включены в план обследования детей.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра хирургии и оториноларингологии ФИПО
Зав. кафедрой – д.м.н., проф. Гринцов А.Г.

Атабалаева Э.А., Талалаенко И.А.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУР ОСТИОМЕАТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Научный руководитель – к.м.н., доц. Талалаенко И.А.

Анатомические особенности остиомеатального комплекса у больных с хроническими воспалительными заболеваниями передней группы околоносовых пазух (ОНП) недостаточно освещены в медицинской литературе.

Целью нашей работы являлось изучение особенностей строения структур остиомеатального комплекса у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями передней группы ОНП по данным эндориноскопии.

Материалы и методы. С января по март 2016 года в Донецком дорожном ринологическом центре наблюдалось 60 больных хроническими воспалительными заболеваниями передней группы ОНП. Мужчин было 39 (65,0%), женщин – 21 (35,0%). Возраст больных колебался от 17 до 70 лет: 6 (10,0%) пациентов находились в возрасте до 20 лет, 15 (25,0%) – от 21 до 40 лет, 27 (45,0%) – от 41 до 60 лет и 12 (20,00%) – старше 60 лет. Их обследование включало осмотр ЛОР-органов, видеоэндориноскопию, компьютерную томографию носа и ОНП и переднюю активную риноманометрию.

Полученные результаты и их обсуждение. Внутриносовые аномалии встречались у всех больных в различных сочетаниях. Искривления носовой перегородки определялись у 55 (91,6%) пациентов. Изменения средней носовой раковины обнаружены у 21 (35,0%) больного: у 15 (25,0%) – её буллезная гипертрофия, у 8 (13,3%) – парадоксальный изгиб, у 5 (8,3%) – удвоение. Эти аномалии у 8 (13,3%) пациентов были односторонними и у 13 (21,6%) – двухсторонними.

Патологические варианты строения крючковидного отростка (гиперплазия, девиация, смещение) обнаружены у 18 (30,0%) больных, в большинстве случаев они были двухсторонними. У 2 (3,3%) пациентов крючковидный отросток был пневматизирован, у 1 (1,7%) – отмечена их аплазия, которая сочеталась с аплазией решетчатых пузырей. Избыточная пневматизация клетки носового бугорка имела место у 6 (10%) больных, у 5 (8,3%) из которых она была двухсторонней. Незначительная пневматизация решетчатого пузыря констатирована у 21 (35,0%), умеренная – у 11 (18,3%), выраженная – у 29 (48,3%) пациентов, при этом у 18 (30%) больных его гипертрофия была двухсторонней. Двухсторонняя эктопия решетчатого пузыря к своду среднего носового хода обнаружена у 1 (1,6%) больного. У 12 (20%) пациентов в ходе риноэндоскопического исследования обнаружены добавочные соустья верхнечелюстной пазухи.

Выводы:

1. У всех больных с хроническими воспалительными заболеваниями передней группы околоносовых пазух имеют место анатомические аномалии структур остиомеатального комплекса, которые встречаются в различных сочетаниях.

2. Наиболее вариабельной структурой остиомеатального комплекса в этой группе пациентов является средняя носовая раковина.

Михайлова Г.С., Талалаенко И.А.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ СИНУСИТАМИ

Научный руководитель – к.м.н., доц. Талалаенко И.А.

Целью исследования являлось совершенствование диагностики и улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническими синуситами.

Материалы и методы. В 2013 – 2016 годах в Донецком дорожном ринологическом центре оперировано 205 больных с хроническими воспалительными заболеваниями ОНП. Оперативные вмешательства на передней группе ОНП были выполнены у 160 (78,0%), задней группе ОНП – у 20 (9,8%), передней и задней группах ОНП – у 25 (12,2%) пациентов. Предоперационное обследование включало исследование «назальных» жалоб, эндориноскопию, компьютерную томографию (КТ) носа и ОНП с в аксиальной и коронарной проекциях и переднюю активную риноманометрию (ПАРМ).

В качестве предоперационной подготовки всем больным назначали элиминационную, антибактериальную, гипосенсибилизирующую терапию, муколитические средства, назальные топические стероиды в течение двух недель, при необходимости выполняли пункции гайморовых пазух. У пациентов с аспириновой триадой (16 – 7,8% оперированных больных) перед оперативным вмешательством проводили семидневным курс системной стероидной терапии.

Оперативное лечение включало коррекцию внутриносовых структур и различные виды эндоназальных синусотомий под эндоскопическим контролем. Удаление носовых тампонов производили на следующий день после операции. В раннем послеоперационном периоде больным назначали элиминационную, гипосенсибилизирующую, муколитическую терапию, солевые души, выполняли анемизацию и туалет полости носа. У 70 (34,1%) пациентов проведена однократная катетеризация и промывание оперированной пазухи фурацилином с последующим введением антибиотика. В позднем послеоперационном периоде продолжали элиминационную терапию и назальные топические стероиды. Больным с аспириновой триадой назначали длительные курсы местной стероидной терапии. Период послеоперационного наблюдения составил от 6 месяцев до 3 лет.

Полученные результаты и их обсуждение. В ходе предоперационного эндориноскопического и радиологического обследования после проведенной подготовки у всех пациентов удалось идентифицировать основные анатомические ориентиры (крючковидный отросток и среднюю носовую раковину, её базальную пластинку, медиальную стенку орбиты, продырявленные пластинки решетчатой кости, каналы внутренней сонной артерии и зрительного нерва) и проанализировать их состояние, что снизило риск оперативного вмешательства. Интра- и послеоперационных осложнений мы не наблюдали происходило на 2 – 3 сутки после операции. В периоде динамического наблюдения у подавляющего числа больных отмечено клиническое выздоровление, у 9 (4,4%) больных отмечено формирование синехий, что объясняется дефектами ведения на этапе амбулаторного лечения.

Выводы. 1. Диагностические мероприятия и плановые оперативные вмешательства на околоносовых пазухах необходимо проводить после купирования обострения воспалительного процесса.

2. Проведение предоперационной подготовки, достаточный объем операции, качественное ведение послеоперационного периода и динамическое наблюдение позволяет улучшить результаты оперативного лечения у больных с хроническими воспалительными заболеваниями околоносовых пазух.

Томкив И.А., Талалаенко И.А.

РОЛЬ СЕПТОПЛАСТИКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА НОСОВОЙ ОБСТРУКЦИИ

Научный руководитель – к.м.н., доц. Талалаенко И. А.

В структуре заболеваний носа, сопровождающихся затруднением носового дыхания, наиболее часто встречаются деформация носовой перегородки и хронические риниты. Эта внутриносовая патология ведет к развитию симптомокомплекса, который в международной литературе назван «морфологическим синдромом» или синдромом «носовой обструкции». Он включает одностороннее или двухстороннее затруднение носового дыхания, ночной храп, заднюю ринорею, головные боли, рецидивирующие вирусно-бактериальные риносинуситы, носовые кровотечения, гипосмию и дисфункцию евстахиевой трубы.

Целью исследования являлось определение роли септальных деформаций в развитии синдрома носовой обструкции.

Материалы и методы. С 2011 по 2016 годы в Донецком ринологическом центре наблюдались 392 больных, страдающих искривлением носовой перегородки в сочетании с различными формами хронического ринита. Мужчин было 250 (63,8%), женщин – 142 (36,2%). Возраст пациентов колебался от 16 до 77 лет. Всем больным произведена видеоэндориноскопия, компьютерная томография ОНП и общеклинические исследования. Пациенты были разделены на 2 группы: первую составили 215 больных, которым произведена септопластика по методике Котле, во второй группе (177 пациентов) септопластика была дополнена оперативными вмешательствами на нижних носовых раковинах (подслизистая конхотомия и латеропексия). Операции проводились под атаралгезией с управляемой гипотонией и эндоскопическим контролем. Широко использовали медицинский аппарат радиоволновой хирургии ЭХВЧ-Е300 производства «ФОТЕК» (Екатеринбург), работающий в моно- и биполярном режимах.

Медикаментозная поддержка в послеоперационном периоде в течение 10 дней включала местную терапию (нок спрей, солевой душ полости носа, ринофлуимуцил, аква-марис, полидекс) и общую терапию (агистам и дуовит), а затем в течение 1 месяца назальные топические стероиды. Сроки наблюдения пациентов составили от 11 месяцев до 3 лет.

Полученные результаты и их обсуждение. При поступлении в ринологический центр все больные предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания. Из них 79 (20,2%) отмечали ночной храп, 149 (38,0%) – заднюю ринорею, 192 (49,0%) головные боли. Следует отметить, что 142 пациента (36,2%) страдали рецидивирующим риносинуситом.

Средняя операционная кровопотеря в обеих группах была около 50 мл. Интра- и послеоперационных осложнений не наблюдали. Субъективное улучшение носового дыхания отмечалось уже на 2 день, а полное исчезновение назальной симптоматики и восстановление «назального комфорта» – к концу второй недели после операции. Длительность пребывания больных в стационаре составляла в среднем 5 дней.

В обеих группах больные результаты операции были хорошими. Исчезновение всех «назальных» жалоб отмечено у 94,8% пациентов первой группы и у 92,1% – второй группы. Исключение составила задняя ринорея, которая сохранялась в послеоперационном периоде соответственно у 14,9% и 16,9% больных этих групп.

Выводы: 1. В развитии синдрома назальной обструкции у пациентов с внутриносовыми структурными аномалиями ведущую роль играют септальные деформации;

2. Из всех субъективных и объективных составляющих синдрома после его хирургической коррекции наиболее стойко сохраняется задняя ринорея.

ПЕДИАТРИЯ

**Донецкий национальный медицинский университет, г. Донецк,
ДНР Кафедра пропедевтики педиатрии
Зав. кафедры: к.мед.н. доц. Кривущев Б.И.**

Герасименко И.С., Зубрилова Е.Г.

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ С ДИСПЛАСТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Научный руководитель: к.мед.н., асс. Вакуленко С.И.

Цель исследования: оценить заболеваемость детей разного возраста с диспластической кардиомиопатией.

Материалы и методы: В исследование были включены 5 детей с установленным диагнозом диспластическая кардиомиопатия (I группа) в возрасте от 10 месяцев до 3-х лет. В группу сравнения (II группа) включены 5 детей аналогичного возраста без данного заболевания. Все дети проживают в Республиканском специализированном доме ребенка «Малютка».

Результаты: У всех детей I группы наблюдались признаки ОРВИ на первом году жизни, также в анамнезе был один или несколько эпизодов обструктивного бронхита у 4 детей; 1 ребенок перенес гнойный отит. Признаки болезни проявлялись в основном в осенне-весенний период, болели от 2 до 5 раз в год, с периодом соматического здоровья – 2–3 месяца. У детей II группы проявления острой респираторной патологии наблюдались приблизительно с такой же частотой, 3 – 4 раза в год, и в тот же период времени.

Выводы: Данные исследования показали, что дети I группы с диспластической кардиомиопатией болели острыми респираторными заболеваниями с такой же частотой и периодичностью, как и дети II группы, без данного заболевания. Было установлено, что диспластическая кардиомиопатия не оказывает существенного влияния на заболеваемость детей острыми респираторными и другими инфекционными заболеваниями.

Дмитриева Е.С., Стецкая А.С.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

И. о. зав. каф. – к.мед.н., доцент Кривущев

Б.И., Науч. рук. – к.мед.н., Вакуленко С.И.

Цель исследования: оценить состояние здоровья детей с различной степенью недоношенности.

Материалы и методы. В исследование включены 10 недоношенных детей в возрасте от 6 месяцев до 4 лет, причем I степень недоношенности была у трех детей, II – у двух, III – у четырех и IV – у одного ребенка. Был проведен анализ историй развития данных пациентов.

Результаты. Самой частой патологией, которая была характерна для 5 пациентов, является перинатальное поражение ЦНС; атрофия зрительных нервов встречается у 4 детей, врожденная гидроцефалия и диспластическая кардиомиопатия есть у 3, при этом два ребёнка с III степенью недоношенности, и один – с IV. В единичном случае встречаются такие патологии, как: микроцефалия, энцефалопатия неуточненной этиологии, синдромы задержки психоречемоторного и психоречевого развития, специфические расстройства психологического развития, глубокая умственная отсталость, грубая задержка всех видов развития, симптоматическая эпилепсия, точечное помутнение хрусталика, косоглазие, пластический и спастический тетрапарез, дисплазия тазобедренных суставов, пупочная грыжа, правосторонний паховый крипторхизм, водянка яичек, анемия легкой степени, бронхо-легочная дисплазия, гипотрофия III степени и гиперплазия тимуса III степени.

Выводы: Изучая особенности постнатального периода недоношенных детей мы обратили внимание на множество сопутствующих патологий, причем, некоторые являются причиной недоношенности, а некоторые – ее следствием.

Завертайло А.С.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель – к.мед.н., асс. Вакуленко С.И.

Цель исследования: определить состояние здоровья детей в период школьного возраста вследствие снижения физической нагрузки.

Методы: в исследование включили 37 учеников общеобразовательной школы I-III ступеней № 49 г. Донецка, в возрасте от 8 до 12 лет. Всех детей разделили на 2-е возрастные группы: I группа 8-10 лет (начальная школа), II группа 11-12 лет (средняя школа).

Результаты. В ходе опроса было установлено, что 42 % (n=8) I группы посещают «кружки» различной направленности во внеурочное время, а во II группе «кружки» посещают 55,5 % (n=10) детей. Причем, лишь 21

% (n=4) детей младшего школьного возраста (I группа) и 27,7 % (n=5) детей среднего школьного возраста (II группа) посещают спортивно направленные «кружки».

Также было отмечено, что лишь 57 % (n=11) детей в возрасте 8-10 лет (I группа) ежедневно совершают прогулки на свежем воздухе в то время, как более старшие дети, а значит, и более самостоятельные, бывают на свежем воздухе намного чаще – 83 % (n=15) детей ежедневно гуляют на улице. В то же время 52 % (n=10) детей I группы и 50 % (n=9) детей II группы проводят после школы за компьютером 3 и более часов своего свободного времени. Было определено, что утомляемость у детей I группы составила 68 %, т.е. 13 детей из 19, в то время, как у детей II группы данный показатель не превысил 50 % (n=9). По данным нашего опроса выявлено, что 52 % (n=10) детей I группы имеют проблемы с засыпанием и 47 % (n=9) детей – во II. Так как малоподвижный образ жизни нередко приводит к избыточной массе тела. Мы произвели измерение массы тела и полученные результаты оценили с помощью центильных таблиц. Было установлено, что больше трети детей младшего школьного возраста (36,8 %, n=7) имеют массу тела выше среднего (P 75-90), а 10,8 % (n=2) детей данной группы (I) имеют высокий показатель массы тела (P 90-97). Несколько ниже данные показатели у детей II группы, что может быть связано как с периодом второго вытяжения, который начитается в 11 лет, так и с более активным образом жизни в связи с появлением большей самостоятельности. Так, лишь у 22,2 % (n=4) детей данной группы показатель массы тела был выше среднего (P 75 – 90) и у 1 ребенка (5,6 %) – показатель массы тела был расценен, как высокий (P 90-97).

Выводы. Проанализировав полученные результаты анкетирования и взвешивания, мы пришли к следующему:

- дети младшего школьного возраста несколько реже, чем дети среднего школьного возраста посещают внешкольные учреждения («кружки»), что может быть связано с тем, что родители не имеют возможности водить своих еще несамостоятельных детей на дополнительные занятия;
- спортивно направленные кружки посещают лишь около половины «кружковцев» в обеих возрастных группах;
- также мы выявили тенденцию, что младшие школьники меньше проводят времени на свежем воздухе, что может быть объяснено отсутствием полной самостоятельности и гиперопекой со стороны родителей;
- дети младшего школьного возраста чаще, чем дети постарше имеют проблемы с засыпанием, несмотря на более выраженную утомляемость, что может быть следствием дефицита прогулок на свежем воздухе и длительным пребыванием у компьютера (3 и более часов);
- как следствие малоподвижного образа жизни и проведения свободного времени у компьютера дети страдают избытком массы тела, что может повлечь за собой не только проблемы со здоровьем, но и ухудшение качества жизни в целом.

Киреев И.А., Кор-Оглы С.Т.

ЦЕЛИАКИЯ

Научный руководитель – доц. к.мед.н. Максимова С.М.

Целиакия – генетически детерминированное заболевание (глютеновая болезнь, аутоиммунная Т-клеточно- опосредованная энтеропатия) со стойкой непереносимостью глютена и синдромом мальабсорции, связанное с атрофией слизистой оболочки тонкой кишки и отставанием в физическом, интеллектуальном и половом развитии.

Цель исследования: Изучить особенности течения заболевания у детей с целиакией и проанализировать современные методы лечения, диагностики и профилактики осложнений данного заболевания.

Материалы и методы: Исследование было проведено на базе центральной городской клинической больницы № 3 г. Донецка. Исследовали девочку 15 лет с целиакией.

Результаты: Описан случай наблюдения за девочкой 15 лет страдающей целиакией с типичным клиническим течением заболевания. Диагноз болезнь Ги-Гертена-Гейбнера у ребенка подтвержден лабораторно с помощью определения высокого титра антиглютелиновых антител и биопсии двенадцатиперстной кишки. Своевременный перевод пациента на постоянную безглютеновую диету и ферментотерапия позволили достичь длительной ремиссии и существенного улучшения качества жизни пациента.

Вывод: Данное наблюдение свидетельствует о том, что золотым стандартом диагностики целиакии является анализ морфологической картины слизистой оболочки 12-типерстной кишки и дополнительным способом подтверждения диагноза – определение титра антиглютелиновых антител. Основное лечение заключается в пожизненном соблюдении антиглютелиновой диеты.

Лепихова Л.П., Лепихов И.П.

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Научный руководитель – к.м.н. Вакуленко С.И.

Цель исследования: Изучить особенности перинатального периода у детей с детским церебральным параличом.

Материалы и методы: Исследование было проведено на базе республиканского специализированного дома ребенка г. Донецка. В исследование были включены 4 ребенка в возрасте от 9 месяцев до 4-х лет с детским церебральным параличом.

Результаты исследования: По данным исследования в антенатальном периоде две пациентки на 39 недели беременности перенесли ОРВИ; одна пациентка на 30 недели беременности перенесла гнойный тонзиллит, что спровоцировало угрозу прерывания беременности. У одной из пациенток были перенесены анемия, бактериальный вагиноз. В интранатальном периоде 3 ребенка родились с обвитием пуповины вокруг шеи; 2 ребенка – с гипоксией вследствие анемии. В постнатальном периоде у двух пациентов наблюдалась незрелость структур мозга; у одного внутриутробная инфекция и у одного из пациентов менингоэнцефалит. В 80 % наблюдений поражение мозга, вызывающее церебральный паралич, происходит в периоде внутриутробного развития плода, а в последующем внутриутробная патология отягощается интранатальной.

Выводы: На основании выше изложенного можно утверждать, что формирование такой патологии, как детский церебральный паралич происходит в течение двух периодов жизни: антенатального и интранатального.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького Кафедра педиатрии и детских инфекций Зав. кафедрой – д. мед. н., проф. Кучеренко Н.П.

Аветисян А.А.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Научный руководитель: доц. Зуева Г.В.

Цель исследования. Изучить динамику формирования абдоминального синдрома у детей с функциональными и воспалительными заболеваниями кишечника.

Материалы и методы. Обследованы 39 детей (20 мальчиков и 19 девочек). Возраст детей составлял от 5 до 15 лет. Группу с функциональными заболеваниями ЖКТ (синдром раздраженного кишечника) составили 33 ребенка, с воспалительными заболеваниями кишечника (НЯК, болезнь Крона – 6 детей). Анамнез собран со слов родителей и по данным амбулаторных карт.

Результаты. На первом году жизни среди детей с функциональными заболеваниями ЖКТ матери отмечали беспокойство в 75% случаев, длительный крик в 52%. Лактазная недостаточность была выявлена в 35% случаев. Из 1/3 детей усиление болей в животе отмечалось с началом посещения детского сада, что, по-видимому, было обусловлено проблемами адаптации в коллективе.

Среди детей с воспалительными заболеваниями кишечника на первом году жизни беспокойство отмечалось в 15% и было обусловлено лактазной недостаточностью. У 72% детей этой группы боли в животе впервые появились как клинический симптом основного заболевания.

Выводы. У 2/3 детей с функциональными нарушениями ЖКТ уже на первом году жизни отмечались клинические симптомы абдоминального синдрома, которые усилились в процессе адаптации ребенка к социальной среде. Подавляющее большинство детей с воспалительными заболеваниями кишечника не страдали абдоминалгиями в раннем возрасте.

Адамович В.В., Панина В.В.

ХАРАКТЕР СТИГМ ДИСГЕНИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Научный руководитель к.мед.н., доц. Пошехонова Ю.В.

Цель исследования: изучение частоты и характера стигм дисгении соединительной ткани (ДСТ) у детей с функциональной диспепсией (ФД).

Материалы и методы. Обследовано 134 ребенка с ФД (Римские критерии III, 2006) в возрасте от 5 до 15 лет. Помимо общепринятого клинического обследования, всем детям проведены ФЭГДС с уреазным тестом и внутрижелудочной рН-метрией, УЗИ органов брюшной полости.

Результаты. Наличие стигм ДСТ было выявлено у 88,0 % детей с ФД, при этом 56,7 % больных ФД имели до 5 стигм ДСТ, а 6 и более стигм были отмечены у 31,3 % детей, в том числе 10 и более признаков ДСТ были выявлены у 6,0 % детей с ФД. Фенотип детей с ФД характеризовался наличием 5,0, 0,3 стигм ДСТ в виде астенического телосложения, деформации позвоночника, гипермобильности суставов, гиперэластичности кожи, аномалий развития ушных раковин, туловища, кистей и стоп, плоскостопия, пролапса митрального клапана, брахицефалии. До 5 признаков ДСТ чаще имели больные с неспецифическим вариантом ФД, а наличие 6 и более проявлений ДСТ чаще отмечалась у детей с язвенноподобным вариантом. Наличие множественных стигм ДСТ у детей с ФД сопровождалось более выраженным снижением кислотообразующей функции желудка, а эндоскопически – значительной отечностью и утолщением складок слизистой, более формированием ДГР почти у трети больных, имевших 6 и более стигм ДСТ.

Выводы. Вероятно, наличие у ребенка ДСТ предрасполагает к развитию ФД, что необходимо учитывать при обследовании и выборе оптимальной терапии у детей с ФД.

Бондарев М.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: д.мед.н. Бобровицкая А.И.

Цель: Изучить симптоматику, динамику развития и особенности диагностики.

Материалы и методы: Нами были разработаны 25 историй болезни и проанализированы клинические и лабораторные данные. Пациенты были распределены на 2 группы: 1 группа – дети до 3 лет (13 человек) и 2 группа – дети школьного возраста до 8 лет (12 человек).

Результаты: В ходе исследований были получены такие результаты: все пациенты предъявляли жалобы на сильную слабость, лихорадку (37,0-38,4), заложенность носа, боль в горле и увеличение подчелюстных лимфоузлов, что типично для инфекционного мононуклеоза. Одному из пациентов в предварительном диагнозе был выставлен подчелюстной лимфаденит, однако, сделав общий анализ крови, где для мононуклеоза определяются вирициты (атипичные мононуклеары) в различных количествах (при разборе пациентов самым большим значением было у 2-летнего мальчика-40%). Общий анализ крови является показательным для данной болезни.

Помимо этого, у большинства (80%) пациентов наблюдалась гепатоспленомегалия. Продолжительность госпитализации в среднем составляет: у школьников 10-14 дней, у младшего возраста – 7-12 дней. Лихорадка сохранялась первые 3-4 дня от начала лечения.

По мере эффективности лечения остальные симптомы отступали уже к 7-9 дню, однако, точкой в выздоровлении пациента является отсутствие в общем анализе крови вирицитов.

Вывод: При исследовании историй болезни летальных исходов не выявлено. Мононуклеоз не является смертельным заболеванием и при своевременном обращении и адекватном лечении он не вызывает осложнений. Осложнения чаще связаны с поражением ЦНС (менингит, энцефалит), примерно 2% случаев осложняются аутоиммунной гемолитической анемией, разрыв селезенки встречается крайне редко.

Волкова А.В., Никифорова А.А., Короблин А.С., Окрибелашвили К.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГРИППА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель доц., к.мед.н. Голосной Э.В.

Цель исследования. Выявить особенности клинического течения у детей раннего возраста.

Материал и методы. Изучены 198 историй болезни детей, которые находились в детских инфекционных отделениях ЦГКБ№1 г. Донецка с диагнозом грипп, с 01.01.2015г. по 01.02. 2016г.

Результаты. Грипп у детей, независимо от возраста, начинался остро. Пик заболевания в 2015 году пришелся на март 2015г. (38 больных), а в 2016 году на январь (88 больных). Первыми симптомами являлись: лихорадка с наличием синдрома интоксикации уже в первые сутки заболевания. Из 198 детей, дети до 3-х лет составили 48% (95). Клинически грипп у больных преимущественно протекал в виде катаральной среднетяжелой формы (70,7%), тяжелой формы (15,7%), также – токсической (3,5%), и токсико – катаральной формы (10,1%). У детей до 3-х лет чаще (74,5%) наблюдалась среднетяжелая форма гриппа по сравнению с детьми старше 3-х лет (65%), а токсико – катаральная форма наоборот встречалась реже (7,4%), в сравнении – (12,6%).

Болели гриппом преимущественно дети после 3 месячного возраста (98,9%). У детей первого года жизни грипп начинался со слабо выраженными катаральными явлениями (16,8%).

Выводы. Таким образом, чаще всего гриппом болеют дети раннего возраста, преимущественно после 3 месяцев жизни. У детей до 3-х лет заболевание протекает преимущественно в виде катаральной среднетяжелой формы, а токсико-катаральная форма, наоборот, встречается реже (7,4%).

Галеева Е.С.

АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ, В ПЕРВЫЕ ТРИ ГОДА ЖИЗНИ

Научный руководитель – доц. Шабан Н.И.

Цель исследования: оценить динамику антропометрических показателей и заболеваемость у недоношенных детей в первые три года жизни.

Материал и методы. Методом ретроспективного экспертного анализа нами изучено 42 истории развития ребёнка (форма 112/у) детей трёхлетнего возраста (3,4±0,2 г.). Из них 20 детей (55% мальчиков, 45% девочек), рождённые с различной степенью недоношенности. Группу сравнения составили 22 доношенных сверстника (50% мальчиков, 40% девочек). Анализировали акушерско-гинекологический анамнез, течение неонатального периода, характер вскармливания, показатели физического развития и структуру заболеваемости этих детей в течение трёх лет. Все дети с момента рождения проживали в Червоногвардейском районе г.Макеевки с 2010-2015 г.г. Физическое развитие обследуемых детей оценивали по центильным шкалам, рекомендуемых ВОЗ. Исследовали темпы прироста длины тела, массы, окружности груди, окружности головы.

Оценку физического развития проводили у детей в 3, 6, 12 месяцев, в 2 и 3 года. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 5.5.

Результаты. Изучение акушерско-гинекологического анамнеза в экспериментальной группе показало наличие гинекологической патологии у матерей в 83% случаев. Дети с недоношенностью I степени составили 55%, со II степенью -35%, с III — 10%. В неонатальном периоде отмечались: перинатальное поражение ЦНС (75%), асфиксия (75%), синдром дыхательных расстройств (45%), анемия в 11% случаев.

Все дети, включенные в обследование, характеризовались нормальным внутриутробным физическим развитием. У недоношенных III степени в первые 3 мес жизни отмечался более медленный темп прироста массы тела, и средний показатель был существенно ниже по сравнению с показателями у детей с недоношенностью I и II степенями. К 12 мес у 25% недоношенных детей наблюдался дефицит массы. Темпы прироста длины тела недоношенных детей в 50% наблюдений к 6 мес соответствовали закономерностям роста ребенка, родившегося в срок, а к 12 мес—65%. Оценивая динамику увеличения окружности головы у недоношенных детей в 6 мес можно констатировать отставание в 35%, а окружности груди в 25% случаях. К году не достигли нормального центильного коридора 20% детей по окружности головы и 10% по окружности груди. Следует отметить, что к 2 годам 75% недоношенных, а к 3 годам — 85% детей догнали доношенных сверстников в физическом развитии. В 3 года 15% недоношенных пациентов значительно отставали по массе, росту (3-5 коридора центильных таблиц), сохраняя гармоничную задержку физического развития. Проанализировав структуру заболеваемости обсуждаемых детей, мы выявили, что на первом году жизни отмечались: железодефицитная анемия у 40% детей, заболевания органов дыхания у 25%, ОРВИ —35%, заболевания ЦНС у 45%, кардиопатия у 30%, гипотрофия у 15%, атопический дерматит у 20%, заболевания желудочно-кишечного тракта у 75% пациентов. На 2-3 годах жизни преобладали заболевания органов дыхания (55%), вирусные инфекции (4-5 раз в год)(35%), атопический дерматит (25%), задержка нервно-психического развития (15%).

Выводы. Таким образом, недоношенные дети в первые три года жизни характеризуются более низким уровнем физического развития и большей частотой и комплексностью соматической и инфекционной патологии в сравнении с их доношенными сверстниками, что требует правильной организации диспансерного наблюдения.

Карпенко М.А., Волкова А.В., Васильева И.О., Окрибелашвили К.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРИППА H₁N₁SWIN У РЕБЕНКА 1 ГОДА ЖИЗНИ

Научный руководитель доц., к.мед.н. Голосной Э.В.

Цель исследования: Выявить особенности поражения органов и систем при гриппе H₁N₁ swin у ребенка первого года жизни.

Материал и методы: Изучена история болезни ребенка Л. в возрасте 11 месяцев, который переносил грипп H₁N₁ swin и наблюдался в детском отделении интенсивной терапии ЦГКБ№1 г. Донецка.

Результаты: Ребенок Л. 11 мес. заболел 28.12.2015, когда повысилась температура тела до 40°C, появился насморк, кашель, рвота, осиплость голоса и одышка. Родители лечили самостоятельно, но состояние ухудшилось: усилилась одышка. Была вызвана бригада СМП 29.12.2015 и ребенок госпитализирован в детское отделение интенсивной терапии ЦГКБ№1 г. Донецка.

Клинически ребенок был доставлен в тяжелом состоянии, с выраженными признаками интоксикации и дыхательной недостаточности, что проявлялось лихорадкой, одышкой смешанного характера с преобладанием инспираторного компонента, жестким дыханием, наличием крепитирующих хрипов над всей поверхностью легких с усилением в нижних отделах. Рентгенологически подтверждена полисегментарная двусторонняя пневмония (понижение прозрачности легочной ткани за счет инфильтрации). Диагноз гриппа подтвержден иммунофлюоресцентным методом и ПЦР смыва из носоглотки (позитивный к гриппу А H₁N₁ swin). При морфологическом исследовании выявлены катарально-эрозивный трахеобронхит, двусторонняя крупноочаговая, местами дольково-сливная, серозно-геморрагическая пневмония с выраженными нарушениями микроциркуляторного кровообращения. Также выявлены участки дис- ателектаза легкого, с обилием гиалиноподобных мембран, токсическая энцефалопатия, дистрофические изменения печени, почек, миокарда и отеком оболочек и вещества головного мозга.

Выводы. Таким образом, грипп H₁N₁ swin у ребенка первого года жизни начался с выраженной интоксикации, лихорадки и протекал с нарастанием явлений дыхательной недостаточности, что проявлялось серозно-геморрагической пневмонией с выраженными нарушениями микроциркуляторного кровообращения, токсической энцефалопатией и т.д.

А.А. Клебанова, М.А. Новикова, Н.А. Толстикова

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Зав. кафедрой и научный руководитель – д. м.н. проф. Кучеренко Н.П.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения современного сальмонеллеза у детей первого года жизни с учетом основных факторов, оказывающих влияние на течение инфекционного процесса.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 35 детей в возрасте до 1 года, перенесших сальмонеллез, которые находились на стационарном лечении во 2-м инфекционном отделении КУ ЦГКБ №1 г.Донецка. Проанализированы факторы: территориально-бытовой, пищевой, характер вскармливания, семейный контакт, особенности клинического течения с преобладающими синдромами, осложнения, сопутствующие заболевания, формирующие неблагоприятный преморбидный фон. У всех больных диагноз сальмонеллеза был подтвержден бактериологическим исследованием испражнений.

Результаты. Среди заболевших 12 (34%) детей были доставлены в ЦГКБ№1 из сельской местности, остальные 23 (66%) – жители г.Донецка. Ведущее место в этиологии заболевания принадлежало сальмонелле enteritidis 23 (65%), из них сельских жителей – 6 (26%), 17 (74%) – городские. У остальных больных были выделены S.typhimurium – 7 (21%), S.virchow 5 (14%), при чем четкая корреляционная зависимость по территориальному признаку не прослеживалась. Сальмонеллезная кишечная инфекция установлена преимущественно у детей первого полугодия жизни (52%), из них 12 детей (35%) находились на искусственном вскармливании и 6 (17%) – на грудном. При анализе пищевого фактора выявлено: 13 детей (37%) накануне заболевания употребляли в пищу кисломолочные продукты, 7 (21%) – мясные блюда, 7 (21%) – свежие фрукты и овощи, 1 ребенок – рыбные продукты. У 6 детей (18%) погрешность в диете не отмечалась. Установлено, что у 4 заболевших (10%) был контакт по семейному очагу, где члены семьи переносили острую кишечную инфекцию. Неблагоприятный преморбидный фон выявлен у 22 (62%) больных: 4 (10%) – рахит, 9 (26%) – анемия, 4 (10%) – экссудативно-катаральный диатез, 5 (13%) – перинатальное поражение ЦНС, 4 (10%) – функциональная кардиопатия, у 8 детей (20%) – заболевание началось на фоне ОРВИ. В 15 случаях (42%) сальмонеллез протекал в тяжелой форме, однако, заболевание начиналось постепенно с общего недомогания, слабости, снижения аппетита, плаксивости, вялости, которые сопровождались субфебрильной температурой, на 3-4 день болезни состояние этих детей ухудшалось, температура тела держалась на уровне 38-39 °С, не снижалась на фоне приема антипиретиков, рвота до бр/д в течение 4-5 дней, жидкий стул с зеленью до 14 р/д длительностью 7 дней, гемоколит у 8 детей (24%) в течение 2-х дней. 2 ребенка (6%) перенесли сальмонеллезную инфекцию в септической форме (энтероколит + менингит). У детей, заболевание которых начиналось остро, с явлений гастроэнтерита и энтероколита, по тяжести протекало в средней форме – 20 (58%), температура тела держалась в пределах 37-38 °С, продолжительностью до 5 дней, рвота до 3-4 р/сут в течение 2 дней. Легкие формы не регистрировались. У 4 детей (10%) сальмонеллез протекал по типу микст-инфекции, с выделением St.aureus 10⁶.

Вывод. 1. Сальмонеллезом болеют преимущественно дети грудного возраста с неблагоприятным преморбидным фоном. 2. В клинике преобладают среднетяжелые формы. 3. Эволюция клинического течения сальмонеллезной инфекции связана с произошедшей сменой основного возбудителя заболевания (S. typhimurium на S. enteritidis).

Коломойцева А. А.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ПАРВОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В19 (ПЯТОЙ БОЛЕЗНИ) У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – к. м. н. Медведева В. В.

Цель исследования – изучить клинико-лабораторные особенности парвовирусной инфекции (пятой болезни) у детей.

Материал и методы. Были проанализированы случаи парвовирусной инфекции у 67 детей и исследованы сыворотки крови больных с экзантемными заболеваниями на наличие IgM – антител к вирусам краснухи и IgG и IgM- антител к парвовирусу В19 человека. Статистический анализ результатов исследований произведен в пакете MedStat.

Результаты. Спорадические случаи парвовирусной инфекции в Донецке в зимний и весенний периоды встречаются ежегодно. Среди детей с 4 до 12 лет были зарегистрированы 67 случаев парвовирусной инфекции. У всех детей заболевание началось с сыпи на коже. Первые элементы сыпи появились на щеках. Сначала на обеих щеках выявлялась ярко-красная сыпь – эритематозные очаги без четких границ, при этом вокруг рта кожа была бледная, что, было похоже на следы от пощечин. На коже верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибательных поверхностях и на ягодицах–пятнисто-папулезная сыпь розово-красного цвета, сливающаяся в причудливый «кружевной» рисунок. В течение первых двух суток сыпь распространилась по всему телу, носила пятнисто-папулезный характер, затем приняла характер разводов с фестончатыми краями, «кружевная» сыпь. Эти вторичные высыпания варьировали по выраженности и продолжительности. Через 2-4 дня сыпь исчезла, оставляя в течение недели пигментацию. В 70% случаев высыпания сопровождались зудом кожи. Иногда (в 35%) сыпь носила геморрагический характер, постепенно исчезая в течение 10 дней, не оставляя шелушения. У всех больных детей после пребывания на солнце, элементы сыпи прогрессировали. Рецидивы были обусловлены инсоляцией, физическими нагрузками и стрессовыми ситуациями, воздействием воды. Почти у 90% больных транзиторная, рецидивирующая сыпь наблюдалась в течение 3-4 недель. В продромальном периоде в большинстве случаев (у 72% детей) отсутствовали признаки инфекции. Однако у 28% детей отмечалась субфебрильная температура тела, недомогание, головная боль, миалгия, катаральные явления, лимфоаденопатия (как правило, с вовлечением шейных, подчелюстных и затылочных лимфатических узлов). У всех детей течение заболевания было благоприятным, без осложнений. В семьях заболевших детей случаев заболевания с сыпью среди взрослых не

отмечалось. Медработниками амбулаторий при осмотре на основании клинических данных первоначально был поставлен диагноз «краснуха» 33% детям, «корь» – 12%, 55% – «аллергический дерматит», 12% заболевших были госпитализированы в местный стационар с единственной жалобой – высыпания на коже. По результатам гемограмм: лейкопения наблюдалась у 28% детей, анемия нормохромная (гемоглобин – 95г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$), легкой формы выявилась у 25% детей, тромбоцитопения – у 33,5%, лимфоцитоз – у 88% детей. Остальные показатели крови были в норме. С целью уточнения этиологии экзантемы, у заболевших были отобраны сыворотки крови для вирусологических исследований методом ИФА, определяющие специфические иммуноглобулины класса М и G против парвовируса В19. По результатам лабораторных исследований у 85% заболевших были выделены IgM-антитела к парвовирусу В19, у 29% детей – IgG к парвовирусу В19. Антитела IgM к краснухе у всех детей не были выявлены.

Выводы. Сходство клинической симптоматики при инфекционных экзантемах затрудняет диагностику парвовирусной инфекции только по клиническим данным. Таким образом следует признать рациональным включение обследования на парвовирус В19 детей с экзантемными заболеваниями.

Кононенко Е.Р.

БОЛИ РОСТА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – доц. Масюта Д.И.

Цель исследования. Изучить характеристику болей роста у детей. **Материалы**

и методы. Анализ публикаций, посвященных болям роста у детей.

Результаты. Частой причиной болей в области коленного сустава у детей могут быть боли роста. Боли роста являются диагнозом исключения. Их причина неизвестна, но предполагается, что эти боли могут возникать в результате натяжения мышц и сухожилий при быстром увеличении в длину костей ног. Типичные проявления включают: дошкольный и школьный возраст ребенка (6-11 лет); двусторонний и рецидивирующий характер боли. Боль отмечается ночью, утром боль полностью проходит и в течение дня ребенка не беспокоит. Днем физическая активность ребенка не ограничена. Часто боли роста бывают после дней высокой физической активности. Эти боли сочетаются с другими хроническими болями (головная боль, боль в животе) и имеют наследственный характер. При объективном обследовании суставов патология не выявляется. В этом случае обычно другие дополнительные исследования не показаны. Однако в сомнительных случаях врач может провести лабораторные исследования (общий анализ крови, исследование острофазовых показателей) и рентгенографию суставов. Лечение включает местное тепло, легкий массаж, нестероидные противовоспалительные средства (парацетамол, ибупрофен). Следует успокоить родителей, объяснив им, что данное состояние является доброкачественным.

Выводы. Боли роста часто встречаются в практике врача-педиатра и требуют внимания для их диагностики и соответствующего лечения.

Ломакина А.И., Сулейманова А.В., Трюхан Н.В.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОККОВЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – доц. Масюта Д.И.

Цель исследования. Изучить особенности лечения пневмококковых пневмоний у детей.

Материалы и методы. Анализ публикаций, посвященных особенностям лечения пневмококковых пневмоний у детей.

Результаты. Пневмококки являются основной причиной инфекционных заболеваний дыхательных путей у детей. Пневмококки могут изменять пенициллин-связывающий белок, находящийся в мембране клеток, и становятся устойчивыми к пенициллинам. С 1990-х годов во всем мире регистрируется все больше штаммов пневмококка, которые также устойчивы к цефалоспорином (включая широко используемые препараты III поколения цефтриаксон и цефотаксим) и другим β-лактамам. Также описано развитие устойчивости пневмококков к макролидам (эритромицин, кларитромицин, азитромицин), триметоприм-сульфаметоксазолу, клиндамицину, фторхинолам. Большинство пенициллин-резистентных пневмококков остается чувствительным к карбопенемам, фторхинолу левофлоксацину. Следует отметить, что когда β-лактамы доставляются к месту пневмококковой инфекции в достаточно высокой концентрации, нечувствительные штаммы пневмококка могут быть подвергнуты эффективной эрадикации.

Для лечения внебольничной пневмонии легкой и средней степени тяжести у здоровых, полностью вакцинированных детей следует назначать амоксициллин внутрь (90 мг/кг в сутки на 3 приема или 45 мг/кг в сутки на 3 приема). При подозрении на атипичную пневмонию, вызванную микоплазмой или хламидией, у детей школьного возраста дополнительно могут назначаться макролиды.

Дети с тяжелой пневмонией должны быть госпитализированы. Им назначается пенициллин G в/м (250 000 – 400 000 Ед/кг в сутки на 4-6 введений) или ампициллин (до 400 мг/кг в сутки на 4 введения). При лечении невакцинированных детей, пневмонии, осложненной плевритом, а также при высокой распространенности пенициллин-резистентных штаммов *S. pneumoniae* в данном регионе рекомендуется назначение парентеральных цефалоспоринов III поколения (цефтриаксон (75-100 мг/кг в сутки на 1-2 введения) или цефотаксим (150 мг/кг в сутки на 3 введения)). Альтернативные препараты (ванкомицин (40-60 мг/кг в

сутки на 3-4 введения), клиндамицин, левофлоксацин или линезолид) следует назначать лишь в случаях непереносимости β -лактамовых антибиотиков или при выделении штаммов *S. pneumoniae* с высокой устойчивостью к цефтриаксону или цефотаксиму.

Выводы. В лечении пневмококковых пневмоний могут использоваться амоксициллин, пенициллин G, ампициллин, цефалоспорины III поколения.

Мосийчук Т.В.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Научный руководитель к.мед.н., доц. Зуева Г.В.

Цель исследования. Уточнить влияние наследственных и анамнестических сведений на формирование прогрессирующих форм ожирения II – III степени у детей и подростков.

Материалы и методы. Объектом наблюдения были 35 детей и подростков с прогрессирующими формами ожирения II – III степени, возраст от 6 до 16 лет. Клиническое обследование включало антропометрию: вес, рост, индекс массы тела (МТ). Наряду с этим проводили анкетирование родителей, анализировали медицинскую документацию (амбулаторные карты, истории болезни).

Результаты. Установлено, что при ожирении II степени (I группа), отягощенная наследственность была установлена в 24,3% случаев. В группе детей с III степенью ожирения (2 группа), отягощенная наследственность зарегистрирована у 28,2% родителей.

По анамнестическим сведениям прибавка массы тела за год, предшествующий настоящему обследованию составила в 1 группе $9,2 \pm 4,3$ кг и во 2 группе – $11,6 \pm 5,2$ кг. Распределение детей с учетом величины МТ при рождении показало, что в 1 группе количество детей с массой менее 2700 и более 4200 было одинаковым по 4,2%. Во 2 группе выявлено увеличение числа детей с высокой МТ при рождении – 22,1% против 5,1%.

По данным разных авторов, возраст манифестации ожирения существенно варьирует с подъемами заболеваемости в возрастной группе 6-7 лет и в период пубертата. В нашем исследовании средний возраст начала избыточной прибавки МТ составил $5,7 \pm 3,6$ года для детей I группы и $6,2 \pm 3,4$ года во второй группе.

Выводы. Таким образом, в семьях тучных детей отягощенная наследственность по ожирению со стороны родителей регистрировалась более, чем в половине случаев. Распределение обследованных с учетом показателей МТ при рождении показало статистически значимое преобладание детей с МТ более 4,2 кг. среди пациентов с III степенью ожирения. В рассматриваемых группах не выявлено существенных различий средних значений прибавки МТ за год, предшествующий обращению за специализированной медицинской помощью $9,2 - 11,6$ кг. наряду с этим отмечена тенденция к увеличению числа детей с нарастанием МТ более 15 кг/год при более выраженной III степени ожирения.

Некрашевич М.Я. Погорелая Ю.А. Галавская И.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Зав. кафедрой и научный руководитель – д. мед. н., проф. Кучеренко Н.П.

Цель исследования. Изучить клинические особенности аденовирусной инфекции у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Проведен анализ клинического течения аденовирусной инфекции по 46 историям болезни детей, госпитализированных в клинику детских инфекций.

Результаты исследования. Это были больные в возрасте от 1 до 16 лет (68,8% – до 3-х лет). Чаще болели организованные дети (58,7%), мальчики (62,3%), жители города (88%). Дети болели, преимущественно, в летне-осеннее время года (70,6%). К особенностям клиники аденовирусной инфекции относится низкий процент пневмоний (1,2%) и желудочно-кишечных расстройств (1,8%). Ведущей клинической формой был тонзиллофарингит (44,9%), а фарингоконъюнктивальная лихорадка встречалась реже (12,6%). Температура тела была кратковременной и не отмечалось повторного ее повышения. В гемограмме преобладал лейкоцитоз, нейтрофилез и отмечалось наличие атипичных мононуклеаров и плазматических клеток у 3,6% больных. Заболевание протекало гладко, но у 4,7% детей наблюдалось тяжелое течение, развитие энцефалитической реакции и симптомов менингизма (3,6%).

Выводы. Проведенный анализ клинического течения аденовирусной инфекции у детей позволил сделать следующие выводы: отсутствие длительной лихорадки, низкий процент пневмоний и кишечных расстройств, отсутствие осложнений. Чаще болеют дети до 3-х лет и заболевание протекает в тяжелой форме.

Никифорова А.А., Карпенко М.А., Васильева И.О., Короблин А.С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ГРИППА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель доц., к.мед.н. Голосной Э.В.

Цель исследования. Изучить особенности терапии гриппа у детей.

Материалы и методы. Проанализированы 95 историй болезней детей до 3-х лет, госпитализированных в инфекционные отделения ЦГКБ№1 г. Донецка с диагнозом грипп, с 01.01.2015 по 01.02.2016.

Результаты. У детей раннего возраста грипп чаще всего протекает в виде катаральной среднетяжелой и тяжелой форм. Во всех случаях сопровождается лихорадкой и интоксикационным синдромом. При лечении гриппа в первый день болезни чаще всего применяли жаропонижающие препараты: нурофен внутрь по 5-10 мг/кг, парацетамол в дозе 15 мг/кг или литическую смесь: 50% анальгин, 1% димедрол, папаверина гидрохлорид по 0,1 мл каждого препарата на 1 год жизни. В стационаре использовалась противогриппозная терапия: неспецифический человеческий иммуноглобулин в дозе 1,5 мл однократно; у части детей раннего возраста – озельтамивир по 30-45 мг/кг массы тела дважды в день в течение 5 дней. По литературным данным при гриппе у детей до 3-х лет патогенетически показано применение аминокaproновой кислоты в дозе 15-30 мл в сутки. У наших больных применялись аскорбиновая кислота, витамин PP, препараты кальция.

Выводы. Таким образом, терапия гриппа у детей раннего возраста должна быть комплексной и включать в себя: этиотропную специфическую противогриппозную терапию с первых суток заболевания, также противовоспалительную и дезинтоксикационную терапию; положительное влияние оказывает витаминотерапия (аскорбиновая кислота, витамин PP).

Новикова М.А., Клебанова А.А., Толстикова Н.А.

КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Зав. кафедрой и научный руководитель – д. мед. н., проф. Кучеренко Н.П.

Цель исследования: установить этиологическую роль возбудителей в структуре острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей раннего возраста.

Материал и методы. Нами проанализировано 30 историй болезней детей, перенесших ОКИ с установленным этиологическим возбудителем, в возрасте от 6 мес. до 3 лет, которые находились на стационарном лечении во 2-м инфекционном отделении КУ ЦГКБ№1 г.Донецка. У всех больных диагноз был подтвержден бактериологическим методом исследования испражнений на патогенную и условно-патогенную флору.

Результаты. По результатам бактериологических исследований испражнений выявлено: *St.aureus*-56,7%, *S.typhymurium*-6,7%, *E.coli*-10%, *Providencia stuarti*-6,7%, *Citrobacter*-3,3%, *Enterobacter aerogenes*-16,7%. Все дети поступали с предварительным диагнозом: до 1г.-ОКИ, после 1г.-острый энтероколит. На 1 неделе заболевания возбудители были выделены в 86,7% случаев и на момент выписки не определялись. Из анамнестических данных установлено, что 96,7% детей имели неблагоприятный преморбидный фон: у 70%-рахит I-II степени, у 13,8%-анемия легкой степени и 17,3%-комбинированная форма рахита и анемии.

Клиническая картина ОКИ, вызванных *E.coli* и *Enterobacter* была однотипной. Заболевание начиналось остро с явлений гастроэнтерита и энтероколита и протекало в 97,4% в среднетяжелой форме. Температура тела в пределах 37,3-38,1°C, сохранялась в среднем 2-3 дня. Рвота от 2 до 4 раз в сутки и периодические срыгивания наблюдались в 33,7% случаев в течение 1-2 дней. Стул желто-зеленый(79,8%), жидкий(100%), со слизью(43,8%) по частоте 3-5 раз в сутки.

У больных детей с выделением *St.aureus*, в 92,7% заболевание начиналось остро, в 7,3% -подостро. В 100% случаев отмечалась погрешность в диете: 73,8%-употребляли молочные продукты, 26,2%-колбасные изделия без термической обработки. У 88,2% детей отмечалась фебрильная температура, длительностью 3-4 дня. После погрешности в диете появлялись повторная рвота(76,5%), энтероколитический стул(58,8%), боли в животе(64,7%), беспокойство(70,5%), вздутие живота(13%), урчание по ходу отрезков кишечника(37,8%). Стул кратностью 5-6 раз в сутки, желто-оранжевый со слизью(100%), иногда прожилками крови(21,7%). У 35,3% больных заболевание характеризовалось развитием токсикоза I-II фазы с эксикозом I-II степени. У всех больных детей выявлялись изменения в гемограмме в виде умеренного лейкоцитоза со сдвигом формулы влево, иногда с повышением СОЭ(17,6%).

Выводы. Для ОКИ у детей раннего возраста характерна однотипная клиника и в большинстве случаев выделение условно-патогенных возбудителей, среди которых преобладает *St.aureus*(56,7%).

Ордец Н.Н., Кондрашова Д.С.

ПОВЫШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ МОЛЕКУЛ СРЕДНЕЙ МАССЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КАК МАРКЕР ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЗАПОРЕ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Налётов А.В

Хронический запор (ХЗ) является актуальной проблемой современной гастроэнтерологии, учитывая рост его частоты среди пациентов различных возрастных групп. Длительная задержка кала в толстой кишке приводит к всасыванию токсических продуктов в кровотоки и может вызвать развитие эндотоксикоза, клинические проявления которого не имеют специфичности. Концентрация молекул средней массы (МСМ) в сыворотке крови рассматривается как универсальный биохимический маркер эндотоксикоза.

Цель исследования. Изучить уровень МСМ в качестве интегрального биохимического показателя эндотоксикоза у детей с ХЗ.

Материал и методы. На базе гастроэнтерологического отделения ГДКБ №1 г. Донецка обследовано 110 детей в возрасте от 4 до 17 лет с ХЗ: 50 детей с ХЗ в стадии компенсации (задержка стула не превышала 48-72

часов и сопровождалась умеренным болевым абдоминальным синдромом), 60 пациентов – с ХЗ в стадии субкомпенсации (запор достигал 5-6 суток, купировался лишь приемом слабительных средств либо очистительными клизмами). У всех детей была изучена концентрация МСМ в сыворотке крови.

Результаты. Повышенный уровень МСМ установлен у 87 (79,1 %) обследованных пациентов: у 36 (72,0 %) детей с ХЗ в стадии компенсации и у 51 (85,0 %) – с субкомпенсированным ХЗ.

Выводы. Длительная задержка кала в толстой кишке приводит к развитию эндотоксикоза. Уровень МСМ в сыворотке крови можно рассматривать как доступный способ диагностики эндотоксикоза у детей с ХЗ.

Погорелая Ю.А., Некрашевич М.Я.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОРВИ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛАРИНГОТРАХЕИТОМ У ДЕТЕЙ

Зав. кафедрой и научный руководитель – д. мед. н., проф. Кучеренко Н.П.

Цель исследования. Изучение клинического течения ОРВИ с синдромом СЛТ различной этиологии.

Материалы и методы. Под наблюдением пребывало 149 детей в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет, которые находились на лечении в 4-ом отделении клинической больницы г. Донецка.

Результаты исследования. В целом, в этиологии ОРВИ с синдромом СЛТ, принимали участие все известные респираторные вирусы, но во всех возрастных группах доминировало наличие вируса парагриппа. Кроме того, в возникновении этого заболевания принимали участие адено- и РС-вирусы и вирусы гриппа (в период эпидемической вспышки).

Установлено, что СЛТ констатировался чаще у мальчиков (77,4%) и в возрасте от 1,5 до 3-х лет. Детальное изучение начального периода болезни показало, что у большинства детей СЛТ при гриппе начинался внезапно на фоне сильно выраженной интоксикации и высокой температуры тела $>39^{\circ}\text{C}$ (84,6% случаев) в сочетании со скудным со 2-го дня болезни катаральным синдромом в носоглотке и слабыми экссудативными явлениями (91,5%).

При парагриппе стеноз гортани так же начинался внезапно, но чаще на фоне полного здоровья, ночью, дебютировал с грубого «лающего» кашля (68,7% случаев). У 31,3% детей стеноз развивался в первые 2 дня болезни при наличии клинических признаков инфекции в сочетании с умеренно или слабо выраженными симптомами интоксикации (87,2%) и выраженным с первого дня болезни катаральным синдромом в носоглотке (73,4%).

При РСВ и аденовирусной инфекции стеноз гортани развивался более постепенно как в первые два дня болезни, так и в более поздние сроки (3-5 сутки). Но при РСВ это было в сочетании со слабо выраженным синдромом интоксикации (86,4%) и постепенным нарастанием катарального синдрома в носоглотке (71,3%), тогда как при аденовирусной инфекции – более выраженном синдроме интоксикации (86,5%), ярким катаральным синдромом в носоглотке и сильно выраженными с первого дня болезни явлениями экссудативного воспаления.

Интоксикация и катаральный синдром были менее продолжительными при парагриппе ($3,66 \pm 0,17$ и $6,61 \pm 0,25$ дней соответственно). При других инфекциях интоксикация сохранялась на протяжении $4,67 \pm 0,28$ - $5,34 \pm 0,24$ дней.

Катаральный синдром в носоглотке был более длительным при РСВ и аденовирусной инфекциях ($9,17 \pm 0,32$ и $8,14 \pm 0,35$ дней соответственно).

Стенотическое дыхание сохранялось более длительно при РСВ инфекции ($3,04 \pm 0,14$ дней) и характеризовалось не только затрудненным вдохом, но и выдохом. Осиплость голоса сохранялась дольше при парагриппе ($3,54 \pm 0,19$ дней). Трансформация сухого «лающего» кашля во влажный происходила быстрее при аденовирусной инфекции ($2,97 \pm 0,15$ дней), в то время как при других инфекциях первичный характер кашля сохранялся на протяжении более длительного времени ($3,6 \pm 0,17$ - $3,45 \pm 0,16$ дней).

Выводы. Наиболее часто СЛТ регистрируется у детей раннего возраста (до 3-х лет). Возбудителями ОРВИ, которые сопровождаются СЛТ, могут быть вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синтициальный (РС) и аденовирусы, а так же их ассоциации.

Затяжные формы болезни встречались более часто при аденовирусной инфекции.

Сапьянная М. В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОГО ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – к. м. н. Медведева В. В.

Цель исследования – изучить клинические и лабораторные особенности атипичных форм инфекционного мононуклеоза Эпштейна-Барр вирусной этиологии у детей на современном этапе.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 50 пациентов с инфекционным мононуклеозом в возрасте от 1 до 17 лет, проходивших стационарное лечение в инфекционном отделении ЦГКБ №1 г. Донецка за 2015 год. Всем больным проводилось комплексное обследование, которое включало в себя общие анализы крови и мочи, биохимические тесты, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ. Верификацию возбудителя осуществляли с помощью серологических (ИФА крови на выявление специфических антител IgM и IgG) и молекулярно-генетических (ПЦР) методов исследования.

Результаты. При поступлении в стационар у 7 (14%) детей из 50 пациентов с Эпштейна-Барр вирусным инфекционным мононуклеозом инфекция протекала в атипичной форме. Дети были госпитализированы: 4 ребенка – с признаками острого респираторного заболевания и гепатомегалией, 2 пациента – с длительной лихорадкой и только 1 ребенок с экзантемой, лимфоаденопатией и артритом, у которого затем был диагностирован синдром Кавасаки с коронаритом. Все дети с атипичной формой были в возрасте до 10 лет. Наиболее часто среди атипичных форм инфекционного мононуклеоза выявлялись случаи без признаков тонзиллита и ангины – 26%. При этом этих больных беспокоила выраженная слабость и недомогание (в 100% случаев), повышение температуры тела до субфебрильных цифр (в 40%) и выше (60% пациентов), у 26% больных из этой группы отмечались диспепсические явления, тошнота, боли в животе. Гепатомегалия (по данным УЗИ) зарегистрирована в 80% случаев, спленомегалия – в 22% случаев. Второй атипичной формой были случаи заболевания, протекающие без лимфоаденопатии (12% пациентов). Из них у 78% – отмечалась лихорадка выше 38°C, признаки тонзиллита и ангины выявлены у 50% пациентов, явления диспепсии, боли в эпигастрии – у 16%. Анализ показателей периферической крови при атипичных формах инфекционного мононуклеоза показал, что лейкоцитоз встречается у 24% больных, лейкопения 9%, нормоцитоз – у 66% пациентов, лимфоцитоз выявлен у 72% больных, ни у одного ребенка не были обнаружены атипичные мононуклеары. Оценка биохимических показателей крови показала, что при атипичном течении мононуклеоза повышение уровня трансаминаз при поступлении выявлено у 32% пациентов. Катаральные явления со стороны слизистых ротоглотки в виде гиперемии мягкого неба, дужек, задней стенки глотки, а также ринита и заложенности носа отмечались у всех детей с атипичной формой заболевания, а гнойных налетов не было ни у одного из этих больных. Поэтому диагноз Эпштейна-Барр вирусной инфекции был выставлен позже, ретроспективно, при обращении по поводу длительной лихорадки, кардиального заболевания и гепатомегалии.

Выводы: Таким образом, наряду с распространенными классическими формами инфекционного мононуклеоза встречаются атипичные. По результатам нашего исследования для атипичной формы Эпштейна-Барр вирусного инфекционного мононуклеоза характерны: возраст заболевших детей до 10 лет; начало заболевания под маской острого респираторного заболевания; длительное (1 – 2 мес) повышение температуры тела до субфебрильных значений (40%); отсутствие гнойных налетов в носоглотке (50%); признаки гепатита (32%); тяжелое поражение сердца выявилось у 1 ребенка (2%); отсутствие атипичных мононуклеаров в крови и обнаружение IgM-антител к вирусу Эпштейна-Барра методом ИФА.

Синякова Т.В., Чишко В.В.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Научный руководитель – доц. Чалая Л.Ф.

Цель исследования. Изучить частоту функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей грудного возраста.

Материалы и методы. Изучены истории болезней 52 детей первого года жизни, находившихся на лечении в отделении раннего возраста ДГКБ №1 г. Донецка. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта диагностировали согласно усовершенствованной классификации и новым Римским критериям III (Лос-Анжелес, 2006).

Результаты. При клинико-инструментальном обследовании выявлено, что младенческая регургитация (шифр МКБ X – P 92.1) имела место в 21(40,4±6,9%) случаях, синдром руминации (шифр МКБ X – P 92.1; F 98,2) – 2 (3,8±4,3%), младенческие кишечные колики (шифр МКБ X – K 59.0) – у 15 (28,8±6,6%), младенческая диарея (шифр МКБ X – K 59.8) – 5 (9,6±6,5%), синдром циклической рвоты (шифр МКБ X – R 11) – у 2 (3,8±3,9%), аэрофагия (шифр МКБ X – R 14; F 45.3) – 7 (13,6±6,8%).

Выводы. Таким образом, у детей грудного возраста функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта встречаются достаточно часто. Диагностика их затруднительна, учитывая ранний возраст пациентов.

Токарева М.А

КАРДИАЛЬНЫЕ ДИЗРИТМИИ У ДЕТЕЙ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ИМЕЮЩИХ ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Научный руководитель – доц. Москалюк О.Н.

Цель исследования. Изучить нарушения ритма у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДДСТ), имеющих пролапс митрального клапана (ПМК).

Материалы и методы. Были изучены истории болезни 42 детей с НДДСТ, имеющих ПМК, в возрасте 7-17 лет, находившихся на лечении в кардиоревматологическом отделении ГДКБ №1 г. Донецка.

Результаты. Нарушения ритма сердца зарегистрированы у 35 (83,3%) обследованных. Синусовая аритмия регистрировалась у 33 детей (78,5%), синусовая тахикардия имела место у 12 пациентов (28,5%), синусовая брадикардия – у 3 (7,1%). При этом, у 6 (14,2%) детей регистрировались сочетанные дизритмии. Экстрасистолия зарегистрирована у 35 больных (83,3%). Чаще встречалась суправентрикулярная экстрасистолия – у 35 обследованных (83,3%); желудочковая экстрасистолия имела место в 14 случаях (33,3%). При этом 8 (19%) детей имели обе формы экстрасистолии. Чаще всего регистрировались желудочковые

дизритмии I градации – у 9 детей (21,4%). Желудочковые экстрасистолии II градации выявлялись у 5 больных (11,9%), IIIа градации – у 1 (2,3%), IIIв градации – у 2 (4,7%) обследованных.

Выводы. У большинства детей с НДДСТ и ПМК регистрируются кардиальные дизритмии, обусловленные нарушением образования импульса. Применение Холтеровского мониторирования ЭКГ в 2,8 раза повышает выявляемость нарушений ритма по сравнению со стандартной ЭКГ.

Толстикова Н.А., Клебанова А.А., Новикова М.А.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ БЕШЕНСТВА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – к. мед. н., доц. Гончарова Л.А.

Цель работы: Определить сложности диагностики бешенства на основании зарегистрированного клинического случая предполагаемого бешенства у ребенка в 2015 году, Донецкой области, Волновихского района.

Материалы и методы: Работа выполнена на основании наблюдаемого клинического случая предполагаемого бешенства у ребенка 2 лет 7 мес., поступившего в клинику 09.12.15г. с синдромами гидрофобии, фотофобии, жалобами матери на необычное поведение ребенка (грызет игрушки), проявление агрессии, рвота накануне. Из анамнеза известно, что за 4 дня до этого ребенка оцарапал в области лба и кисти - домашний кот у которого в последующем лабораторно подтверждено бешенство. Ребенок с 4-х месяцев до года состоял на учете у невропатолога, принимала ноотропные препараты. При поступлении состояние тяжелое, T-35.6, реакция заторможенная. На осмотр реагирует негативно. На коже лба и кисти гиперемированные царапины. По органам и системам без патологических отклонений. По тяжести состояния госпитализирована в реанимационное отделение, где в дальнейшем проведено обследование и комбинированное лечение. Проведенные лабораторные и общеклинические исследования больной не выявили каких-либо отклонений показателей от нормы. Осмотрена Республиканским рабиологом: учитывая клинические и анамнестические данные диагноз бешенства не снят. Заключение невролога: «аффективно-респираторные приступы, синдром

гиперактивности на фоне перинатального неврологического дефицита, психо-эмоционального стресса. В лечение включена комбинированная антирабическая терапия и ноотропные препараты.

Результаты: За 16 дней пребывания в клинике симптомы не прогрессировали. Вакцинация проходила гладко. 25.01.16 Выписана в удовлетворительном состоянии с дальнейшей явкой для проведения вакцинации. Вышеуказанное вероятнее всего свидетельствует о развившихся синдромах на фоне резидуальных явлений со стороны центральной нервной системы.

Выводы: Поскольку прижизненная лабораторная диагностика в нашем регионе не проводится. В данном случае диагноз бешенства был сомнителен из-за отягощенного преморбидного фона. Так как бешенство является опасное зоонозное заболевание с практически 100% летальным исходом. Из данного случая следует, что необходимо внедрить информативные прижизненные методы диагностики (выявление антигенов, определение антител к антигенам вируса бешенства, выделение вируса), для подтверждения диагноза и своевременного проведения антирабической терапии.

Черненко А. Л., Шадрина В. В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОТУЛИЗМА

Научный руководитель – к. мед. н., доц. Гончарова Л.А.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности применения соответствующей противоботулинической антитоксической сыворотки.

Материалы и методы. Нами проанализировано пять случаев клинического течения ботулизма у детей прошедших лечение в КУ ЦГКБ №1 г.Донецка за последние 8 лет (с 2007 до 2015).

Результаты и их обсуждения. Диагноз ботулизма был поставлен на основании клинических и эпидемиологических данных. Употребление продуктов из «группы риска» (грибы и овощи домашнего консервирования, мясные консервы). Наличие офтальмоплегического синдрома: снижение остроты зрения (нечеткость, расплывчатость предметов) диплопия по типу остро развившейся дальнозоркости, птоз, мидриаз, анизокория, снижение реакции зрачков на свет, ограничение движения глазных яблок, горизонтальный нистагм. Бульбарный синдром: дисфония с гнусавым оттенком, снижение подвижности мягкого неба, сухость слизистых ротовой полости. Симметричность симптоматики. Сохранение сознания. Нормальная температура тела. Отсутствие менингеального синдрома. Задержка стула. Так же у двух пациентов были использованы биологические пробы на мышах.

Среди проанализированных нами историй болезни пациентов с диагнозом ботулизма различной степени тяжести доля летальных случаев составила 0%. Среднетяжелое течение заболевания отмечалось в 80% случаев и тяжелое – 20% случаев.

Во всех случаях поливалентная противоботулиническая антитоксическая сыворотка применялась в течении первых 24 часов заболевания.

Выводы. Противоботулиническая сыворотка является единственным эффективным средством для специфического лечения ботулизма, поскольку нейтрализует токсин, вырабатываемый возбудителем, образуя нетоксичный комплекс токсин-антитело. В пользу этого свидетельствует:

1. Минимальное количество койко-дней (в среднем 20) .

2. Отсутствие летальных исходов и тяжелых осложнений связанных с неврологической симптоматикой .

Низкая частота встречаемости ботулизма у детей свидетельствует о сохранении настороженности у родителей, а так же соблюдение ими мер профилактики.

Шадрина В.В. , Черненко А.Л.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ИМЕЮЩИМИ МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ

Научный руководитель – д. мед. н., профессор Бобровицкая А.И.

Цель исследования. Выявить информативные критерии среди показателей гемограммы у детей с инфекционным мононуклеозом и цитомегаловирусной инфекцией.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 55 детей с инфекционным мононуклеозом и цитомегаловирусной инфекцией в возрасте от 1 года до 14 лет включительно. С целью выявления информативных критериев среди показателей гемограммы нами использованы: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) – соотношение уровней клеток, повышающихся при воспалительных процессах; модифицированный индекс интоксикации (ЛИИм)- соотношение уровня клеток, повышающегося и снижающегося при воспалительных заболеваниях; лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ) – соотношение лимфоцитов и гранулоцитов; лимфоцитарно-лейкоцитарный индекс (ИЛЛ) – соотношение числа лимфоцитов к общему количеству лейкоцитов.

Результаты и их обсуждения. Нами проанализированы лабораторные тесты у 55 детей: 29 больных с Эпштейн – Барр вирусной инфекцией и 26 – с приобретенной цитомегаловирусной инфекцией, имеющих «мононуклеозоподобный» синдром.

Установлено, что дифференциальная диагностика данных заболеваний вызывает большие затруднения, так как в периферической крови обнаруживали лимфоцитоз в пределах $54,9 \pm 3,2\%$ и атипичные мононуклеары - $18,8 \pm 1,8\%$ при Эпштейн – Барр вирусной инфекции; $49,5 \pm 2,7\%$ и $12,8 \pm 2,1\%$ при цитомегаловирусной инфекции, что формально давало основание диагностировать Эпштейн – Барр вирусную инфекцию у всех детей.

Однако средний показатель общего числа лейкоцитов был значительно выше у детей, имеющих Эпштейн – Барр вирусную инфекцию, и составил $12,9 \pm 1,7$ г/л против $7,3 \pm 1,1$ г/л у детей, имеющих цитомегаловирусную инфекцию, то есть увеличен в 1,4 раза у детей с инфекционным мононуклеозом ($p > 0,05$).

Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) был более выражен при цитомегаловирусной инфекции – $0,54 \pm 0,04$ ед. против $0,35 \pm 0,09$ ед. при Эпштейн – Барр вирусной инфекции и увеличенным в 1,5 раза ($p > 0,05$). Однако при этом не учитывается общее количество лейкоцитов и СОЭ, которые подчеркивают характер воспалительного процесса. Поэтому более приемлемы и достоверны модифицированный лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИм) и показатель соотношения лимфоцитов и лейкоцитов (ИЛЛ). При этом ЛИИм составил $0,45 \pm 0,05$ ед. у детей с цитомегаловирусной инфекцией и $0,31 \pm 0,03$ ед. – с Эпштейн – Барр вирусной инфекцией, показатель соотношения лимфоциты/лейкоциты (ИЛЛ) – $5,18 \pm 0,27$ ед. против $6,82 \pm 0,34$ ед. при цитомегаловирусной инфекции. Данные показатели отражают, прежде всего, вирусный характер воспалительного процесса, который наиболее выражен у детей при Эпштейн – Барр вирусной инфекции по сравнению с детьми, имеющими цитомегаловирусную инфекцию. Различия в показателях гемограммы статистически достоверны ($p > 0,05$). Особенно наглядно данную версию подтверждает лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ), так как данный индекс у детей при Эпштейн – Барр вирусной инфекции значительно выше по сравнению с показателем у детей при цитомегаловирусной инфекции $20,87 \pm 1,7$ ед. против $6,75 \pm 1,3$ ед. соответственно.

Выводы. В ходе проведенного анализа мы выявили, что расчет данных показателей гемограммы можно использовать в качестве индикаторов необходимости проведения экспресс дифференциальной диагностики заболеваний, вызванных герпесвирусами у детей.

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Донецкий национальный медицинский университет г. Донецк,
ДНР Кафедра пропедевтической и внутренней медицины
Зав. кафедрой – член-корр. НАМН Украины, проф. Игнатенко Г.А.

Берёза Н.А., Венжега В.В., Бондаренко Н.А.

ОБЪЕМНАЯ ВЯЗКОСТЬ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Научный руководитель – д.мед.н., проф. Мухин И.В.

Артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД) 2-го типа является наиболее распространенной патологией человечества. Такая коморбидность значительно повышает риск атеротромботических событий. При этом вязкость крови, как один из универсальных механизмов, принимает непосредственное участие в патогенетических построениях.

К факторам, повышающим вязкость крови, и соответственно, тромботический риск, относятся гиперфибриногенемия, гиперфибронектинемия, гемоконцентрация, состояния, ассоциированные с эритроцитозом, атерогенные фракции липидов, белковые компоненты сыворотки крови. Антиагреганты и статины не оказывают активного воздействия на вязкостные характеристики сыворотки крови.

Цель исследования заключалась в анализе влияния сеансов интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНБГТ) на величину объемной вязкости крови (ОВК) у гипертензивных пациентов СД 2-го типа.

Материал и методы. В исследование включено 48 гипертензивных больных СД 2-го типа в возрасте 40-60 лет. Критериями включения были: АГ 1-2 стадии и 1-2 степени, медикаментозно суб- или компенсированный СД 2 типа средней степени тяжести без инсулина. Больные были распределены в две статистически однотипные (по 24 в каждой) группы наблюдения. Первая группа получала стандартную антигипертензивную и антиагрегантную терапию, а 2-я в дополнении ежедневные сеансы ИНБГТ продолжительностью по 60 минут на протяжении 20 дней в режиме 5+5+5 при помощи гипоксикаторов «ГИП 10–1000–0», фирмы Трейд Медикал (Россия) и «Тибет-4» фирмы «NewLife» (США, Россия). Полученные результаты сравнивали с аналогичными у 30 норматензивных людей без СД. ОВК исследовали при помощи вискозиметра «Low Shear-30» (Швейцария).

Результаты. ОВК у практически здоровых людей равнялась $1,3 \pm 0,02$ мПа сек. Различия величины ОВК между группой здоровых и группами больных имели статистически достоверные различия ($t=0,4$, $p=0,78$ и $t=1,2$, $p=0,19$ соответственно). Динамика ОВК до и после лечения в 1-ой группе не продемонстрировала статистически значимую разницу, однако имела тенденцию к увеличению ($1,7 \pm 0,04$ и $1,8 \pm 0,03$ соответственно, $t=1,9$, $p=0,07$). Во 2-ой группе ОВК до и после лечения составила $1,8 \pm 0,02$ и $1,6 \pm 0,04$ мПа сек соответственно ($t=2,2$, $p=0,06$), что указывает на тенденцию к снижению исследуемого показателя.

Выводы. У гипертензивных пациентов с СД 2-го типа имеет место синдром повышенной вязкости крови, наличие которого ассоциировано с риском тромботических событий. Традиционная гипотензивно-антиагрегантная и оральная сахароснижающая терапия способствовала тенденции к увеличению вязкости крови. Аналогичное лечение, но в сочетании с сеансами ИНБГТ, напротив, имело тенденцию к снижению искомого показателя. Мы считаем, что стандартный 20-ти дневный курс гипокситерапии в режиме 5+5+5 является недостаточным для оценивания влияния гипоксии на вязкостные параметры сыворотки крови. Нам представляется целесообразным не только увеличение продолжительности повторного курсового лечения ИНБГТ, но и проведение оценивания вязкостных параметров в более отдаленный период времени с анализом частоты тромботических событий за данный временной промежуток.

Карпенко М.А., Черникова А.А., Брова Ю.А.

ДИНАМИКА ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА КРОВИ У БОЛЬНЫХ КАРДИОПАТИЕЙ НА ФОНЕ АУТОИМУННОГО ГИПОТИРЕОЗА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЕАНСОВ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ

Зав. кафедрой и научный руководитель – член-корр. НАМН Украины, ЗДНТУ, профессор Игнатенко Г.А.

Цель исследования – оценить динамику тиреотропного гормона (ТТГ) у больных с аутоиммунным гипотиреозом на фоне лечения интервальной нормобарической гипокситерапией (ИНБГТ).

Материал и методы. В исследование включен 31 больной (24 женщины и 7 мужчин) аутоиммунным гипотиреозом с поражением сердца в возрасте от 38 до 65 лет. В исследование не включали больных с первичными (идеопатическими) заболеваниями сердца и с вторичными кардиопатиями иной этиологии. Больные распределены в 2 группы наблюдения. В 1-ю группу вошли 12 (38,7%) пациентов, которые получали заместительную гормональную терапию и кардиометаболик. Во 2-ю включено 19 пациентов, которые дополнительно получали сеансы интервальной нормобарической терапии (ИНБГТ) при помощи гипоксикатора

(«ГИП 10-1000-0», Трейд Медикал, Россия). Для оценки влияния двух режимов терапии определяли ТТГ до и после лечения. Полученные данные сравнивали с аналогичными у здоровых людей аналогичного пола и возраста.

Результаты. В 1-ой группе средние значения ТТГ составили до $4,5 \pm 0,1$ МЕ/мл и $4,1 \pm 0,2$ МЕ/мл после лечения ($t=1,8$, $p=0,23$). Во 2-ой группе $4,3 \pm 0,1$ и $2,3 \pm 0,2$ МЕ/мл соответственно ($t=4,3$, $p=0,04$). Сравнение с группой здоровых людей при уровне ТТГ $1,1 \pm 0,08$ МЕ/мл, показало наличие статистически значимых различий ($t=5,1$, $p=0,02$ и $t=2,1$, $p=0,14$) соответственно.

Выводы. ИНБГТ как компонент курсового лечения у больных аутоимунным гипотиреозом с поражением сердца способствовал достоверному показателю уровня сниженной функции щитовидной железы – ТТГ до уровня, который приближается к аналогичному значению у практически здоровых людей.

Никулина А.И., Ханас Е.С., Ермашкевич Е.Д.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СОПУСТВУЮЩЕЙ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Научный руководитель – доц. к.мед.н. Грушина М.В.

Артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) являются наиболее частыми кардиоваскулярными заболеваниями человечества. Продолжаются поиски новых направлений медикаментозного и немедикаментозного лечения, одним из которых является интервальная нормобарическая гипокситерапия (ИНБГТ).

Цель исследования. Проанализировать влияние ИНБГТ на состояние диастолической функции левого желудочка у пациентов с АГ, коморбидной со стабильной стенокардией.

Материал и методы. В исследование включены 40 гипертензивных пациентов (АГ 1-2 стадии 1-2 степени) в возрасте от 42 до 60 лет с наличием стабильной стенокардии 1-2 функциональных классов. В 1-ю группу включено 20 больных, которые получали только медикаментозную терапию гипертензивного и кардиоишемического синдромов, а во 2-ю – 20 больных, которым к лечению добавляли ежедневные 60-ти минутные 20-ти дневные сеансы ИНБГТ длительностью 60 минут каждый. После окончания базисного курса лечения в амбулаторных условиях больных продолжали получать поддерживающее лечение по 10 дней каждого месяца. Диастолическую функцию левого желудочка оценивали по параметрам трансмитрального кровотока на аппарате «Vivid-3», США.

Результаты. Динамика вариантов диастолической дисфункции в 1-ой группе до лечения и через 3 месяца была следующей: неизменная диастолическая функция – имела место у 10 и 15% больных, с релаксационными нарушениями – у 65 и 60% соответственно, псевдонормальный тип зарегистрирован у 20 и 20% соответственно, рестриктивный – у 5 и 5% (различия между группами статистически не достоверны, $\chi^2=3,49$, $p=0,16$). У больных 2-ой группы аналогичные показатели были следующими: нормальная диастолическая функция – была у 10 и 50% больных, релаксационные нарушения – у 60 и 40%, псевдонормальный тип – у 25 и 5%, рестриктивный – у 5 и 5% соответственно (различия до и после лечения статистически достоверны, $\chi^2=6,25$, $p=0,04$).

Выводы. Использование ИНБГТ как компонента лечебной программы у гипертензивных больных со стабильной стенокардией способствует статистически значимому увеличению прогностически благоприятного релаксационного типа диастолической дисфункции и частичной нормализации диастолических параметров левого желудочка за счет реклассификации псевдонормального типа.

Д.И. Карпушин

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск,

ЛНР Кафедра пропедевтики внутренней медицины

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Иванова Л.Н.

Введение. Сочетанное течение патологии внутренних органов, в том числе хронического некалькулезного холецистита (ХНХ) и ишемической болезни сердца (ИБС) изменяет традиционную клиническую картину.

Цель – выявить особенности клинического течения хронического некалькулезного холецистита и ишемической болезни сердца.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 59 больных ХНХ в сочетании с ИБС в возрасте от 29 до 59 лет. Диагнозы ХНХ и ИБС устанавливались согласно существующим клиническим протоколам.

Результаты. У всех больных с сочетанным течением ХНХ и ИБС наблюдался стенокардитический синдром (100%), который проявлялся болью и перебоями в работе сердца, сердцебиениями, смешанной одышкой при значительной физической нагрузке. Астеноневротический синдром у 92,6% пациентов был представлен повышенной утомляемостью, снижением толерантности к физической и умственной нагрузке

(91,7%), общей слабостью (89,1%), эмоциональной лабильностью (69,4%), нарушениями сна (57,2%), что приводило к достоверному снижению качества жизни ($p < 0,05$). Абдоминальный болевой синдром у 85,2% больных во время обострения ХНХ проявлялся приступообразной (55,0%) или постоянной болью (45,0%) в правом подреберье. Диспептический синдром у 84,9% пациентов характеризовался наличием отрыжки, горьким привкусом во рту, тошнотой (29,4%), метеоризмом (41,3%) и нарушениями стула (32,1%).

Выводы. Для больных с хроническим некалькулезным холециститом в сочетании с ишемической болезнью сердца характерно наличие стенокардитического, астеноневротического, абдоминального болевого и диспептического синдромов.

Липатникова А.С., Вагапова М.Т.

ПРИМЕНЕНИЕ МОЛСИДОМИНА В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

ГУ Луганский государственный медицинский университет

ЛНР Кафедра пропедевтики внутренней медицины

Зав.кафедрой и научный руководитель – проф., д. мед. н. Иванова Л.Н.

Цель исследования. Анализируя последние эпидемиологические данные роста ишемической болезни сердца (ИБС), и, в том числе, стабильной стенокардии напряжения, у части пациентов можно предполагать развитие низкой чувствительности к лечению нитратами. К тому же большинство больных, пользующихся нитратами, отмечают их плохую переносимость и развитие толерантности при длительном приеме. На сегодняшний день ведущим механизмом развития ИБС является дисфункция эндотелия, которая проявляется недостаточной продукцией оксида азота (NO) и антитромботических эндотелиальных факторов, что в свою очередь ведет к избытку вазоконстрикторных и протромботических факторов.

Основным клинически актуальным представителем сиднониминнов — класса лекарственных препаратов, аналогичных нитратам по своему клинико-гемодинамическому действию, однако характеризующихся иной химической структурой является Молсидомин. В его молекулярном механизме действия в нем имеется немаловажное отличие от соответствующего механизма действия нитратов, а именно – отсутствие вовлечения сульфгидрильных групп для активации цАМФ – гуанилатциклазного комплекса. Молсидомин метаболизируясь в печени до активного метаболита приводит к высвобождению NO, расслаблению клеток мышечной оболочки сосудов и вазодилатации, а также образует вещество, усиливающее антиагрегантные свойства NO. Но самое главное – практически не имеет толерантности. Свойства препарата, обусловленные его вено- и артериодилатирующим, а также антиагрегантным эффектами позволяют назначать молсидомин к лечению больных с ИБС. Целью проведенного исследования было определить частоту приступов и толерантность к физической нагрузке у больных со стабильной стенокардией напряжения II и III функционального класса на фоне приема молсидомина.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 62 больных с диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ССН ФК) II и III, которым на фоне базовой терапии вместо нитратов был назначен молсидомин в дозе 6-12 мг в сутки в течение двух недель. Всем пациентам был проведен тщательный сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование, клиническое и лабораторное исследования. Для верификации диагноза использовались электрокардиография (ЭКГ), велэргометрия (ВЭМ) и эхокардиография (ЭхоКГ).

Результаты. После двухнедельной терапии 42% больных с ССН ФК II отмечали полное отсутствие приступов стенокардии, у 28% частота приступов достоверно уменьшилась. У 46% больных с III ФК ССН достоверно установлено уменьшение частоты и интенсивности приступов – менее 10 в неделю, 54% пациента отмечали первично уменьшение интенсивности приступов, а затем их частоты – от 10 до 15 в неделю.

Согласно данным ЭКГ у 58% больных с ССН ФК II исчезла депрессия сегмента ST, а 42% отмечают повышение толерантности к физической нагрузке при II ФК ССН.

Что касается больных с III ФК ССН, то исчезновение депрессии сегмента ST отмечалось у 38%, а 62% пациентов отмечали некоторое повышение толерантность к физической нагрузке.

Все пациенты отмечали приемлемый уровень переносимости препарата.

Выводы. Молсидомин является эффективным антиангинальным и антиишемическим препаратом при II и III ФК ССН. Он обеспечивает стабильный эффект при длительном применении, повышает толерантность к физической нагрузке и приводит к уменьшению частоты и интенсивности ангинозных приступов.

Луговсков Е.А.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск,

ЛНР Кафедра пропедевтики внутренней медицины

Зав. кафедрой и научный руководитель – профессор Иванова Л.Н.

Введение. В последнее время появилось понятие «синдром АТО» как разновидность посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), возникающего не только у военнослужащих, но и у

мирного населения Донбасса, попавшего в негативные условия, влияющие на качество жизни и изменяющие клиническое течение патологии внутренних органов.

Цель исследования – оценить клиническое течение ишемической болезни сердца у больных с наличием посттравматической стрессовой реакции. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 57 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте от 35 до 65 лет. Верификацию диагноза ИБС осуществляли в соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов (2011, 2014), анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) – рекомендациям Европейского Кардиологического Общества и Североамериканского общества стимуляции и электрофизиологии (1996). Психофункциональное состояние больных исследовали с помощью шкалы самооценки и уровня тревожности Спилберга Ч.Д. и Ханина Ю.Л., которая состоит из 2-х частей и позволяет определять уровень тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние, высказывания № 1-20) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека, высказывания № 21-40).

Статистическая обработка материала проводилась с помощью математического пакета «Statistica 6.0» (StatSoft Inc., США).

Результаты. Основные признаки ПТСР регистрировались у 64,2% пациентов. На этом фоне наблюдалось учащение в 2,4 раза эпизодов ишемии (у 47,3% больных) и снижение эффективности проводимой антиангинальной терапии (у 36,8% пациентов). Изучение вариабельности сердечного ритма у больных ИБС при наличии ПТСР сопровождалось повышением симпатической и снижением парасимпатической активности. Так, преобладание активности симпатического отдела вегетативной нервной системы проявлялось в увеличении на 82,3% соотношения LF/HF по сравнению со значениями у больных без ПТСР ($p < 0,05$). В то же время значение показателей, характеризующих парасимпатическое влияние, у пациентов с ИБС на фоне ПТСР по сравнению с пациентами без ПТСР снижалось: rMSSD – на 43,7%, pNN50% – на 59,7% TINN – на 32,6% ($p < 0,05$).

Выводы. У больных с ИБС при наличии посттравматической стрессовой реакции отмечается преобладание симпатических влияний и снижение активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

ПСИХИАТРИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького Кафедра психиатрии наркологии и медицинской психологии Зав. кафедрой – проф. Абрамов В.А.

Гуренко Б.В., Олейник М.М.

ОСОБЕННОСТИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Научный руководитель – проф. Ряполова Т.Л.

Современные условия являются экстремальными и стимулирующими развитие стресса. В связи с этим исследование личностных качеств, развитие которых формирует позитивное отношение к жизни и повышает уверенность человека в своих способностях решать проблемы, брать ответственность на себя за свое благополучие, является одной из первостепенных задач. К таким личностным качествам относят жизнестойкость. Развитие жизнестойкости у будущих врачей является одной из важнейших задач их личностно-профессионального развития. Жизнестойкость является одним из основных качеств, которые позволяют врачу в процессе профессионализации избегать личностной деформации и других деструктивных личностных проявлений, в том числе развития синдрома эмоционального выгорания. На этапе обучения жизнестойкость является одним из основных компонентов, способствующих развитию общекультурных и профессиональных компетенций, формирование которых определяет современные подходы в организации высшего медицинского образования.

Цель: Оценить влияние параметров пола, успеваемости и выбранной профессии на уровень жизнестойкости у студентов медицинского вуза.

Материал и методы. Оценка жизнестойкости была проведена у 44 студентов (средний возраст $21,9 \pm 2,43$ года), из них представители мужского пола – 21 чел. (47,7%), женского – 23 чел. (52,3%). Были обследованы студенты медицинского факультета (30 чел. – 68,2%) и педиатрического отделения медицинского факультета (14 чел. – 31,8%). По успеваемости студенты были разделены на три группы: средний балл зачетной книжки 3,0 – 4,0 (26 чел. – 59,1%), 4,1 – 4,5 (13 чел. – 29,5%), 4,6 – 5,0 (5 чел. – 11,4%). Исследование жизнестойкости проводилось с помощью методики С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева (2006). Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ «MedStat» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты. Показатель жизнестойкости для выборки в целом соответствует среднему уровню – $74,9 \pm 2,33$. По шкале «Принятие риска» показатель превышал средние значения – $16,4 \pm 3,48$ баллов (нормативный балл – 13,9), по шкале «Вовлеченность» был ниже возрастной нормы – $32,7 \pm 6,98$ (среднее значение – 37,64). Гендерные различия были выявлены по шкале «Контроль»: у студентов мужского пола показатель $34,4 \pm 6,26$ был статистически достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у женщин ($28,6 \pm 8,91$). При сравнении остальных показателей жизнестойкости в выделенных группах студентов не было выявлено статистически достоверных различий ни в общем показателе жизнестойкости, ни в отдельных характеристиках.

Выводы: Высокие показатели значения по шкале «Принятие риска» характеризуют студентов как открытых опыту, убежденных в том, что все то, что с ними случается, способствует их развитию. Отношение к своей деятельности как процессу усвоения опыта помогает студентам быть открытыми для обучения и воспринимать свои успехи и ошибки как основу для формирования профессиональной идентичности и упрочению профессиональной позиции. Недостаточно выраженная вовлеченность у обследованных студентов может приводить к стойкой неудовлетворенности своей деятельностью, ощущению своей незначительности и синдрому эмоционального выгорания в будущем. В то же время, студенты-мужчины оказались более устойчивыми к стрессовой ситуации, сохраняли внутреннюю сбалансированность без снижения успешности учебной деятельности. Полученные данные могут быть положены в основу разработки комплекса психопрофилактических мероприятий и повышения качества обучения студентов медицинского вуза.

Евтушенко И.А., Свищёва А.Е., Сердюк В.В., Шевченко Д.Ф.

ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬ – КАК СОСТАВНАЯ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ

Научный руководитель – к.м.н Голоденко О.Н.

Цель исследования. Изучение степени доброжелательности среди студентов 4 курса медицинских факультетов Донецкого медицинского университета им. М. Горького и разработка рекомендаций по оптимизации доброжелательности.

Материал и методы. В ходе исследования приняли участие студенты 4 курса 1 медицинского (56 чел.) и 3 медицинского (29 чел.) факультетов – 85 человек. Для изучения степени доброжелательности была использована научная литература, в ходе проработки которой был выбран тест доброжелательности Д. Кэмпбелла. Для полноценной оценки результатов тестирования были выявлены базовые показатели и степени доброжелательности по данной методике. Чтобы иметь возможность разъяснения данных полученных в ходе

тестирования были использованы распространенный тест доброжелательности имеющий 8 вопросов в составе. После завершения тестирования по ключам были подсчитаны результаты в диапазоне от 0 до 8, что соответствует шкале: 2 балла и меньше – низкий уровень доброжелательности; 3-5 балла – средний показатель доброжелательности; 6 баллов и выше – высокий показатель доброжелательности. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6.0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты. При подсчете данных выявлено, что доброжелательность у студентов медиков имеет слабую обратную зависимость от того, на каком факультете обучается испытуемый – 0,235, так же слабая зависимость при сравнении результатов обоих полов – 0,017 и среднего балла зачетной книжки – 0,028. При исследовании связи между средним баллом зачетной книжки выявлено, что студенты с баллом 4 и более имеют слабую обратную связь 0,0263, что можно интерпретировать таким образом, что чем больше прикладываешь усилий для получения хороших оценок, тем менее испытуемый доброжелателен по отношению к другим. В то время как у студентов с зачетным баллом ниже 4 – 0,3922 (средняя обратная связь). При анализе моды было установлено, что общий показатель для обоих полов, а также средние баллы зачетной книжки имеют один результат – 4 балла, и только мода у 3 медицинского факультета составляет 3 балла. Но сравнивая средние значения установлено, что среднее значение по всем данным – 4,7976 балл (средний показатель доброжелательности), есть разница между показателем для студентов 1 медицинского факультета – 5,0339 баллов и 3 медицинского факультета 4,2963 балла (средний показатель доброжелательности). Данные средних значений для мужчин – 4,12356, что не существенно отличается от данных женщин – 4,82 (средний показатель доброжелательности). Что касается результата среднего балла зачетной книжки, следует отметить, что разница не значительна: средний балл зачетной книжки 4 балла и выше – 4,863 и средний балл ниже 4 – 4,3636;

Выводы. В результате исследования установлено, что у студентов медицинских факультетов преобладает средний показатель доброжелательности. Данный уровень не требует проведения жесткой коррекции, но нуждается в поддержании на прежнем уровне и стремлении развить уровень доброжелательности до высокого уровня. Найдено было решение по сохранению и развитию степени доброжелательности через гуманистическое развитие личности и разработанные методики для повышения уровня данной компетенции.

Киосев Н.В.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Научный руководитель – зав. кафедрой, д.мед.н, проф. В.А. Абрамов

Студенты младших курсов высших учебных учреждений, столкнувшись с совокупностью стрессогенных обстоятельств, подвержены высокому риску манифестации психической патологии, в частности расстройств адаптации и даже суицидальных попыток.

Цель исследования: Определить особенности психопатологического и психологического состояния у студентов младших курсов для ранней диагностики расстройств адаптации.

Материал и методы: В исследовании участвовали 208 студентов – медиков младших курсов, юноши и девушки, в возрасте 18 – 20 лет.

Методы исследования: клиничко-психопатологический, математико-статистический.

Для определения актуального психологического симптоматического статуса использовался «Опросник психопатологической симптоматики»: SCL-90 R. Дифференциальная оценка функционального состояния студентов осуществлялась при помощи теста: «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН).

Математическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ Statistica for Windows, 7.0. Для разделения множественных объектов на число кластеров использовали агломеративный метод минимальной дисперсии (кластеризация методом «k – срединных»).

Результаты и их обсуждение: Установлены высокие значения стандартного отклонения и разброса $\min - \max$ от 0,00 до 4,00 по всем субшкалам SCL-90-R. Определена выраженная полярность значения PSI (индекса проявления симптоматики) с высоким стандартным отклонением и разбросом $\min - \max$ от 2,00 до 90,00, что свидетельствует о разнообразии изучаемых признаков эмоциональной сферы у студентов младших курсов.

Путем кластеризации определены группы: 1-я группа -103 (49,5%) студентов – практически здоровые; 2-я группа студентов – 73 (35,1%) – с признаками нарушений адаптации (МКБ – 10: Z – 73.3); 3-я группа студентов 32 (15,4%) – с расстройствами адаптации (МКБ – 10: F – 43.2). Окончательный вариант разделения объектов на группы статистически достоверный.

Выводы: Полученные во время исследования данные позволяют разработать программу прогнозирования возникновения расстройств адаптации у студентов младших курсов медицинского университета, а также определить основные направления психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий.

Ковалёва К.В., Страхова А.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВАЦИОННОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У СТУДЕНТОВ

Научный руководитель – асс. Соловьёва М.А.

Цель исследования: исследовать мотивацию достижений у студентов ДонНМУ им. М. Горького и дать рекомендации по её развитию.

Материалы и методы: в исследовании принимало участие 40 студентов в возрасте от 20 до 25 лет, которые были разделены на две группы по среднему баллу зачётки, использовалась методика диагностики мотивации достижения Альберта Мехрабиана (1969 г.), статистический анализ полученных данных проводился в программе MedStat.

Результаты: Методика измеряет результирующую тенденцию мотивации, то есть степень преобладания одного из указанных мотивов — стремление к достижению успеха или избегание неудачи. Высокие показатели по тесту означают, что стремление к достижению успеха выражено в большей степени, чем избегание неудачи, низкие — наоборот. При проведении теста установлено, что среди студентов исследуемой группы одинаково доминирует стремление к избеганию неудачи. Однако, несмотря на схожесть результатов, установлена зависимость между конечным результатом теста и средним баллом зачётки. Студенты, средний балл зачётки которых выше 4.0, сильнее склонны к избеганию неудач (среднее значение показателя – 122,5). Это можно объяснить тем, что студентам, привыкшим получать высокие оценки, гораздо важнее оградить себя от разочарования в случае неудачи, чем испытать положительные эмоции в случае успеха, так как к ним, как правило, предъявляются завышенные требования и ожидания. Соответственно, если средний балл зачётки ниже 4.0, то склонность избегать неудачи несколько снижается, а стремление к успеху возрастает (среднее значение показателя – 132,8). Для слабо успевающих студентов в учебной деятельности чаще всего присутствует элемент удачи и, соответственно, возрастает ценность положительных эмоций в случае получения успеха. После анализа полученных результатов были разработаны рекомендации для преподавателей и студентов по повышению мотивации достижения последних. В процессе обучения для правильного мотивирования студентов преподавателям предпочтительно использовать особый подход к освещению учебного материала, характер его преподавания (акцентирование, подчеркивание различных элементов, привлекательных сторон содержания); в каждом конкретном случае следует чётко ставить цели перед студентом: чего желаемо добиться, какими знаниями обладать. Также большое влияние на формирование мотивов обучения оказывает стиль педагогической деятельности, взаимоотношений с учащимися, таким образом, при проведении занятий рекомендуется использовать демократический стиль, который способствует формированию у обучаемых внутренней мотивации на достижение успеха. Студентам как при самостоятельной подготовке, так и на практических занятиях, следует определять для себя адекватные сроки выполнения поставленной цели (работы), что поможет сформировать ожидание успеха в результате конечной деятельности. В учебном процессе учащимся необходимо чётко ставить перед собой цели, либо принимать предлагаемые преподавателем задачи обучения, что будет способствовать самореализации, повышению самооценки и уверенности в себе по его окончанию. С этой же целью рекомендуется определять прикладную направленность учебы: знать зачем необходимы эти знания и как они помогут в дальнейшей деятельности.

Выводы: в ходе исследования была выявлена определенная закономерность между средним баллом зачётки студентов и их мотивацией достижения. Таким образом, совместная работа педагогов и студентов над формированием правильной мотивации, с учетом данных всем участникам процесса рекомендаций, будет способствовать повышению качественной и количественной успеваемости обучаемых в ДонНМУ им. М. Горького.

Коврижина А.О., Минакова О.Р.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Научный руководитель – проф. Ряполова Т.Л.

Обучение в медицинском вузе предусматривает всестороннее развитие творческого потенциала, необходимого для реализации самообразовательной компетенции студента и формирования профессиональной компетентности врача. Модель самоактуализирующейся личности А. Маслоу, подчеркивая такие положительные проявления человеческой природы как творчество, альтруизм, любовь, дружба и т.д., служит эталоном в процессе воспитания, формирования личности обучающегося, построения системы взаимоотношений в процессе обучения. Самоактуализация является одной из ведущих компетенций, которая должна быть сформирована у студентов в образовательном процессе, так как она является неотъемлемой частью саморазвития студентов, эффективного воплощения своих способностей как в личностной, так и в профессиональной жизнедеятельности.

Целью настоящего исследования было изучение гендерных особенностей самоактуализации у студентов медицинского вуза.

Методы и материалы. Оценка самоактуализации была проведена у 43 студентов (средний возраст $21,6 \pm 3,38$ года), из них представители мужского пола – 21 чел. (48,8%), женского – 22 чел. (51,2%). Исследование самоактуализации проводилось с помощью самоактуализационного теста Э. Шострома (1963) в адаптации Ю.Е. Алешиной и соавт. (1987). Статистическая обработка полученных данных проводилась с

использованием пакета прикладных статистических программ «MedStat» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты исследования. Показатели всех шкал у обследованного контингента находились в пределах возрастной нормы, не было выявлено ни чрезмерно низких, ни высоких значений исследуемых факторов. У лиц мужского пола выявлены статистически достоверно ($p < 0.05$) в сравнении с женщинами более высокие показатели по шкалам: поддержки (48,4±8,8), ценностной ориентации (12,6±1,84), сензитивности (8,0±3,55), спонтанности (8,1±1,85), самоуважения (11,6±2,18), самопринятия (13,9±3,89), контактности (12,4±4,00), познавательных потребностей (6,8±2,31) и креативности (8,4±2,37). В то же время показатели шкал компетентности во времени, гибкости поведения, представлений о природе человека, принятия агрессии, синергии у мужчин и женщин не обнаруживали статистически достоверных различий ($p > 0.05$) и находились в пределах нормативных значений.

Выводы. У студентов медицинского вуза вне зависимости от пола имеют место способность к целостному восприятию жизни в неразрывности прошлого, настоящего и будущего, достаточная гибкость во взаимодействии с окружающими с адекватным реагированием на изменяющуюся ситуацию, достаточно сформированная концепция человека (положительное восприятие его природы, целостное восприятие мира и людей) и способность принимать свое раздражение и гнев как естественное проявление человеческой природы. При этом студенты – представители мужского пола в сравнении с женщинами были более независимыми в поступках, обнаруживали большее стремление руководствоваться собственными целями, убеждениями, установками и принципами, лучшую способность к рефлексии и выражению собственных чувств и потребностей, способность ценить свои достоинства и принимать себя такими, какие они есть. Полученные данные могут быть использованы при организации педагогического процесса с учетом индивидуальных особенностей студентов, а также при разработке мероприятий по оптимизации базовых компетентностей у студентов медицинского вуза.

Кравец Д. А., Черенкова А. А., Романова А. Г.

ОСОБЕННОСТИ ДИСПОЗИЦИОННОГО ОПТИМИЗМА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В УСЛОВИЯХ ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЙ

Научный руководитель: Абрамов В.А.

Актуальность: Жители Донецка в наше время подвержены различным стрессовым факторам. Именно, ожидания относительно будущего во многом определяют способность преодолевать трудности. Оптимисты более энергичны, реже впадают в депрессию. Такие качества очень ценны сейчас.

Цель исследования: изучить особенности диспозиционного оптимизма у студентов медицинского вуза в условиях трудных жизненных ситуаций.

Материалы и методы: Было обследовано 124 студента (25 % мужского и 75% женского пола) ДонНМУ им М. Горького в возрасте от 20 до 40 лет. Оценка диспозиционного оптимизма проводилась с помощью методики LOT (Life Orientation Test). Русскоязычная версия теста Гордеевой-Сычевой-Осина. Опросник состоит из 12 пунктов, 4 из которых являются прямыми и формируют шкалу оптимизма, 4-обратными и формируют шкалу пессимизма, 4-пустыми и не участвуют в формировании шкал. Ответы студентов («не согласен», «Скорее не согласен», «ни да, ни нет», «скорее согласен», «полностью согласен») равны от 0 до 4 прямые и от 4 до 0 обратные пункты. Оценка ответов проводится следующим образом: 32-25 баллов – оптимист, 25-20 баллов – средний уровень оптимизма, 20-0 баллов – пессимист.

Данные подвергались статистической обработке в MedStat. Оценивалось различие средних с помощью критерия Стьюдента (T) и Вилкоксона (W) в зависимости от принадлежности к нормальному закону распределения.

Результаты: По полученным данным 53,3% студентов являются оптимистами, 34,7% имеют средний уровень оптимизма, 12% студентов являются пессимистами. Также учтен гендерный фактор. Среди студентов женского пола 9,78% являются пессимистами; 33,69% имеют средний уровень оптимизма; 56,52% опрошенных являются оптимистами. Среди мужского пола 16,12%- пессимисты; 38,7%-средний уровень оптимизма и 45,16% – оптимисты.

Выводы: Полученные данные свидетельствует о том, что в условиях трудных жизненных ситуаций большинство студентов остаются жизнерадостными и верят в достижение успеха. Также можно отметить, что нет значительного влияния пола опрошенного на полученный результат.

Мельниченко В.В.

ОЦЕНКА ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ТЕРРИТОРИИ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Научный руководитель–проф. Ряполова Т.Л.

Цель исследования. Оценка временной перспективы у лиц, находящихся на территории военного конфликта.

Материалы и методы. Обследованы 58 студентов (79,3 % женщин и 20,7 % мужчин) ДонНМУ им. М.Горького в возрасте от 20 до 30 лет. Оценка временной перспективы проводилась с помощью опросника

временной перспективы Зимбардо (ZTPI), оценивающего 5 основных шкал: Негативное прошлое, Гедонистическое настоящее, Будущее, Позитивное прошлое, Фаталистическое настоящее.

Результаты. У группы исследуемых были обнаружены две доминирующие временные перспективы: позитивное прошлое ($3,9 \pm 0,6$) и направленность на будущее ($3,7 \pm 0,5$). Выявлены также некоторые половые различия по этим шкалам: женщины имеют более высокие показатели (Позитивное прошлое $-4,0 \pm 0,6$; Будущее $-3,7 \pm 0,5$), чем мужчины (Позитивное прошлое $-3,8 \pm 0,4$; Будущее $-3,5 \pm 0,3$). У юношей наблюдались высокие показатели по шкале «Фаталистическое настоящее». Такая ориентация указывает на отсутствие четкой временной перспективы, респонденты воспринимают будущее предопределенным, а настоящее переносят с покорностью и смирением. Сравнивая результаты по ориентации на гедонистическое настоящее и будущее, стоит отметить достаточно выраженный антагонизм этих параметров (коэффициент корреляции $r = -0,34$, уровень значимости $< 0,05$). В общем, у студентов между ориентациями на негативное прошлое и настоящее была получена отрицательная средняя связь ($r = -0,34$, уровень значимости $< 0,05$). Такая связь отражает следующую зависимость: чем более респонденты выражают неудовлетворенность событиями в прошлом, тем менее они расположены видеть перспективу в будущем. У студентов, которые проживали на территории с военными действиями более 6 месяцев (46,5%) и весь период (46,5%), обнаружены высокие показатели по шкале «Позитивное прошлое» ($4,0 \pm 0,5$), респонденты склонны расценивать свое прошлое до начала боевых действий, как более радужное, перспективное. Испытуемые предъявляли жалобы на ухудшение психического (55,0%) и соматического здоровья (18,9%), причем с увеличением длительности пребывания на опасной территории, количество жалоб сравнительно возрастало.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о рациональном восприятии времени у студентов. Сочетание временных перспектив, ориентированных на позитивное прошлое и будущее, являются оптимальными: студенты имеют высокую самооценку, эмоциональную стабильность, умеют планировать и придерживаться распорядка дня, что помогает им достигать значительных результатов в учебе.

Радченко И.В., Кононенко Л.В.

ИЗУЧЕНИЕ КОГНИТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У СТУДЕНТОВ

Научный руководитель – асс. Соловьёва М.А.

Цель исследования: исследовать креативные способности у студентов 4 курса ДонНМУ им. М. Горького и дать рекомендации по поводу развития когнитивной компетентности.

Материалы и методы: в исследовании принимало участие 40 студентов, которые были разделены на две группы по среднему баллу зачётки. Первую группу составили студенты со средним баллом зачётки ниже 4,0, вторую – со средним баллом зачётки 4,0 и выше. Использовалась методика определения когнитивно-деятельностного стиля Л. Ребекка. Статистический анализ полученных данных проводился в программе MedStat.

Результаты: при оценке первого типа деятельности выявлено преобладание у 1 группы в обучении зрительно-слухового анализатора (44,4%), у 2 группы – слухового (19,4%), зрительно-слухового (19,4%). Оценка 2 типа деятельности показала, что у обеих групп выражена экстраверсия (55,6% и 64,5%). При оценке 3 типа деятельности выявлено, что группа 1 склонна к решению проблем, прибегая к помощи логики (44,4%), а группа 2 – как с помощью интуитивно-логических цепочек (35,5%), так и логики (35,5%). Исходя из полученных данных, при оценке 4 типа деятельности выявлено, что для 1 группы характерен нерегламентированный подход к работе (44,4%), а группа 2 предпочитает четко регламентированные условия труда (54,8%). Последний тип деятельности выявил, что обе группы в основном полагаются на мышление общими категориями (88,9% и 54,8%). На основании изученного материала, целесообразно рекомендовать студентам первой группы видеолекции, макеты, для студентов второй группы аудиолекции и книги.

Рекомендации: в результате проведенного исследования, были составлены следующие рекомендации для студентов: для оптимального запоминания материала студентами с преобладанием различных анализаторов, использовать интерактивные игры для улучшения зрительного анализатора: игра Кликер+ по таблице Шульте, метод Айвазовского. С целью улучшения качества обучения с использованием слухового анализатора использовать: аудиокниги, изучение стихотворений. С целью улучшения навыков логического анализа: учиться выстраивать интуитивно-логические цепочки при решении спорных вопросов, повышать готовность к любому режиму работы, будь он регламентированный или нерегламентированный.

Педагогам предоставляется возможность заинтересовать студентов и повысить уровень их успеваемости с помощью книг, лекций, аудио- и видеолекций, макетов, вызывать обсуждения и участвовать в дискуссиях со студентами на темы, соответствующие темам занятий.

Выводы: при проведении исследования были выявлены определенные особенности когнитивных способностей у студентов с различной успеваемостью. С учетом различий в преобладающих типах деятельности у обучаемых, были даны рекомендации, которые в дальнейшем могут оказать благоприятное влияние на развитие когнитивно-деятельностных способностей и, следовательно, повышение успеваемости студентов Донецкого национального медицинского университета.

Сердюк В.В., Свищёва А.Е., Евтушенко И.А., Шевченко Д.Ф.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ЭМПАТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Научный руководитель – к.м.н Голоденко О.Н.

Цель исследования. Изучение уровня эмпатии среди студентов 4 курса Донецкого медицинского университета им.М.Горького и разработка рекомендаций по оптимизации эмпатических способностей.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 89 студентов 4 курса 1 медицинского (59 человек) и 3 медицинского (30 человек) факультетов. Для изучения уровня эмпатии был проведен опрос по методике диагностики уровня эмпатических способностей В.В.Бойко. В ходе проведения исследования были изучены ключевые показатели эмпатических способностей по данной методике, для интерпретации данных был использован стандартный опросник содержащий 36 вопросов, которые оцениваются испытуемым по принципу согласия или несогласия с предлагаемыми утверждениями и шкала оценивания. Результаты оцениваются в соответствии с набранным количеством баллов: 30 баллов и выше – очень высокий уровень; 29-22 – средний уровень; 21-15 – заниженный; 14-0 – очень низкий уровень эмпатических способностей. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6.0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты. При статистической обработке данных методики было выявлено, что уровень эмпатических способностей у студентов медиков имеет слабую зависимость по отношению к факультету на котором обучаются данные испытуемые (0,1187) и по отношению к среднему баллу зачетной книжки (0,0548). Однако в большей степени влияет на уровень эмпатии пол (корреляция 0,3624 – средняя связь). Оценивая моду выборки было замечено, что общее ее значение равно 20 – что соответствует заниженному уровню эмпатии. Среди студентов 1 мед. факультета – 20, в отличие от студентов 3 мед. факультета – 17. Существенно различаются показатели моды у женщин – 22 (средний уровень эмпатии) и у мужчин – 14 (очень низкий уровень). Различия между данными мод в зависимости от среднего балла зачетки не существенны. Большее внимание было уделено подсчету среднего значения. Выявлено, что общее среднее значение – 19,193 – заниженный уровень эмпатии среди студентов-медиков. Отличия между данными опросника у студентов 1 медицинского и 3 медицинского факультетов фактически нет – 19,1897 и 19,8621. Однако в отличие от результатов моды разница в сравнении со средним значением выборки по отношению к полу испытуемых сильно отличается: средний результат среди женщин равен 20,4510, а среди мужчин -17,4722 – оба результата в диапазоне для заниженного уровня эмпатии. Так же, как и в сравнении с принадлежностью к факультету, незначительна разница и в отношении к среднему баллу зачетной книжки. При значении 4 балла и выше результат 19,1467, а при балле ниже 4 итог 19,4615 – что свидетельствует о заниженном уровне эмпатических способностей.

Выводы. При проведении данного исследования был выявлен заниженный уровень эмпатии у студентов медицинских факультетов, что может привести к дальнейшим конфликтам среди сверстников, проблемам на рабочем и учебном месте. Для оптимизации изучаемой характеристики разработан комплекс тренингов, которые должны повышать уровень эмпатических способностей испытуемых, однако процесс длителен и требует дальнейшего изучения эффективности. Предложено провести повторное исследование уровня эмпатических способностей среди студентов-медиков после проведения коррекции в поведении испытуемых и прохождения тренингов для дальнейшего мониторинга этого качества личности.

Токарев Н. В., Рыжкова Д. А.

ОЦЕНКА УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОГНИТИВНОЙ И МОТИВАЦИОННОЙ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ У СТУДЕНТОВ ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Научный руководитель: асс. Соловьева М. А.

Цель: исследовать структурные особенности и уровень формирования когнитивной и мотивационной компетентности у студентов ДонНМУ им. М.Горького

Материал и методы: проанализированы результаты тестирования 269 студентов ДонНМУ им. М. Горького. Для проведения исследования использовались следующие методики: «Диагностика мотивации достижения» (А.Мехрабиан, 1967) – обследовано 82 человека, «Определение когнитивно-деятельностного стиля» (Л.Ребекка) – обследовано 95 человек, «Методика изучения личностных креативных способностей» (Е.Е. Туник) – 92 человека. Данные группы выборки были разделены по критерию – средний балл зачетки: I группа – 3,0-3,9, II группа – 4,0-4,49, III группа – 4,5-5,0.

Результаты исследования: на основании данных методик, а так же их дальнейшей статистической и аналитической обработки были получены нижеприведенные данные. *При диагностике мотивации достижения* относительно к среднему баллу зачетки: в I группе преобладает мотивация избегания неудач (ИН) – 50%, обе тенденции (ОТ) – 27%, мотивация достижения успеха (ДУ) 14,40%. Во II группе с баллом 4,0-4,49 преобладает мотивация ДУ – 65%, ОТ – 64%, мотивация ИН отсутствует. В III группе преобладает мотивация ИН – 50%, мотивация ДУ – 20,6%, ОТ – 9%. *Методика определения когнитивно-деятельностного стиля.* ТД 1 (физические чувства в процессе учёбы и работы): наибольшая доля зрения-слух приходится на студентов с баллом 3,0 -3,9 (45,9%), среди студентов с баллом 4 – 4,49 преобладает слух и кинестетика в равной степени (17,5%), а среди студентов с баллом 5,0 и выше – также слух и кинестетика (21,45%). ТД 2 (структура

общения): среди студентов было выявлено преобладание экстраверсии (46,3%), интроверсия – 29,5%, а смешанный тип – 24,2%. ТД 3 (индивидуальные способности): интуитивные – 37,90%, интуитивно-логические – 21,2%, логические – 33,7%. ТД 4 (подход к работе): регламентированный подход у студентов с балом зачёта 4,9-5,0 (57,1%), преобладает нерегламентированный подход в группе с баллами 3,0-3,9 (29,2%), по баллам 4,0-4,49 – регламентированный подход (52,6%). ТД 5 (оперирование идеями): баллы 3,0-3,9 – синтез (54,2%), 4,0-4,49 – синтез (54,4%), 4,5-5,0 – и синтез, и анализ (по 35,7%). В третьей методике: относительно среднему баллу в I группе показатели распределились следующим образом. Любознательность: 22% -Ниже среднего значения (НС), 43% – Среднее значение (СЗ), 35% – Выше среднего значения (ВС). Воображение: 30% – НС, 40% – СЗ, 30% – ВС. Сложность: 17% – НС, 61% – СЗ, 22% – ВС. Склонность к риску: 9% – НС, 35% – СЗ, 56% -ВС. Во II группе: 2% – НС, 60% – СЗ, 40% -ВС. Воображение: 28% -НС, 42% – СЗ, 30% – ВС. Сложность: 7% – НС, 56% – СЗ, 37% – ВС. Склонность к риску: 3,5% – НС, 66,5% – СЗ, 30% – ВС. В III группе: 13% – НС, 60% – СЗ, 27% -ВС. Воображение: 20% – НС, 60% – СЗ, 20% – ВС. Сложность: 20% – НС, 67% -СЗ, 13% – ВС. Склонность к риску: 7% – НС, 53%-СЗ, 40% – ВС.

Выводы: при исследовании когнитивной и мотивационной компетентностей студентов, были получены достоверные доказательства зависимости их от различных индивидуальных и организационных особенностей контингента. На основании приведенных данных можно разработать рекомендации для студентов, а также для преподавателей, которые позволят оптимизировать процесс обучения, повысить успеваемость и продуктивность работы.

Токарева М.А., Максимова М.А.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОСТОЯНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

Научный руководитель-Абрамов В.А.

Длительное пребывание в состоянии хронического стресса (пребывание в зоне боевых действий) приводит к общему снижению чувства безопасности и защищенности современного человека. Ситуация угрозы жизни в современном мире все больше становится привычным атрибутом так называемой "мирной жизни". Это обуславливает необходимость изучения феномена жизнестойкости. Благодаря этому тесту, появилась возможность выявления стрессоустойчивых студентов и оказание своевременной помощи им, для того, чтобы избежать неблагоприятных последствий.

Цель исследования: оценить особенности изменения жизнестойкости у студентов-медиков, находящихся в состоянии хронического стресса (пребывание в зоне боевых действий).

Материалы и методы: 126 студентов (76% женского и 24% мужского пола) ДонНМУ им .М.Горького в возрасте от 20-30 лет. Уровень жизнестойкости оценивался с помощью «Теста жизнестойкости» (методика С. Мадди, адаптация Д.А. Леонтьева). Для подсчета баллов ответам на прямые пункты присваивались баллы от 0 до 3, ответам на обратные пункты присваивались баллы от 3 до 0. Затем суммировались – общий балл жизнестойкости и показатели для каждой из 3 субшкал (вовлеченности, контроля и принятия риска).

Результаты: В группе исследования, значение общего показателя жизнестойкости составило 84,5 баллов (при норме $80,72 \pm 18,53$). Среднее значение по субшкалам составили: «Вовлеченность»-35,9баллов (при норме $37,64 \pm 8,08$), что свидетельствует о том, что группа испытуемых с гармоничной степенью вовлеченности удовлетворена собственной деятельностью. «Контроль»-30,2 баллов (при норме $29,17 \pm 8,43$), указывает на то, что у группы испытуемых достаточно развит компонент контроля над собственной деятельностью. «Принятие риска» - 16,32 баллов (при норме $13,91 \pm 4,39$), что группа испытуемых убеждена в том, что все происходящее с ними способствует их развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта.

Вывод: Полученные данные свидетельствуют о высоком уровне жизнестойкости и стрессоустойчивости испытуемых, несмотря на хроническое воздействие факторов стресса (пребывание в зоне боевых действий).

Трошина Н.С., Ребров Ф.А., Гнидый А.А., Попова О.В.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ РЕФЛЕКСИИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В СТРУКТУРЕ РЕФЛЕКСИВНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ

Научный руководитель – асс. Коваленко С.Р.

Цель исследования. Изучение уровня рефлексивности среди студентов 4 курса Донецкого медицинского университета им.М.Горького и разработка рекомендаций по развитию рефлексии у студентов-медиков.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 89 студентов 4 курса 1 медицинского (59 человек – 66,3%) и педиатрического (30 человек – 33,7%) факультетов. Все испытуемые были разделены на 3 подгруппы: По полу женщины – 51 (57,3%), мужчины – 38 (42,7%); по специальностям («лечебное дело», «педиатрия»); по средней успеваемости. Использовалась методика диагностики уровня развития рефлексивности А.В. Карпова, содержащая 27 утверждений, которые оценивались испытуемыми в диапазоне 7 баллов, в зависимости от уровня согласия или несогласия с предлагаемыми утверждениями: 1 – абсолютно неверно; 2 – неверно; 3 – скорее неверно; 4 – не знаю; 5 – скорее верно; 6 – верно; 7 – совершенно верно. Результаты оцениваются в соответствии с набранным количеством баллов: 140 баллов и выше – высокий

уровень; 114-139 – средний уровень; 113 и ниже – низкий уровень развития рефлексивности. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты. При статистической обработке данных методики было выявлено, что среднее значение по всей выборке составило 114,187 баллов – нижняя граница среднего уровня развития рефлексивности, мода составляет 117 баллов (средний уровень рефлексивности).

У женщин среднее значение составило 118,83 баллов (средний уровень рефлексии), 112,82 у мужчин (низкий уровень), при моде равной 117 баллов у женщин (средний уровень) и 123 у мужчин. Также выявлен средний уровень зависимости (0,428 – коэффициент корреляции).

Уровень развития рефлексивности у студентов медиков различных специальностей имеет слабую зависимость (0,2582); среднее значение на 1 медицинском факультете равно 116,9 баллов (средний уровень рефлексии), на педиатрическом 114,2 (средний уровень), при моде равной 117 баллов на первом медицинском (средний уровень) и 111 на педиатрическом (низкий уровень) факультетах.

При успеваемости 4 баллов и ниже среднее значение составило 115,125 баллов, от 4,1 до 4,4 – 115,068 баллов, от 4,5 и выше – 121,66 баллов. Эти показатели свидетельствуют о среднем уровне развития рефлексивности; различие между данными модами в зависимости от среднего балла успеваемости не существенны. Уровень зависимости слабый – коэффициент корреляции – 0,35.

Выводы. При проведении данного исследования был выявлен средний уровень развития рефлексивности у студентов медицинских факультетов, что свидетельствует о том, что данная группа респондентов, прежде чем действовать, в достаточной мере, внутренне просматривают все гипотезы, отбрасывая те, которые кажутся им маловероятными, принимают решения обдуманно, взвешено, учитывают различные решения поставленных перед ними «задач». Разработана методика формирования рефлексивности студента, как субъекта образовательной деятельности, которая основана на позициях субъектно-ориентированного подхода.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького
Кафедра судебной медицины и медицинского права
Зав. кафедрой – к.м.н., доц. Шевченко В.В.

В.И. Берлина

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ САМОУБИЙЦ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУПОВ

Зав. кафедрой и научный руководитель – к.м.н., доц. Шевченко В.В.

Цель исследования. Анализ случаев смерти от суицида.

Материал и методы. Акты судебно-медицинского исследования трупов, заключения экспертов в случаях самоубийств. Обработка результатов проводилась с помощью статистических стандартных программ Excel Microsoft Office 2007.

Результаты исследования. За 5 лет в Донецке было зарегистрировано 334 случая суицидов (мужчины 84,1% – 281 случай, женщины 15,9% – 53 случая), из которых 152 случая (45,5%) были совершены в состоянии алкогольного опьянения. Второй по частоте совершения самоубийств (после группы от 41 до 60 лет, которая составила 44,3% – 148 случаев) является возрастная группа от 21 до 41 года – 26,6% (89 случаев). Из всех случаев суицида за исследуемый период работающие составили 44% (147 случаев). Наиболее распространенным способом самоубийства стало повешение – 89,5% (299 случаев).

Выводы. В ходе данной научной работы были выявлены возрастные и половые характеристики самоубийц, социальные факторы, определяющие уровень суицида. Смертность от суицида достаточно высокая в исследуемом регионе и во всем мире, поэтому необходимо активно изучать данную патологию и проводить ее профилактику.

Калашникова Я.Д., Кравцова Ю.О.

СМЕРТЕЛЬНЫЙ ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Зав кафедрой и научный руководитель – доц. Шевченко В.В.

Цель исследования. Определить долю детского травматизма в структуре общей смертности детей.

Материал и методы. Анализ актов судебно-медицинского исследования трупов за 2015 год из архива Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ ДНР.

Результаты. В ходе анализа выявлено, что случаи смертельного детского травматизма за отчетный период составляет 78,7% от общего количества детской смертности. Из них на долю мальчиков приходится 52 % случаев, а на долю девочек – 48 %. Травматизм в результате ДТП (дорожно-транспортных происшествий) составил 18%, других несчастных случаев – 67%. Падение с высоты – 11%, смерть от травм, полученных при занятиях СПОРТОМ – 4%. Единичные случаи смертельного детского травматизма – от повреждений рельсовым транспортом. В возрастной структуре смертельного детского травматизма 6% составили дети в возрасте до 1 года, 15% – 2-6 лет, 79% – 7-15 лет. Причиной смерти в 60% явилась открытая и закрытая черепно-мозговая травма, в 31,5% – шок.

Выводы. Смертельный детский травматизм в структуре детской смертности все еще занимает значительное место. Чаще всего смерть наступала в результате несчастных случаев и ДТП (85%) от полученных черепно-мозговых травм и шока. Проблема детского травматизма остается актуальной и требует разработки профилактических мероприятий.

Кирилюк Ю.А., Берлина В.И.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ СЛУЧАЕВ ТРАВМЫ, ПОЛУЧЕННОЙ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Научный руководитель – доц. Кузнецов О.Г.

Цель исследования. Изучить структуру насильственной смерти вследствие травмы, полученной в состоянии алкогольного опьянения (АО).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ случаев смертельной травмы за 2015 год по материалам Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы методом математической статистики.

Результаты исследования. Случаи травм, полученных в состоянии АО, составили 7% от общего количества случаев насильственной смерти за год. По возрастным критериям пострадавшие были распределены следующим образом: лица трудоспособного возраста – 68%, до 18 лет – 3%, старше 55 лет – 30%. Среди всех пострадавших мужчины составили 84%, женщины – 16%. Среди обстоятельств получения телесных повреждений лидируют убийства – 58%, за ними следуют дорожно-транспортные происшествия – 37%, рельсовая травма – 3%, падение с большой высоты – 1%. Среди причин смерти первое место занимают

множественные переломы: костей скелета – а 36%, черепно-мозговые травмы – 17%, закрытая тупая травма внутренних органов – 14,1%, ожоги – 3,5%, поражение электрическим током – 2,7%. При судебно-медицинском исследовании трупов во всех случаях были выявлены морфологические признаки АО. При судебно-токсикологическом исследовании установлено: средняя степень АО составили 31% от всех случаев, легкая – 29%, тяжелое АО – 19%, в 3% случаев содержание алкоголя в крови превышало смертельный уровень – 5%.

Выводы. В 58% случаев смертельная травма была причинена в результате убийств; количество алкоголя в крови определяет степень АО, что важно для следственных органов при раскрытии преступлений.

Князь А.А., Комарова Н.А., Кириллюк Ю.А.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРУПОВ В СЛУЧАЯХ ПАДЕНИЯ С ВЫСОТЫ

Научный руководитель – асс. Поливода Е.Г.

Цель исследования. Выявление и изучение особенностей повреждений, возникающих при падении с большой высоты.

Материал и методы. Ретроспективный анализ судебно-медицинской документации за 2015 год по материалам Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы в случаях падения с большой высоты. Составление электронной базы данных повреждений с учетом высоты падения и обстоятельств. Данные обработаны статистическим методом.

Результаты. Случаи падения с большой высоты за 2015 год на территории г. Донецка составили 0,7% от общего числа исследований. 72,5% всех пострадавших представляют мужчины, 27,5 – женщины. По возрастным критериям пострадавшие были распределены следующим образом: до 18 лет – 7%, трудоспособного возраста (19-54 лет) – 48%, пенсионного возраста (старше 55 лет) – 45%. По обстоятельствам: убийств было зарегистрировано 17,2% случаев, самоубийств – 27,6%, несчастных случаев – 55,2%. На момент получения повреждений 10,4% из всех исследованных лиц находились в состоянии алкогольного опьянения. Морфология повреждений, обнаруженных при судебно-медицинском исследовании трупов, вполне согласовывалось с литературными данными об особенностях их образования в соответствии с различными вариантами вида травмы, этапностью образования повреждений при падении с высоты.

Выводы. Таким образом, совокупность характерных повреждений, образующихся при падении с большой высоты, позволяет определить вид, вариант падения и уточнить обстоятельства происшествия.

Комарова Н.А. Князь А.А.

К ВОПРОСУ О ПОВРЕЖДЕНИЯХ, ВОЗНИКАЮЩИХ В СЛУЧАЯХ ДТП

Научный руководитель – асс. Поливода Е.Г.

Цель исследования. Установить причины смерти и характер телесных повреждений участников ДТП (водителей, пешеходов, пассажиров), а также степень их алкогольного опьянения; определить механизм образования телесных повреждений и их связь с происшествием с учетом времени года, времени суток, пола и возраста.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ методом математической статистики случаев ДТП за 2015 год по данным Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы.

Результаты. Случаи ДТП со смертельным исходом за 2015 год составляет 1,2% от всех случаев смертей за год. Из них: умерших на месте – 91% случаев, умерших в больнице – 9%. В зависимости от вида автомобильной травмы первое место занимает наезд транспортного средства на пешехода – 82%. Второе – столкновение транспортных средств (11,5%), третье – наезд транспортного средства на препятствие (6,5%). Комбинированные автотравмы составляют 5,8%. При автотравме внутри салона в 40% случаев страдал водитель, в 45% – пассажир переднего сидения, а в 15% – пассажиры заднего сидения. Наличие алкогольного опьянения у водителей составила 46,6%, у пешеходов – 53,2%, легкая степень опьянения составила 36,8%, средняя – 25,5%, сильная – 2,3%. В зимний период количество ДТП составило 46,7%, в весенний – 15%, в летний – 7,8%, в осенний – 10,3%. В зависимости от времени суток: в темное время – 67,8%, в светлое – 25,3% ДТП. По половому признаку пострадавшие распределились следующим образом: мужчины – 75,5%, женщины – 24,5%. По возрасту преобладали трудоспособные люди (19-54 лет) – 76%. Причинами смерти на месте происшествия явилось: ЗЧМТ в 27%, ОЧМТ – в 6,8%, переломы ребер и конечностей – 31%, переломы позвоночника и костей таза – 43%, от кровотечения – 2,4%. Причинами смерти в больнице стали следующие повреждения: сочетанная травма тела – 78,6%, перелом позвоночника – 4,7%, ЗЧМТ и ОЧМТ с ушибами и кровоизлияниями в головной мозг – 3,8%.

Выводы. Таким образом, причиной смерти в ДТП явились: переломы позвоночника и костей таза, ЗЧМТ и кровоизлияния – у умерших на месте происшествия, а причинами смерти в больнице стала сочетанная травма тела с последующим развитием гнойных осложнений, полиорганной недостаточностью и в некоторых случаях ТЭЛА.

Кравцова Ю.О., Калашникова Я.Д.

К ВОПРОСУ О ДАВНОСТИ РУБЦОВ НА ТЕЛЕ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель – асс. Минаков Г.Р.

Цель исследования. Установление морфологии рубца на теле в зависимости от времени.

Материалы и методы. Кожные покровы и визуальные наблюдения при помощи люминесцентной лампы.

Результаты исследования. В доступной судебно-медицинской литературе только лишь в монографии А.М. Гамбург (1956 г.) и И.М. Серебrenникова (1962 г.) уделяется незначительное внимание давности образованию рубцов на теле человека (до 5 лет) при членовредительстве. В практике научного руководителя встретилось несколько случаев, когда рубцы на теле исследовались спустя 28 и 60 лет. Рубцы через 28 лет были подвижны, мягкие на ощупь, имели округлую форму и были втянуты, а при исследовании под люминесцентной лампой ОЛД-41 давали флюоресценцию. Что же касается рубца, исследованного через 60 лет, то он имел вид тонкой сморщенной пленки, и был едва различим на кожных покровах головы.

Свежие рубцы имеют розоватый или красноватый цвет за счет их активной васкуляризации. Гипертрофические рубцы выступали над уровнем кожи, имели сглаженный кожный рисунок. Исследованные атрофические рубцы были ниже уровня кожи, что указывает на малое количество волокнистых структур в новообразованной соединительной ткани. Атрофические рубчики нередко были депигментированными.

Проведенное исследование помогло человеку при проведении экспертизы и признании его участником военных действий.

Выводы. В процессе работы судебно-медицинский эксперт может встретиться со столь отдаленными случаями, когда необходимо подтвердить наличие и давность образования рубца.

ТЕРАПИЯ

Донецкий национальный медицинский университет г. Донецк, ДНР Кафедра госпитальной терапии Зав. кафедрой – проф., д.мед.н. Ватутин Н.Т.

Kotsenko Y.I., Kotsenko P.I.

THE MANAGEMENT OF NEUROGENETIC BLADDER IN MULTIPLE SCLEROSIS (REVIEW)

Neurology and Medical Genetic Department
M.Gorkiy Donetsk National Medical University
Head of the Department and Supervisor MD, Prof. Statinova E.A.

Aim: provide information for clinical practitioners on the therapy of neuro-urological disorders, especially in multiple sclerosis (MS).

Material and methods. A review papers were published in the international scientific journals (systematic reviews and metaanalyses of randomized controlled trails of MS during 2009-2014 in 26 countries).

Results. MS causes neuro-urological symptoms (incontinence, and etc.) in 50-90% of the patient. A single, optimal, medical therapy for neuro -urological symptoms is not available yet. Lombardi G. et al, 2013 made mention of combination of different therapies, witch is the best way to maximize outcomes in MS. There are antimuscarinic drugs (AMD), phosphodiesterase inhibitors, beta- adrenergic receptor agonists, and etc. AMD are the most useful medications available for neuro-urological symptoms in MS and provide an established approach for managing neurogenetic detrusor overactivity (NDO), increasing bladder capacity, and delaying the initial urge to void, even when combined with intermittent catheterization (Madhuvrata P. et al. 2012; Madersbacher H. et al, 2013). In additional treatment Apostolidis A. et al, 2012 and Gratzke C. et al, 2011 suggested cholinergic drugs, such as distigmine and bethanechol. These medications have been considered to enhance detrusor contractility and promote bladder emptying, but are not routinely used in clinical practice.

Conclusions. Thus, AMD is the recommended first-line medical treatment for NDO (A, 1a), no parasympathomimetics should be prescribed for underactive detrusor (A, 1a), alfa -blockers should be prescribed to decrease bladder outlet resistance (A, 1b), outcomes for NDO may be maximized by considering a combination of AMD (B, 3).

Гасендич Е.С., Смирнова А.С.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф., д.мед.н. Ватутин Н.Т.

Цель – изучить распространенность хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) среди пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 182 больных с ХСН ишемического генеза, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака с января по май 2012 г.

Результаты. Из 182 пациентов с ХСН ишемического генеза ХОБЛ была зарегистрирована у 22 (12%) лиц, из них 14 (64%) мужчин и 8 (36%) женщин (средний возраст 67,2±4,3 г). При этом пациенты с сочетанной патологией имели более высокий функциональный класс сердечной недостаточности по NYHA, у них чаще (82% против 78,1%) выявлялась гипертоническая болезнь. В терапии пациентов с комбинированной патологией достоверно ($p < 0,001$) чаще использовались диуретики (86% против 56%) и реже (41% против 67%) – β -адреноблокаторы.

Выводы. Среди пациентов с ХСН ишемического генеза ХОБЛ регистрируется у 12% лиц. Сочетание ХСН и ХОБЛ сопряжено с более высоким функциональным классом сердечной недостаточности, более частым использованием в лечении диуретиков и более редким – β - адреноблокаторов.

Гасендич Е.С., Попелнухина Л.Г., Чаус Е.А.

ОПЫТ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕФЛУНОМИДА У ПАЦИЕНТА С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Научный руководитель – доц., к.м.н. Тарадин Г.Г.

Псориатический артрит (ПсА) – хроническое серонегативное воспалительное заболевание суставов, ассоциирующееся с кожным псориазом. Среди больных псориазом диапазон распространения ПсА достаточно широк и достигает 30%. До настоящего времени вопрос эффективного и безопасного лечения ПсА остаётся открытым. В лечении ПсА препаратом первой линии длительное время считался метотрексат, однако, в свете

недавних исследований его эффективность стала оспариваться. Из числа базисных противовоспалительных препаратов, кроме метотрексата, используются сульфасалазин, циклоспорин и обширная группа биологических средств. Из группы синтетических препаратов следует выделить лефлуномид (ЛФ). Однако, на наш взгляд, ЛФ до сих пор не нашел своего места среди препаратов, широко используемых в лечении псориаза и ПсА среди отечественных дерматологов и ревматологов.

Больной В., 35 лет страдает псориазом в течение 15 лет. Все это время специфическую терапию не получал, не обследовался, ограничивался ежегодными курсами санитарно-курортного лечения в летние месяцы. ПсА в виде моноартрита правого коленного сустава дебютировал в январе 2015 года. В это же время отметил распространение площади и интенсивности кожных поражений, площадь которых на момент осмотра достигала 90%. В августе 2015г. стала повышаться температура тела до 39,0°C, выросла общая слабость, стали беспокоить боли в суставах, преимущественно конечностей.

При осмотре пациент жалуется на боли в коленных, локтевых суставах, суставах пальцев кистей и стоп; ограничение движения в них, боли и «выкручивание» безымянного пальца правой кисти, повышение температуры тела до 37,4° С, распространенную сыпь, зуд в области сыпи, нарушение сна, общую слабость. Объективно: на кожных покровах верхних и нижних конечностях, лице, волосистой части головы, шее, грудной клетке, спине, животе, ягодицах отмечалась сливная красная папулезная сыпь, приподнятая над поверхностью кожи с участками интенсивного шелушения. Онихолизис ногтевых пластинок пальцев ног и рук. Коленные, локтевые, суставы кистей, стоп увеличены в объеме, пальпация болезненная, ограничен объем активных и пассивных движений, резкая болезненность в местах прикрепления сухожилий мышц скелетной мускулатуры конечностей (энтезит).

Общий анализ крови (13.01.16): Эр. – $3,7 \times 10^{12}/л$; Нв – 120 г/л; Лейк. – $10,1 \times 10^9/л$, п-2%, э-1%, л-37%, с-51%, м-9%, СОЭ-25 мм/ч, СРБ – 12 мг/л. РФ – отриц. На рентгенограмме органов грудной клетки, эхокардиографии, УЗИ органов брюшной полости и почек, рентгенограммах коленных суставов и правой кисти отклонений от нормы не выявлено. Диагноз «ПсА» был поставлен в соответствии с диагностическими критериями CASPAR.

Пациенту был назначен ЛФ в насыщающей дозировке (по 100 мг первые 3 дня) и затем в поддерживающей (по 20 мг/сутки). Оценка самочувствия, объективных и лабораторных данных проводилась спустя 2, 4, 6 и 8 недель. К 8-ой неделе терапии ЛФ состояние больного улучшилось: уменьшились выраженность и площадь кожных поражений, боли в пораженных суставах, улучшилась функция сгибания и разгибания. Сам больной оценивает улучшение со стороны суставных жалоб на 40% за двухмесячный период лечения ЛФ. Общий анализ крови (11.03.16): Эр. – $4,1 \times 10^{12}/л$; Нв – 130 г/л; Лейк. – $7,2 \times 10^9/л$, п-2%, э-3%, л-33%, с-55%, м-7%, СОЭ-6 мм/ч, СРБ – 4 мг/л. Побочных реакций за время лечения не выявлено. В целом,

учитывая скорость наступления благоприятного эффекта, улучшение со стороны кожных, суставных симптомов и лабораторных показателей, а также хорошую переносимость препарата, ЛФ может использоваться в качестве базисного противовоспалительного средства у больных с ПсА.

Загоруйко А.Н.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ И ВНУТРИГОСПИТАЛЬНОЙ ГИПОНАТРИЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Научный руководитель – доц. Шевелёк А.Н.

Цель исследования – оценить распространенность догоспитальной и внутригоспитальной гипонатриемии у пациентов с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Обследованы 87 пациентов (61 мужчина и 26 женщин, средний возраст 64,8 (57,9; 75) года) со стабильной ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения и/или инфаркт миокарда в анамнезе), госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН. У всех больных при поступлении и в течение периода пребывания в стационаре оценивали концентрацию натрия в сыворотке крови, при этом гипонатриемию определяли при уровне натрия менее 135 ммоль/л. Догоспитальной считали гипонатриемию, обнаруженную в день госпитализации, внутригоспитальной – развившуюся на фоне лечения в условиях стационара.

Результаты. В целом у 24 (27,6 %; 95% доверительный интервал (ДИ) 18,6-37,5%) пациентов (1-я группа) была обнаружена гипонатриемия (средний уровень натрия 132,2 (123,9; 135) ммоль/л), у остальных 63 (72,4%) больных (2-я группа) – концентрация натрия крови находилась в пределах нормы (141 (136,3; 150) ммоль/л). Среди больных 1-й группы преобладали пациенты с догоспитальной гипонатриемией (58,3%, средний уровень натрия 133,2 (123,9; 135) ммоль/л), у остальных 41,7% пациентов была диагностирована внутригоспитальная гипонатриемия (в среднем 131,8 (128,6; 135) ммоль/л).

Вывод. У 27,6% пациентов с декомпенсацией ХСН выявляется снижение уровня сывороточного натрия. При этом в 58,3% случаев гипонатриемия развивается на догоспитальном этапе, в 41,7% – является внутригоспитальной.

Загоруйко А.Н., Биличенко А.В.

ЧАСТОТА НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Научный руководитель – к.мед.н., доцент Шевелёк А.Н.

Цель исследования – оценить частоту нарушения функции почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и гипонатриемией.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное поперечное исследование типа случай-контроль с участием 74 пациентов (19 женщин и 55 мужчин), страдающих ХСН. Основную группу составили 37 больных с гипонатриемией (уровень натрия сыворотки крови < 135 ммоль/л), контрольную – 37 пациентов с нормальным уровнем натрия крови. У всех больных анализировали скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ, при этом нормальным считали значения СКФ мл/мин/1,73 м².

Результаты. Частота нарушения функции почек была достоверно ($\chi^2=4,55$, $p=0,033$) выше в основной группе (8 пациентов (21,6%; 95% доверительный интервал (ДИ) 9,7 – 36,7 %) по сравнению с контрольной (1 пациент (2,7%; 95%; ДИ 0,0 – 10,6%). Тяжелое нарушение функции почек (снижение СКФ < 30 мл/мин/1,73 м²) отмечалось у 5 больных (13,5%; 95% ДИ 4,3 – 26,7%) основной группы. В контрольной группе соответствующих нарушений не было выявлено. Средний уровень СКФ был существенно ниже у больных с гипонатриемией по сравнению с лицами с нормальным уровнем натрия и составил 75,4 (2,1-107,7) и 93,4 (49,2-131,9) мл/мин/1,73 м² соответственно ($p=0,019$).

Вывод. У пациентов с ХСН, страдающих гипонатриемией, нарушение функции почек встречается чаще, чем у лиц с нормальным уровнем натрия крови (в 21,6% (95% ДИ 9,7 – 36,7 %) случаев). При этом выраженное снижение СКФ отмечается у 13,5% больных (95% ДИ 4,3 – 26,7%).

Куринный А.М.

ЧАСТОТА НЕСВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ

Научный руководитель – к.м.н., доц. Склянная Е.В.

Цель исследования: изучить частоту несвоевременной диагностики множественной миеломы, проявляющейся патологическими переломами.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное, неинтервенционное исследование историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении во взрослом онкогематологическом отделении Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака в период с января 2015г. по январь 2016г.

Результаты. Было изучено 525 историй болезни, из которых 103 (19,6%) – историй болезни пациентов, страдающих множественной миеломой, что составило 36 кинических случая. У 13 пациентов (36,1%) ведущим клиническим симптомом заболевания являлись патологические переломы, что требовало лечения у травматолога. Диагноз множественной миеломы не был выставлен при первичном обращении у 6 пациентов (46,2%, 95% доверительный интервал (ДИ) 20,9-72,5%). Продолжительность верификации диагноза у таких пациентов составила 12,1 мес. (1-36 мес.).

Выводы: Частота несвоевременной диагностики множественной миеломы, проявляющейся патологическими переломами, составляет 46,2% (95% ДИ 20,9-72,5%). Лечение патологических переломов без назначения дополнительных методов исследования для уточнения причины патологического перелома увеличивает продолжительность верификации диагноза до 12,1 мес. (1-36 мес.).

Лазуренко Е. Ю., Сологуб И. А.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ДА КОСТА СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ЗОНЕ АКТИВНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Научный руководитель: доц., к.м.н. Склянная Е. В.

Цель исследования: изучить распространенность синдрома Да Коста (комплекс функциональных сердечно-сосудистых и дыхательных расстройств психогенной природы, описанный у солдат и мирного населения в военное время) у военнослужащих в зоне активных боевых действий.

Методы исследования: Было обследовано 55 военнослужащих в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст 32,7±4,2 года), принимавших участие в активных боевых действиях в Донецкой области (срок службы более 6 месяцев). Обследованным было предложено заполнить два опросника: Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) и шкалу тревоги Шихана. Статистическая обработка данных была проведена на персональном компьютере в лицензионном пакете программы „MedStat”.

Результаты: Жалобы, характерные для заболеваний сердечно-сосудистой системы, были выявлены у 8 человек (14,5%, 95% ДИ 6,4-25,2%, $p<0,05$). Выраженная общая тревожность определялась у 14 человек (25,%, 95% ДИ 14,7-38,0%, $p<0,05$). При проведении однофакторного регрессионного анализа наличие выраженной тревожности являлось фактором риска развития синдрома Да Коста ($OR=6,0$, 95% ДИ 2,88-12,5).

Выводы: Распространенность синдрома Да Коста среди военнослужащих в зоне активных боевых действий составляет 14,5% (95% ДИ 6,4-25,2%, $p < 0,05$). Выраженная тревожность является фактором риска развития синдрома Да Коста (ОР=6,0, 95% ДИ 2,88-12,5).

Мурашко В.В.

ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Шевелек А.Н.

Цель исследования – изучить частоту применения антикоагулянтов (АК) и антиагрегантов (АА) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП).

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ 77 медицинских карт стационарных пациентов (54,5% мужчин, средний возраст $66 \pm 1,8$ лет), находившихся на лечении в терапевтическом, кардиологическом и кардиохирургическом отделениях Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака в период с декабря 2014 г. – декабрь 2015 г. по поводу ФП различной этиологии. У всех больных проводили оценку риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂VASC и анализировали тип антитромботической терапии. Все пациенты были разделены на три группы: 1-ю (n=59) составили идеальные кандидаты для АК-терапии, имеющие высокий риск тромбоэмболических осложнений (≥ 2 балла по шкале CHA₂DS₂VASC), 2-ю (n=12) – возможные кандидаты (1 балл), в 3-ю (n=6) вошли пациенты, для которых было оправданно отсутствие терапии АК (0 баллов).

Результаты. В 1-й группе 43 (72,8%) пациента получали АК-терапию, из них 33 (55,9%) – изолированно и 10 (17,0%) – в сочетании с АА. 13 (22,0%) больным были назначены только АА, 3 (5,1%) больных по неясным причинам не получали антитромботическую терапию. Во 2-й группе частота назначения АК и АА составила 16,6% и 25,0% соответственно. Среди лиц 3-й группы 3 (50%) пациентам были назначены АА, при этом АК-терапию не получал ни один больной.

Выводы. Среди пациентов с высоким риском тромбоэмболических осложнений частота применения АК составляет 72,8%. В 22,1% случаев вместо последних назначаются АА. 5,1% больных не получали антитромботическую терапию.

Чаус Е.А., Попелнухина Л.Г.

ДЕБЮТ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ПРОЯВИВШЕЙСЯ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Научный руководитель – Тарадин Г.Г., доц., к.м.н.

Течение дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) может долгие годы быть асимптоматичным. Как правило, больные отмечают постепенное появление и нарастание жалоб, свидетельствующих о сердечной недостаточности (СН): одышка при физической нагрузке и в покое, пароксизмальная ночная одышка, отеки и т.д. Иногда первыми жалобами при ДКМП бывают сердцебиение, перебои в деятельности сердца, полу- или обморочные состояния, снижение толерантности к физической нагрузке, слабость.

Мы представляем клинический случай ДКМП, первым проявлением которой явилась развитие клиники острой левожелудочковой СН при резком снижении показателей систолической функции. Пациент М., 54 года, чувствовавший себя удовлетворительно до 31.01.16, когда без видимых причин появилась стремительно нарастающая одышка, по поводу чего скорой помощью был доставлен в кардиологическое отделение ГКБ № 23. Больной при поступлении был встревожен, занимал вынужденное положение тела, сидя, с фиксацией верхнего плечевого пояса, тахипноэ (частота дыхательных движений (ЧДД) – 40 в мин). Над легкими ослабленное везикулярное дыхание, в базальных отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Рентгенографические и физикальные данные выявили признаки застоя в нижних отделах легких, увеличение размеров сердца, систолический шум в местах выслушивания митрального и трикуспидального клапанов. На электрокардиограмме (ЭКГ): ритм синусовый, нерегулярный, единичные суправентрикулярные экстрасистолы (СВЭ) и синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW). При холтеровском мониторинге ЭКГ: одиночные, парные и групповые СВЭ, эпизоды наджелудочковой би-, три- и квадригеиминии, одиночные желудочковые экстрасистолы. Уровень тропонина-Т – 0,02 пг/мл.

При эхокардиографии (ЭхоКГ): левый желудочек (ЛЖ) конечный систолический размер – 6,32 см; конечный диастолический размер – 6,90 см; конечный диастолический объем – 247 мл; конечный систолический объем – 203 мл; ударный объем (УО) – 44 мл; переднезаднее укорочение (ПЗУ) – 8%; фракция выброса (ФВ) – 18%; давление в легочной артерии 53 мм рт. ст. Недостаточность митрального и трикуспидального клапанов. Визуализируется выраженный глобальный гипокинез камер сердца. После проведенной терапии (нитраты, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, мочегонные препараты) одышка значительно уменьшилась, снизилась ЧДД до 18 в мин.

Приведенный клинический случай примечателен сразу несколькими особенностями. Вероятно, заболевание развивалось в течение длительного периода времени, однако до конца января 2016 года поводов для обращения за медицинской помощью у больного не было. При этом, он до последнего времени выполнял тяжелые физические нагрузки (работал на садовом участке, много ходил). Удивительно, но при первом же

ЭхоКГ-исследовании выявлено резкое снижение параметров систолической функции (УО, ФВ, ПЗУ). По некоторым данным, снижение ФВ ниже 25% расценивается как крайне тяжелое нарушение систолической функции, требующей постановки больного на учет в качестве кандидата для трансплантации сердца. Вполне возможно, что относительно нормальное самочувствие больного обусловлено его низким весом (52 кг).

Кроме того, у пациента имеется синдром WPW, который нередко ассоциируется с различными кардиомиопатиями и с ДКМП, в частности. В последнее время обсуждается гипотеза, что у подгруппы детей и взрослых с наличием дополнительных путей (ДП) проведения может развиваться ДКМП, причем чаще отмечается правосторонняя локализация ДП. Правосторонние ДП при синдроме WPW могут вызывать асинхронность сокращения ЛЖ, обуславливая его ремоделирование и последующую дисфункцию.

Сапранков В. Л.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Кардашевская Л.И.

Цель исследования. Составить клинический портрет пациента с острым коронарным синдромом (ОКС) в реальной клинической практике в условиях локального военного конфликта.

Материал и методы исследования. Нами проведено ретроспективное исследование историй болезней пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) и нестабильной стенокардией (НС), лечившихся в клинике Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака в течение 2015г. Изучали структуру факторов риска (ФР), сроки госпитализации пациентов, виды проведенного вмешательства, клиническое течение, наличие осложнений и исходов ОКС.

Результаты. Отобрано 100 историй болезней пациентов с ОКС: мужчин/ женщин 63/37 в возрасте: до 40 лет – 2%, 40-50 лет – 6%, 50-60 лет – 30%, 60-70 лет – 39%, > 70 лет – 23%. В первом полугодии госпитализировано 58% б-х, во втором – 42%, причем 19 % б-х поступили в текущем году повторно. Ургентно (до суток) госпитализированы 50% б-х ОКС. В 57 % случаев это были жители Ленинского, Куйбышевского, Кировского и Петровского районов г. Донецка, в 43% – других районов республики. Артериальная гипертензия (АГ) выявлена у 86% б-х, в том числе впервые – у трети из них; сахарным диабетом страдали 26% б-х, у 92% пациентов в анамнезе атеросклероз периферических, сонных и церебральных артерий, в том числе осложненные инсультом. ИМ в анамнезе – у 54%, операции на сердце в анамнезе – у 19% б-х. По результатам 56 коронароангиографий (КАГ) в 7 случаях (12,5%) поражения коронарных артерий не выявлено. По данным ЭхоКГ нарушение сократительной функции миокарда (ФВ <50%) выявлено у 42,9% пациентов. Дислипидемия выявлена у 57% б-х. По локализации ИМ: поражение задне- боковой стенки выявлено у 7 (26%), передне-перегородочной – у 5 (18,5%), задней – у 5 (18,5%), передней – у 5 (18,5%). Тромболизис проводился лишь у 1-го б-го, чрескожное вмешательство (ЧКВ: ангиопластика/стентирование) – 30% пациентам. Осложнения наблюдались в 90% случаях, из них: СН регистрировалась у всех, в т. ч. кардиальная астма – 15,5%, тромбоз – 2,2%, синдром Дресслера – 2,2%, пароксизм фибрилляции предсердий (ФП) – 1,1%, повышение С-реактивного белка (СРБ) – 1,1%, отек легких – 1,1%. По исходам ОКС: ИМ развился у 27% б-х, стабилизация стенокардии – у 73%, смертельных случаев не было.

Выводы. ОКС у мужчин развивался в 2 раза чаще, чем у женщин. Пик ОКС приходился на возраст 50-70 лет (69%). Половина пациентов обратилась за помощью поздно, что обусловило малый удельный вес тромболизиса и ЧКВ. АГ оказалась основным фактором риска ОКС, треть из пациентов не знали об АГ до ОКС. Подавляющая часть гипертоников прекратила прием препаратов из-за отсутствия медикаментов либо средств вследствие экономической блокады. Большая частота госпитализаций зафиксирована в первом полугодии из районов, чаще подвергавшихся обстрелам, т. е. стрессовый фактор явился непосредственной причиной ОКС. Отсутствие поражений коронарных артерий при КАГ зафиксировано в 12,5 % случаев. Высокий процент (41,9%) сниженной ФВ (< 50%) указывает на неблагоприятный прогноз в долгосрочной перспективе. Преимущественное поражение передне-перегородочной, передней и задне-боковой стенок миокарда левого желудочка (63% случаев) указывают на более частое поражение ЛКА. Осложнения встречались чаще у пациентов, госпитализированных позже, чем через сутки после развития ОКС. Стабилизация ОКС наблюдалась почти в 3 раза чаще, чем развитие инфаркта миокарда, что свидетельствует о своевременности и качестве оказания помощи. Таким образом, выявлено, что при наличии военного локального конфликта и экономической блокады республики в течение 2015 года вынужденно отдавалось предпочтение консервативной терапии, на втором месте стояло ЧКВ, очень редко использовался тромболизис.

Сологуб И. А., Лазуренко Е. Ю.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ЗОНЕ АКТИВНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Научный руководитель – к.м.н., доц. Склянная Е.В.

Состояние здоровья военнослужащих является ключевым фактором боевой готовности воинских подразделений. Наиболее доступным методом исследования сердечно-сосудистой системы считается электрокардиография.

Цель: изучить распространенность изменений на электрокардиограмме (ЭКГ) у военнослужащих в зоне активных боевых действий.

Материалы и методы: Было обследовано 220 военнослужащих в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст $29,5 \pm 0,5$ лет), которые принимали активное участие в вооруженном конфликте на протяжении 1,5 лет (с 2014 года по настоящее время). Всем обследованным была записана ЭКГ в 12 стандартных отведениях, в состоянии покоя, в положении лежа после 10 минут отдыха. Перед снятием ЭКГ исследуемые не употребляли пищу, возбуждающие напитки (чай, кофе, т.н. «энергетики»), последняя выкуренная сигарета перед исследованием — минимум 30 минут перед проведением теста.

Результаты: Различные изменения на ЭКГ были зарегистрированы у 176 человек (80,0%, 95% ДИ 74,5-85,0%, $p < 0,05$). Из них 112 случаев (63,6%) гипертрофии левого желудочка, 44 (25,0%) – неполной блокады правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ), 24 (13,6%) – блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса (БПВЛНПГ), 4 (2,3%) – блокады задней ветви левой ножки пучка Гиса, 24 (13,6%) – синусовой тахикардии (ЧСС от 100 до 120 уд./мин.), 4 (2,3%) – синусовой брадикардии (ЧСС 46 уд./мин.), 8 (4,5%) – синусовой аритмии, 8 (4,5%) – желудочковых экстрасистол и 8 (4,5%) – синдрома Клерка-Леви-Кристеско. У 60 человек (34,1%) была обнаружена комбинированная патология, представленная сочетанием гипертрофии левого желудочка с БПВЛНПГ (24 случая), НБПНПГ (16 случаев), нарушениями ритма (синусовая тахикардия, синусовая аритмия, желудочковая экстрасистолия – 20 случаев).

Выводы: распространенность различных изменений на ЭКГ у военнослужащих в зоне активных боевых действий составляет 80,0% (95% ДИ 74,5-85,0%, $p < 0,05$).

Сологуб И. А., Лазуренко Е. Ю., Димитриев А.С.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ДА КОСТА СРЕДИ ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Научный руководитель – к.м.н., доц. Скланная Е.В.

Цель исследования: изучить распространенность синдрома Да Коста (комплекс функциональных сердечно-сосудистых и дыхательных расстройств психогенной природы, описанный у солдат и мирного населения в военное время) у гражданского населения в зоне активных боевых действий.

Методы исследования: Было обследовано 70 человек в возрасте от 17 до 35 лет (средний возраст $24,5 \pm 1,5$ года), проживающих в Донецкой области в зоне активных боевых действий. Обследованным было предложено заполнить два опросника: Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) и шкалу тревоги Шихана. Статистическая обработка данных была проведена на персональном компьютере в лицензионном пакете программы „MedStat”.

Результаты: Жалобы, характерные для заболеваний сердечно-сосудистой системы, были выявлены у 36 человек (51,4%, 95% ДИ 39,6-63,2%, $p < 0,05$). Выраженная общая тревожность определялась у 43 человек (61,4%, 95% ДИ 49,6-72,6%, $p < 0,05$). При проведении однофакторного регрессионного анализа наличие выраженной тревожности являлось фактором риска развития синдрома Да Коста (ОР=23,4, 95% ДИ 3,41-161,0).

Выводы: Распространенность синдрома Да Коста среди гражданского населения в зоне активных боевых действий составляет 51,4% (95% ДИ 39,6-63,2%, $p < 0,05$). Выраженная тревожность является фактором риска развития синдрома Да Коста (ОР=23,4, 95% ДИ 3,41-161,0).

Степаненко И.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫСОКОДОЗНЫХ СХЕМ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ БЕЗ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КОСТНОГО МОЗГА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Научный руководитель – к.м.н., доц. Скланная Е.В.

Цель исследования: оценить эффективность высокодозных схем полихимиотерапии без трансплантации костного мозга в лечении пациентов, страдающих острым лейкозом.

Методы исследования: Было проведено ретроспективное, неинтервенционное исследование историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении во взрослом онкогематологическом отделении Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака в периоды с января 2000г. по декабрь 2004г. (высокодозные схемы полихимиотерапии не применялись) и с января 2009г. по декабрь 2013г. (высокодозные схемы полихимиотерапии применялись по показаниям). Статистическая обработка данных была проведена на персональном компьютере в лицензионном пакете программы „MedStat”.

Результаты: За период с января 2000г. по декабрь 2004г. в отделении проходил лечение 281 пациент с диагнозом острый лейкоз. Из них умерло 149 пациентов (53,0%, 95% доверительный интервал (ДИ) 47,2-58,8%). С января 2009г. по декабрь 2013г. лечилось 184 пациента, из них умер 81 пациент (44,0%, 95% ДИ 36,9-51,2%). При сравнении смертности в обеих группах не было выявлено статистически значимых различий ($\chi^2 = 3,25, p = 0,071$).

Выводы: Применение высокодозных схем полихимиотерапии без трансплантации костного мозга не увеличивает эффективность лечения пациентов, страдающих острым лейкозом.

Шевелёк А.Н.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Зав. кафедрой и научный руководитель, д. мед. н., проф. Ватутин Н.Т.

Цель исследования. Изучить распространенность гиперальдостеронемии у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сохраненной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ).

Материал и методы. Проведено поперечное когортное исследование с участием 56 пациентов (38 мужчин и 18 женщин, средний возраст $59,4 \pm 3,4$ лет) с ХСН с сохраненной ($> 50\%$) ФВ ЛЖ, протекающей на фоне ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии (АГ). У всех больных иммуноферментным методом в положении лежа определяли уровень альдостерона в сыворотке крови. Референтными значениями считали концентрацию гормона 40-160 пг/мл.

Результаты. У 22 (39,3%, 95% доверительный интервал 26,7-52,6%) была обнаружена гиперальдостеронемия (средняя концентрация гормона $208,6 \pm 16,8$ пг/мл), у остальных 34 (60,7%) уровень альдостерона крови находился в пределах нормы (в среднем $124,2 \pm 18,6$ пг/мл, $p < 0,001$). Пациенты с гиперальдостеронемией были достоверно моложе, имели более длительный анамнез АГ, чаще страдали хроническим обструктивным заболеванием легких, сахарным диабетом 2-го типа и ожирением (все $p < 0,05$). Распространенность других сопутствующих заболеваний и состояний (стенокардии напряжения, перенесенного инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, заболеваний периферических артерий, язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки, курения, избыточной массы тела) значимо не различалась между группами ($p > 0,05$).

Вывод. Среди больных ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ гиперальдостеронемия выявляется в 39,3% случаев. При этом чаще она встречается у лиц с сопутствующей патологией.

Шевчук А.А.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА КОЛХИЦИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Научный руководитель – асс. Смирнова А.С.

Цель исследования. Изучить данные литературы о клинической эффективности колхицина в комплексном лечении острого коронарного синдрома (ОКС).

Материалы и методы. Проанализированы различные отечественные и зарубежные источники литературы, посвященные изучению процессов системного воспаления в патогенезе ОКС и использованию колхицина в качестве комплексного лечения данной патологии.

Результаты. Известно, что в патогенезе повреждения миокарда при ОКС значительную роль играет системное воспаление, которое приводит к клинически значимому повреждению эндотелия с развитием атеросклероза, неустойчивости атеромы, ее разрушения и локального тромбоза. Научные достижения последних лет, связанные с использованием колхицина, показали, что под влиянием препарата происходит снижение уровня провоспалительных цитокинов и острофазовых показателей, а также угнетение функции тромбоцитов, что приводит к снижению активности воспалительного процесса и уменьшению зоны повреждения миокарда. Кроме того, исследования продемонстрировали, что приём колхицина с целью лечения подагры сопровождается снижением риска развития ОКС.

Выводы. Анализ данных литературы показал, что в патогенезе ОКС значительная роль отводится системному воспалению. При этом использование колхицина в качестве комплексного лечения данной патологии приводит к снижению воспалительных процессов в миокарде и улучшению прогноза заболевания.

Эль-Хатиб М.А., Хобта М.В.

ЧАСТОТА НЕЙРОТОКСИЧНОСТИ ХИМИОПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ

Научный руководитель – к.м.н., доц. Скланная Е.В.

Цель исследования – изучить частоту нейротоксичности химиопрепаратов у пациентов, страдающих гемобластозами.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное, неинтервенционное исследование историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении во взрослом онкогематологическом отделении Института неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака в период с января 2014г. по декабрь 2015 г. и получавших курсы полихимиотерапии для лечения онкогематологического заболевания.

Результаты. Было изучено 703 истории болезни пациентов онкогематологического отделения для взрослых Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака, получавших курсы полихимиотерапии. Выявлено 27 случаев нейротоксичности (3,84%). При этом у 21 (2,99%) пациента выявлена периферическая, у 6 (0,85%) – центральная нейротоксичность. Из них 8 (29,6%) случаев приходится на пациентов, получавших курс полихимиотерапии по схеме VAD, 4 (14,8%) – FC, 4 (14,8%) – MP+T, 4 (14,8%) – MP, 2 (7,4%) – R-CHOP, 2 (7,4%) – R-CHOEP, 2(7,4%) – R-FC, 1(3,8%) – VMP. В структуре пациентов,

получавших курс полихимиотерапии по схеме VAD, частота нейротоксичности составила 17,02%, по схеме FC – 22,22%, MP – 8%, MP+T – 7,55%, VMP-7,14%, R-CHOEP – 5,88%, R-CHOP – 2,25%, R-FC -1,37%. У 676 (96,16%) пациентов, получавших химиотерапию по схемам CHOP, BL, R-MEV, R-COP, МДЦ, ABVD, BR, COPP, R-CODOXM, RIVAC, R-BV, R-FM, FM, FIAGIDA, BEACOPP, CVP, VD, ASHAP, CBMP, VMP, протокол лечения ALL-2009 проявлений нейротоксичности обнаружено не было.

Выводы. Частота нейротоксичности химиотерапии у пациентов с гемобластомами составляет 3,84%. Среди них 2,99 % составляет периферическая нейротоксичность, 0,85 % – центральная.

Эль-Хатиб М.А., Хобта М.В.

ЧАСТОТА ГЕПАТОТОКСИЧНОСТИ ХИМИОПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОБЛАСТОМАМИ

Научный руководитель – к.м.н., доц. Скланная Е.В.

Цель исследования – изучить частоту гепатотоксичности химиопрепаратов у пациентов с гемобластомами.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное, неинтервенционное исследование историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении во взрослом онкогематологическом отделении Института неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака в период с января 2014г. по декабрь 2015 г. и получавших курсы полихимиотерапии для лечения онкогематологического заболевания.

Результаты. Было изучено 703 истории болезни пациентов онкогематологического отделения для взрослых Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака, получавших курсы полихимиотерапии. Выявлено 46 случаев гепатотоксичности (6,54%). У 29 (4,14%) пациентов выявлен цитолитический, у 12 (1,7%) – холестатический, у 5 (0,7%) – смешанный тип гепатотоксичности. Из них 8 (17,4%) случаев приходится на пациентов, получавших курс полихимиотерапии по схеме BEACOPP, 7 (15,2%) – R-CHOP, 6 (13%) – R-CHOEP, 5 (10,9%) – MP+T, 5 (10,9%) – R-FC, 3 (6,5%) – R-BV, 3 (6,5%) – R-MEV, 3 (6,5%) – MP, 3 (6,5%) – протокол лечения ALL-2009, 2 (4,4%) – VMP, 1 (2,2%) – COPP. В структуре пациентов, получавших курс полихимиотерапии по схеме BEACOPP частота гепатотоксичности составила 21,05%, по схеме R-BV-21,4%, протокол лечения ALL-2009-33,3%, R-CHOEP – 17,65%, R-MEV – 16,7%, VMP-14,3%, MP+T – 9,43%, R-CHOP – 7,87%, COPP – 6,67%, MP – 6,%, R-FC – 3,43%. У 657 (93,46%) пациентов, получавших химиотерапию по схемам FC, VAD, CHOP, BL, R-COP, МДЦ, ABVD, BR, RIVAC, R-CODOXM, R-FM, FM, FIAGIDA, CVP, VD, ASHAP, CBMP, проявлений гепатотоксичности обнаружено не было.

Выводы. Частота гепатотоксичности химиотерапии у пациентов с гемобластомами составляет 6,54%. Среди них 4,14% – по цитолитическому типу, 1,7% – по холестатическому типу, 0,7 % – по смешанному типу.

Донецкий национальный медицинский университет г. Донецк, ДНР Кафедра факультетской терапии им. А. Я. Губергрица Зав.кафедрой – д.м.н. проф. Моногарова Н.Е.

Михеева Н. Л., Садрицкая Я. В., Грищенко Е. А., Семендяева А. В.

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХОЗЛ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Зав.кафедрой и научный руководитель – д.м.н. проф. Моногарова Н.Е.

Больные хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) довольно часто имеют сопутствующую патологию. Недостаточное внимание к сопутствующим заболеваниям и зачастую неадекватная оценка их влияния на проявления ХОЗЛ является причиной диагностических и лечебных ошибок.

Цель исследования: определить структуру, особенности клинического течения сопутствующей патологии у больных ХОЗЛ в зависимости от степени тяжести, госпитализированных в областной пульмонологический стационар.

Материалы и методы. Обследовано 347 пациентов с ХОЗЛ, которые находились на лечении в пульмонологическом стационаре в 2009–2010 гг. Диагноз ХОЗЛ устанавливался в соответствии со стандартами лечения и диагностики (Приказ МЗ Украины №128, GOLD 2010). Всем пациентам проводились общеклинические исследования, спирометрия, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ, спиральная компьютерная томография при наличии показаний, бронхоскопия, 6-минутная проба.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 56,7±11,3 мес. Мужчин было 312 (89,9%), женщин — 35 (10,1%). Среди них II стадия ХОЗЛ была выявлена у 182 (52,5%) пациентов, III стадия — у 146 (42,1%) пациентов, IV стадия — у 19 (5,5%) пациентов. ХОЗЛ без сопутствующей патологии выявлено у 8 (2,3%) пациентов. Наиболее часто у всех пациентов, независимо от тяжести ХОЗЛ, выявились изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (58,2%): ИБС — у 127 (36,6%), гипертоническая болезнь — у 73 (21,0%), нарушения ритма — у 32 (9,2%), постинфарктный кардиосклероз — у 13 (3,7%). К особенностям ведения этих пациентов можно отнести: приоритетное использование тиотропиума, ограничение

симпатомиметиков, глюкокортикостероидов (ГКС). У 58 (17,0%) больных ХОЗЛ сочеталось с бронхиальной астмой. В комплекс терапии таких пациентов был включен тиотропиум. У 95 (27,3%) больных ХОЗЛ были выявлены изменения со стороны пищеварительной системы: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — у 73 (21,0%), диафрагмальная грыжа — у 34 (9,8%), язвенная болезнь — у 17 (4,9%), хронический гепатит с нарушением функции печени — у 8 (2,3%) пациентов. Медикаментозная терапия этих пациентов включала: ограничения ГКС, теофиллинов; диетотерапию, возвышенное изголовье кровати, в ряде случаев использовались прокинетики и блокаторы протонной помпы. У 14 (4,0%) пациентов сопутствующим заболеванием был туберкулез легких, эти пациенты направлены в противотуберкулезный диспансер. Патология почек и мочевыводящих путей диагностирована у 78 (22,5%) пациентов. У 199 (60,0%) пациентов с III–IV стадией ХОЗЛ диагностировано 5 сопутствующих заболеваний.

Выводы. У подавляющего числа (97,7%) пациентов с ХОЗЛ, находившихся на лечении в пульмонологическом стационаре, диагностирована сопутствующая патология, которая влияет на течение основного заболевания. Дополнительное лечение сопутствующих заболеваний влияет на проявление ХОЗЛ.

Михеева Н. Л., Семендяева О. В., Зейналова А. А., Бойко Е. Ю.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ И ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ

Зав.кафедрой и научный руководитель – д.м.н. проф. Моногарова Н.Е.

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) характеризуется прогрессирующим течением, приводит к инвалидности, ухудшению качества жизни и нередко к летальному исходу. Идиопатический легочной фиброз (ИЛФ) относится к редкой патологии легких и в последнее 10-летие наблюдается рост этого заболевания, которое тоже прогрессирует, характеризуется неблагоприятным прогнозом и ухудшением качества жизни.

Цель исследования: изучить показатели качества жизни у больных с ХОЗЛ и ИЛФ, определить их взаимосвязь с показателями функции внешнего дыхания, шкалой MRC, показателями насыщения крови кислородом (SaO_2).

Материал и методы: спирометрия, пульсоксиметрия, оценка шкалы одышки, MRC, заполнение опросника качества жизни MOS SF-36.

Обследовано 34 пациента с ХОЗЛ, 24 с идиопатическим легочным фиброзом, 24 здоровых особ.

Анализ показателей качества жизни у пациентов с ХОЗЛ и ИЛФ выявил снижение по всем шкалам оценки. Так, показатель физической активности у здоровых приближался к максимальному значению — $84,8 \pm 5,0$ у. ед., тогда как у больных с ИЛФ он был меньше в 2,4 раза — $35,0 \pm 2,2$ у. ед., при ХОЗЛ — $47,3 \pm 3,1$ у. ед.

Больные с ИЛФ и ХОЗЛ не выполняют в полном объеме свою привычную работу, что проявляется снижением жизнедеятельности за счет физических проблем; болевые ощущения не характерны для пациентов с ИЛФ, поэтому показатель «Боль» (B) у этих больных не отличается от показателей здоровых: соответственно: $65,9 \pm 6,4$ у. ед. и $62,7 \pm 2,3$ у. ед. У больных с ХОЗЛ отмечались болевые ощущения — $43,4 \pm 0,7$ у. ед.

У всей группы пациентов наблюдалась одышка. Одышка, как и остальные симптомы влияет на качество жизни больных ИЛФ и ХОЗЛ. Физический компонент здоровья был снижен у пациентов обеих групп, соответственно $37,7 \pm 2,5$ (при ИЛФ) и $43,4 \pm 2,5$ (при ХОЗЛ).

Так же отмечалось снижение психологического компонента у обследованных больных.

Была отмечена корреляционная зависимость ухудшения показателей качества жизни в зависимости от стадии заболевания, степени одышки, функциональных показателей (FVC, FEV и других).

Выводы. У больных с хронической патологией органов дыхания, такой как ХОЗЛ и ИЛФ, отмечаются низкие показатели качества жизни, ограничения в физическом, психологическом и социальном аспектах жизни.

Садрицкая Я. В., Грищенко Е. А., Бондаренко Н. А.

РОЛЬ ВИРУСОВ В ЭТИОЛОГИИ И ОБОСТРЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.м.н., проф. Моногарова Н.Е.

ОРВИ и грипп занимают основное место по частоте и количеству случаев в мире и составляют 95% всех инфекционных заболеваний. Поражения респираторного тракта могут вызывать более 200 охарактеризованных вирусов, принадлежащих к 6 семействам: ортомиксовирусы; парамиксовирусы; пикорнавирусы; коронавирусы; аденовирусы; парвовирусы. В возникновении заболеваний органов дыхания человека основную роль играют: вирус гриппа А и В, парагрипп, РС-вирус, аденовирус и другие.

Актуальными штаммами вируса гриппа в сезон 2015–2016 гг. являются: грипп А: H3N2-сезонный, грипп Виктория, H1N1-калифорнийский (свиной) грипп и грипп B/Phuket/3073/2013.

Современная лабораторная диагностика респираторных вирусных инфекций включает: иммуноферментный анализ и полимеразную цепную реакцию (определение уровня ДНК и РНК). Иммунофлюоресценция — качественное определение антител (класса IgM).

Материал и методы. Проведен анализ 211 лабораторных тестов для выявления этиологической структуры заболевания органов дыхательных путей за период 2014–2016 гг. Пациенты обследовались на базе

пульмонологического отделения ДокТМО. Определялась респираторная панель (определение IgM к 20 инфекциям).

Результаты. Наиболее часто выявлялся парагрипп и грипп А (H1N1), в 17,5% вирус не был определен (рис. 1). За 3 года — с 2014 по 2016 год — показан рост парагриппа и гриппа А (H1N1) а также значительный рост гриппа А Виктории H3N2. В меньшем количестве случаев вирус не был выявлен.

Выводы. За последние 15 лет достижения в области молекулярно- генетических исследований и геномной амплификации позволили открыть целый ряд новых вирусов, роль которых в патологии органов дыхания уже установлена. На современном этапе развития медицинской науки и практики необходимо признать возрастание роли респираторных вирусов в возникновении и развитии заболеваний дыхательных путей человека.

Мартышова М.А., Пахомова Т.С.,

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 6-МИНУТНОГО ШАГОВОГО ТЕСТА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск,

ЛНР Кафедра госпитальной терапии с профпатологией

Заведующий кафедрой – д.мед.н., профессор Колчин Ю.Н.

Научный руководитель – к.мед.н., доцент Ватанская И.Ю.

В рутинной практике для оценки толерантности к физической нагрузке и объективизации функционального статуса больных с хроническими обструктивными болезнями легких (ХОБЛ) можно использовать тест ходьбы в течение 6 минут (6MWD), соответствующий субмаксимальной нагрузке.

Цель исследования – оценить толерантность к физической нагрузке у пациентов ХОБЛ и сравнить соответствие одышки показателю ОФВ1.

Материалы и методы. В условиях пульмонологического отделения Луганской республиканской клинической больницы было обследовано 10 пациентов в возрасте $62,8 \pm 9,96$ лет. Диагноз ХОБЛ был верифицирован на основании критериев Gold: II стадия ХОБЛ выявлена у 2 больных, III – у 4, и IV – у 4 пациентов. Клинические проявления и исследование функции внешнего дыхания выявляли дыхательную недостаточность I стадии у 2, II – у 8 больных. Для определения толерантности к физической нагрузке проводился тест с 6-минутной ходьбой (6MWD) в соответствии со стандартным протоколом (Enright and Sherill, 1998). Перед началом и после теста оценивалась одышка по шкале Борга, измерялись частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений и насыщение крови кислородом, пройденное расстояние (полученные данные сравнивали с расчетными идеальными данными для каждого конкретного пациента, которые рассчитывались по нижеприведённым формулам и учитывают возраст в годах, массу тела в килограммах, рост в сантиметрах, индекс массы тела (ИМТ). Значение 6MWD (i) для мужчин: $6MWD(i) = 7,57 \times \text{рост} - 5,02 \times \text{возраст} - 1,76 \times \text{масса} - 309$; или $6MWD(i) = 1140 - 5,61 \times \text{ИМТ} - 6,94 \times \text{возраст}$. Должные показатели для мужчин: нижняя граница нормы=должный 6MWD(i) – 153 м. Значение 6MWD для женщин: $6MWD(i) = 2,11 \times \text{рост} - 2,29 \times \text{масса} - 5,78 \times \text{возраст} + 667$ или $6MWD(i) = 1017 - 6,24 \times \text{ИМТ} - 5,83 \times \text{возраст}$. Должные показатели для женщин: нижняя граница нормы=должный 6MWD(i) – 139 м.

Результаты: согласно шкале Борга у пациентов до теста балльность одышки составляла $5,1 \pm 0,52$, после пробы – $6,3 \pm 0,47$. Должный показатель 6MWD до теста $-516 \pm 23,9$, после $-172,2 \pm 24,1$ ($p < 0,01$). Уровень насыщения крови кислородом до 6MWD составлял $-93,3 \pm 1,5$, после отмечено снижение насыщения крови кислородом до $89,3 \pm 3,6$, что является объективным методом подтверждения нарастания дыхательной недостаточности при выполнении физической нагрузки. **Выводы:** Таким образом, у пациентов ХОБЛ после 6MWD было выявлено снижение толерантности к физической нагрузке и насыщение крови кислородом. 6MWD является наиболее простым средством для индивидуального наблюдения и мониторинга течения заболевания. Проба с физической нагрузкой может быть использована в тех случаях, когда субъективная выраженность одышки не соответствует показателям спирометрии и насыщению крови кислородом.

ТРАВМАТОЛОГИЯ

**Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра травматологии, ортопедии и хирургии
экстремальных ситуаций ФИПО Зав.
кафедрой – д.м.н., проф. Лобанов Г.В.**

Меркулов М.В., Самохвалов Д.А.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Научный руководитель – д.м.н. проф. Кривенко С.Н.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения высокоэнергетических множественных переломов длинных костей нижних конечностей.

Материалы и методы. Высокоэнергетические множественные диафизарные переломы длинных костей нижних конечностей изучены у 255 больных, которые находились на лечении в клиниках Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. Среди пострадавших мужчин было в 4,4 раза больше (20,8 – 81,6%), чем женщин (47-18,4%). Травмы чаще всего были связаны с дорожно-транспортными происшествиями – 40,4 % (103) и производственными травмами – 23,5% (60). Травмы, полученные в быту, равно как и кататравмы, составили соответственно 17,3% (44) и 18,8% (48). 63,1% (65) травм было обусловлено непосредственным ударом пострадавшего машиной или мотоциклом при нарушении правил дорожного движения. 36,9% (38) травм было связано со столкновением двух транспортных средств. При дорожно-транспортных происшествиях превалировал прямой механизм травмы (71,8 – 74%), гораздо реже был смешанный (26,3 – 27%) и непрямой (1,9 – 2%) механизм травмы. Чаще всего среди других социальных групп пострадавших, множественные диафизарные переломы длинных костей нижних конечностей были у рабочих и служащих – 66,7% (170). У 255 больных с высокоэнергетическими переломами длинных костей нижних конечностей диагностировано 599 (100%) переломов. Среди них было: 338 (56,4%) множественных переломов двукостных сегментов (голень) и 261 (43,6%) перелом однокостных сегментов (бедро). У всех пострадавших нами диагностировано 186 (31,1%) односторонних смежных переломов, 145 (24,2%) двусторонних симметричных и 196 (32,7%) перекрестных переломов различных сегментов. Одновременно переломы трех и более сегментов наблюдались в 12,0% (72) случаев. В механизме возникновения переломов превалировала прямая травма, отмеченная в 90,6% случаев. В соответствии с клиническими проявлениями у 84 (60%) пострадавших был диагностирован шок 1-2 степени и у 56 (40%) пострадавших – 3 степени тяжести. Для стабилизации костных фрагментов на первом этапе, нами использовано устройство для иммобилизации длинных трубчатых костей при двухэтапном остеосинтезе диафизарных переломов. В 70,6% случаев, при лечении 423 переломов диафиза длинных костей нижних конечностей, осуществлен погружной остеосинтез закрытых косых, поперечных, косопоперечных и оскольчатых переломов однокостных сегментов (бедро) и чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации спице-стержневого типа переломов двукостных сегментов (голень) независимо от их характера. В 45,7% случаев, остеосинтез осуществлялся исключительно аппаратами внешней фиксации спице-стержневого типа, независимо от локализации переломов.

Результаты. Анализ лечения больных с высокоэнергетическими множественными диафизарными переломами длинных костей нижних конечностей свидетельствует о том, что, несмотря на тяжесть травмы, применение комбинированного метода лечения (106-60,9%) по четким показаниям, в большинстве случаев (97-91,5%) обеспечило достижение хороших результатов. Инвалидность составила 5,7%, причем большинство больных (3,4%) были признаны инвалидами третьей группы.

Выводы. Использование комбинированной тактики оперативного лечения позволило в 86,6% случаев получить хорошие анатомо-функциональные результаты. Применение системы двухэтапного лечения острадавших позволило снизить летальность в остром периоде травмы на 15,4%.

Рыбалко А.С., Мазниоглов А.В.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КИСТИ

Республиканский травматологический центр г. Донецк

Научный руководитель – к.м.н., доц. Кирьякулова Т.Г.

В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению тяжести травм и количества травмированного населения, позднее обращение пострадавших за квалифицированной помощью. Сохраняется значительное количество неудовлетворительных результатов лечения ложных суставов и посттравматических дефектов костей кисти.

Целью нашей работы является изучение особенностей посттравматических дефектов трубчатых костей кисти и оптимизация их хирургического лечения.

Материалы и методы. Нами представлен опыт лечения 11 больных с вышеуказанными патологиями, находившихся на лечении в отделении травматологической микрохирургии конечностей Республиканского травматологического центра г.Донецка за период с 2014 по 2015 годы.

Пациенты поступили в сроки от 1 месяца до полугода с момента травмы. При госпитализации больных в плановом порядке обязательно производился клинический осмотр, рентгенологическое обследование, при необходимости выполнялась спиральная компьютерная томография. Перед операцией больные получали терапию для улучшения трофики тканей, физиолечение развившихся ранее контрактур смежных с поврежденным участком суставов.

В зависимости от локализации повреждения, давности травмы, особенностей посттравматического процесса производился выбор метода лечения (аутопластика, аллопластика) с последующей фиксацией костных фрагментов.

При выполнении оперативного лечения важным этапом являлось удаление измененных рубцовых тканей, тщательная обработка костных фрагментов «до здоровых тканей», формирование костных каналов. В зависимости от обширности зоны поражения, формы дефекта выбирался тип трансплантата – аллопластика использовалась при незначительных дефектах, в остальных случаях применялась костная аутопластика. При выполнении костной аутопластики использовались различные донорские зоны (проксимальный метаэпифиз локтевой кости, проксимальный метафиз большеберцовой кости, крыло подвздошной кости). Выбор костного ауто трансплантата в большей мере зависел от локализации дефекта. Фиксация фрагментов производилась интрамедуллярно спицами Киршнера, либо накостными пластинами.

Больным интраоперационно проводилась антибиотикотерапия, в послеоперационном периоде – симптоматическое лечение, перевязки с различными антисептиками, мазевыми повязками. Швы снимались на 14-е сутки, иммобилизация продолжалась от 6 до 8 недель в случае использования спиц Киршнера, при использовании накостных пластин снималась после удаления швов.

Прослежены результаты лечения пациентов. В ближайшем периоде (до 6 месяцев) осложнений в виде нагноений и отторжений трансплантатов не отмечено. В сроки от 6 месяцев до 1 года – трансплантаты перестроились, наступила консолидация фрагментов.

Выводы: Таким образом, дифференцированный подход к выбору тактики оперативного лечения посттравматических дефектов трубчатых костей при повреждениях кисти позволяет сократить сроки нетрудоспособности, добиться хороших анатомо-функциональных результатов.

Самохвалов Д.А., Меркулов М.В.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Научный руководитель – д.м.н. проф. Кривенко С.Н.

Цель исследования. Улучшить результаты лечение больных с высокоэнергетическими множественными диафизарными переломами длинных костей конечностей.

Материалы и методы. Высокоэнергетические множественные диафизарные переломы длинных костей нижних конечностей изучены у 255 больных, которые находились на лечении в клиниках Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. Согласно изученным нами данным о причинах возникновения высокоэнергетических множественных диафизарных переломов длинных костей нижних конечностей, они были связаны с поражением осколками (56,3%), ударом о твердый предмет вследствие воздействия ударной волны (15,3%), непосредственным воздействием пульей (28,4%). Таким образом, в механизме возникновения высокоэнергетических множественных диафизарных переломов длинных костей нижних конечностей превалировала прямая травма, отмеченная в 100% случаев. У 255 травмированных диагностировано 599 множественных диафизарных переломов длинных костей нижних конечностей. 56,4 % (338) составили переломы двухкостных сегментов и 43,6 % (261) — переломы однокостных сегментов. У 184 (72,1 %) пострадавших был диагностирован шок 1–2-й степени и у 71 (27,8%) пострадавших — 3-й степени тяжести. Оперативные вмешательства проводились только после стабилизации витальных функций, практически не раньше, чем через 3–6 часов с момента начала противошоковых мероприятий. Ведущим методом лечения потерпевших с высокоэнергетическими множественными диафизарными переломами длинных костей нижних конечностей был комбинированный оперативный. В 70,6 % случаев, при лечении 423 переломов диафиза длинных костей нижних конечностей, осуществлен погружной остеосинтез закрытых косых, поперечных, косопоперечных и оскольчатых переломов однокостных сегментов и чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации спице-стержневого типа переломов двухкостных сегментов независимо от их характера. В 45,7 % случаев, при наличии у потерпевших 274 открытых переломов диафиза длинных костей нижних конечностей, остеосинтез осуществлялся исключительно аппаратами внешней фиксации спице-стержневого типа, независимо от локализации переломов.

Результаты. Жировая эмболия развилась у 2 (0,8%) потерпевших с закрытыми переломами диафиза обеих бедренных костей и обеих костей обеих голеней. Следует отметить, что больные, которые получили это тяжелое повреждение, осложнившееся жировой эмболией, не только остались живы, но и лечение их закончилось выздоровлением и функциональным возобновлением движений в конечностях. Летальные

последствия составили 0,8% (2) случаев, что было связано с массивностью травмы опорно-двигательного аппарата.

Выводы. Использование комбинированной тактики оперативного лечения с применением погружного остеосинтеза при закрытых косых, поперечных, косопоперечных и оскольчатых переломах бедра и чрескостного остеосинтеза переломов голени, независимо от их характера, позволило в 86,6% случаев получить хорошие анатомо-функциональные результаты. Изучение ближайших (255) и отдаленных (243) результатов лечения больных с высокоэнергетическими множественными диафизарными переломами длинных костей нижних конечностей подтвердило рациональность предложенной нами комбинированной тактики оперативного лечения, которое способствовало сокращению сроков лечения на три недели, снижению числа осложнений до 6,8% и инвалидности — до 5,7%.

УРОЛОГИЯ

Донецкий национальный медицинский университет г. Донецк, ДНР Кафедра урологии Зав. кафедрой – д.мед.н., проф. Кривобок А.Г.

Аванесов А.В.

НАШ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УРОЛИТИАЗА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Научный руководитель – к.мед.н., доцент Сохин С.А.

Цель работы: улучшение результатов лечения больных с уролитиазом верхней трети мочеточников с использованием эндоскопических методов.

Материалы и методы. За период с 2000 по 2009 гг были обследованы и пролечены 4801 пациент с уретеролитиазом. Больных с камнями верхней трети мочеточников было 1675 (34,9%). Среди больных было 44% женщин и 56% мужчин в возрасте от 23 до 75 лет. Средний размер камня составил 0,9 см. У 43 (2,6%) больных была единственная, либо единственная функционирующая почка. У 36 (2,5%) больных имелось сочетание уретеро и нефролитиаза. Изучены результаты лечения 407 пациентов с проксимальным уретеролитиазом, разделенные на группы в зависимости от вида оказанной урологической помощи: 1 – группа уретероскопии и ретроградной контактной литотрипсии – 156 (38%) человек, 2 – группа антеградной контактной уретеролитотрипсии (АКУЛТ) – 251 (62%) больной. У 18 (11,5%) больных 1 группы и 36 (14,3%) больных 2 группы эндоскопическое лечение выполнялось после предварительного дренирования почки методом ЧПНС и проведения курса антибактериальной и противовоспалительной терапии.

Результаты. В исследуемых группах проведен анализ анатомо-функционального состояния мочеполовой системы, анализ хирургической помощи с учетом размеров и плотности камней, длительности заболевания и сопутствующей патологии. Оценены показания и противопоказания к различным видам эндоскопических вмешательств. Проанализированы осложнения, возможные пути их профилактики и варианты устранения.

В 1 группе у 44 (28%) больных отмечено незапланированная миграция камней в почку, что у 14 (9%) потребовало дренирования почки JJ – стентом с последующим ЭУВЛ, у 30 (19%) больных камни были удалены методом перкутанной нефролитотрипсии (PNL). У 3 (2%) больных из 1 группы отмечена ятрогенная травма мочеточника (отрыв), потребовавшая выполнения у 1-го нефрэктомии, у 2-го уретеронеоцистоанастомии, у 3-го уретероуретероанастомии. Осложнений, потребовавших открытой хирургической коррекции во 2 группе не отмечено. Проведение эндоскопических операций под передуральной анестезией позволяет уменьшить болевой синдром и отказаться от применения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде. При неосложненном течении болезни и отсутствии осложнений при ретроградной уретероскопии удалось снизить длительность стационарного лечения до 3 дней. По нашим данным ее эффективность составляет 70%. При выполнении АКУЛТ средняя длительность стационарного лечения составила 6 дней. Эффективность терапии методом АКУЛТ составила 100%. Эффективность при комбинировании эндоскопических методов лечения уролитиаза проксимального отдела мочеточника достигает 98%.

Выводы: несмотря на инвазивность и наличие осложнений при ретроградной уретероскопии эндоскопические вмешательства являются эффективными методами лечения уролитиаза у больных с камнями верхней трети мочеточников. Считаем АКУЛТ методом выбора при крупных (более 1см), с высокой рентгенологической плотностью, длительно стоящих камнях верхней трети мочеточника. Наличие необходимого оборудования, опыта эндоскопической хирургии уролитиаза, индивидуального подхода к каждому больному и выбору метода терапии уролитиаза, а также комбинации эндоскопических методик являются факторами, способствующими улучшению качества оказываемой урологической помощи больным уролитиазом.

Ермилов С.Г.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГРАФТИНГА БЕЛОЧНОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРИ ФИБОЛОПЛАСТИЧЕСКОЙ ИНДУРАЦИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Кривобок А. Г.

Цель исследования: Изучить и сравнить эффективность различных способов замещения дефекта белочной оболочки при хирургическом лечении пациентов с фибропластической индурацией полового члена.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 97 больных в возрасте от 42 до 73 лет, которые были оперированы в клинике урологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького за период с 1997 года по 2015 год по поводу фибропластической индурации полового члена. Иссечение бляшек белочной оболочки и графтинг дефекта белочной оболочки (без эндофаллопротезирования) выполнены у 85 (87,6%) пациентов, у 12 (12,4%) пациентов проведено эндофаллопротезирование с покрытием дефекта резецированной бляшки. Графтинг белочной оболочки полового члена свободным

деэпителизированным кожным лоскутом (по Аустони) выполнен у 36 (42,3%) пациентов, вошедших в 1 группу исследования. Покрытие дефекта гетеротрансплантом из биокollaгенового комплекса «Коллост» произведена у 44 (51,8%) пациентов 2 группы. Пяти (5,9%) пациентам, входящим в 3 группу, покрытие дефекта проводилось аутовенозным лоскутом из *v.dorsalis penis*. Давность заболевания колебалась от одного года до четырех лет. Все пациенты до хирургического вмешательства получали консервативное лечение длительностью от 6 месяцев до 2-х лет, которое оказалось неэффективным.

Результаты. Период наблюдения за пациентами составил от 9 месяцев до 17 лет. Полная зрелительная функция восстановилась на 4 месяц у 33 (91,7%) пациентов 1-ой группы, у 43 (97,7%) пациентов 2-ой группы и 5 (100%) пациентов 3-й группы. Осложнения после хирургического вмешательства в раннем послеоперационном периоде мы наблюдали у 3 (8,3%) больных первой группы. В одном наблюдении (2,8%) имел место некроз головки полового члена, вследствие интраоперационного повреждения дорзальной артерии. В 2 (5,6%) наблюдениях диагностирован рецидив криватуры полового члена. Один пациент (2,8%) имел прогрессию заболевания вследствие нового фокуса индукции белочной оболочки. Другой пациент (2,8%), у которого сформировалась рубцовая контрактура полового члена, вследствие некроза кожи, в последующем перенёс скротопластику по Райху. Статистический анализ показал достоверное различие ($P<0,05$) отдаленных результатов между 1-ой и 2-ой группами пациентов. На последнем осмотре хорошие результаты констатированы у 20 (55,6%) пациентов 1 группы, у 43 (97,7%) пациентов 2-ой группы и у 5 (100%) пациентов 3-ей группы. Анализируя результаты хирургического лечения внутри каждой из групп, мы видим достоверное снижение показателей ($P<0,05$) в 1-ой группе и отсутствие достоверных различий во 2-ой группе, пациенты 3-ей группы, из-за её малочисленности, в статистическом анализе не участвовали.

Выводы. Использование для замещения дефекта белочной оболочки гетеротранспланта «Коллост» и аутовенозного лоскута, в сравнении с аутодермопластикой белочной оболочки, при хирургическом лечении пациентов с фибропластической индукцией полового члена, позволяет добиться лучшего функционального и косметического результата.

Ковач А.В.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКЕ

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Кривобок А.Г.

Мочекаменная болезнь (МКБ) – это полиэтиологическое заболевание, проявляющееся образованием камней в просвете мочевых путей из компонентов мочи. МКБ является сложным и распространенным заболеванием во всем мире (составляет 25-45% всех урологических заболеваний, а двусторонние и комбинированные формы – составляют 15-30%), занимает второе место в структуре заболеваний почек и мочевых путей, третье место в структуре причин смерти и четвертое – в структуре инвалидности при урологической патологии. МКБ при единственной почке относится к особой форме патологии в связи с тяжестью течения, частотой рецидивирования, отсутствию функционального резерва, наличием хронического пиелонефрита и почечной недостаточности – с одной стороны, и сложностью и неоднозначностью выборов методов диагностики и лечения в резко ограниченные по времени сроки – с другой. Научно-технический прогресс значительно изменил тактику диагностики и лечения МКБ при единственной почке.

Целью настоящей работы является оценка малоинвазивных методов лечения больных МКБ при единственной почке.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 292 больных МКБ единственной почки, из них 191 – мужчины, 101 – женщины, от 28 до 74 лет, 222 больным нефрэктомия была выполнена по поводу МКБ, 29 имели единственную врожденную почку, 41 пациенту нефрэктомия выполнена в связи с другой урологической патологией (гидронефроз, травма, опухоли). 35 больных поступали в состоянии постренальной анурии (от 10 часов до 5 суток). У 114 пациентов ранее единственная почка была прооперирована по поводу МКБ, камни имели рецидивный характер.

292 больным проведены: контактная нефролитотрипсия (КНЛТ) – 172, антеградная контактная нефроуретеролитотрипсия (АКНУЛТ) – 47, ретроградная контактная уретеролитотрипсия (РКНУЛТ) – 44, чрескожная пункционная нефростомия – 29, экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ) в плановом порядке 54 (при локализации камня в почке), ЭУВЛ в ургентном порядке – 6 (при локализации камня в дистальном отделе мочеточника).

Результаты. Летальных случаев не было, на фоне предварительного дренирования единственной почки путем ЧПНС случаев генерализации уросепсиса также не было, все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии, в 92% случаев – без резидуальных камней, в 8% (при уратном литиазе) – на литолитическую терапию.

Выводы: применение малоинвазивных методов лечения МКБ при единственной почке является оптимальным способом лечения, предварительное дренирование почки путем ЧПНС позволяет разрешить калькулезную анурию и обострение пиелонефрита, и провести удаление камней в плановом порядке, с минимальной травмой функционирующей паренхимы единственной почки.

Ковач А.В.

НОВЫЙ СПОСОБ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ ПРИ ДИСТАЛЬНОМ УРЕТЕРОЛИТИАЗЕ

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Кривобок А.Г.

Уретероскопия с контактной литотрипсией является высокоэффективным методом в лечении камней мочеточника. Данный метод лечения занимает ведущее место в лечебном спектре дистального уретеролитиаза среди консервативной терапии, экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии и уретеролитотомии.

Цель исследования. Снижение количества послеоперационных осложнений у больных с дистальным уретеролитиазом.

Материал и методы. С 2006г. по 2016г. в отделении эндоурологии ДокТМО изучены результаты лечения 1156 больных неосложненными камнями дистального отдела мочеточника. Мужчин было 87(56%), женщин 69(44%). Возраст больных колебался от 18 до 84 лет. Максимальный размер конкрементов не превышал 2,0 см и, как правило, составлял 0,5-1,2 см. Всех больных разделили на две группы. В первую группу вошли пациенты, которым выполнена контактная уретеролитотрипсия традиционным способом – 80(51,3%), во вторую группу – пациенты, которым выполнялась контактная уретеролитотрипсия новым способом – 76(48,7%) пациентов. В первой группе после удаления конкремента мочеточник не дренировался. Во второй группе после операции в мочеточник устанавливался мочеточниковый катетер выше стояния конкремента на 2-3 см и по катетеру вводилась “противоотечная” эмульсия (гидрокартизон и диклофенак). Катетер выдерживался двое суток, кратность введения составляла 2 раза в сутки.

Результаты. Анализ течения послеоперационного периода показал, что у пациентов во 2 группе отмечено снижение количества осложнений, таких как отек устья мочеточника и отек мочеточника в месте стояния камня в 1,5 раза. Средний срок стационарного лечения пациентов в 1 группе составил $2,7 \pm 0,7$ суток, во 2 группе – $2,3 \pm 0,4$. Новый способ контактной уретеролитотрипсии позволил снизить количество повторных госпитализаций по поводу обострения пиелонефрита в послеоперационном периоде в 1,7 раза.

Выводы. Эффективность лечения в обеих группах сопоставима до 95%, однако во второй группе отмечено меньшее количество послеоперационных осложнений, также уменьшился койко-день, и снизилась частота повторных госпитализаций.

Коценко П.И., Коценко Ю.И.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ И ВЫЯВЛЕННОЙ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА

Научный руководитель- доц. Сохин С.А.

Цель: изучить влияние уровня гипергликемии и определить возможные урологические осложнения у пациентов при сахарном диабете (СД) 1 типа и установить их взаимосвязь.

Материалы и методы. С 2012-2015 гг. обследовано 117 больных в возрасте от 30 до 70 лет (возраст – $44,6 \pm 3,5$ лет) с СД 1 типа длительностью заболевания более 6 лет. Всем пациентам выполняли клинико-лабораторные (общеклинический анализ крови и мочи, гликемический профиль, гликозилированный гемоглобин) и клинико-инструментальные исследования (экскреторная урография, УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты с уровнем остаточной мочи, урофлоуметрия, мультиспиральная компьютерная томография – выборочно у 23 (19,7%) пациентов).

Результаты. После проведенного обследования у 68 (58,1%) пациентов с выявленной урологической патологией была диагностирована гипергликемия, где у 23 (33,8%) больных выявлена лёгкая степень, у 38 (55,9%) – средняя, у 7 (10,3%) – тяжёлая. Глюкозурия выявлена у всех пациентов. Исходный средний объем простаты у 16 (23,5%) исследуемых составил $43,7 \pm 3,1 \text{ см}^3$, где количество остаточной мочи – $57,3 \pm 5,7$ мл. Среди урологической патологии у больных с СД 1 типа выявлены инфекция мочевыводящих путей (56,1%), гиперактивный мочевой пузырь (25,2%), ретроградная эякуляция (16,9%), диабетическая цистопатия (5,2%), недержание (17,3%) и задержка (3,6%) мочи.

Выводы. Установлено, что сахарный диабет 1 типа средней и тяжелой степени приводит к развитию урологической патологии у 66,2% больных, чаще имели место инфекции мочевыводящих путей (41,7%) и гиперактивный мочевой пузырь (19,9%).

Мурадов Т.М.

ВЫБОР СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БИЛАТЕРАЛЬНОГО НЕФРОЛИТИАЗА

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Кривобок А.Г.

Билатеральный нефролитиаз – тяжелое заболевание, занимающее одно из ведущих мест среди больных с нефролитиазом, приводящим к развитию ХПН. При этом обращает на себя внимание высокий удельный вес до 45% коралловидных и множественных камней почек. Благодаря малоинвазивным методам таким как экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии (ЭУВЛ) и контактной нефролитотрипсии (КНЛТ), частота открытого оперативного лечения нефролитиаза снизилась до 2-5%.

Цель работы: улучшение результатов лечения больных с билатеральным нефролитиазом с использованием малоинвазивных и эндоскопических методов лечения.

Материал и методы. За период 2009 – 2016гг. наблюдались 3511 больных с нефролитиазом, в 396 (11,3%) случаях имел место билатеральный нефролитиаз. Коралловидный двухсторонний нефролитиаз выявлен у 47 (11,7%) больных. Из 396 пациентов с билатеральным нефролитиазом 311 (78,5%) пациентам выполнили одномоментно с двух сторон: 217 (69,8%) пациентам выполнена одномоментная двухсторонняя КНЛТ, 94 (30,2%) больным – одномоментная двухсторонняя ЭУВЛ. Остальным 85 (24,5%) больным с билатеральным нефролитиазом применялись последовательные варианты лечения: 31 (36,5%) пациенту выполнялась последовательная двухсторонняя КНЛТ; 34 (40,0%) – произведено выполнение последовательных двухсторонних ЭУВЛ; 11 (12,9%) выполнена КНЛТ с последующей ЭУВЛ противоположной почки; 9 (10,6%) произведены процедуры ЭУВЛ почки с последующей КНЛТ противоположной почки. С целью профилактики воспалительно-гнойных осложнений лечения выполнено предварительное дренирование верхних мочевыводящих путей 102 (25,8%) пациентам с билатеральным нефролитиазом: 28 (7,1%) пациентам выполнена одномоментная двухсторонняя перкутанная нефростомия; 41 (10,4%) – односторонняя нефростомия; 8 (2,0%) – двухсторонняя установка мочеточникового стента; 25 (6,3%) – односторонняя установка мочеточникового стента.

Результаты. Средние сроки стационарного лечения после одномоментной двухсторонней КНЛТ – 9,1 при односторонней КНЛТ – 7,9. При последовательном лечении двухстороннего нефролитиаза методом КНЛТ – 14,6 дней. При одномоментной двухсторонней ЭУВЛ сроки стационарного лечения составили 12,8 дня, при односторонней ЭУВЛ – 11,9 дня. При последовательной ЭУВЛ в почках – 16,2 дня.

Выводы: Таким образом, наша тактика и результаты лечения больных с двухсторонним нефролитиазом свидетельствуют об эффективности одномоментного малоинвазивного вмешательства. Данный подход позволяет уменьшить эмоциональную и моральную нагрузку на больного, связанную с проведением «одной», а не множественных операций, а также уменьшить материальные затраты на анестезиологические пособия и медикаментозное послеоперационное обеспечение больных.

Мурадов Т.М.

НАШ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО УРОЛИТИАЗА

Зав. кафедрой д.мед.н. и научный руководитель – д.мед.н., проф. Кривобок А.Г.

Распространенный, или мультифокальный уролитиаз – одна из наиболее сложных для хирургического лечения форм мочекаменной болезни. На сегодняшний день не существует общепринятого определения и классификации этой формы, суть же её состоит в наличии двух и более конкрементов в различных отделах верхних мочевых путей, с одной или с обеих сторон.

Целью настоящей работы является систематизация накопленного опыта лечения больных с мультифокальным уролитиазом, и определение рационального подхода к их лечению с использованием всего имеющегося арсенала эндохирurgicalических пособий, с повышением в итоге результативности лечения: снижению инвазивности, укорочению сроков пребывания больного в стационаре, достижению статуса “stone free”, максимальной коррекции уродинамических нарушений, минимизации осложнений и снижением материальных затрат на лечение.

Материал и методы. Нами за период с 2008 по 2016 проведено лечение 408 больных с распространенным уролитиазом. По локализации камня больные распределялись следующим образом.

273 (66,9%) пациентов – двухсторонний нефролитиаз, 41 (10,0%) пациента – двухсторонний уретеролитиаз, 36 (8,8%) – сочетание одностороннего нефролитиаза и уретеролитиаза, 28 (6,9%) – сочетание одностороннего нефролитиаза с уролитиазом противоположного мочеточника, 21 (5,1%) – сочетание двухстороннего нефролитиаза с односторонним уретеролитиазом, 9 (2,2%) – сочетание двухстороннего нефролитиаза с двухсторонним уретеролитиазом.

408 больным выполнено 709 малоинвазивных и эндоскопических методов лечения, что составляет 1,74 на одного больного, при этом выполнено 327 КНЛТ в почках, 8 АКУЛТ в мочеточниках, 127 КУЛТ в мочеточниках, 221 ЭУВЛ в почках и 25 ЭУВЛ в мочеточниках. При этом, 369(52,1 %) больным выполнены одномоментные оперативные пособия. Эффективность КНЛТ в составила 91,2%, АКУЛТ – 100%, РКУЛТ – 89,6%, ЭУВЛ почки – 68,3%, ЭУВЛ мочеточника – 43,5%.

Результаты. Представленный нами подход к лечению распространенного уролитиазом с акцентом на одномоментные варианты лечения позволяет уменьшить материальные затраты на лечение, путем снижения среднего послеоперационного койкодня до 12,1 дней, при невысоком уровне осложнений (8,7%) и эффективности первых этапов лечения (до 82,1 %), а также позволяет уменьшить эмоциональную и моральную нагрузку на пациента.

Выводы. Данные результаты значительно лучше средних данных по Украине, и соответствуют результатам ведущих европейских эндоурологических центров.

Оброчная А.Г., Шаповаленко М.И.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОРХИЗМА В ПЕРВОМ И ВТОРОМ ДЕСЯТИЛЕТИИ XXI ВЕКА

Научный руководитель – к. мед. наук., доц. Виненцов Ю.А.

Цель исследования: сравнить особенности течения крипторхизма в первом и втором десятилетии XXI века.

Материалы и методы: произведен ретроспективный анализ клинических данных 156 пациентов, перенесших за период 2008-2009 гг., а так же 2014-2015 гг. хирургическое вмешательство по поводу крипторхизма на базе РДКБ. Исследуемые разделены на две группы: в первую вошли дети (62 человека), получившие лечение в 2008-2009гг., во вторую – мальчики (94 человека), прооперированные за период 2014-2015гг. У 100% детей крипторхизм являлся врожденной патологией. Средний возраст больных в первой группе составил $4 \pm 0,8$ года, а во второй- $5 \pm 0,9$ лет. Методом лечения в двух группах при паховом крипторхизме была операция по Петривальскому, а при абдоминальном- одномоментная герниотомия с орхипексией по Петривальскому. Наиболее часто встречаемым видом крипторхизма в первой группе являлся правосторонний паховый (ППК) - 48,4%, на втором месте левосторонний паховый (ЛПК)- 35,5%, на третьем- правосторонний абдоминальный крипторхизм (ПАК)- 9,6%, на четвертом- левосторонний абдоминальный (ЛАК) – 6,5%. Такая же градация наблюдалась и во второй группе: ППК- 41,5%, ЛПК- 25,5%, ПАК- 18,1%, ЛАК- 14,9%. Частота встречаемости двустороннего крипторхизма в первой группе составила 9,7%, во второй- 6,3%. Сопутствующими заболеваниями в обеих группах были: синдром дисплазии соединительной ткани (I- 6,5%, II-11,7%), гипоспадия (I- 1,8%, II- 6,4%), открытое овальное окно (I группа- 0,9%, II- 1,6%), двусторонний мегауретер (I- 0,9%, II- 1,6%). В первой группе гипоплазия яичка наблюдалась в 56,5% случаях, во второй группе гипоплазия встречалась у 90,4% детей. Под гипоплазией подразумевается уменьшение размеров яичка менее $13,5 \times 7,1$ мм. для всех возрастных групп.

Результаты: послеоперационный период у всех детей протекал без осложнений. При контрольном ультразвуковом исследовании явлений крипторхизма не наблюдалось, яичко было в пределах физиологической подвижности. Среднее число койко-дней в послеоперационном периоде в обеих группах составило $7 \pm 0,75$ дней.

Выводы: все дети с крипторхизмом подлежат плановому хирургическому лечению до 3-х лет во избежание гипоплазии, а в дальнейшем аплазии яичка. Частота встречаемости гипоплазии напрямую зависит от возраста ребенка: чем старше мальчик, тем более высокий удельный вес гипоплазии яичка. Показатели гипоплазии органа во второй группе гораздо выше, чем в первой. Это можно объяснить высоким удельным весом сопутствующих заболеваний мочеполовой системы и стигмами дизэмбриогенеза.

Присяжнюк Е.Н.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКЕ

Научный руководитель – к.мед.н. Волошин В.В.

Мочекаменная болезнь (МКБ) – это полиэтиологическое заболевание, проявляющееся образованием камней в просвете мочевых путей из компонентов мочи. МКБ является сложным и распространенным заболеванием во всем мире (составляет 25-45% всех урологических заболеваний, а двусторонние и комбинированные формы – составляют 15-30%), занимает второе место в структуре заболеваний почек и мочевых путей, третье место в структуре причин смерти и четвертое – в структуре инвалидности при урологической патологии. МКБ при единственной почке относится к особой форме патологии в связи с тяжестью течения, частотой рецидивирования, отсутствию функционального резерва, наличием хронического пиелонефрита и почечной недостаточности – с одной стороны, и сложностью и неоднозначностью выборов методов диагностики и лечения в резко ограниченные по времени сроки – с другой.

Научно-технический прогресс значительно изменил тактику диагностики и лечения МКБ при единственной почке.

Целью настоящей работы является оценка малоинвазивных методов лечения больных МКБ при единственной почке.

Материал и методы. Анализу подвергнуты истории болезни 292 пациентов с МКБ единственной почки, из них 191 – мужчины, 101 – женщины, от 28 до 74 лет. 222 больным нефрэктомия была выполнена по поводу МКБ, 29 имели единственную врожденную почку, 41 пациенту нефрэктомия выполнена в связи с другой урологической патологией (гидронефроз, травма, опухоли). 35 больных поступали в состоянии постренальной анурии (от 10 часов до 5 суток). У 114 пациентов ранее единственная почка была прооперирована по поводу МКБ, камни имели рецидивный характер.

Всем 292 больным проведены следующие оперативные пособия: контактная нефролитотрипсия (КНЛТ) – 172, антеградная контактная нефроуретеролитотрипсия (АКНУЛТ) – 47, ретроградная контактная уретеролитотрипсия (РКНУЛТ) – 44, чрескожная пункционная нефростомия – 29, экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ) в плановом порядке 54 (при локализации камня в почке), ЭУВЛ в ургентном порядке – 6 (при локализации камня в дистальном отделе мочеточника).

Результаты. Летальных случаев не было, на фоне предварительного дренирования единственной почки путем ЧПНС случаев генерализации уросепсиса также не было, все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии, в 92% случаев – без резидуальных камней, в 8% (при уратном литиазе) – на литолитическую терапию.

Выводы: применение малоинвазивных методов лечения МКБ при единственной почке является оптимальным способом лечения, предварительное дренирование почки путем ЧПНС позволяет разрешить калькулезную анурию и обострение пиелонефрита, и провести удаление камней в плановом порядке, с минимальной травмой функционирующей паренхимы единственной почки.

Присяжнюк Е.Н.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ УРГЕНТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

Научный руководитель – к.мед.н. Волошин В.В.

В рекомендациях по лечению МКБ суть сводится к следующему: существуют четыре метода активного удаления камней – экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ), перкутанная или трансуретральная литотрипсия, литоэкстракция и открытое хирургическое лечение; выбор способа лечения зависит от вида камня, его размеров и локализации, от анатомии верхних мочевых путей; допустимы комбинации этих методов; основной целью является выбор наиболее эффективного и безопасного лечения каждого отдельно взятого пациента. Применение ЭУВЛ как терапии первой линии в лечении почечной колики (ПК) пользуется очень ограниченным вниманием.

Целью настоящей работы является улучшение результатов лечения калькулезной почечной колики с применением ургентной ЭУВЛ.

Материал и методы. Изучались результаты обследования и лечения 807 больных с ПК, находившихся на лечении с 1995 по 2000 год включительно, Исследуемую группу составили 407 пациентов, которым ЭУВЛ применено на фоне некупированной почечной колики, в этой группе проведено 594 сеанса ЭУВЛ. В качестве контрольной была отобрана группа из 400 больных, которая совпадала по структуре уролитиаза с ургентной группой. В этой группе проведено 676 сеансов ЭУВЛ. Возраст больных колебался от 14 до 78 лет, соотношение по полу составило 1:1.

Результаты. ЭУВЛ через три и шесть месяцев после начала лечения прослежены у 184 пациентов исследуемой и у 164 больных контрольной групп. ЭУВЛ, проводимая при почечной колике, обусловленной МКБ, имеет преимущества в ближайшие сроки от начала лечения, заключающиеся в меньшем количестве проводимых процедур, меньшем количестве осложнений и необходимости в дополнительном дренировании, более коротком сроке стационарного лечения, и не имеет недостатков в отдаленном периоде по сравнению с «плановой» ЭУВЛ.

Выводы: Накопленный опыт позволяет нам высказаться в пользу выполнения ургентной ЭУВЛ *in situ*, то есть в месте локализации камня на момент начала лечения, в первые $36 \pm 2,2$ часа от начала последнего приступа почечной колики, отказавшись в большинстве случаев от профилактического дренирования верхних мочевых путей или консервативного купирования почечной колики.

Присяжнюк Е.Н.

НАШ ОПЫТ ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ МАЛОИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО УРЕТЕРОЛИТИАЗА

Научный руководитель – к.мед.н. Волошин В.В.

На данный момент времени в лечении мочекаменной болезни преимущественно используются различные малоинвазивные оперативные вмешательства под эндоскопическим, ультразвуковым и рентгенологическим контролем. Общепринятыми стандартами дренирования ЧЛС в подобных случаях являются: перкутанная нефростомия, установка мочеточникового стента либо их сочетание.

Целью настоящей работы явилось изучение результатов предварительного эндоурологического дренирования почек при малоинвазивном лечении проксимального уретеолитиаза и улучшение результатов лечения данной категории больных.

Материал и методы. Нами проведен анализ дренирования верхних мочевых путей (ВМП) и малоинвазивного лечения у 432 больных с проксимальным уретеолитиазом за период с 2014 по 2016 года. У 115 (75,1%) больных выполнено стентирование почки, у 317 (24,9%) – дренирование почки методом пункционной нефростомии (ПНС). У 52 % больных дренирование ВМП выполнено с лечебной целью при обострении пиелонефрита. У 48% дренирование выполнено с профилактической целью при камнях более 1-1,5 см. У 21,9% больных, при стентировании с профилактической целью отмечено обострение пиелонефрита, обусловленное рефлюксом, что потребовало усиления антибактериальной терапии а у 8,6% больных и дополнительного дренирования мочевого пузыря уретральным катетером.

Результаты. Дезинтеграция камня после первого сеанса ЭУВЛ после дренирования почки достигнута у 59,6% больных. Частота процедур ЭУВЛ на фоне ПНС составила 1,5, против 1,81 при стентировании. Средний срок пребывания в стационаре при ЧПНС составил 14,7 суток против 23,8 у больных со стентированием.

Выводы: Таким образом, ПНС и установка мочеточниковых JJ – стентов являются малотравматичными высокоэффективными способами дренирования ВМП. Предварительное дренирование показано: для купирования инфекционно – токсических осложнений на фоне блока ВМП; при большом риске лечения в связи с сопутствующими заболеваниями, на фоне блока ВМП. Проведение предварительного дренирования ВМП не по показаниям приводит к необоснованным: увеличению сроков лечения пациентов, снижению степени социально – медицинской реабилитации, значительному увеличению стоимости лечения.

Шаповаленко М.И., Оброчная А.Г.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЗАЧАТИЯ

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Виненцов Ю.А.

Цель исследования: описать современные технологии зачатия, определить этические проблемы данных методов.

Материалы и методы. Обзор современных научных источников касающихся новых технологий зачатия. Отражение общественного мнения относительно этических проблем современных методов зачатия.

Результаты. Существуют следующие методы искусственного оплодотворения:

А) Искусственная инсеминация. Искусственная инсеминация спермы мужа может быть использована в случае низкой концентрации сперматозоидов в сперме у мужчины. Это подразумевает введение концентрата из нескольких проб семени в полость матки женщины во время овуляции.

Б) GIFT. В методике внутрифаллопиевого переноса гамет (Gamete Intra-Fallopian Transfer – GIFT) производят забор яйцеклетки и сперматозоидов, после чего помещают их в тоненькую пробирку, в которой сперматозоиды и яйцеклетка отделяются друг от друга пузырьком воздуха.

Эта пробирка вводится в женскую маточную трубу и содержимое первой опорожняется внутрь, позволяя тем самым яйцеклетке оплодотвориться естественным путем.

В) ZIFT. Внутрифаллопиевый перенос зиготы. В этом случае слияние яйцеклетки и сперматозоида происходит еще до того, как их помещают в маточную трубу. Это означает, что оплодотворение происходит вне тела матери. Затем оплодотворенная яйцеклетка, или зигота, вводится в маточную трубу женщины.

Г) Оплодотворение *in vitro*. Этот способ оплодотворения подразумевает забор яйцеклеток и сперматозоидов с последующим размещением их в чашке Петри. Оплодотворенная яйцеклетка несколько дней находится в инкубационном периоде, и по окончании этого периода она представляет собой бластоцисту, имеющую около восьми идентичных клеток. Здоровые бластоциты могут быть введены в матку матери.

Д) ICSI. При интрацитоплазматической инъекции спермы (Intra-Cytoplasmic Sperm Injection – ICSI) происходит инъекция отдельного сперматозоида в яйцеклетку, которая впоследствии переносится в матку женщины. Это дает возможность отцовства мужчинам с низкой концентрацией сперматозоидов в эякуляте. Что касается этических проблем, то основные из них следующие. При любом методе, оплодотворение происходит без полового акта. Немаловажный вопрос состоит в том, является ли преимплантационный эмбрион человеком, или это просто клетки, которые можно как использовать по назначению, так и проводить всевозможные исследования с ними. Сложно ответить на данный вопрос. Не стоит забывать и о финансовом вопросе. Все вышеперечисленные методы достаточно дорогостоящие. Должно ли министерство здравоохранения взять на себя все расходы на такого рода лечения или они будут доступны только в частных клиниках. В последнем случае некоторые люди смогут себе позволить иметь ребенка, в то время как все остальные нет. Теперь давайте обратим внимание на будущее ребенка. Рано или поздно станет вопрос о его необычной форме происхождения. Как он к этому отнесется? Станет ли это поводом для психотравмы?

Вывод. На все вышеперечисленные проблемы нельзя найти однозначные ответы. Всегда будут сторонники той или иной концепции. Однозначно можно сказать следующее, что новые технологии зачатия принесли в медицину множество положительных моментов. Семейные пары которые хотят иметь детей, но по той или иной причине в связи со здоровьем не могут реализовать свое желание, наконец то обрели возможность на полноценное семейное счастье.

Шаповаленко М.И., Оброчная А.Г.

РОЛЬ БИОКОЛЛАГЕНОВОГО КОМПЛЕКСА “КОЛЛОСТ” В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ПЕЙОРНИ

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Виненцов Ю.А.

Фибропластическая индурация полового члена это – постепенное уплотнение некоторых участков белочной оболочки полового члена, что приводит к появлению боли в половом члене, его искривлению во время эрекции, затруднению или невозможности интродукции. В последнее время отмечается увеличение частоты заболевания (прирост заболеваемости – 26,7 на 100 000 населения), с чем и связан повышенный интерес к этой болезни.

тактика лечения фибропластической индурации полового члена зависит от стадии заболевания:

- в стадии активного келлоида – показана консервативная терапия;
- в стадии склерогиаиноза – показана хирургическая коррекция.

Цель исследования: определить роль биокollaгенового комплекса “Коллост” в лечении болезни

Пейорни. Изучить эффективность различных методов хирургического лечения пациентов с данной патологией.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 87 историй болезни пациентов, которым проводилось хирургическое лечение болезни Пейрони за период 2001-2015 гг. Возраст больных был от 34 до 62 лет. Продолжительность заболевания варьировала от 8 до 22 месяцев. Угол девиации полового члена колебался от 45° до 90° . Площадь бляшек составляла от 1.5 до 4.2 см². Всем больным проводилось ультразвуковое исследование с целью оценки размеров фиброзной бляшки, определения индекса её оссификации и изучения кровотока в кавернозных телах. 50 (57,4%) пациентам (1 группа) проводилось иссечение бляшки и аутодермопластика белочной оболочки полового члена. У 37 (42,5%) больных (2 группа) произведено иссечение бляшки и пластика дефекта биоколлагеновым комплексом “Коллост”.

Результаты: критериями оценки эффективности лечения были: изменение степени девиации полового члена, качество его ригидности, возможность интроекции. Период наблюдения варьировал от шести месяцев до пяти лет. Отдаленные результаты лечения показали, что у двух (4%) пациентов первой группы наблюдался рецидив бляшки, у пациентов второй группы рецидив не наблюдался. В первой группе у 24 (48 %) пациентов оставалась девиация полового члена, у 26 (52%) пациентов она отсутствовала. Во второй группе у 37 (100 %) пациентов девиация полностью исчезла. Это обусловлено тем, что кожный графт склонен к ретракции. Нормальная ригидность полового члена до операции была у 42(78%) больных первой группы, у 8(22%) была недостаточной. У пациентов второй группы нормальная ригидность полового члена была у 33(89,1%) и недостаточная у четырех(10,8%) недостаточной.

После операции качество ригидности у 35 (70%) пациентов первой группы была нормальная, у 15 (30%) – недостаточная. Во второй группе пациентов нормальная ригидность оставалась у 35 (94,5%) пациентов, у двух(5,5%) пациентов она оставалась недостаточной. Возможность интроекции у пациентов первой группы была сохранена в 31 (62%) наблюдении, в 10 (20%) случаях она была сохранена, однако имелись затруднения, в 9 (18%) наблюдениях интроекция была полностью невозможна. Среди пациентов второй группы не наблюдалось таких, у которых интроекция отсутствовала, однако у 2х (5,5%) пациентов наблюдались затруднения интроекции. Во всех остальных случаях, 35 (94,5%) пациентов, интроекция была сохранена.

Вывод. Исходя из проведенных исследований и полученных результатов, удалось установить, что использование биоколлагенового комплекса “Коллост” при хирургическом лечении болезни Пейрони позволяет добиться лучшего функционального и косметического результата в сравнении с аутодермопластикой белочной оболочки.

ФТИЗИАТРИЯ И ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Республиканская клиническая туберкулезная больница МЗ
ДНР Донецкий национальный медицинский университет им.
М. Горького Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Зав. кафедрой – доц. Лепшина С.М.

Борисов В.Ю., Щадько А.А.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТАЛЛОСПОНДИЛОДЕЗ КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ СПОНДИЛИТОВ

Научный руководитель – доц. Гуренко Е.Г.

Цель исследования. Изучение результатов хирургического лечения больных с распространенной формой туберкулезного спондилита.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 16 пациентов с поражением трех и более позвонков грудного отдела позвоночника, находившихся на стационарном лечении в отделении внелегочных форм туберкулеза Республиканской клинической туберкулезной больницы в 2007-2013гг. Все больные были трудоспособного возраста. Соотношение мужчин и женщин было 3:1. Давность заболевания до поступления в клинику колебалась от 2 до 4 месяцев. У всех пациентов при поступлении наблюдались неврологические нарушения в виде нижнего парапареза, нарушений чувствительности и функции тазовых органов. Лечение больных осуществляли согласно приказам МЗ Украины. Комбинированный металлоспондилит пораженного отдела позвоночника выполнен 11 (68,8%) больным.

Результаты. Опорная функция позвоночника у оперированных больных с использованием металлоконструкций восстановилась в 100% случаев. Регенерацию функции конечностей и тазовых органов отмечали в разные сроки в зависимости от возраста пациента, давности стеноза позвоночника. Функции конечностей и тазовых органов хорошо восстановились у 8 (72,7%) больных, удовлетворительно – у 3 (27,3%) пациентов.

Выводы. Хорошие и удовлетворительные результаты хирургического лечения больных с распространенной формой туберкулезного спондилита с использованием металлоконструкций достигнуты в 100% случаев.

Довбиш К.С., Юровская Е.И., Сочилин., А.В.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ БЕДАКВИЛИНА У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА

Научный руководитель – доц. Миндрул М.А.

Цель исследования. Изучить опыт применения бедаквилина при лечении больных с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза (МБТ).

Материалы и методы. Использованы источники отечественной (n=27) и зарубежной литературы (n=18), интернет-ресурс.

Результаты. В настоящее время проблема лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью МБТ является наиболее актуальной и трудной в связи с малым резервом эффективных препаратов. Развитию в данном направлении препятствует сложность проведения клинических испытаний противотуберкулезных препаратов (ПТП) и внедрения их результатов в практику в связи с необходимостью длительного комбинированного лечения. Бедаквилин (Сиртуро), зарегистрированный в России в конце 2013 г., рекомендован для лечения больных с множественной и широкой лекарственной устойчивостью МБТ. В рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое клиническое исследование ТМС207-С208 (2009-2012 гг.) были включены пациенты в возрасте от 18 до 65 лет с недавно диагностированным, активным (наличие возбудителя в мокроте), мультирезистентным туберкулезом легких. Критериями исключения являлись: предшествующее лечение по поводу мультирезистентного туберкулеза, положительный анализ на ВИЧ с количеством CD4+ лимфоцитов менее 300 кл/мкл, тяжелые внелегочные и неврологические проявления туберкулеза, тяжелая сердечная аритмия, требующая лекарственной терапии, злоупотребление алкоголем и наркотиками, беременность или грудное вскармливание и предшествующее применение бедаквилина. Исследование проводилось с включением пациентов из Бразилии, Индии, Латвии, Перу, Филиппин, России, ЮАР и Таиланда. Пациенты были разделены на 2 группы: первая получала бедаквилин в дозе 400 мг 1 раз в день после завтрака в течение первых двух недель, затем по 200 мг 3 раза в неделю в течение 22 недель), вторая – плацебо. Пациенты обеих групп также получали 5-компонентную противотуберкулезную терапию (этионамид, пипразинамид, офлоксацин, канамицин и циклосерин).

Пролечено 160 пациентов: 79 получали бедаквилин и 81 – плацебо. В первой группе среднее время до исчезновения возбудителя в мокроте было меньше, чем в группе плацебо – 83 дня по сравнению со 125 (p<0.001). У большинства пациентов, получавших бедаквилин, по сравнению с контрольной группой было подтверждено отсутствие микобактерии в мокроте на 24 и 120 неделях исследования – у 52 из 66 пациентов

(79%) в первой группе, и у 38 из 66 (58%) во второй на 24 неделе ($p=0.008$); у 41 из 66 (62%) и у 29 из 66 (44%), соответственно, на 120 неделе ($p=0.04$). 10 пациентов из 79 (13%) в группе бедаквилина и 2 из 81 (2%) из группы плацебо – умерли ($p=0.02$).

Наиболее часто встречающимися нежелательными лекарственными реакциями в основной группе были: тошнота, артралгия и рвота. На 24 неделе длительность интервала QT в среднем увеличилась на 15.4 мс в группе бедаквилина и на 3.3 мс в контрольной ($p<0.001$). После окончания курса терапии интервал QT уменьшался и его продолжительность была одинаковой в обеих группах к 60 неделе.

Выводы. Применение нового препарата бедаквилина показало его высокую эффективность, а также достаточный уровень безопасности, что определяет перспективность его использования в схемах лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью МБТ.

Ефремова Ю.В., Цхакая Е.В.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ТУБЕРКУЛЕЗА, ЗАВЕРШИВШИХСЯ ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

Научный руководитель – доц. Миндрул М.А.

Цель исследования. Проанализировать случаи летальных исходов больных туберкулезом с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни, амбулаторные карты, протоколы аутопсий 42 больных туберкулезом, находившихся на лечении в отделении для чувствительных форм туберкулеза ОКТБ г.Донецка, и умерших в 2003 и 2013 гг. Мужчины – 39 (92,9%), женщины – 3 (7,4%). Средний возраст – $40,6\pm 1,82$ лет. ВИЧ-инфицированные составили 64% (27). В анамнезе злоупотребление алкоголем у 10 (24%) больных. Пациенты были разделены на две группы: I группа 20 (48%) больных туберкулезом, умерших в 2003 г., II группа – 22 (52%) больных, умерших в 2013 г.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета программ «Microsoft Excel for Windows 2010».

Результаты. Средний возраст больных в I группе составил $41,5\pm 3,0$ лет, во II группе – $39,5\pm 2,2$ лет. Среди умерших в 2003 году мужчины составили 17 (85%), женщины – 3 (15%). Среди умерших в 2013 году женщин не было.

В обеих группах отмечен высокий удельный вес пациентов, злоупотребляющих алкоголем: 4 (20%) и 6 (27%), соответственно.

Число ВИЧ-инфицированных в I группе составило 9 (45%), во II группе – 18 (82%) больных.

Генерализованные формы туберкулеза в структуре больных туберкулезом увеличились почти в 4 раза: с 15% в I группе до 59% во II. Количество ограниченных форм туберкулеза легких сократилось с 35% до 18,2%, соответственно. Увеличился срок пребывания больных в стационаре с 25 койко-дней в I группе до 33 койко-дней во II группе.

Выводы. Среди больных умерших в ОКТБ в 2003, 2013 гг. преобладают лица мужского пола, трудоспособного возраста. В 2013 году значительно увеличилось число больных ко-инфекцией ТБ/ВИЧ, в связи с чем, отмечено преобладание генерализованных форм туберкулеза, что влияет на течение и прогноз заболевания.

Кварацхелия Л. Г., Ракитянский А.А., Новак Е. А.

ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Научный руководитель – асс. Шумляева Т. М.

Цель исследования – изучить течение туберкулеза органов дыхания у лиц молодого возраста с иммунодефицитом, обусловленным ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Обследовано 32 больных мужского пола с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулез в возрасте от 18 до 40 лет. Для постановки диагноза и выявления особенностей течения заболевания были использованы общепринятые методы диагностики. Изучена структура клинических форм туберкулеза, иммунологические и клинико-лабораторные показатели.

Результаты. Диагноз туберкулеза был установлен впервые 27 больным (84,4%), рецидив отмечен у 5-х (15,6%). Установлено, что распространенный двусторонний туберкулез легких был у 22(68,8%), правосторонний процесс – у 5(15,6%), левосторонний – у 3(9,4%) больных. Внелегочная локализация выявлена у 2(6,2%) пациентов. Структура клинических форм была следующей: инфильтративный туберкулез легких диагностирован у 17 больных (53,1%), диссеминированный – у 13 (40,7%), экссудативный плеврит и туберкулез лимфатических узлов встречались в единичных случаях (3,1%). При выявлении туберкулезного процесса у больных количество СД₄ клеток составило в среднем $157,6\pm 27,11$ кл/мкл. Основными изменениями выявленными в клиническом и биохимическом анализах крови были: анемия, повышение тимоловой пробы, значений С-реактивного белка, скорости оседания эритроцитов.

Выводы. Туберкулез легких у лиц молодого возраста с ВИЧ-инфекцией характеризуется распространенностью специфического процесса и наличием выраженных изменений в клиническом и биохимическом анализах крови.

Немогущая В.А., Задорова Н.К.

ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННО ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Зав. кафедрой и научный руководитель – доц. С.М. Лепшина

Цель исследования. Изучение результатов лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя к противотуберкулезным препаратам (МЛУТБ).

Материалы и методы. Проводили ретроспективное исследование, использовали когортный анализ. Использовали журнал регистрации больных (ТБ-03). Оценивали результаты лечения годовых когорт больных МЛУТБ в Донецкой области (2010- 2014гг). В исследование включали впервые выявленные и «повторные» случаи МЛУТБ со сроком лечения менее 2 лет, в возрасте 18-60 лет, мужского и женского пола. Всего исследовано 4273 больных, которые были разделены на 2 группы. 1 группу составили больные с впервые выявленным МЛУТБ (n=2699), 2 группу – «повторные» больные МЛУТБ (n=1574). Обследование и лечение больных осуществляли согласно протоколу МЗУ №1091 от 21.12.2012г. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета программ «Microsoft Excel for Windows 2010».

Результаты. Эффективность лечения больных в 1 группе составила: в когорте 2010г. – 55%, 2011г. – 61,4%, 2012г. – 61,7%, 2013г. – 59,8%, 2014г. – 54,2%. Удельный вес лиц, прервавших лечение за весь исследуемый период в среднем составил $10,9 \pm 0,9\%$, неудач лечения – $16,9 \pm 0,5\%$, умерших – $7,9 \pm 0,4\%$, переведенных – $3,3 \pm 0,3\%$. Ежегодно к лечению не приступало $2,3 \pm 0,2\%$ больных. Эффективность лечения больных во 2 группе составила: в когорте 2010г. – 51,6%, 2011г. – 56,6%, 2012г. – 52,1%, 2013г. – 48,3%, 2014г. – 50,6%. Удельный вес лиц, прервавших лечение за весь исследуемый период в среднем составил $15,8 \pm 0,9\%$, неудач лечения – $25,7 \pm 0,8\%$, умерших – $9,7 \pm 0,6\%$, переведенных – $4,1 \pm 0,7\%$. Ежегодно к лечению не приступало $3,2 \pm 0,3\%$ больных.

Эффективность лечения больных МЛУТБ в 1 группе достоверно выше ($p < 0,05$) чем во 2 и в среднем составляет в 1 группе – $58,6 \pm 1,7\%$, во 2 – $41,4 \pm 1,4\%$. Это обусловлено, главным образом, высоким удельным весом случаев прерванного и неудачного лечения. Максимальные показатели эффективности лечения впервые выявленных больных МЛУТБ отмечены в когорте 2012г, «повторных» – в когорте 2011г. Самые низкие показатели эффективности лечения зарегистрированы в когортах 2014 и 2013 годов.

Выводы. Эффективность лечения больных МЛУТБ не достигает рекомендованных ВОЗ показателей (75%). Основной причиной низкой эффективности лечения как впервые выявленных, так и «повторных» больных МЛУТБ является «неудача лечения», однако данный вопрос требует более тщательного изучения.

Немогущая В.А., Обухова Н.В.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИРТУРО

Зав. кафедрой и научный руководитель – доц. С.М. Лепшина

Цель исследования. Изучить результаты применения препарата Сиртуро в лечении больных мультирезистентным туберкулезом (МЛУТБ).

Материалы и методы. Проводили ретроспективное исследование. Использовали истории болезни и журнал регистрации больных (ТБ-03). Результаты лечения больных МЛУТБ (n=5), получавших химиотерапию с использованием Сиртуро, оценивали ежемесячно. Впервые выявленных больных было 3, повторных – 2 человека. У всех больных был диагностирован инфильтративный туберкулез с деструкцией и массивным бактериовыделением. Спектр резистентности микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам (ППП) находился в интервале от 4 до 8 ППП. Диагностику и лечение МЛУТБ осуществляли согласно протоколу МЗ Украины №1091 от 21.12.2012г. Препарат был назначен в первые месяцы лечения. Курс приема Сиртуро составил 24 недели. Перед началом химиотерапии и через 2, 4, 8 недель всем больным проводился мониторинг электрокардиограммы. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы «Microsoft Excel for Windows 2010».

Результаты. У пациентов с бронхолегочным и интоксикационным синдромами клиническое улучшение отмечено в течение первого месяца. Конверсия мокроты, подтвержденная бактериоскопическим и бактериологическим методами, отмечена у всех больных в те же сроки. Положительная рентгенологическая динамика через 3 месяца от начала приема препаратов наблюдалась у четырех больных, через 6 – у одного. Переносимость Сиртуро у всех больных была удовлетворительной, перерывов в приеме препарата не было. В процессе лечения у всех больных отмечено повышение уровня мочевой кислоты, сопровождавшееся проявлениями артропатии в двух случаях. У четырех больных было зарегистрировано повышение уровня трансаминаз (от 1,4 до 2,2 мкмоль/мл*ч), связанное с приемом Пиразинамида. У двух больных имела место ототоксическая реакция на прием аминогликозидов, у одного – нефротоксическая (на Капреомицин). Мониторинг электрокардиограммы, проводившийся в установленные сроки, не выявил клинически значимых отклонений во всех исследуемых случаях. По результатам окончания полного курса лечения (интенсивная и поддерживающая фазы) все больные были переведены в категорию 5.1 – «лица с остаточными изменениями туберкулеза». Рецидивов в течение двух лет не отмечено.

Выводы: Добавление в схему лечения больных МЛУТБ Сиртуро позволило добиться положительной динамики специфического процесса в первые 3 месяца лечения, при этом на исследуемый препарат побочных реакций отмечено не было. Во всех случаях получен благоприятный исход полного курса лечения ПТП и удовлетворительные отдаленные результаты.

Немогущая В.А., Иваницкая Т.В.

ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА С ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ

Зав. кафедрой и научный руководитель – доц. С.М. Лепшина

Цель исследования: изучение распространенности и результатов лечения туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) в Донецком регионе.

Материалы и методы. Проводили ретроспективное исследование, применяли когортный анализ. Использовали истории болезни и журнал регистрации больных (ТБ-03). Оценивали результаты лечения годовых когорт больных ШЛУ-ТБ в Донецкой области (2010 -2014гг) . В исследование включали впервые выявленные и «повторные» случаи ШЛУ-ТБ со сроком лечения менее 2 лет, в возрасте 18-60 лет, мужского и женского пола. Всего исследовано 188 больных, которые были разделены на 2 группы. 1 группу составили больные с впервые выявленным ШЛУ-ТБ (n=112), 2 группу – «повторные» больные ШЛУ-ТБ (n=76). Обследование и лечение больных осуществлялось согласно протоколу МЗ Украины №1091 от 21.12.2012г. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета программ «Microsoft Excel for Windows 2010».

Результаты. За период 2010-2014гг. в Донецкой области отмечается рост удельного веса случаев ШЛУ-ТБ (среди впервые выявленных больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУТБ) – с 3,1% до 4,8%; среди «повторных» – с 6,6% до 8,3%). Эффективность лечения больных в 1 группе составила 13,4 ± 0,32%. Удельный вес лиц, прервавших лечение составил 20,4 ± 2,1%, неудач лечения – 34,2 ± 2%, умерших – 9,6 ± 1,8%, переведенных – 6,1 ± 2,1%. Ежегодно к лечению не приступало 12,6 ± 2% больных. Эффективность лечения во 2 группе составила 8,3 ± 2,4%. Удельный вес лиц, прервавших лечение составил 22,1 ± 5,8%, неудач лечения – 47,5 ± 6,8%, умерших – 10,5 ± 2,4%, переведенных – 3,6 ± 2,7%. Ежегодно к лечению не приступало 8,8 ± 1,8% больных.

Основной причиной низкой эффективности лечения больных ШЛУ-ТБ явился широкий спектр резистентности микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам (от 4 до 8 препаратов). В настоящее время противотуберкулезная служба получила сиртуро и линезолид – препараты с принципиально новым механизмом действия, которые позволят составить адекватную схему противотуберкулезной терапии, и, как следствие, повысить эффективность лечения ШЛУ-ТБ.

Выводы: ситуацию по туберкулезу с широкой лекарственной устойчивостью в Донецкой области можно охарактеризовать как неблагоприятную в связи с ростом заболеваемости и низким показателем эффективности лечения данной категории больных. Анализ и оценка эпидемиологической ситуации позволили разработать мероприятия, направленные на улучшение качества лечения ШЛУ-ТБ.

Новак Е.А.

ОСЛОЖНЕНИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ КО-ИНФЕКЦИЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗ/ВИЧ

Научный руководитель – проф. Корж Е.В.

Цель исследования: изучить условия развития синдрома восстановления иммунной системы (СВИС) и его влияние на эффективность лечения туберкулеза (ТБ) у ВИЧ-инфицированных больных.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов обследования 57 ВИЧ-инфицированных больных ТБ, которым в период стационарного этапа антимикобактериальной химиотерапии была начата антиретровирусная терапия (АРТ). В основную группу вошли 27 человек со СВИС, в группу сравнения – 30 больных с отсутствием СВИС.

Результаты. Установлено, что при количестве CD₄ менее 100 кл/мкл интенсивность их прироста и продолжительность приема противотуберкулезных препаратов до начала АРТ не оказывали существенного влияния на развитие СВИС. Предиктором развития СВИС может быть высокий уровень ВН до начала АРТ и выраженное снижение концентрации вируса в крови на фоне проводимой терапии. Развитие СВИС способствовало повышению госпитальной летальности, наиболее частой причиной смерти была генерализация туберкулезной инфекции с развитием острого милиарного туберкулеза.

Выводы. Развитие СВИС после начала АРТ у больных ко-инфекцией ТБ/ВИЧ является серьезным осложнением, снижающим эффективность лечения, что обуславливает актуальность дальнейших научных исследований для определения путей прогнозирования и лечения.

Перышкина К. Е., Аршава Е. А.

СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙНОГО КОНТАКТА

Научный руководитель – асс. Шумляева Т. М.

Цель исследования – изучить структуру клинических форм туберкулеза у детей, заболевших в условиях семейного контакта с больными туберкулезом.

Материалы и методы. Обследовано 37 детей, больных туберкулезом в возрасте от 1 до 18 лет (среднее значение $6,108 \pm 5,389$), находившихся в условиях тесного контакта с больными родственниками. Всем пациентам диагноз был установлен впервые на основании клинико-рентгенологического обследования. Иммуноферментным анализом проведено исследование крови на ВИЧ-инфекцию. Антитела к ВИЧ у больных не выявлены. Материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты. Установлено, что у детей из семейного контакта частота поражения легких (инfiltrативный, диссеминированный туберкулез, первичный туберкулезный комплекс) отмечена у 21 (56,8%) больного. Внелегочные поражения в виде туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов (с осложнением или без него), периферических лимфатических узлов, экссудативного плеврита выявлены у 16 (43,2%) пациентов. Осложненное течение клинических форм туберкулеза наблюдали у 22 (59,5%) больных.

Сочетание легочной и внелегочной патологии выявили у 4 (10,8%) пациентов. Среди легочных форм наиболее часто диагностировали первичный туберкулезный комплекс, среди внелегочных – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

Выводы. У детей, из семейного контакта, независимо от возраста, легочные поражения преобладали над внелегочными.

Синяко Т.В., Чишко В.В., Ефремова Ю.В.

СИНДРОМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ИММУНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ КО-ИНФЕКЦИЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗ/ВИЧ ПОСЛЕ НАЧАЛА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Научный руководитель – проф. Корж Е.В.

Цель исследования: изучить структуру синдрома восстановления иммунной системы (СВИС) у ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом (ТБ).

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 27 больных ко-инфекцией ТБ/ВИЧ, у которых после начала антиретровирусной терапии (АРТ) в интенсивной фазе антимикобактериальной химиотерапии зафиксированы проявления СВИС.

Результаты. Установлено, что основное количество случаев составил туберкулез-ассоциированный СВИС (24 – 88,9%), у всех больных регистрировали лихорадку и прогрессирование ТБ. У 2 лиц (7,4%) развился токсоплазмоз и у 1 (3,7%) – пневмоцистная пневмония. Наиболее часто наблюдали развитие острого милиарного туберкулеза (10 случаев – 41,7%), приведшего к гибели пациентов. У оставшихся больных СВИС проявлялся увеличением имеющихся изменений в легких или возникновением свежего легочного процесса, развитием внелегочного туберкулеза на фоне прогрессирования изменений в легких. Летальных исходов зафиксировано не было.

Вывод. СВИС у больных ко-инфекцией ТБ/ВИЧ в 88,9% проявлялся прогрессированием ТБ, при этом наиболее неблагоприятным вариантом являлось развитие милиарного туберкулеза, который наблюдался в 41,7% и сопровождался 100% летальностью.

Скрипка Н.С., Скрипка Л.В.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ

Зав. кафедрой и научный руководитель – доц. Лепшина С.М.

Цель исследования. Изучение заболеваемости туберкулезом медицинских работников.

Материалы и методы. Изучены данные отчетов из регионов Донецкой области. Показатель заболеваемости рассчитан по общепринятой методике. Данные обработаны методом вариационной статистики. С 2008г. проводится мониторинг за выполнением требований инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях области.

Результаты. С 2000г. по 2013 г. в Донецкой области отмечена тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом медработников, однако в 2014г. показатель заболеваемости вырос в сравнении с 2012-2013гг. в 2 раза и составил 10,0 на 10 тысяч медработников. Рост заболеваемости произошел за счет увеличения количества заболевших медработников общей лечебной сети. Среди сотрудников тубучреждений заболеваемость продолжает снижаться, однако, еще превышает критерий 0-1 случай за 2-3 года, предусмотренный «Стандартом инфекционного контроля по туберкулезу» № 684 от 18.08.2010 г

Выводы. Заболеваемость медработников туберкулезом остается высокой. За последние 5 лет среди медработников тубучреждений она снизилась, а в общей лечебной сети выросла.

Мероприятия инфекционного контроля за туберкулезом активно проводились только в противотуберкулезных учреждениях, поэтому их необходимо внедрять и в других учреждениях здравоохранения.

Юровская О.В., Сердюк О.В., Клименко Т.Н.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, ВЫЗВАННОГО ОСОБО ОПАСНЫМИ ШТАММАМИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА

Зав. кафедрой и научный руководитель – доц. Лепшина С.М.

Цель исследования. Проанализировать причины летального исхода больных мультирезистентным туберкулезом легких (МРТБ) и туберкулезом с расширенной лекарственной устойчивостью (РРТБ).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ летальных исходов случаев МРТБ и РРТБ. Использованы истории болезни, протоколы патологоанатомического вскрытия 69 больных, которые находились на лечении в специализированных туберкулезно-легочных отделениях (ТЛО №4, 7) Республиканской клинической туберкулезной больницы МЗ ДНР в течение 2012-2015 гг. Письменный отказ родственников от вскрытия получен в 6 случаях. Возраст исследуемых был от 24 до 79 лет, среднее значение составило $42 \pm 1,32$. Мужчин было 46, женщин – 23. «Повторные» больные составили 40 ($58 \pm 5,9\%$) человек, ВИЧ-инфицированные – 46 ($66,7 \pm 5,7\%$). Уровень CD_4 находился в диапазоне 4 – 433 кл/мкл (среднее значение – $111 \pm 16,6$). Структура клинических форм: диссеминированный – 47,8%, инфильтративный – 27,5%, фиброзно-кавернозный – 18,8%, казеозная пневмония – 4,3%, туберкулез бронхов, ВГЛУ – 1,4%. У 47 ($68,1 \pm 5,6\%$) больных диагностирован туберкулез с множественным поражением органов и тканей, в т.ч. с поражением головного мозга – 19 ($27,5 \pm 5,4\%$) человек. Деструкция определялась у 58 ($84,1 \pm 4,4\%$) больных, бактериовыделение – у 61 ($88,4 \pm 3,9\%$) человека. Пациентов с мультирезистентным туберкулезом легких было 59 ($85,5 \pm 4,2\%$) человек, с расширенной лекарственной устойчивостью – 10 ($14,5 \pm 4,2\%$). Спектр лекарственной устойчивости возбудителя составил от 2 до 9 препаратов (среднее значение $5 \pm 0,18$). Больные разделены на 6 возрастных групп: 1-я группа (n=1) – возрастной диапазон 18-24 года, 2-я группа (n=18) – 25-34 года, 3-я группа (n=21) – 35-44 года, 4-я группа (n=22) – 45-54 года, 5-я группа (n=4) – 55-64 года, 6-я группа (n=3) – старше 65 лет. Показатель летальности рассчитывали согласно общепринятой методике. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета программ «Microsoft Excel for Windows 2010». Рассчитывали доли (P) в % и их ошибки репрезентативности (m). При сравнении структуры групп в процентах ($P\% \pm m\%$) применяли χ^2 критерий Фишера. Для сравнения двух пропорций (долей) в одной выборке использовали знаковый критерий z.

Результаты. Показатель летальности в ТЛО №4 составил в 2012 г. – 3,6%, в 2013 г. – 3,2%, в 2014 г. – 6,2%, в 2015 г. – 8,5%; в ТЛО №7 в 2014 г. составил – 4,3%, в 2015 г. – 15,75%. Основными причинами летального исхода были: ВИЧ-инфекция – $59,4 \pm 5,9\%$, туберкулез – $27,5 \pm 5,4\%$, болезни органов кровообращения – $1,4 \pm 1,4\%$, злокачественные новообразования – $1,4 \pm 1,4\%$, патология органов ЖКТ – $1,4 \pm 1,4\%$. Наибольшее число больных, причиной смерти которых был туберкулез, приходилось на три возрастные группы – 25-34 года, 35-44 и 45-54 года, суммарная доля которых составила $95,1 \pm 3,4\%$. От ВИЧ-инфекции умирали больные из двух возрастных групп – 35-44 и 45-54 года, доля которых составила $31,6 \pm 10,7\%$ и $36,8 \pm 11,1\%$ соответственно, а суммарная доля – $68,4 \pm 10,7\%$. В остальных возрастных группах случаи смерти от ВИЧ-инфекции регистрировались в единичных случаях.

Выводы. В настоящее время летальность больных туберкулезом легких, вызванного МРТБ/РРТБ штаммами микобактерий туберкулеза в 59,4% случаях обусловлена коморбидностью туберкулеза с ВИЧ-инфекцией.

ХИРУРГИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького Кафедра общей хирургии № 1 Заведующий кафедрой – д.мед.н, проф. Борота А.В

Pronoza A.A., Orlataya A.A., Danilova.M.S., Rotar D.G.

MINIINVASIVE APPROACH TO COLORECTAL SURGERY: LAPAROSCOPY AND NOTES PROCEDURES

M. Gorky Donetsk National Medical University
Department of General Surgery №1
Chairman – Professor Borota A.V.
Consultant – Sovpel O.V.

Background. Since the laparoscopic approach have been accepted in the major clinical trials, the adoption of laparoscopy in the field of colorectal surgery began in our surgical clinic. Most perspective and less traumatic way to the abdominal cavity is NOTES – Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery.

The objective of this study was to investigate the immediate results of miniinvasive approach to colorectal surgical procedures.

Methods. Retrospective study was carry on from the period of 2012-2014. The endpoints were demographical, clinical, intraoperative, and pathomorphological. Results: There were 77 patients included in the study. Average age was 55,8 (12,9) yo, males – 34 (44,2%), females – 43 (55,8%). Surgical procedures were performed for 5 cases of diverticular diseases and the rest – for colorectal cancer.

Surgical component of the treatment includes different types of colon and rectal laparoscopic resections and TEM – Transanal EndoMicroscopic surgery, NOTES transanal procedure for excision of the villous adenomas and early rectal cancer below 12 cm from the anal verge.

Results. Among all the procedures there were 6 cases of right colectomy, 6 cases of left colectomy, 19 cases of sigmoidectomy, 21 cases of high anterior resection, 2 cases of low anterior resection (partial mesorectal excision with coloanal stapled anastomosis), 2 cases of ultralow anterior resection (total mesorectal excision, TME, with transanal handsewn coloanal anastomosis), 16 cases of TME with intersphincteric dissection, and 5 cases of transanal endomicroscopic rectal resections.

The overall morbidity rate was 9 (11,7%) cases: two cases of necrosis of the brought down colon after TME with intersphincteric dissection, requiring reoperation and ostomy; one case for ileus, requiring reoperation and adhesiolysis; two cases for wound infection and urinary tract infection; one case for urinary retention and anastomosis. There was no mortality. Low anterior resection was the longest procedure, 285 (270-300) min., and the mean blood loss volume during it was also highest among the rest procedures – 220 (165-285) ml. The maximal length of stay, 14(5,2), was after TME with intersphincteric dissection, minimal – after TEM, 4(11,2) days. Maximal conversion rate was in the group of TME – 3 cases, and left colic procedures – 2 cases (it should be noted, that all conversions were occurred during the first 20 procedures).

Conclusion: Laparoscopic colorectal procedures even in the early learning curve period presents acceptable intraoperative and surgical results. TEM is the good option for early rectal lesions with excellent control of the radial margin. The investigation of oncologic results also need to be studied.

Алексеев Л.Ф., Чеграхчи Т.А., Ефанова А.В., Ермилов С.Г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ

Научный руководитель – д.мед.н, проф. Гюльмамедов Ф.И.

Среди общего количества больных, страдающих проктологическими заболеваниями отмечается наличие сочетанной патологии анального канала (АК) и прямой кишки (ПК). Наиболее часто отмечается сочетание геморроя с прямокишечными свищами, анальными трещинами, парапроктитом, новообразованиями. Актуальность данной проблемы обусловлена отсутствием единого подхода к ее решению.

Цель исследования: Оценить результаты хирургического лечения сочетанной патологии прямой кишки и анального канала.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 331 пациента, которые оперированы в клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М.Горького по поводу сочетанной неопухолевой хирургической патологии АК и ПК в период с января 2012 года по январь 2015. Из этой группы больных сочетание геморроя и другой патологии АК и ПК имело место у 159 (48,0±2,7%). Эти больные составили исследуемую группу (ИГ). Контрольную группу (КГ) составили 172 (52,0±2,7%) пациента, оперированные в клинике за этот же период времени по поводу геморроя и перенесших исключительно геморроидэктомию.

Результаты. В ИГ средняя продолжительность операции составила 28 ± 5 минут, в КГ – 19 ± 3 минут ($p > 0,05$). Интенсивность послеоперационного болевого синдрома, оцененная с помощью NRS, в первые, третьи и седьмые сутки после операции в ИГ составила $7,9 \pm 0,2$ ($p < 0,01$), $5,7 \pm 0,2$ ($p > 0,05$), $3,9 \pm 0,2$ ($p > 0,05$) баллов соответственно. В КГ эти показатели составили $6,6 \pm 0,1$, $5,3 \pm 0,1$ и $3,6 \pm 0,1$ балла. Количество отдаленных послеоперационных осложнений в ИГ составило $4,4 \pm 1,6\%$, в КГ – $2,3 \pm 1,1\%$ ($p > 0,05$). Средняя длительность госпитализации в ИГ составила $5,1 \pm 1,0$ суток, в КГ – $3,2 \pm 1,0$ суток ($p > 0,05$); сроки восстановления трудоспособности в ИГ – $20,3 \pm 3,2$ дней, в КГ – $15,1 \pm 2,0$ дней ($p > 0,05$).

Выводы. Наличие сочетанной с геморроем патологии ПК и АК не является показанием к сочетанному хирургическому лечению. Увеличение длительности операции, послеоперационных осложнений, длительности госпитализации и восстановления трудоспособности в ИГ по сравнению с КГ не являются статистически значимыми. Одномоментное хирургическое лечение геморроя и другой патологии ПК и АК избавляет пациента от необходимости повторного хирургического вмешательства и возможных его осложнений.

Аль-Ямани Новрас, Алиев Р.Н., Федоришин А.А., Данилова М.С.

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Научный руководитель: к.мед.н., асс. Башмаков М.Н.

Цель исследования: проанализировать особенности лечения синдрома «Диабетической стопы» (ДС) у больных, поступивших в хирургическую клинику.

Материалы и методы. За период с 2003 по 2005гг. на базе отделения ДС ДОКТМО находилось на лечении 270 больных с различными формами ДС, из которых 152 мужчины (56,3%) и 118 женщины (43,7%), в возрасте от 30 до 65 лет. Средняя продолжительность болезни $10,8 \pm 1,12$ года. У 87 больных (32,2%) диагностирована флегмона стоп, которым в последующем было выполнено вскрытие флегмон, и 50% (18,5%) находились на лечении с длительными незаживающими ранами (трофическими язвами) стоп.

Результаты. Всем пациентам проведена комплексная терапия (КТ), включающая постельный режим и разгрузку поврежденной конечности, коррекцию гликемии с переводом больных на дробное подкожное введение инсулина (4-6 раз в сутки), адекватную и своевременную санацию гнойно-некротических очагов, внутриартериальное введение антибиотиков, лечение сопутствующих осложнений диабета, озонотерапию, улучшение магистрального кровотока, иммунологического гомеостаза.

Выводы. Предложенная КТ позволяет уменьшить процент диабетических гангренов и сократить пребывание больного в стационаре. Отдаленные результаты прослежены нами у 101 больного (82,3%). Ведут активный социально- трудовой образ жизни 53,4% больных, 32,8% находятся на группе инвалидности, а 13,8% больных перешли на более низкую группу инвалидности, а 13,8% больных перешли на более низкую группу инвалидности и совмещают ее с трудовой деятельностью.

Аноприенко Д.Т.

ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Научный руководитель – Борота А.А.

Цель: проанализировать этиологию и симптоматику выпадения прямой кишки.

Материал и методы. Статьи и публикации по колопроктологии, общей хирургии, интернет- ресурсы.

Результаты. Выпадение прямой кишки — прогрессирующее заболевание, характеризующееся смещением стенок дистального отдела толстой кишки и выпадением (выворачиванием) их через заднепроходное отверстие. Частота выпадений прямой кишки составляет $4,2 : 1000$ всего населения, а у лиц старше 65 лет этот показатель равен $1 : 100$. Преобладающий возраст для выпадения прямой кишки: у детей — 1–4 года; у взрослых — 65–70 лет; преобладающий пол — мужской ($5 : 1$ у взрослых, $3 : 1$ у детей).

Патоморфологические изменения характеризуются развитием воспаления в слизистой оболочке прямой кишки, развитием соединительной ткани в мышечном слое, дегенеративными изменениями в мышечных и нервных волокнах наружного сфинктера заднего прохода, мышцах, поднимающих задний проход

Возникновение заболевания протекает по двум основным вариантам.

Первый — это внезапное начало, чаще всего после резкого повышения внутрибрюшного давления в результате тяжелой физической нагрузки, родов или, при ослаблении мышц тазового дна и анального сфинктера, после резкого кашля, чихания и т. п. Сразу после или во время подобного эпизода прямая кишка выпадает на значительном протяжении (8–10 см и более).

При этом нередко возникает сильная боль в животе, что связано с натяжением брюшины и брыжейки толстой кишки. Боль может быть настолько сильной, что приводит больного в состояние шока или коллапса.

Второй вариант встречается чаще — постепенное затруднение акта дефекации, приобретающее хронический характер. Каждая дефекация у подобных больных превращается в мучительный процесс, сопровождающийся значительным повышением внутрибрюшного давления. При продолжении заболевания выпадение прямой кишки возникает не только во время дефекации, но и при кашле, чихании или даже при принятии вертикального положения тела.

Основным осложнением является ущемление выпавшей части кишки, которое может возникнуть у любого больного, если вовремя не вправить выпавшую часть. Быстро увеличивающийся отек препятствует кровоснабжению кишки, что приводит к возникновению некрозов.

Основным симптомом данного заболевания (более 80% случаев) является недержание различных компонентов кишечного содержимого. Болевой синдром у больных, как правило, не выражен, боль чаще возникает при внезапном выпадении прямой кишки. Все же около 50 % больных отмечают боль внизу живота, усиливающуюся при дефекации, значительной физической нагрузке и даже при ходьбе. При вправлении кишки боль в животе либо уменьшается, либо проходит вовсе. Довольно часто больные могут жаловаться на ощущение инородного тела в прямой кишке.

Выводы. Данное состояние составляет примерно 9 % среди всех заболеваний толстой кишки. Заболевание имеет ярко выраженные симптомы и практически всегда требует хирургического вмешательства. Может иметь тяжелые осложнения при отсутствии должного лечения в виде некроза, кишечной непроходимости или перитонита.

Н.К. Базиян-Кухто, С.А. Воронин, А.Ю. Розин, Ю.А. Сенчакова, Д.В. Горелов

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОЛОНПРОКТОЭКТОМИЮ С ФОРМИРОВАНИЕМ J-ОБРАЗНОГО РЕЗЕРВУАРА ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ КРОНА

Зав. кафедрой и научный руководитель: д.м.н., проф. Борота А.В.

Цель исследования. Доказать целесообразность назначения гормональных препаратов в раннем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших колонпроктэктомию с формированием J-образного резервуара по поводу болезни Крона (БК).

Материалы и методы. С 2012 по 2015гг. в клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ на базе колопроктологического центра Донецкого клинического территориального медицинского объединения было прооперировано 47 пациентов по поводу язвенного колита (ЯК), тотального поражения, тяжелого, либо осложненного течения, которым выполнена колопроктэктомия, формирование J-образного илеального резервуара, илеоанального анастомоза и протективной илеостомы. При этом, у 3 пациентов, лечившихся ранее по поводу гистологически верифицированного ЯК и оперированных по данной методике, послеоперационное гистологическое заключение показало наличие БК толстой кишки. Наблюдение за течением послеоперационного периода не выявило каких-либо отличий от остальных пациентов с подобными операциями. Это позволило нам в последующем, в 3 случаях у пациентов с верифицированным диагнозом БК толстой кишки, выполнить аналогичные оперативные вмешательства. В раннем послеоперационном периоде пациенты, оперированные по поводу БК для профилактики рецидива заболевания получали гормональную терапию по разработанной в клинике схеме.

Результаты. В послеоперационном периоде пациенты получали инфузионную, детоксикационную, метаболическую, гормональную терапии. Ушивание илеостомы производилось в сроке от 6 до 8 недель после первого вмешательства. Перед этим проводили резервуарографию, во время которой исследовалась целостность резервуара и резервуароанального анастомоза, пальцевое исследование анастомоза, резервуароскопию с помощью детского ректоскопа, этапную биопсию. В 2 случаях имел место паучит, который был успешно разрешен консервативными мероприятиями. Дальнейшее динамическое наблюдение и исследования показало отсутствие осложнений, вынуждающих повторно возвращаться к вопросу хирургического лечения. Функциональные результаты удовлетворительные.

Выводы. Таким образом, применение гормональной терапии в раннем послеоперационном периоде у данной категории пациентов позволило избежать рецидива заболевания, наличие п/о осложнений, улучшило качество жизни. Следует отметить, что предложенная нами схема может быть рекомендована для более широкого применения.

Н.К. Базиян-Кухто, С.А. Воронин, Д.В. Горелов

ВОЗМОЖНОСТИ ПОДВЗДОШНО-РЕЗЕРВУАРНО-АНАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Научный руководитель: д.м.н., профессор Борота А.В.

Хирургическое лечение болезни Крона (БК) – проблема, которая волновала хирургов всего мира долгое время. Причин этому несколько: увеличение количества случаев заболеваний, отсутствием единого мнения в вопросах хирургической тактики, качество жизни больных после операции.

Цель исследования. На основании имеющихся случаев выполнения пластических операций при БК доказать возможность использования подвздошно-резервуарно-анальной реконструкции у данной категории больных.

Материалы и методы. С 2012 по 2015 г. в клинике общей хирургии ДонНМУ на базе колопроктологического центра Донецкого клинического территориального медицинского объединения было прооперировано 47 пациентов по поводу язвенного колита (ЯК), тотального поражения, тяжелого, либо осложненного течения, которым выполнена колопроктэктомия, формирование J-образного илеального резервуара, илеоанального анастомоза и протективной илеостомы. При этом, у 3 пациентов, лечившихся ранее

по поводу гистологически верифицированного ЯК и оперированных по данной методике, послеоперационное гистологическое заключение показало наличие БК толстой кишки. Наблюдение за течением послеоперационного периода не выявило каких-либо отличий от остальных пациентов с подобными операциями. Это позволило нам в последующем, в 3 случаях у пациентов с верифицированным диагнозом БК толстой кишки, выполнить аналогичные оперативные вмешательства.

Результаты. В послеоперационном периоде пациенты получали инфузионную, детоксикационную, метаболическую, гормональную терапии. Ушивание илеостомы производилось в сроке от 6 до 8 недель после первого вмешательства. Перед этим проводили резервуарографию, во время которой исследовалась целостность резервуара и резервуароанального анастомоза, пальцевое исследование анастомоза, резервуароскопию с помощью детского ректоскопа, этапную биопсию.

В 2 случаях имел место паучит, который был успешно разрешен консервативными мероприятиями. Дальнейшее динамическое наблюдение и исследования показало отсутствие осложнений, вынуждающих повторно возвращаться к вопросу хирургического лечения. Функциональные результаты удовлетворительные.

Выводы. По данным динамического наблюдения, отдаленные результаты и качество жизни пациентов с БК существенно не отличались от группы пациентов с язвенным колитом, что позволяет нам дальнейшее выполнение пластических операций.

Богданова М.Е., Кобец А.И.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОАДЕНОМ МАЛЫХ РАЗМЕРОВ

Научный руководитель: доц. Борота А.А.

Цель исследования. Изучить тактику лечения фиброаденомы малых размеров (до 2 см) и необходимость оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Фиброаденома (ФА) молочной железы является формой узловой мастопатии и доброкачественной гормонозависимой опухолью, формирующейся из ткани молочной железы.

При диагностике ФА производят физикальное обследование и пальпацию молочной железы. Для визуализации ФА могут быть назначены следующие процедуры: УЗИ, маммография, СКТ, МРТ. Для верификации используют метод тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии или трепан биопсии молочной железы.

В подавляющем большинстве случаев лечение ФА только оперативное. В настоящее время показания к хирургическому лечению зависят от размеров ФА. Исходя из множества зарубежных и отечественных литературных данных многие специалисты советуют прибегать к удалению, когда опухоль достигает размеров не менее 2 см. Если размер ФА незначительный (до 10 мм), то в некоторых случаях курс консервативного лечения может быть эффективным.

Вывод. Однозначный ответ на вопрос о необходимости оперативного лечения ФА малых размеров дать тяжело.

Однако, существуют некоторые состояния, при которых их удаление оправдано и показано: - планируемая или существующая беременность - листовидное строение ФА - быстрорастущее образование

- желание самой пациентки удалить имеющуюся опухоль

В остальных случаях, если было проведено полноценное морфологическое исследование, удаление ФА малых размеров (до 2 см) не является обязательным.

Бутко Д.А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ В ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКЕ ПРИ ОСТРОМ НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Научный руководитель: доц. Герасименко Е.А.

Цель исследования. Проанализировать литературные данные о хирургическом лечении инфицированных жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке при остром некротическом панкреатите. Сравнить результаты малоинвазивных вмешательств и традиционных операций.

Материалы и методы. Работа выполнена по материалам научных статей и литературных источников за последние 5 лет.

Результаты. По частоте возникновения острый панкреатит занимает второе место среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Наиболее проблематичным является лечение острого некротического панкреатита и его осложнений.

Постнекротические инфицированные жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке являются осложнением, которое наиболее часто приводит к сепсису и полиорганной недостаточности. При выборе тактики хирургического лечения необходимо учитывать форму, локализацию, распространённость гнойного осложнения. Операциями выбора являются люмботомия и пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука.

При гнойно-некротическом панкреатите нередко наблюдается сочетание нескольких осложнений, поэтому довольно часто комбинируются такие виды хирургических вмешательств как транскutánные, внебрюшинные доступы, лапаротомия, секвестрэктомия, оментобурсостомия и т.д..

Для сравнения клинической эффективности применения малоинвазивных и традиционных методов в лечении острого деструктивного панкреатита, как правило, регистрируют исход заболевания, наличие и характер послеоперационных осложнений. Однако разные авторы приводят довольно неоднозначные результаты исследований эффективности выбранной ими тактики лечения гнойных осложнений.

Некоторые авторы описывают высокие цифры летальности при применении пункционно-дренирующих хирургических вмешательств под контролем ультразвука (на уровне 19,1%), а при выполнении люмботомии, секвестрэктомии, дренировании забрюшинной клетчатки более приемлемые результаты лечения (летальность 9,5%).

Однако в большинстве источников описывается значительное преимущество проведения малоинвазивных пункционных вмешательств (летальность 7,6%), а также практически полное отсутствие таких осложнений как сепсис, аррозивное кровотечение, нагноения послеоперационных ран и др., на фоне проведения массивной консервативной и детоксикационной терапии. При этом проведение люмботомических операций приводит к летальности 17,1% и более, а также к вышеперечисленным осложнениям.

Выводы. Малоинвазивные вмешательства легче переносятся больными, сопровождаются меньшим числом послеоперационных осложнений и в ряде случаев являются более эффективными, чем традиционные операции.

Герасименко Д.С.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Научный руководитель – Герасименко Е.А.

Введение. Билиарный панкреатит – это заболевание, сопутствующее желчекаменной болезни, обусловленное забросом желчи в протоки поджелудочной железы, что вызывает в ней развитие патологических процессов.

Актуальность темы. Примерно 50% всех случаев панкреатита вызваны нарушением диеты: чрезмерное потребление алкоголя, большого количества жирной, острой пищи в рационе, особенно натощак. Второй причиной возникновения панкреатита является осложнение желчекаменной болезни – билиарный панкреатит, данная патология встречается у 35% всех случаев панкреатита, поэтому мы считаем, что изучение методов лечения данной патологии актуально сейчас.

Цель исследования. Изучение литературы в которой описывается эндоскопическое лечение билиарного панкреатита.

Материалы и методы. В ходе работы изучили литературу в которой описывается эндоскопический метод лечения билиарного панкреатита.

Результаты. При желчекаменной болезни микролиты выпадают из желчного пузыря, повреждают большой дуоденальный сосочек (БДС) и вызывают папиллиты, возможен папиллостеноз, именно поэтому в большинстве литературных источников особое место уделяется необходимости эндоскопической ревизии БДС у больных с острым панкреатитом. При выявлении признаков нарушения оттока через БДС необходимо выполнить эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ). Процедура не требует наркоза, выполняется в оборудованном рентген кабинете. После местного обезболивания полости рта и глотки пациенту вводят дуоденоскоп, в двенадцатиперстной кишке находят БДС. Его осмотр позволяет диагностировать папиллостеноз. Под контролем зрения через сосочек в желчный проток заводят катетер и вводят рентген контрастный раствор.

Далее на экране рентген аппарата осматривают состояние протока, его размеры, наличие или отсутствие камней, их количество. Затем в БДС устанавливают папиллотом. Это металлическая струна, по которой проходит ток, что и дает бескровное рассечение тканей. Рассечение проводят путем серии коротких подач тока, медленно (для адекватной коагуляции краев разреза и контроля его протяженности). Поскольку в стандартное хирургическое лечение пациентов с деструктивным панкреатитом обязательно входит наружная декомпрессия желчных путей то здесь возможно применение назобилиарного дренирования (НБД) как наименее травматичного метода декомпрессии. Методика НБД заключается в том, что под контролем дуоденоскопа через БДС в желчные протоки проксимальнее места сужения вводят специальный проводник длиной 3 м. По проводнику устанавливают дренажную трубку. Проводник, а затем и эндоскоп извлекают наружу, а проксимальный конец катетера выводят через носовой ход и фиксируют. Контроль за положением катетера осуществляют рентгенологически, вводя по нему 3-5 мл водорастворимого контрастного вещества. Кроме декомпрессии желчных протоков, дренаж можно использовать и для введения в протоки лекарственных веществ.

Вывод. Исходя из выше перечисленного можно отметить такие положительные стороны данного метода лечения как отсутствие необходимости применения наркоза, относительная атравматичность при хорошей обзорности посредством дуоденоскопа и рентген аппарата. Таким образом можно сделать вывод, что эндоскопические вмешательства позволяют нам выполнить стандарт лечения острого панкреатита и при этом придерживаться принципов малотравматичной хирургии.

Гниденко К.О., Орлатая А.А., Филюрская Д.А., Иванов В.Г.

СОВРЕМЕННЫЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ МАЛОТРАВМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Научный руководитель – доц. Кухто А.П.

Цель исследования. Проанализировать самый эффективный метод малотравматичного лечения геморроя, который не требует госпитализации в стационар и будет легко переносим пациентом, и не будет влечь за собой разные осложнения .

Материалы и методы. Проанализированы данные литературы и интернет-ресурсы по данной проблеме.

Результаты. Склеротерапия (узел прекращает свое существование, заменяется на соединительную ткань) дает нам возможность амбулаторного лечения, не нарушает трудоспособности, эффективность 75-89%, но есть необходимость повторных процедур, возможен рецидив симптомов и такие осложнения как : болевой синдром тромбозов наружных геморроидальных узлов, некроз слизистой, азооспермия, острый простатит. Криотерапия. Полученные раневые дефекты в кишке после воздействий жидким азотом на геморроидальные узлы, которые заживают длительное время . Большой риск в том , что глубину промораживания контролировать не удастся . Биполярная коагуляция . Образование тромбозов варикозных узлов прямой кишки после операции. Лигирование латексными лигатурами. Пережатая ткань латексной лигатурой отмирает и отторгается, или питание узла прекращается и происходит его некротизация . После окончания процесса , узел отторгается вместе с кольцом . Поэтапное лечение дает нам возможность амбулаторного лечения , не нарушает трудоспособность , эффективность лечения на II стадии -90% , на III- 75% , нет рецидивов и осложнений .

Выводы. Таким образом, эти методы малотравматичны, безболезненны и легко переносятся пациентами, но самым эффективным является метод лигирования латексными лигатурами.

Горелов Д.В., Осипенков А.Р., Воронин С.А.

СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ И ИХ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ В СОВРЕМЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПРИЕМАХ

Заведующий кафедрой и научный руководитель: д.мед.н., проф. Борота А.В.

Цель исследования: Несмотря на значительные успехи современной абдоминальной хирургии, одним из тяжелейших осложнений в раннем послеоперационном периоде после резекций и реконструктивных операций на полых органах брюшной полости является несостоятельность швов анастомоза. Целью явилось проанализировать данные отечественной и зарубежной литературы о применении узловых и непрерывных швов при формировании тонкокишечных анастомозов по типу «бок в бок», и выяснить какой вид шва является более надежным.

Материалы и методы: Были проанализированы источники отечественной и зарубежной литературы, такие как World Journal of Surgery, «Брюшная хирургия» проф. И. Литтмана, «Кишечный шов» Власов А.П., «Экспериментальное изучение факторов надежности кишечного шва» Клинецвич В.Ю., Глушков Н.И., «Морфологическая оценка однорядного и двухрядного швов на ободочной кишке» Левшова Н.В. и т. д.

Результаты исследования: Проанализировав литературные данные, можно сделать вывод, что при формировании тонкокишечных анастомозов по типу «бок в бок» узловым швом отмечалось значительно меньшее количество осложнений в послеоперационном периоде, включая меньшее стенозирование (Власов А.П.) и большую состоятельность (Клинецвич В.Ю.), нежели в случаях формирования непрерывного шва.

Вывод: По данным проанализированной литературы узловая методика шва при формировании тонкокишечных анастомозов бок-в-бок является более надежной.

Горелов Д.В., Осипенков А.Р. Воронин С.А.

СРАВНЕНИЕ РЕГЕНЕРАТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ТКАНЕЙ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ УЗЛОВОГО И НЕПРЕРЫВНОГО ШВОВ

Научный руководитель: – к.мед.н., доц. Борота А.А.

Цель исследования: сравнение процессов регенерации тканей при использовании узловых и непрерывных швов в формировании кишечных анастомозов.

Материалы и методы: На базе СНК «Виварий» при Республиканском онкологическом центре им. проф. Бондаря Г.В. выполнено экспериментальное исследование на 10 лабораторных кроликах , возрастом 12-15 месяцев и весом от 2.5 до 3.5 кг. Животные разделены на 2 группы. В первой группе сформированы анастомозы «бок в бок» с использованием узловых швов, во второй- сформированы анастомозы «бок в бок» с использованием непрерывных швов. Для изучения и сравнения гисто-структурных изменений в зоне анастомоза при наложении непрерывного либо узлового шва на 7-е и 14-е сутки после оперативного вмешательства иссекался материал перпендикулярно линии шва анастомоза, фиксированный в 10% растворе забуференного формалина. Срезы предварительно расправлялись по плоскости. После парафиновой проводки срезы окрашивались гематоксилин- эозином. При изучении препаратов оценивались процессы регенерации зоны анастомоза, динамика развития восстановительной реакции.

Результаты исследования: Макроскопически отмечено плотное сопоставление всех слоев стенки кишки. Анастомозы проходимы, герметичны, состоятельны. . Спаечная линия неширокая, образована молодой соединительной тканью, слизистые оболочки стыка эпителизированы.

На 7 сутки в зоне наложения узлового шва отмечается меньшая густота воспалительной инфильтрации как в жировой клетчатке, так и в слизистой оболочке по сравнению с зоной наложения непрерывного шва.

На 14 сутки в зоне наложения непрерывного шва отмечается большая протяженность неэпителизированной слизистой оболочки, сохраняется выраженная воспалительная инфильтрация в слизистой и в мышечной оболочках по сравнению с зоной узлового, где эпителизация слизистой оболочки завершена практически на всем протяжении.

Вывод: можно предположить, что регенеративные процессы в случае использовании узлового шва, при наложении межкишечного анастомоза, более выражены, а сам шов менее травматичен по сравнению с непрерывным швом.

Данилова М.С., Ротарь Д.Г., Базиан-Кухто Н.К., Анайко Я.А.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Зав. кафедрой и научный руководитель: проф. Борота А.В.

Цель исследования: проанализировать результаты выполнения симультанных оперативных вмешательств (СОВ) у пациентов с опухолевыми заболеваниями толстой кишки (ОЗТК).

Материалы и методы: в клинике общей хирургии ДонНМУ им. М. Горького на базе проктологического отделения ДокТМО за период с 2012 по 2015гг. проведено оперативное лечение 986 пациентам с патологией толстой кишки. 789 (80%) больных оперированы в клинике по поводу опухолевой патологии прямой и ободочной кишки. Из них 76(9,6%) пациентам с ЗТК, имеющим сочетанную абдоминальную патологию ОБП, выполнены СОВ. Резекция прямой кишки выполнена 19(25,2%) пациентам, сигмовидной- 25(32,8%), правосторонняя гемиколонэктомия – 15 (19,7%), левосторонняя гемиколонэктомия 17(22,3%). Наряду с проведенными вмешательствами герниоаллопластика выполнена 17 пациентам, в 15 случаях выполнена холецистэктомия, в 9 – аппендэктомия. тубовариоэктомия с резекцией яичника – 16, экстирпация матки с придатками – 9, цистоовариоэктомия – 3, резекция дивертикула Меккеля – 3, удаление фиброматозного узла тела матки – 3, нефрэктомия – 1. Среди них женщин- 45 (59,2%), мужчин-31(40,7%). Возраст больных колебался в пределах от 41 до 86 лет.

Результаты: Среди послеоперационных осложнений, которые составили 2,3%, следует отметить: серомы с нагноением раны – 3 случая, пневмонии – 2, инфильтрат брюшной полости – в одном случае. Летальных исходов не было.

Выводы: Таким образом, на основании имеющегося опыта лечения данной категории больных можно утверждать, что выполнение СОВ у пациентов ОЗТК не ухудшало послеоперационные показатели и качество жизни больных, что позволяет рекомендовать их более широкое применение.

Донской А.Д.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДРЕНАЖ-ИРРИГАТОР

Научный руководитель – доц. А.А.Христуленко

В хирургической практике дренирование широко применяется при самых разных оперативных вмешательствах [1]. Недостатками известных до сегодняшнего дня устройств является невозможность создания эффективной циркуляции лечебного раствора в раневой полости. Большинство процессов в ране протекает на границе раздела ткань – лекарственное вещество, раневая поверхность – слой патологических микроорганизмов, живые клетки – некротические массы. Взаимодействие возможно также на небольшой глубине в пределах тканей, ограниченных воспалительным валом. Кроме того, процессу взаимодействия с лекарственным веществом мешает наложение фибрина. Возле раневой поверхности формируется диффузионный предельный слой, в котором сосредоточено основное сопротивление продвижению молекул реагирующих веществ к межфазной границе или удалению продуктов реакции. Причем основное сопротивление предоставляет диффузионный слой, непосредственно прилегающий к раневой поверхности.

Учитывая необходимость активизации раневого процесса, нами предложен дренаж – ирригатор для внутрисполостной ультразвуковой санации и дренирования ран, объединяющий возможности подведения раствора и осуществления его эффективной циркуляции [2]. При использовании предложенного устройства упрощается применение ультразвука и активизируется перемешивание saniрующего раствора в раневой полости.

В связи с неоднородностью структур стенок раневой полости в предложенном устройстве используется изменяющаяся во времени частота ультразвукового генератора. Это приводит к отсутствию ярко выраженного резонанса в колебательной системе, что позволяет добиться фрагментации некротических участков ткани вне зависимости от их размера, тем самым повысив очищающий эффект. Также отмечается улучшение оттока раневого отделяемого по дренажу в связи с тем, что крупные частицы детрита измельчаются и не перекрывают дренаж.

На кафедре ведутся научно-исследовательские работы по отработке режимов использования предложенного устройства.

Ермилов С.Г., Федоришин А.А.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Научный руководитель: проф. Гюльмамедов Ф.И.

Цель исследования. Уточнить показания к различным способам оперативного вмешательства у больных с различными формами острого парапроктита (ОП) и улучшить их результаты.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии на базе проктологического отделения в ургентном порядке с 2003 по 2011 оперировано 304 человека. Из них по поводу подкожно-подслизистого парапроктита 137 (45,1±2,8%), ишиоректального 167 (54,9±2,8%) больных. Из них 98 (32,2±2,6%) оперированы под комбинированной эпидуральной анестезией и внутривенным наркозом. После пункции абсцесса иглой Дюфо и аспирации гнойного содержимого в полость вводили 5 мл 3% перекиси водорода с бриллиантовой зеленью с целью визуализации внутреннего отверстия (ВО) гнойника. Предварительно в прямую кишку вводился марлевый тампон. При подкожно-подслизистом расположении абсцесса, наряду с дренированием, иссекали его ВО; при высоком расположении ВО производили лишь вскрытие и дренирование абсцесса.

Результаты. Из 304 оперированных больных у 47 (15,4±2,0%) больных сформировались прямокишечные свищи, которые в последующем были оперированы в плановом порядке в клинике. У 257 (84,6±2,0%) больных выздоровление наступило после первого этапа хирургического лечения.

Выводы. С целью профилактики рецидивов ОП и образования свищей прямой кишки, требующих повторных операций, рекомендовано устранение ВО гнойника путем его иссечения. При невозможности иссечения ВО гнойника в силу его высокого расположения целесообразно разделить хирургического лечения ОП на два этапа.

Замовская Е. Г.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Научный руководитель – доц. Герасименко Е. А.

Актуальность. Свищ прямой кишки или хронический парапроктит это одно из заболеваний, наиболее часто встречающихся в практике врача колопроктолога. Согласно данным литературы на долю свищей прямой кишки приходится 15-45% пациентов в структуре колоректальной патологии.

Целью исследования является определить современные методы лечения свищей прямой кишки.

Материалы и методы. Для изучения были использованы отечественная и зарубежная литература.

Результаты исследования. Свищ прямой кишки (хронический парапроктит) – хронический воспалительный процесс в крипте, межсфинктерном пространстве и параректальной клетчатке с наличием сформированного свищевого хода, где пораженная крипта является внутренним отверстием свища.

До недавнего времени широкое применение имел лигатурный метод, как один из распространенных методов хирургического лечения транс- и экстрасфинктерных свищей прямой кишки, сопровождающихся наличием обширных рубцовых изменений анального канала и гнойных затеков в околопрямокишечной клетчатке. Метод безусловно надежен, но сопряжен с высоким риском развития анальной недостаточности (до 60%). Однако на данный момент наиболее актуальным методом хирургического лечения глубоких (транссфинктерных и экстрасфинктерных) ректальных свищей можно считать LIFT операции, методика которых была предложена в 2007 году тайским хирургом Аруном Ройанасакуллом. Операции LIFT (ligation of the intersphincteric fistula tract) заключаются в выявлении, пересечении, и перевязке свищевого хода в межсфинктерном пространстве. С целью адекватного дренирования дистальная часть свищевого хода в области наружного свищевого отверстия иссекается или проводится расширение наружного свищевого отверстия. По данным автора методики, заживление свища удавалось достичь в 94,4% наблюдений. Операции LIFT обладают множеством преимуществ перед не менее популярным лигатурным методом лечения глубоких ректальных свищей. К плюсам LIFT операций можно отнести малотравматичность, так как отсутствует фактор повреждения мышечных структур анального сфинктера, что является профилактикой развития анальной инконтиненции. Кроме этого, удобство техники выполнения операции с энтузиазмом было принято многими колопроктологическими центрами. Так же следует отметить, что при выполнении лигирования свищевого хода в транссфинктерном пространстве наблюдается довольно малое количество рецидивов (по данным литературы частота рецидивов составляет 6 – 10%). Эффективность метода лигирования свищевого хода в транссфинктерном пространстве была доказана в многочисленных исследованиях.

Выводы. Переоценить медицинскую и социальную проблему свищей прямой кишки сложно. Боль, дискомфорт, выделение гноя становятся постоянными спутниками пациента. К настоящему времени разработан широкий диапазон хирургических вмешательств, позволяющих надежно ликвидировать свищ. Для профилактики послеоперационной недостаточности запирающего аппарата прямой кишки и возникновения рецидивов у больных с «глубокими» свищами прямой кишки следует отдавать предпочтение операции LIFT, как наиболее щадящему и эффективному методу хирургического лечения.

Киреев И.А., Бутко Д.А., Ротарь Д.Г.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ И ПАХОВОМОШОНОЧНЫХ ГРЫЖАХ

Научный руководитель: доц. Енгенов Н. М.

Цель исследования. Разработка и внедрение в практику программы оптимизации методики лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 680 оперированных больных. Полученные данные легли в основу оптимизации методики лапароскопической герниопластики. Последствия отражены в результатах лечения последующих 160 пациентов.

Результаты. У ранее оперированных пациентов наблюдались следующие интраоперационные и постоперационные осложнения: кровотечения, эмфизема от действия карбоперитонеума с болевым синдромом в области пояса верхних конечностей, кишечная непроходимость при неэффективной перитонизации имплантата, троакарные грыжи, рецидив грыжи при слабой фиксации сетки и недостаточных её размерах, невралгии и парестезии от травматического воздействия на нервные стволы, гематомы паховой области, отек семенного канатика. Основываясь на представлениях о причинах развития осложнений, были разработаны ряд технических приемов, позволяющих их избежать. Были применены оригинальные способы дренирования операционного поля и отсечения грыжевого мешка. Как наиболее серьезное осложнение операции выделяем повреждение кишечной стенки.

У последующих больных при применении усовершенствованной методики интраоперационных осложнений не было. Отмечено отсутствие плечелопаточного болевого синдрома и невралгий в послеоперационном периоде. Парестезии и гематомы паховой области наблюдались достоверно реже. Гнойно-септических осложнений не было. Рецидив паховой грыжи выявлен через 1 год у одного пациента. Общее количество осложнений снизилось в 3 раза. Таким образом, сравнивая результаты лечения больных, отмечаем снижение числа послеоперационных осложнений при отсутствии интраоперационных.

Выводы. Несмотря на высокую эффективность лапароскопической трансабдоминальной герниопластики окончательную разработку ее методики нельзя считать состоявшимся фактом. Использование описанных технических приемов, предбрюшинное дренирование, визуализация нервных стволов, малогазовая лапароскопия, циркулярное рассечение брюшины без выделения грыжевого мешка при наличии пахово-мошоночной грыжи, уменьшает общее количество осложнений лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики в 3 раза.

Киреев И.А., Чернявский А.Р., Хобта М.В., Ускова В.В.

СИНДРОМ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Научный руководитель – доц. Герасименко Е. А.

Цель исследования. Проанализировать причины возникновения синдрома интраабдоминальной гипертензии (СИАГ) при распространенном перитоните, профилактические меры в лечении СИАГ, и прогнозирование его развития. Рассмотреть этапное хирургическое лечение распространенного перитонита.

Материалы и методы. Были проанализированы источники литературы, такие как World Journal of Emergency Surgery, International Wound Journal и другие, в которых объяснялись причины возникновения СИАГ и сложность лечения таких пациентов.

Результаты. В настоящее время достоверно известно, что СИАГ проявляется вследствие стойкого повышения внутрибрюшного давления (ВБД) более 20 мм рт.ст., которое ассоциируется с манифестацией органной недостаточности. При распространенном перитоните СИАГ возникает, как следствие патологических процессов, развивающихся в самой брюшной полости. Профилактические меры включают снижение ВБД и улучшение перфузии органов, а также уменьшение отека и реперфузионных повреждений. С целью прогнозирования развития СИАГ целесообразно проводить мониторинг внутрибрюшного давления. В лечении СИАГ ведущее значение принадлежит хирургическому методу – выполнению декомпрессии брюшной полости с различными методами фиксации краев раны.

Выводы. Обобщая анализ источников литературы, можно утверждать, что течение распространенного перитонита и его исход во многом зависят от выраженности интраабдоминальной гипертензии, которая неизбежно сопровождает эту патологию. Этот фактор является источником нереализованных возможностей для улучшения лечения распространенного перитонита.

Киреев И.А., Хобта М.В., Данилова М.С., Ротарь Д.Г.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОГО СЕМЕЙНОГО ПОЛИПОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Научный руководитель: доц. Кухто А.П.

Цель исследования: Проанализировать литературные источники и интернет – ресурсы, посвященные проблеме хирургического лечения пациентов с диффузным семейным полипозом толстой кишки (ДСПТК)

Материалы и методы: Систематизированы научные исследования по данной проблеме, проанализированы результаты хирургического лечения и качество жизни данной категории больных.

Результаты: ДСПТК обусловлен нарушением генетической информации и связано с мутацией APC-гена (ген Adenomatous polypsis coli), располагающегося в 5 хромосоме. Семейный аденоматоз толстой кишки передается по наследству и может быть выявлен у нескольких членов семьи и у ближайших родственников в нескольких поколениях. Мутация гена может передаваться по наследству независимо от пола. При классической форме семейного аденоматоза толстой кишки первые симптомы появляются в период полового созревания, а развитие рака (малигнизация полипов) наступает в 30-40 годах. При тяжелой форме заболевание протекает крайне агрессивно и к 18-25 годам наступает раковое превращение полипов. По данным последнего отчета Американской Ассоциации Раковых заболеваний, 10% людей после 45 лет имеют полипы кишечника, из которых 1% переходит в рак. Раннее определение кровотока от этих полипов позволяет повысить выживаемость таких больных до 84%. В настоящее время единственным методом лечения ДСПТК является хирургический. По некоторым литературным данным, при поражении полипами всех отделов толстой кишки единственным способом хирургического лечения является удаление толстой кишки с формированием на передней брюшной стенке постоянной илеостомы. В связи с этим чрезвычайно важной является проблема социальной и трудовой реабилитации таких пациентов. Очевидно, что любая операция на толстой кишке при сохранении ее радикальности будет более физиологичной, если ее закончить восстановлением естественного кишечного пассажа. С этой целью в настоящее время «золотым стандартом» хирургического лечения данной проблемы является колонпроктэктомия с формированием J-образного тонкокишечного резервуара.

Выводы: Таким образом, предложенный вариант хирургического лечения ДСПТК – колонпроктэктомия с формированием J-образного тонкокишечного резервуара отличается радикализмом, позволяет сохранить естественный пассаж и улучшить качество жизни и медико – социальную реабилитацию данной группы пациентов

Макаренко А.О.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Научный руководитель – доц. Полуни Г.Е.

Язвенный колит (ЯК) – тяжелое неспецифическое воспалительное заболевание толстой кишки (ТК) с неизвестной этиологией и разными мнениями авторов о тактике лечения. До 30% пациентов необходимо оперировать.

Цель исследования. Оценить эффективность выбранной нами хирургической тактики при осложненных формах язвенного колита.

Материалы и методы. В исследование включены сведения за 20 лет о 634 больных с ЯК. Резекции ТК в различном объеме выполнены 122 пациентам.

Результаты. 71 (58,2±4,5%) пациенту на первом этапе выполнена субтотальная колонэктомия (СК) с раздельной илео- и сигмостомией – они вошли в 1-ю группу, 22 (18,0±3,5%) оперативное вмешательство выполнено в радикальном объеме – колонпроктэктомия, они составили 2-ю группу, в 3-ю группу вошли 29 (23,8±3,9%) пациентов которым были выполнены различные виды резекций ТК в нерадикальном объеме. Время от дебюта болезни до операции в 1-й группе в среднем составило 5,3, во 2-й – 8,2, а в 3-й – 7,2 лет. 25 (35,2±5,7%) операций выполнены в 1-й группе по ургентным показаниям во 3-й – 8 (27,6±8,3%), все операции во 2-й группе выполнены в плановом порядке. 27 пациентам, перенесшим на первом этапе хирургического лечения СК, использована методика, при которой после выполнения СК и формирования илео- и сигмостомы, проводят инфузионный катетер через культю сигмовидной артерии вне пределов брюшной полости, в месте ее пересечения в области концевой отдела стомированной кишки. Разработана компьютерная программа для прогнозирования риска развития хирургических осложнений у пациентов с ЯК. Общее количество послеоперационных осложнений снизилось с 31,8±7,0% до 11,1±6,0% (p<0,05). Послеоперационная летальность снизилась с 3,7±3,6% до 18,8±5,8% (p<0,05).

Выводы. Мы придерживаемся мнения, что единственным радикальным методом лечения ЯК является тотальная колонпроктэктомия. Тяжесть состояния пациентов не всегда позволяет выполнить радикальный объем на первом этапе хирургического лечения. Катетеризация сигмовидной артерии при выполнении СК позволяет улучшить непосредственные результаты операций. Созданная нами компьютерная программа может эффективно использоваться на этапах диспансерного наблюдения.

Макаренко А.О.

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Научный руководитель – доц. Полуни Г.Е.

Болезнь Крона (БК) – хроническое неспецифическое заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии. На сегодняшний день методик радикального лечения нет. Актуальность проблемы объясняется не только увеличением количества случаев заболевания, но и отсутствием единого мнения в вопросах лечебной тактики, в том числе – определение показаний к оперативному лечению.

Цель исследования. Изучить частоту развития и характер осложнений, которые послужили показанием к выполнению операций у пациентов с болезнью Крона.

Материалы и методы. В исследование включены сведения о 367 больных с БК. Различные виды оперативных вмешательств выполнены 222 (60,5±2,6%) пациентам. В течении первого года от начала дебюта заболевания оперировано 130 (58,6±3,3%) больных, они составили 1-ю исследуемую группу, в сроки от 2 до 5 лет – 57 (25,7±2,9%), они вошли во 2-ю группу, свыше 6 лет – 35 (15,8±2,4%) пациентов – 3-я группа. Средний возраст пациентов 1-й группе составил 44,6, 2-й – 42,7, 3-й – 49,1 лет.

Результаты. По urgentным показаниям в 1-й группе выполнено 60 (46,2±4,4%) операций, во 2-й – 21 (36,6±6,4%), в 3-й – 8 (22,9±7,1%). Осложнениями БК, явившиеся показанием к оперативному лечению явились: кишечная непроходимость – 44 (19,8±2,7%), перитонит – 34 (15,3±2,4%), инфильтрат брюшной полости – 32 (14,4±2,4%), воспалительные псевдоопухоли – 31 (14,0±2,3%), тяжелое состояние с развитием синдрома полиорганной недостаточности – 25 (11,3±2,1%), перианальные осложнения – 19 (8,6±1,9%), кровотечение – 16 (7,2±1,6%), токсическая дилатация толстой кишки (ТК) – 9 (4,1±1,3%), рак – 9 (4,1±1,3%), полипоз ТК – 3 (1,4±0,8%) пациента. Общая послеоперационная летальность в группах составила соответственно 11,5±2,8%, 12,3±4,3% и 2,9±2,8%.

Выводы. Большинство (58,6±3,3%) оперативных вмешательств при БК выполняется в течении первого года после дебюта заболевания, из них 46,2±4,4 по urgentным показаниям. С увеличением длительности болезни растет количество случаев рака ТК ассоциированного с БК. Выполнение обширных резекций при БК не исключает риск развития опухолевой патологии в различные сроки после операции, в связи с чем пациенты должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением.

Мурашко Е.В. Куницкий К.Ю.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ РИСК У БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.мед.н, проф Борота А.В.

Цель исследования: унифицировать показания к объему и методу хирургического лечения ОКН, обусловленной раком ободочной кишки (РОК) у больных пожилого и старческого возраста

Объект и методы исследования: Клиника располагает опытом хирургического лечения 137 больных с различными видами ОКН у больных пожилого и старческого возраста. Больные с осложненными формами РОК составили 41,6% от всех больных, пролеченных с различными видами ОКН. В работе использованы клинические, лабораторные, рентгенологические, эндоскопические методы исследования. На основании выявленных факторов определяющих развитие послеоперационных осложнений (факторы хирургического риска) при хирургическом лечении больных пожилого и старческого возраста основной группы (42 больных) с ОКН, обусловленной РОК выделены 3 степени хирургического риска (сумма баллов от 0 до 10 – относительно низкая; от 11 до 15 – высокая, свыше 15 – критическая). Хирургические вмешательства выполняли с учетом дифференцированного подхода. При этом выделяли 3 группы больных: 1. Больные с перитонитом (10–23,8%. Их оперировали после проведения кратковременной предоперационной подготовки – 1,5-2 часа); 2. Больные в тяжелом состоянии с декомпенсированной ОКН с тяжелой сопутствующей патологией (15–35,7%). Им выполняли этапные операции под местной анестезией с потенцированием после предоперационной подготовки – 4-6 часов, направленной на декомпрессию кишечника (формирование кишечного свища); 3. Больные с субкомпенсированной ОКН (17–40,5%). При сумме баллов от 0 до 10 выполнены одномоментные операции (гемиколэктомия – 9, резекция сигмовидной кишки – 2). При сумме баллов от 11 до 15 – этапные операции (первичная циторедуктивная операция) без первичного восстановления кишечной непрерывности (операция Гартмана – 3, операция Микулича – 3).

Выводы: 1. Учет факторов хирургического риска, использование этапности хирургических вмешательств у больных пожилого и старческого возраста с РОК, осложненным ОКН позволило избежать несостоятельности швов анастомоза, перитонита и улучшить непосредственные результаты хирургического лечения пациентов с толстокишечной непроходимостью.

2. Использование дифференцированного подхода при хирургическом лечении данной категории больных позволило снизить количество послеоперационных осложнений с 27,5% до 16,5%, послеоперационную летальность с 25,0% до 14,4%.

Мурашко Е.В., Куницкий К.Ю.

ФАКТОРЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.мед.н, проф Борота А.В.

Целью исследования явилось обоснование хирургической тактики у больных с ЖКБ, сочетанной с язвенной болезнью (ЯБ).

Материал и методы исследования: В основу работы положен опыт хирургического лечения 177 больных. Основным заболеванием считали ЖКБ и ее осложнения, сочетанной – ЯБ. Возраст больных – от 27 до 82 (50,4±3,7) лет. Мужчин было 83 (46,9%), женщин – 94 (53,1%). В плановом порядке госпитализированы 53 (29,9%), в неотложном – 124 (70,1%) больных. Длительность основного заболевания – от 1 месяца до 30 (5,3±6,6) лет, urgentных больных от 3,5 до 144 (43,4±5,4) часов. Хронический калькулезный холецистит (ХКХ) имел место у 53 (29,9%), острый калькулезный холецистит (ОКХ) 69 (39,0%), механическая желтуха (МЖ) – у 55 (31,1%), перитонит у 20 (29,0%), холангит – у 15 (8,5%) больных. Сочетанная язвенная болезнь ДПК

выявлена у 136(74,0%) у 5 из них в сочетании со вторичной язвой желудка, язвенная болезнь желудка – у 14(7,9%), ДПК в сочетании со вторичной язвой желудка у 5(2,8%) больных . 33(18,6%) больных в прошлом перенесли операции по поводу различных осложнений ЯБ. Активная фаза язвенного процесса на момент операции была у 51 (28,8%) больных. У 88 (49,7%) больных отмечено бессимптомное течение основного и сочетанных заболеваний. Симультанные операции по поводу сочетанной язвы основной группы выполнили у 11 (6,2%) больных . Учет выявленных факторов риска позволил уменьшить частоту осложнений в виде острого желудочно-кишечного кровотечения до 1,4% у больных основной группы. Улучшение результатов хирургического лечения данной категории больных заключается в использовании комплексного подхода в диагностике, использования миниинвазивных технологий.

Прозона А.А., Орлатая А.А., Филюрская Д.А., Анайко Я.А.

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ШВА НА ГЛУБОКИЕ РАНЫ

Научный руководитель – проф. Л.И.Василенко

Цель исследования. Разработка способа формирования хирургического шва (ХШ) на глубокие раны, в котором обеспечивается надежный гемостаз, прочность шва, прецизионное и герметичное сопоставление краев стенок глубокой раны.

Материал и методы. Исследование проведено на 7 пациентах, находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении №2 ДОКТМО, которым выполняли хирургические операции по поводу кист копчика и ушивании глубоких лапаротомных ран. Из них 3 пациента оперировали по поводу рецидивных кист копчика, после первичных операций, выполненных в районных и городских больницах Донецкой обл.

Усовершенствованный способ ХШ осуществляют следующим образом. Первоначальный вкол иглы выполняют со стороны середины раны в подкожно-жировую клетчатку (ПЖК), далее проводят иглу под дно раны с выколом на середине глубины раны противоположной стенки. Напротив точки первоначального вкола лигатуру перекрещивают. Далее, одним концом лигатуры осуществляют вкол иглы в ПЖК первоначальной стенки раны с выколом со стороны кожи на расстоянии 2 см от краев раны, после чего разворачивают иглу на 180°, выполняют вкол на расстоянии 0,5 см от края раны через кожу с последующим вколом иглы в кожу противоположного края раны и выколом иглы на расстоянии 0,5 см от края раны. Завершающий вкол иглы осуществляют другим концом лигатуры на противоположной стороне от первоначального вкола в ПЖК с выколом иглы в кожу на расстоянии 2 см от ее края. В результате концы лигатур расположены на одном краю раны.

Результаты. Данный способ ХШ успешно апробирован в клинике при ушивании глубоких ран у 7 пациентов. Недостаточности швов, нагноений раны, других осложнений, связанных с применением усовершенствованного способа хирургического шва не наблюдали. Швы сняты на 8-9 сутки после операции. Заживление ран "первичным" натяжением наблюдали у 5 пациентов, "вторичным" натяжением – у 2 пациентов с рецидивными кистами копчика. Предлагаемый способ ХШ повышает надежность, прочность шва, прецизионное и герметичное сопоставление краев стенок раны, качественное соединение средней части глубокой раны, обеспечивает надежный гемостаз, исключает риск оставления остаточных полостей в глубине раны и формирования гематом. Шов обеспечивает герметичное сопоставление и полный контакт однородных тканевых поверхностей.

Выводы. 1). Благодаря совокупности описанных выше признаков усовершенствованного способа хирургического шва достигается повышение качества хирургического лечения пациентов, создание оптимальной герметичности и прочности шва при ушивании глубоких наружных ран, обеспечивается надежный гемостатический эффект. 2). Предлагаемый способ наложения хирургического шва может быть применен в хирургии, при ушивании глубоких послеоперационных ран, когда не представляется возможным одним стежком захватить в шов ее дно. 3). Усовершенствованная методика формирования хирургического шва может быть применена в качестве «первичного» и «вторичного» шва.

Rozin A.Yu.

STUDYING QUALITY OF LIFE IN PATIENTS OPERATED WITH COLON CANCER (LITERATURE REVIEW)

Supervisor: Docent. Kukhto A.P

The purpose of the study. Based on the literature data was analyzed methods of surgical rehabilitation, improving the quality of life of patients undergoing surgery for colon cancer.

Materials and Methods. Most researchers who are professionally engaged in studying quality of life, in this concept put assessment of the basic functions of life: physical, mental, social and spiritual. Therefore, quality of life should be considered as an integral criterion of rehabilitation effectiveness after treatment for severe diseases that lead to disability or permanent disability. This criterion allows to evaluate the adaptation of the patient after treatment to the usual conditions of life for him, and to establish the degree of his reintegration into society. Quality of life study was performed using the SF -36 (Ware JE, 1992), which allows establishing compliance with the minimum psychometric standards, necessary for group comparisons. The questionnaire is designed to explore all components of life's quality. When creating questionnaire by researchers from the World Health Organization 40 health concepts were selected only

8 that are most often related to the practice of population studies and are more susceptible to the influence of the disease and its treatment. SF-36 questionnaire was developed within the project studying quality of life; it is officially registered and recommended for use in most countries.

Results. According to the literature, quality of life in patients before performing surgery for colon cancer is significantly lower on all indicators SF-36 than in healthy individuals. They sharply decreased physical and social activity, emotional status, significantly decreased subjective evaluation of emotional state, mood and, in general, overall health. This is due to the presence of more severe disease, which poses a real threat to the life of the patient, to a lesser extent – the forthcoming operation, accompanied by physical suffering and negative psycho-traumatic factors.

Conclusions. The quality of life in patients undergoing surgery for colon cancer, negatively affects the occurrence of disease recurrence, distant metastasis, complications in the early and late postoperative period, a functioning colostomy on the anterior abdominal wall, pathological syndromes caused by removal of the ileocecal region, rectal ampulla, ampoules and sphincter apparatus of the rectum. Improving the quality of life in patients after reconstructive surgery is mainly due to the improvement of most of the life's quality indicators: physical functioning, role physical functioning, general health, social functioning, role emotional functioning, and mental health.

А.Ю. Розин, Сенчакова Ю.А., Алиев А.Н., Прокофьева В.Н., Хохлова С.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ПО LICHTENSTEIN И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ: ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ МЕТОДОВ

Научный руководитель – доц. Герасименко Е. А.

Цель исследования. Рассмотреть и проанализировать преимущества и недостатки двух наиболее часто используемых методов в лечении паховых грыж: метод Lichtenstein (открытая герниопластика) и лапароскопический метод.

Материалы и методы. Были проанализированы источники литературы, такие как Hernia, Surgery Endoscopic и другие, в которых объяснялись все преимущества и недостатки методов.

Результаты. Положительные аспекты лапароскопического метода заключаются в незначительном болевом синдроме, коротком восстановительном послеоперационном периоде, низкой частоте послеоперационных осложнений. Отрицательные аспекты заключаются в возможных интраоперационных осложнениях, в высокой частоте рецидивов (около 5%) и стоимости операции. Преимущества метода Lichtenstein в легкости обучению этому методу, в низкой частоте рецидивов (0,2-1%), а также возможности применять местную анестезию. Недостаток метода – это возможная травматизация семенного канатика, большое количество возможных осложнений (формирование сером, гематом, инфильтрата), а также более длительная послеоперационная реабилитация.

Выводы. Обобщая анализ источников литературы, можно утверждать, что оба метода приобрели большую популярность и имеют значительные преимущества перед натяжными способами герниопластики. Перед операцией стоит проводить тщательное обследование пациентов, для дальнейшего выбора метода герниопластики. Однако, следует отметить, что лапароскопический метод требует хорошего знания эндоскопической анатомии паховой области.

Ротарь Д.Г., Данилова М.С., Базиян-Кухто Н.К.

СИМУЛЬТАННЫЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ДРУГИХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭКСПЕРТНОЙ СИСТЕМЫ ПРОГНОЗА ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Борота А.В.

Цель исследования. В клинике общей хирургии ДонНМУ им. М. Горького на базе проктологического отделения ДокТМО за период с 2012 по 2015гг. проведено оперативное лечение 986 пациентам с патологией толстой кишки. На основании разработанной экспертной системы прогноза операционного риска (ЭСПОР) у 127 (12,8%) пациентов с ЗТК, имеющих сочетанную абдоминальную патологию ОБП, которым выполнены СОВ, а также 187 (18,9%), которым выполнены КОВ спрогнозированы показания и разработаны аспекты хирургической тактики при сочетанном или комбинированном оперативном вмешательстве (в режиме планирования и реального времени), а также определен объем интенсивной терапии в послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. ЭСПОР является гибридной динамической экспертной системой, применение которой позволило повысить эффективность процессов оценки тяжести течения основного заболевания с учётом сопутствующей патологии; прогноза степени риска интраоперационных осложнений в режиме планирования и реального времени; рекомендации хирургической тактики при сочетанном или комбинированном оперативном вмешательстве; прогноза степени риска послеоперационных осложнений; определения объема интенсивной терапии в послеоперационном периоде.

Выводы: Впервые доказано, что разработка ЭСПОР интра- и послеоперационных осложнений может служить критериями определения степени риска оперативного вмешательства, а также прогнозирования оценки

эффективности выполнения оперативного вмешательства у данной группы пациентов, что позволяет принять решение о возможности выполнения оптимальной операции или отказаться от нее, тем самым улучшить непосредственные результаты лечения и качество жизни пациентов.

Самерок С.И.

ПРИМЕНЕНИЕ МУКОКЛАЗИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Зав. кафедры – д.м.н, проф. Борота А.В.

Научный руководитель: к.м.н, доц. Герасименко Е.А.

Цель исследования: оценить достоинства термической мукоклазии в сравнении с химической при хирургическом лечении острого калькулезного холецистита.

Материал и методы: исследование методик хирургического лечения острого калькулезного холецистита, изучение и анализ статистики и результатов лечения больных после проведения химической и термической мукоклазии.

Результаты: Острая форма холецистита в большинстве случаев связана с обтурацией устья пузырного протока конкрементом и последующим воспалением стенок желчного пузыря, некрозом и, как следствие, развитием желчного перитонита. Из-за опасности быстрого развития осложнений и низкой эффективности консервативных мероприятий рекомендуется хирургическое лечение заболевания. При невозможности лапароскопической операции проводят лапаротомию с холецистэктомией и ревизией брюшной полости. Следует учитывать, что пик заболеваемости приходится на пациентов в возрасте 50-70 лет, выполнение у них обширных оперативных вмешательств сопряжено со значительным риском при наркозе и высокой послеоперационной летальностью – до 33%.

В качестве щадящей методики у больных пожилого и старческого возраста используют малоинвазивные тактики лечения. С целью декомпрессии желчного пузыря и купирования воспалительно-деструктивных процессов в стенке производят наложение холецистостомы с удалением конкрементов, эндоскопическую санацию полости желчного пузыря. При глубоком расположении и малых размерах пузыря, значительной толщине брюшной стенки применяют чрезкожную чрезпеченочную микрохолецистостомию. Так как данные методики не являются радикальными и рецидивы наблюдаются уже через 30-60 дней, то операции завершают деструкцией эпителия слизистой оболочки, что вызывает полную облитерацию полости пузыря в результате регенерации соединительной ткани подслизистого слоя.

В качестве разрушающего фактора применяют химические вещества (спирт, фенол) или термическое воздействие (пар, электрокоагуляция). Исследуя литературу и научные публикации, мы определились, что наиболее целесообразно использование термического метода. При этом исключается попадание химических реагентов в желчные протоки и исключается необходимость предварительного стенозирования пузырного протока. Значительность разрушения стенки химическим веществом контролируется только временем воздействия, точность по сравнению с термокоагуляцией невысока, есть риск перфорации стенки пузыря.

Выводы: При хирургическом лечении острого калькулезного холецистита у пациентов с высоким операционным риском желательно применять щадящие малоинвазивные методики, включающие мукоклазию желчного пузыря с облитерацией его полости. Наименее травматичной и наиболее эффективной, с полноценной облитерацией полости желчного пузыря, принимается методика термокоагуляционной мукоклазии.

Сечкина Е.А., Ломанов В.А.

СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Научный руководитель: доц. Герасименко Е.А.

Рак прямой кишки (РПК) относится к наиболее распространенным опухолевым заболеваниям человека. Последние десятилетия характеризуются неуклонным ростом заболеваемости РПК. На сегодняшний день любое хирургическое вмешательство, выполняемое при рассматриваемом заболевании, должно отвечать двум современным требованиям онкохирургии: обеспечение эффективного радикализма операции и создание комфортных условий жизни пациента.

Цель исследования: сравнение результатов оперативных вмешательств при опухолях прямой кишки.

Материалы и методы: Нами рассмотрены результаты лечения 18 больных с опухолями прямой кишки, которым выполнялась сфинктеросохраняющая операция по типу Дюамеля, которая успешно выполняется в отделении Проктологии ДОКТМО.

Результаты: В настоящее время одним из хирургических методов лечения опухолей прямой кишки является брюшно-анальная резекция по Петрову-Холдину (классическая методика). Однако данная операция имеет ряд недостатков и послеоперационных осложнений:

сложность в наложении швов при формировании низкого анастомоза (при очень низкой локализации опухоли);

несостоятельность швов анастомоза;

развитие анальной инконтиненции различной степени; показатели сфинктероманометрии после выполнения БАР по Петрову-Холдину даже через 12 мес восстанавливаются лишь на 80-85% (в сравнении с дооперационными показателями); синдром низкой передней резекции (частые императивные позывы к акту дефекации, недержание каловых масс, многомоментное и неполное опорожнение кишечника).

Таким образом, весьма актуальна разработка новых способов лечения и профилактики калового недержания оперированных больных. Суть операции Дюамеля состоит в том, что мобилизуется только задняя стенка ПК, прямая кишка рассекается на уровне входа в малый таз, ее дистальная часть ушивается. Мобилизованную толстую кишку, после резекции опухоли, протягивая позади ПК, низводят через полукруглое отверстие, сделанное на задней стенке ПК. Избыток низведенной кишки резецируют. Брыжечную полуокружность низведенной кишки тщательно подшивают через все слои к коже у анального отверстия. Переднюю полуокружность сшивают несколькими швами с задней стенкой ПК. Анализ историй болезни и отдаленных результатов лечения показал, что как в послеоперационном, так и в отдаленном периоде, анальной инконтиненции и несостоятельности швов анастомоза не наблюдалось, показатели сфинктероманометрии были близки к дооперационным.

Выводы: Применение сфинктеросохраняющей операции по методике Дюамеля позволяет значительно раньше восстановить замыкающую функцию ПК и значительно улучшить психосоциальную реабилитацию больных; также данная методика не вызывает сложностей в плане наложения швов при низких локализациях опухолей ПК, что снижает риск несостоятельности анастомоза, и не вызывает повреждений сфинктерного аппарата.

Федоришин А.А., Алиев Р.Н., Чернявская Т.А., Базиан-Кухто Н.К.

ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ И ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Борота А.В.

Актуальность. Проблема хирургического лечения колоректального рака (КРР) приобретает все большее социальное значение. В последние десятилетия отмечается рост показателей заболеваемости и смертности больных злокачественными новообразованиями толстой кишки во всем мире. В структуре онкологических заболеваний в 2007 году КР занял первое место. Наиболее часто (80%) рак толстой кишки метастазирует в печень и реже – в другие органы. Во время установления диагноза злокачественного заболевания толстой кишки синхронные метастазы в печень диагностируются у 15-25 % больных и еще в 20-45 % случаев вторичные очаги выявляются в последующие годы. До настоящего времени не до конца изучены результаты хирургического лечения больных колоректальным раком (КРР) с метастазами в печень в зависимости от объема поражения и функционального состояния непораженной паренхимы

Цель исследования. Проанализировать результаты одномоментного хирургического лечения метастатического (КРР) при выполнении атипичных резекций печени (АРП) и резекций толстой кишки.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 35 пациентов с распространенным КРР, радикально оперированных одновременно с выполнением АРП вместе с метастазами в клинике общей хирургии №1 ДонНМУ им. М. Горького на базе проктологического отделения ДокТМО за период с 2012-2015гг. Среди них 19 женщин и 16 мужчин. Возраст больных колебался в пределах 42 – 83 лет. У 29 из них диагноз КРР с наличием метастазов в печень подтвержден на основании данных компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием или УЗИ органов брюшной полости. У 6 пациентов метастатическое поражение установлено интраоперационно при ревизии печени.

Результаты. В 21 случае при обследовании и интраоперационно установлено наличие солитарного поражения печени метастазами КРР, в остальных 14 случаях определялись множественные метастатические узлы в пределах одной (9 пациентов), либо обеих (5 случаев) долей, с поражением не более 40% площади паренхимы, что позволило нам выполнить относительно радикальный объем вмешательства. Всем больным данной группы проведена АРП в пределах здоровых тканей печени с использованием высокочастотных биполярных инструментов, позволяющих достичь надежную коагуляцию всех типов сосудов печени, ушиванием дефекта печени отдельными Z-образными швами, по показаниям. Серьезных послеоперационных осложнений и летальности у данной группы пациентов не отмечено. Во всех случаях диагноз был подтвержден гистологически.

Выводы. При хирургическом лечении пациентов с распространенным операбельным КРР и наличием метастатического поражения печени предпочтительно выполнение одновременного удаления опухоли толстой кишки с выполнением АРП.

Федоришин А.А., Базиян-Кухто Н.К., Филин М.В., Чернявский А.Р., Алиев Р.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТРОНИДАЗОЛА ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РЕЦИДИВА БОЛЕЗНИ КРОНА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Научный руководитель: доц. Кухто А.П.

Цель исследования: Изучение возможности поддержания ремиссии рецидивов после хирургической резекции всей пораженной части кишечника по поводу болезни Крона (БК).

Материалы и методы. Проанализированы данные отечественной и зарубежной литературы, посвященные проблеме лечения болезни Крона. Описано рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, в котором для предотвращения рецидива после резекции подвздошной кишки у пациентов с БК использовали метронидазол (клион, флагил, эфлорган). Выбор этого препарата был обусловлен следующими соображениями: метронидазол эффективен в борьбе с активной формой болезни Крона; обладает высокой антимикробной активностью против анаэробных микробов, которые в больших количествах присутствуют в области подвздошной и прямой кишки после резекции подвздошной кишки; считается, что бактериальные антигены играют важную роль в болезни Крона, а метронидазол вызывает изменения в фекальной флоре; метронидазол может оказывать иммуноподавляющее действие. В исследование включено 60 пациентов, подвергшихся куративной резекции конечной части подвздошной кишки и частичной колэктомии с илеоколонорезекцией по поводу осложнений БК. Всем пациентам выполнили резекцию пораженного сегмента подвздошной кишки вместе с 5 – 15 см ее здоровой части; был создан анастомоз с непораженной прямой кишкой. После рандомизации 30 пациентов получали метронидазол (20 мг на 1 кг массы тела ежедневно) в течение 3 мес, а другие 30 пациентов – плацебо. Запрещалось использование других лекарственных препаратов, кроме средств против диареи.

Обе группы были хорошо сравнимы по всем клиническим параметрам. Через 3 месяца лечение было прекращено, а 12 недель спустя были выполнены илеоколоноскопия и биопсия. Если величина воспаленной части при рецидиве кишки превышала возможности эндоскопа, проводили радиографическое исследование с использованием бария, чтобы точно определить длину воспаленной части кишки. 9 пациентов отказались от продолжения исследования, 2 из группы плацебо и 7 из группы получавших метронидазол, в том числе 5 – из-за побочных эффектов лекарственного препарата. Через 12 недель у 21 (75%) из 28 пациентов в группе плацебо выявлены рецидивы поражений в неотерминальной области, тогда как в группе получавших метронидазол рецидивы возникали у 12 (52%) из 23 пациентов. Эти различия почти достигают уровня статистической значимости ($p = 0,09$). Частота тяжелых эндоскопически подтвержденных рецидивов при использовании метронидазола (3 из 23; 13%) была значительно ниже, чем в группе плацебо (12 из 28; 43%, $p = 0,02$). Доля пациентов с тяжелыми рецидивами при лечении метронидазол была на 30% ниже, чем в группе плацебо. У 4 из 23 пациентов, получавших метронидазол, при гистологическом исследовании были обнаружены рецидивы в неотерминальной части подвздошной кишки, тогда как в группе плацебо рецидивы выявлены у 15 из 28 пациентов ($p = 0,008$). Доля пациентов с гистологически выявленными рецидивами была на 36% ниже, чем в группе плацебо. Сравнимость эндоскопических и гистологических показателей была отличной. Лечение метронидазолом позволило статистически значимо снизить клинический уровень рецидивов за год (4% против 25%; $p = 0,044$). Снижение за 2-летний период (26% против 43%) и за 3 года (30% против 50%) не было статистически значимым.

Выводы: Лечение метронидазолом в течение 3 месяцев позволяет уменьшить тяжесть ранних рецидивов БК в неотерминальной части подвздошной кишки после резекции и, вероятно, отсрочить клинические проявления рецидива.

Филюрская Д.А., Орлатая А.А.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Научный руководитель: доц. Кухто А.П.

Цель исследования. Проанализировать данные отечественной и зарубежной литературы, посвященные проблеме острой кишечной непроходимости (ОКН)

Материалы и методы. В 1991 г. М. Dohmoto представил первый опыт применения металлических стентов в качестве паллиативного метода лечения при опухолевой непроходимости толстой кишки. В 1994 г. Е. Tejero и соавт. опубликовали отчет о лечении 2 пациентов с опухолевым стенозом толстой кишки, у которых стентирование стало предварительным этапом перед хирургическим вмешательством [8]. В настоящее время в англоязычной литературе появляется все большее число работ, указывающих на то, что установка металлических саморасширяющихся стентов — относительно простая и безопасная альтернатива стандартному хирургическому лечению больных колоректальным раком, осложненным острой непроходимостью кишечника, позволяющая устранить необходимость формирования колостомы.

Результаты. С появлением стентов появилась возможность избежать экстренной операции как с паллиативной целью у больных с генерализацией КРР, так и с целью подготовки кишечника к радикальной одноэтапной операции.

Концепция использования саморасправляющегося металлического стента для устранения обструкции была впервые применена в 1985 г., когда К.С. Wright et al. (1985) успешно установили стент в яремной вене и брюшной

аорте лошади. Спустя годы, постановка стентов стала предприниматься при различных заболеваниях: стенозы коронарных артерий, уретры, трахеи, пищевода, билиарного тракта.

Автор применял стенты, устанавливая их под рентгенконтролем. В 92% непроходимость была разрешена.

J. Tack et al. (1998) показали, что эндоскопическая установка стента в 11,1-13,4% наблюдений осложняется ятрогенной перфорацией кишки, которая требует экстренной лапаротомии. P. Spinelli et al. в 1993 году опубликовали результаты лечения 13 пациентов с толстокишечной непроходимостью, которым постановку стента выполняли только эндоскопическим методом. Успешно процедура выполнена у 11 больных. Использование только эндоскопической методики упростило постановку стентов. A. Mainar et al. (1999) выполнили постановку стента эндоскопически 32 из 71 пациентов.

F. Camunez et al. в 2000 году опубликовали результаты лечения 80 пациентов с ОТКН, используя эндоскопическую постановку стента. Успешно стент поставлен у 70 пациентов, кишечная непроходимость разрешилась у 67 (96%). У 2 больных возникла перфорация толстой кишки. У 35 пациентов стент оставлен с паллиативной целью. В 2002 г. U.P. Knot et al. обобщили результаты стентирования толстой кишки опубликованные в Medline и других on-line базах с января 1990 по декабрь 2000 годов. Всего было 598 больных. Технический успех (правильная постановка стента) достигнут в 551 (92%) случаях и клинический эффект достигнут у 525 (88%) больных. Паллиативный эффект достигнут у 302 (90%) из 336 больных с IV стадией заболевания. В последующем 223 (85%) пациентам из 262 выполнена одноэтапная операция («bridge to surgery»). Летальный исход у 3 (1%) пациентов. Перфорация возникла у 22 больных (4%). Миграция стента обнаружена у 54 (10%) больных, в основном у больных в паллиативной группе. Стент-реобструкция отмечена у 52 (10%) больных. В.Л. Ривкин (2004) считает, что эта методика может стать альтернативой колостомии у иноперабельных больных.

Выводы. Изучение возможности и оценки эффективности эндоскопических методов реканализации и декомпрессии толстой кишки при опухолевой непроходимости, как этапа подготовки к радикальной хирургической операции с наложением первичного анастомоза без колостомы является актуальным и перспективным, поэтому требует дальнейшего изучения.

Ханча М.М., Чернявский А.Р., Ермилов С.Г., Прокофьева В.Н., Хобта М.В.

ОДНОМОМЕНТНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И КОМБИНИРОВАННАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ДВУСТОРОННИХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Научный руководитель: доц. Енгенов Н.М.

Цель исследования. Проанализировать результаты лапароскопических методов лечения двусторонних паховых грыж (ПГ).

Материалы и методы. Рассмотрены результаты хирургического лечения 131 больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении ДОКТМО с 2000 по 2008гг. в возрасте от 25 до 77 лет. Мужчин было 122, женщин-9, Длительность грыженосительства составил от 1 года до 20 лет.

Результаты. У всех больных была выполнена билатеральная герниопластика с использованием лапароскопической техники. Наиболее частым осложнением были ложные кисты семенного канатика (6 пациентов). У 104 больных с обычными размерами ПГ с обеих сторон был использован только лапароскопический доступ. В 19 случаях, при сочетании большой паховой грыжи с контрлатеральной грыжей обычных размеров, выполнялась комбинированная лапароскопическая герниопластика с одной и лапароскопическая герниопластика с другой стороны соответственно. В 8 случаях была выполнена билатеральная комбинированная лапароскопическая герниопластика.

Выводы. ЛГ является операцией выбора в лечении двусторонних паховых грыж. Вмешательство безопасно, малотравматично, сопровождается короткими сроками лечения и реабилитации больных.

Хобта М.В., Шалимова Д.В., Бутко Д.А., Ротарь Д.Г.

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Научный руководитель доц. Лыков В.А.

Цель исследования. Провести анализ гистологических форм опухолей анального канала.

Материалы и методы. Истории болезни, пациентов перенесших хирургическое вмешательство по поводу опухолей анального канала за 2005-2014 годы в проктологическом отделении ДОКТМО.

Результаты. За период 2005-2014 годы оперировано 546 больных с новообразованиями анального канала в возрасте от 18 до 82 лет, средний возраст 55,89 лет. Мужчин – 211, женщин -335 (61,36%). С доброкачественными опухолями -249(45,60 %) больных, в возрасте от 18 до 78 лет, средний возраст составил 52,46 лет, мужчин – 106(42,57%), женщин -143(57,43 %) . По гистологическому строению преобладали фиброзные полипы – 154(61,84 %), папиллома – 53 (21,29%), аденоматозный полип – 29(11,65%), ворсинчатая опухоль- 7 (2,81%), фибролипома – 1 (0,4%), гемангиома – 1 (0,4%), воспалительная «опухоль»-4(1,61 %) больных. Со злокачественными опухолями находилось на лечении 297 (54,40%) больных в возрасте от 24 до 82 лет, средний возраст составил 58,84 лет. Рак анального канала – 285 (95,96 %) больных, перианальной области – 12 (4,04 %) больных.

Выводы. Анализ гистологического строения опухолей анального канала свидетельствует о том, что аденоматозные полипы и папиллома являются предраковыми заболеваниями и подлежат обязательному хирургическому лечению.

Хохлова С.В.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРЕЩИНЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Научный руководитель – Василенко Л.И.

Введение. Проблема эффективного хирургического лечения хронической трещины анального канала продолжает оставаться одной из актуальных проблем в современной колопроктологии. По литературным данным хроническая трещина анального канала встречается в 4 – 7% от хирургических заболеваний прямой кишки. Наиболее часто в хирургической практике при лечении хронической трещины анального канала используется методика клиновидного иссечения краёв и дна хронической трещины с основанием в сторону анального сфинктера без последующего сшивания краёв. Заживление краёв происходит вторичным натяжением в течение 3 – 5 недель после оперативного вмешательства при использовании ректальных свечей и мазей. В результате такого заживления получается широкий рубец в 3 – 8% случаев деформирующий и стенозирующий наружный сфинктер, что требует проведения бужирования при пальцевом исследовании прямой кишки.

Цель исследования. С целью профилактики вышеперечисленных осложнений в клинике общей хирургии усовершенствована методика хирургического лечения хронической трещины анального канала.

Материалы и методы. Сущность методики состоит в следующем. Производим клиновидное иссечение краёв и дна хронической трещины анального канала по ломаной линии (см. рис. 1, 2). Осуществляем гемостаз в ране с помощью электрокоагулятора. Далее придаём мобильность краям слизистой анального канала в месте разреза путём мобилизации подслизистого слоя. Затем осуществляем пластическое укрытие образованной раневой поверхности анального канала мобилизованным и перемещённым книзу лоскутом слизисто-подслизистого слоя прямой кишки с фиксацией краёв раны двумя швами с использованием рассасывающейся нити викрил. В результате усовершенствования методики вмешательства дефект стенки анального канала в месте иссечённой трещины закрывается смещённым слизисто-подслизистым лоскутом анального канала. Сращение слизистой происходит спустя 2 – 3 недели после операции без деформации наружного сфинктера прямой кишки и рубцовых изменений в нём.

Результаты. Разработана методика операции, применена в клинике у 8 больных. Из них в 62,5% случаев осуществлялось иссечение анальной трещины вместе с гипертрофированным анальным сосочком и увеличенными геморроидальными узлами, расположенными на 7 часах условного циферблата. Больные операции перенесли хорошо. Осложнений, связанных с выполнением методики операции, не наблюдали.

Выводы. Разработанная методика вмешательства рекомендуется для использования в клинической практике

Хохлова С.В., Карандина В.А., Космач А.Н., Мовчан Ю.А.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЁННОГО ДИВЕРТИКУЛЁЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Научный руководитель – к.мед.н., асс. Гюльмамедов В.А.

Цель исследования: Уточнить показания к различным способам оперативного вмешательства у больных с осложнённым дивертикулёзом ободочной кишки (ОК) и улучшить их результаты.

Материалы и методы исследования. Рассмотрены результаты хирургического лечения 124 больных с осложнённым дивертикулёзом ОК. Из них у 78 (62,9±4,3%) заболевание сопровождалось различными осложнениями – параколическими абсцессами, толстокишечно-мочепузырными свищами, кровотечениями. Эти больные подверглись оперативному лечению. С целью отключения кишечного пассажа на первом этапе лечения формировалась протектирующая колостома в восходящем отделе ОК. В последующем на фоне регресса воспалительного процесса выполнялось радикальное оперативное лечение – резекция поражённого отдела ОК с формированием коло-колоанастомоза. При этом у 48 (61,5±5,5%) больных во время радикальной операции устранения сформированной ранее колостомы не производились и такие больные в дальнейшем подвергались третьему этапу хирургического лечения – восстановлению кишечной непрерывности путем ушивания колостомы. 30 (38,5±5,5%) больным одномоментно произведена радикальная операция и восстановление кишечной непрерывности.

Результаты. Ни в одном случае не наблюдали несостоятельности швов сформированного анастомоза, интраоперационно не зафиксировано повреждение органов брюшной полости и малого таза.

Выводы. Таким образом, на фоне дивертикулёза ОК наиболее целесообразным считаем выполнение многоэтапных оперативных вмешательств.

Христуленко А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРУЖИНИСТОЙ КЛИПСЫ

Научный руководитель – доц. А.А.Христуленко

В хирургии существует множество способов зажима просвета сосудов и соединения тканей. Применяют петли Рёдера, петли Мельзе, простой параллельный узел, скользящие заблокированные узлы, зажимной анкерный узел. Способы выполняют, оборачивая вне тела человека несколько раз нить вокруг петли этой самой нити, дальше пропускают ее конец между витками.

Недостатком известных способов является то, что с их помощью сложно достичь герметичности, поскольку ткани имеют различные упругие свойства, часто распускается первый узел после уменьшения натяжения лигатуры руками хирурга. И наоборот, после приложения избыточной силы, ткани прорезаются лигатурой. Во время лапароскопических операций завязать узел инструментами без многочасовых тренировок и использования специальных лигатур вообще невозможно [1].

С целью устранения выявленных недостатков известных приспособлений для восстановления целостности анатомических структур, временного, либо постоянного зажатия просвета сосуда, протока или полого органа нами было предложено совместить преимущества лигатурного соединения с соединением при помощи медицинской клипсы, добавив возможность создания дозированного усилия натяжения чтобы надежно герметизировать ткани и предупредить прорезывание лигатуры [2]. Эффект достигнут также при введении в полость органов, сосудов или протоков катетера, либо дренирования во время открытых или лапароскопических операций. Данный способ может быть использован для временной, либо постоянной фиксации с целью соединения тканей в лапароскопической и открытой хирургии.

Chernyavskaya T.A., Rotar D.G., Danilova M.S., Anaiko Y.A.

EVALUATION METHOD OF THE PELVIC CAVITY ISOLATION IN COLOPROCTOLOGY

Chairman and supervisor – Professor Borota A.V.

The purpose of the study. Evaluation method of the pelvic cavity isolation in patients with disorders of the colon and pelvic organs, to prevent the likelihood of infection of the abdominal cavity, reducing the number of complications in the postoperative period.

Materials and methods. With the proposed method operated 107 patients with pathology of the colon and pelvic organs.

Results. The method is as follows. After the main phase of the operation produce mobilization of the ileocecal angle, delimit the abdominal cavity from the pelvic mobile mesentery of the terminal ileum, fix it to the visceral peritoneum at the entrance to the pelvis, recede of 1-2 cm from the edge of the mesenteric small bowel, delimit the pelvis mesentery of the terminal ileum from the free peritoneal cavity.

Conclusions. During surgery for abdominal delimitation of the pelvic cavity we used the technique peritonization pelvic mesentery of the terminal ileum. The postoperative period was normal. Patients discharged from the hospital on the 12-14 day. There were no fatal outcomes. The proposed method provides a hermetic isolation from abdominal pelvic cavity that can prevent the development of peritonitis in case of infection of the pelvic cavity intraoperatively and postoperatively.

Шалимова Д.В., Бутко Д.А., Данилова М.С., Фирсов Д.М.

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Заведующий кафедрой и научный руководитель: д.мед.н., проф. Борота А.В.

Цель исследования. Провести анализ результатов хирургического лечения пациентов, перенесших тотальную колонпроктэктомию с пластикой путём формирования J-образного илеального резервуара, илеоанального анастомоза и протективной илеостомией.

Материалы и методы. С 2012 по 2015 гг. в клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ на базе колопроктологического центра Донецкого клинического территориального медицинского объединения был прооперирован 41 пациент в объеме тотальной колонпроктэктомии с пластикой путём формирования J-образного илеального резервуара, илеоанального анастомоза и протективной илеостомией по поводу неспецифического язвенного колита, тотального поражения, тяжелого, либо осложненного течения. Протективная илеостома формировалась в правой мезогастральной области. В послеоперационном периоде пациенты получали инфузионную, детоксикационную, метаболическую гормональную терапии. Все больные были повторно оперированы в сроке от 8 до 10 недель после первого вмешательства, производилось ушивание илеостомы. Перед этим проводили резервуарографию, во время которой через задний проход вводился водный раствор BaSO₄ и исследовалась целостность резервуара и илеоанального анастомоза, пальцевое исследование анастомоза, резервуароскопию с помощью детского ректоскопа.

Результаты. Летальных исходов отмечено не было. В 3 случаях имел место паучит, который был благополучно разрешен консервативными мероприятиями. Все больные в послеоперационном периоде получали гормональную, специфическую противовоспалительную терапию.

Выводы. Пластика подвздошной кишки путём формирование J-образного илеального резервуара и илеоанального анастомоза после выполнения тотальной колонпроктэктомии у пациентов с осложненным и

злокачественным течением НЯК – надежный, безопасный способ реконструкции, обеспечивающий хорошее качество жизни, который может быть рекомендован для широкого использования в колопроктологии.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького Кафедра общей хирургии № 2 Зав. кафедрой – проф. Иващенко В.В.

Голубева А.Р., Кашкалова А.Д.

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ СЕЛЕЗЁНКИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Научный руководитель – доц. Зарицкий А.Б.

Цель исследования: выявление причин смерти у больных с портальной гипертензией.

Материал и методы: исследование проведено путём вскрытия брюшной полости с топографоанатомической препаровкой органов комплексов, использованием морфометрии, изучением истории болезни и фотосъёмкой на нефиксированном трупе женщины 68-ми лет, умершей в терапевтическом отделении одной из клиник г.Донецка.

Результаты: Пациентка проходила лечение по поводу ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда и в посмертном эпикризе основным диагнозом фигурировала хроническая сердечная недостаточность. В истории болезни не было никаких упоминаний о травме, имевшей место у данной пациентки. Во время проведения исследования органов полости живота после вскрытия переднебоковой брюшной стенки было эвакуировано до 2 литров крови из брюшной полости. Обнаружена резко увеличенная селезёнка (18,0 см x 11,0 см x 9,5 см), имевшая дефект по передней поверхности на удалении 3,8 см от ворот органа длиной 6,5 см., глубиной 2,5 см. Селезёнка была окутана большим сальником, в верхних отделах отмечалась её фиксация к диафрагме. Печень выступала из-под края рёберной дуги на 3,5 см. Печень увеличена, её край был заострён, паренхима диффузно неоднородна. Диаметр воротной вены в пределах печёчно-двенадцатиперстной связки был увеличен до 1,4 см, также отмечалось варикозное расширение левой желудочной вены. Последнее обстоятельство убедительно свидетельствует о наличии портальной гипертензии как об одном из синдромов, свойственных циррозу печени, о чем свидетельствовали и данные морфологического исследования печени. В литературе достаточно много внимания уделяется необходимости постоянного динамического наблюдения за такими больными. При наличии портальной гипертензии разрыв паренхиматозных органов возможен даже при незначительной травме, на которую сам больной внимания может и не обратить.

Вывод: больные с синдромом портальной гипертензии должны быть подвергнуты постоянному динамическому наблюдению с целью предупреждения их летальности при острой хирургической патологии в стационарах нехирургического профиля.

Зубрицкий К.С.

ЗНАЧЕНИЕ ПИРАМИДАЛЬНОЙ МЫШЦЫ В ФОРМИРОВАНИИ НАДПУЗЫРНЫХ ГРЫЖ

Научный руководитель – доц. Зарицкий А.Б.

Цель исследования. Выявление корреляционной зависимости между фактом наличия пирамидальной мышцы и вероятностью возникновения прямых и надпузырных паховых грыж.

Материал и методы. Топографоанатомически и макро-микроморфометрически с фото документированием и статистической обработкой результатов были исследованы 68 трупов (49 мужского, 19 женского пола) умерших в возрасте 27 – 82 лет. Исследования проводились с использованием методов препарирования и морфометрии с последующей фотосъёмкой и микропрепаровкой биопсийного материала.

Конституционально трупы распределены следующим образом: 15 гиперстенического, 18 астенического, 35 нормостенического телосложения.

На трупах выполнялся разрез от верхней подвздошной ости в направлении до срединной линии живота на 2 сантиметра выше и параллельно пупартовой связки. Ткани рассекались послойно, обнажалась пирамидальная мышца и содержимое пахового канала с последующей ревизией его содержимого. В случае отсутствия видимой пирамидальной мышцы производился забор биопсийного материала из фасциального влагалища прямой мышцы живота.

Результаты исследования. При исследовании в большинстве случаев переднебоковая стенка живота была представлена апоневрозом наружной косой мышцы и прямой мышцей живота.

У двух трупов мужского пола нормостенического телосложения в формировании переднебоковой стенки живота также участвовала хорошо развитая пирамидальная мышца. При микроскопическом исследовании фрагмента влагалища прямой мышцы живота выяснилось, что у 25 трупов из 68 пирамидная мышца вплеталась в фасциальное влагалище прямой мышцы живота и была не видна макроскопически. У 4 трупов была диагностирована надпузырная грыжа выходящая у латерального края прямой мышцы живота, особый интерес вызвал факт отсутствия у таких трупов пирамидальной мышцы при микро-макроскопическом исследовании (коэффициент положительной корреляции в данной группе составил +0,36).

Выводы. Наличие пирамидальной мышцы, как в виде отдельной анатомической структуры, так и в виде составляющей фасциального влагалища прямой мышцы живота практически исключает возможность возникновения поверхностных надпузырных грыж.

Кулебакина Я.А.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОСТАЛЬНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ДИАФИЗОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Научный руководитель – доц. Зарицкий А.Б.

Цель исследования: изучить особенности периостального кровоснабжения диафиза большеберцовой и малоберцовой кости.

Материалы и методы: Исследование проводилось путем анатомического препарирования 67 трупов людей обоих полов (35 мужских и 32 женских), с предварительным контрастированием изучаемых сосудов. Поднадкостничное расположение периостальных артерий подтверждалось путем иссечения передних листов их футляров, с последующей микроскопией взятой ткани и определения её гистопринадлежности. Статистическая обработка данных проводилась в лицензированном пакете MedStat.

Результаты: По результатам исследования, периостальное кровоснабжение диафиза большеберцовой кости осуществлялось за счет aa. tibiales anterior et posterior. В 58 случаях (86,6 %) от задней большеберцовой артерии отходило от 4 (в 85,5% случаев) до 5 (в 14,5% случаев) поднадкостничных ветвей диаметром $1,3 \pm 0,8$ мм, которые располагались перпендикулярно к оси кости и были фиксированы к её задней поверхности. Причем, данные ветви отходили попарно на расстоянии $49,1 \pm 2,1$ мм друг от друга, преимущественно в верхнем и нижнем отделах диафиза кости, оставляя её средний отдел свободным от сосудов. В 9 случаях (13,4%) задняя большеберцовая артерия отдавала ветвь диаметром $2,3 - 0,8$ мм, которая на границе верхней и средней трети диафиза большеберцовой кости фиксировалась к надкостнице и на остальном протяжении проходила по её задней поверхности параллельно к оси кости, отдавая, при этом от 4 (в 56,3% случаев) до 6 (в 43,7% случаев) ветвей перпендикулярных оси кости диаметром $1,1 \pm 0,3$ мм. На медиальной и латеральной поверхности большеберцовой кости периостальная сосудистая сеть была менее выражена, однако отличалась отсутствием более или менее васкуляризованных зон и была относительно равномерна над всей поверхностью кости. Данная сосудистая сеть формировалась посредством мелких поднадкостничных сосудов диаметром до $0,3 \pm 0,1$ мм, отходящих от мышечных ветвей передней большеберцовой артерии общим количеством от 5 (в 48,4% случаев) до 6 (в 41,6% случаев). Периостальное кровоснабжение диафиза малоберцовой кости осуществлялось за счет a. tibialis anterior et a. peronea. На медиальной и латеральной поверхности кости периостальная сосудистая сеть формировалась за счет ветвей передней большеберцовой артерии, отходящих равномерно на всем протяжении общим числом от 7 (в 67,1% случаев) до 8 (в 32,9% случаев) и диаметром $1,4 \pm 0,1$ мм. На задней поверхности кости периостальное кровоснабжение было менее выражено и осуществлялось посредством множества поднадкостничных сосудов диаметром $0,2 \pm 0,1$ мм, отходящих от мышечных ветвей малоберцовой артерии.

Выводы: 1) Вопреки общепринятым представлениям, периостальное кровоснабжение диафизов большеберцовой и малоберцовой костей осуществляется не только посредством сосудов, являющихся ветвями артерий окружающих мышц, но и непосредственно поднадкостничными ветвями магистральных артерий данной области – aa. tibiales anterior et posterior. 2) Периостальная сосудистая сеть диафиза большеберцовой кости более выражена на её задней поверхности и представлена поднадкостничными сосудами из бассейна a. tibialis posterior (за исключением её гиповаскуляризованного среднего отдела), малоберцовой – на медиальной и латеральной, где периостальное кровоснабжение осуществляется за счет ветвей a. tibialis anterior.

Литвинова А.С., Мединцева А.К.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ТОТАЛЬНОЙ ТРАНСПОЗИЦИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Научный руководитель – доц. Зарицкий А.Б.

Цель исследования: выявить топографо-анатомические особенности расположения органов грудной и брюшной полости в случаях их тотальной транспозиции, провести анализ литературы по данной тематике.

Материал и методы: 2 нативных трупа мужчины и женщины с «зеркальным» расположением органов подверглись анатомическому препарированию с последующей фото- и видеосъемкой. Проанализировано 165 зарубежных и 80 отечественных источников литературы.

Результаты: в мировой литературе описано небольшое количество случаев с транспозицией внутренних органов (ТВО), известных также как «Situs inversus viscerum». Постнатальная частота выявляемости составляет 0,5 – 1 на 10 тыс. населения, а интранатальная – 1 на 10 млн. родов. ТВО не является угрожающей жизни аномалией развития, но создает трудности при лечении ургентной патологии, в том числе, хирургической. В 45 % случаев возникают сложности в диагностике ТВО, обусловленные необычной клинической картиной, а также ошибками инструментальных диагностических служб. Так, некорректный оперативный доступ выполнен в 36 % случаях, а в 15 % оперативное вмешательство прервано для проведения дополнительных диагностических мероприятий. Что касается наших исследований, оба случая иллюстрировали тотальные случаи ТВО. На одном из трупов исследована брюшная полость, в которой обратило на себя внимание левостороннее расположение печени и желчного пузыря. В левом боковом канале располагался восходящий

отдел толстой кишки, слепая кишка и червеобразный отросток. В правой половине брюшной полости располагалась селезенка, желудок и нисходящий отдел толстой кишки. Наблюдалось атипичное покрытие отдельных органов брюшиной: нисходящая ободочная кишка покрыта интраперитонеально, сигмовидная – экстраперитонеально. Во втором случае при осмотре грудной полости выявлена транспозиция лёгких, трахеобронхиального дерева и дэкстракардия.

Выводы: Случаи с транспозицией внутренних органов и особенности оперативных вмешательств у таких больных описаны зарубежными и отечественными авторами не в полной мере. Диагностика и лечение urgentных состояний у пациентов с ТВО значительно затруднены и требуют индивидуальных решений.

Михайленко Д.О.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ У ЖЕНЩИН

Научный руководитель – доц. Балацкий Е.Р.

Актуальность темы. Пупочные грыжи являются широко распространённым заболеванием, и встречается у 5-10 % населения. В связи с этим необходимо знать основные факторы и группы риска, которые способствуют развитию пупочных грыж у взрослых. В основе возникновения пупочных грыж у взрослых лежит, с одной стороны, дефект анатомического строения пупочного кольца, с другой – факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления и растяжение передней брюшной стенки. Существует мнение о возможной роли в образовании пупочной грыжи у взрослых наследственного предрасположения в виде недоразвития или отсутствия пупочной фасции, что, действительно, выявляют на операциях. Однако, как справедливо указывает Т. Ф. Лаврова (1979), пупочная фасция может разрушаться вторично, вследствие давления растущей грыжи. По-видимому, факторы, начинающие действовать в процессе жизни, в возникновении пупочных грыж у взрослых играют гораздо большую роль, чем врожденные.

Цель исследования: изучить наиболее частые факторы развития пупочных грыж у женщин на основании анамнестических данных и результатов обследования.

Материалы и методы. Изучены истории болезни и проведено анкетирование 42 женщин, оперированных в клинике общей хирургии №2 в 2015-2016 гг по поводу пупочных грыж. На основании литературных данных (изучены 15 отечественных и 14 иностранных литературных источников) для оценки частоты встречаемости выбраны следующие критерии: рожавшие женщины старше 30 лет; наличие ожирения; значительное снижение массы тела за короткий срок; неправильное питание, нарушение работы ЖКТ с хроническими запорами; постоянная работа, связанная с подъемом тяжестей или полученная тупая травма живота; продолжительный кашель в связи хроническими заболеваниями органов дыхания; наличие признаков синдрома слабости соединительной ткани; наследственный анамнез – наличие пупочных грыж у родственников 1-й и 2-й степени родства. Для выявления синдрома слабости соединительной ткани использовали критерии Т.Ю.Смольнова и соавт. (2001), объединяющие фенотипические особенности организма заболевания, свидетельствующие о слабости соединительной ткани.

Результаты и выводы. Наиболее часто в группе обследуемых женщин встречались признаки синдрома слабости соединительной ткани (n=34, 80,1 %), наличие 2 -х и более родов в анамнезе у женщин старше 30 лет (n=32, 76,2 %), наследственный анамнез (n=26, 61,2 %), нарушение работы ЖКТ с хроническими запорами (n=20, 47,6 %), постоянная работа, связанная с подъемом тяжестей или полученная тупая травма живота (n=12, 28,6 %). Остальные факторы имели частоту встречаемости меньше 10,0 %. Сочетание нескольких из перечисленных выше факторов имело место у 100 % обследованных, что позволяет выделить эти факторы как ведущие в рамках данного исследования.

Исследование может иметь практическое значение для профилактики развития пупочных и послеоперационных грыж у больных, оперированных по поводу различных хирургических заболеваний. Так, выявление проявлений синдрома слабости соединительной ткани, например, у больных с желчнокаменной болезнью, подвергшихся оперативному лечению, может включать в комплекс лечения имплантацию сетчатого протеза для профилактики развития пупочных и послеоперационных грыж. Исследование будет продолжено для выявления частоты встречаемости различных признаков у мужчин с пупочными грыжами.

Шевякин Д.В.

ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ГЛУБОКОЙ АРТЕРИИ БЕДРА И ЕЁ РОЛЬ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПЕРИОСТАЛЬНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Научный руководитель – доц. Балацкий Е.Р.

Цель исследования: изучить особенности топографической анатомии глубокой артерии бедра, экспериментально установить её роль в обеспечении периостального кровоснабжения диафиза бедренной кости.

Материалы и методы: Исследование проводилось путем анатомического препарирования 112 нефиксированных трупов людей обоих полов (67 мужских и 45 женских) с использованием методов макроморфометрии и микроскопии. Статистическая обработка данных проводилась в лицензированном пакете MedStat. Экспериментальное изучение участия глубокой артерии бедра в периостальном кровоснабжении бедренной кости осуществлялось путем её контрастирования.

Результаты: В подавляющем большинстве случаев проксимальный отдел глубокой артерии бедра располагался в соответствии с общепринятыми представлениями о его топографии. Однако, после того как артерия проникала между медиальной широкой мышцей бедра и приводящими мышцами, топографическая анатомия *a. profundae femoris* имела весомые отличия от описанных и общепринятых представлений. Войдя в клетчаточное межмышечное пространство, расположенное между двуглавой мышцей бедра с одной стороны, полуперепончатой и полусухожильной с другой, глубокая артерия бедра в сопровождении одноименной вены в 101 случае (90,2 %) проникала под надкостницу бедренной кости на границе между её проксимальной и средней третью. На оставшемся протяжении артерия и вена, проходя по заднемедиальной поверхности бедренной кости в едином фасциальном футляре, были неизменно фиксированы к надкостнице, что было подтверждено путем иссечения переднего листка футляра сосудистого пучка, с последующей микроскопией взятой ткани и определения её гистопринадлежности. Диаметр глубокой артерии бедра на участке между местом проникновения её под надкостницу и до границы между средним и дистальным отделом диафиза бедренной кости в среднем составлял $4,5 \pm 0,7$ мм. Далее *a. profunda femoris* постепенно уменьшалась в диаметре, вплоть до области колена, где распадалась на множество мелких ветвей. Стоит отметить, что на всем протяжении от глубокой артерии бедра отходило множество поднадкостничных ветвей диаметром $1,2 \pm 0,3$ мм, что было выявлено при введении в проксимальный отдел артерии контрастного вещества. В 11 случаях (9,8 %) глубокая артерия бедра проходила параллельно диафизу бедренной кости на расстоянии $11,0 \pm 1,2$ мм и не была фиксирована к ней, однако отдавала поднадкостничные ветви диаметром $2,9 \pm 0,1$ мм, которые прободали надкостницу и распадались на множество мелких поднадкостничных артерий диаметром $1,0 \pm 0,2$ мм.

Выводы: 1) Топографическая анатомия дистального отдела глубокой артерии бедра отличается разнообразием от классических представлений. 2) Проведенные исследования показали, что глубокая артерия бедра принимает немаловажное, а возможно и ведущее значение в осуществлении периостального кровоснабжения диафиза бедренной кости.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького Кафедра хирургии им. Овнатаняна

Бондаренко М.В., Землянская А.В.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Научный руководитель – к. м.н, доцент Кузьменко А.Е.

Цель исследования – совершенствование методов диагностики очаговых поражений печени.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование и лечение 49 больных мужчин-20 (45%), женщин-29 (55%), в возрасте от 20 до 85 лет, с патологией печени и внутрипечёночных жёлчных протоков. В условиях стационара выполнены КТ и КТ с усилением печени и жёлчных протоков, чрескожная чреспечёночная холангиография (ЧЧХГ), эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ), а также пункционная биопсия печени под сонографическим контролем.

Результаты. В I группе обследованных больных, по данным, полученным в результате операций, а также при гистологическом исследовании операционного материала диагноз рак печени был выставлен у 40% больных, саркома печени у 2%, тератома у 10% больных, рак жёлчного пузыря у 8%, рак холедоха у 8%, из доброкачественных опухолей выявлены: гемангиома – у 2,5%, кисты – у 16%, абсцессы – у 10%, аденома – у 1,6%. Во II группе были диагностированы у 10 больных метастазы, у 6 больных диагностирован гепатоцеллюлярный рак и у 4 холангиоцеллюлярный рак. Минимальный размер выявляемых при помощи УЗИ и КТ новообразований колебался от 0,3 до 0,5 см. При КТ органов брюшной полости (печени) и особенно КТ «с усилением» при первичном раке в 4% случаев опухоль имела неомогенную структуру, чёткие границы. Метастатические опухоли нами выявлены при УЗИ и КТ с последующей морфологической верификацией диагноза в 9% случаев. Среди обследованных больных, были выявлены в 11,5% случаев гемангиомы печени, киста печени – в 9,2% – абсцесс печени – в 8%, аденома – в 11,1%.

Выводы. Таким образом, точность диагностики очаговых поражений печени при УЗИ достигает 75%, при КТ 85%. Применение УЗИ и КТ с выполнением пункционной биопсии повышает точность диагностики до 94-96%.

Брахми Ноамен Бен Амара, Пархоменко А.В., Чертков Е.С.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, КОТОРЫМ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

Научный руководитель – доц. Дудин А.М.

Цель исследования – уточнить клиническую характеристику пациентов с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ), которым показано оперативное лечение.

Материал и методы. За последние 8 лет в клинике лечились 114 больных ХБХ, имеющих показания к операции. Из них женщин было 67 и мужчин – 47 в возрасте от 24 до 73 лет. Все пациенты обследовались по

стандартному плану. Они разделены на 2 группы: I группа – 60 чел., которые получали усовершенствованное лечение, и II группа, у которых применяли стандартную терапию.

Результаты. Жалобы пациентов распределились следующим образом (у I и II групп соответственно): ноющие боли в правом подреберье – 81% и 76%; чувство тяжести в правом подреберье – 35% и 29,6%; горечь во рту – 79% и 58%; снижение аппетита – 58% и 48%; тошнота – 68% и 70%; склонность к запорам – 23% и 5%; метеоризм – 15% и 16%. С различной частотой выявлялись положительные симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Мюсси (16 – 44%). Больные эмоционально переживали своё соматическое состояние. У 30% пациентов I группы и у 35% чел. II группы были повышены концентрации общего холестерина и снижение сократительной и концентрационной функций жёлчного пузыря, что является предпосылкой для образования конкрементов.

Выводы. Таким образом, клиническая картина ХБХ складывается из следующих синдромов: абдоминального болевого, синдрома билиарной диспепсии и синдрома вегетативной дисфункции с вторичными дисфункциональными нарушениями билиарного тракта (в 78%). Эти нарушения обязательно учитывались при назначении усовершенствованной консервативной предоперационной подготовки у пациентов I группы.

Брахми Ноамен Бен Амара, Пархоменко А.В., Каплун А.И.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Научный руководитель – к.м.н., доц. Межаков С.В.

Цель исследования – оценить морфологические изменения удалённого жёлчного пузыря (ЖП) в зависимости от анатомического отдела пузыря и длительности течения воспалительного процесса у больных с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ).

Материал и методы. Проанализированы результаты патогистологического исследования удалённого ЖП у 114 пациентов с ХБХ. Все исследования проведены в лаборатории патологоанатомического отделения ДоКТМО (доцент Винников Ю.М.) и включали в себя микроскопическую оценку препарата и световую микроскопию с окраской по Ван-Гизону. В 42 случаях выполнено морфометрическое исследование с применением микроскопа Axiolab фирмы Zeiss. При этом выделены 2 группы больных, страдавших ХБХ до 6 лет (I – я – 20 случаев) и более 6 лет (II – я – 20 случаев). Контрольную группу составили 20 исследований ЖП у здоровых лиц, погибших вследствие травм.

Результаты. Фиброзно-атрофические изменения выявлены у 93 (81,2%) больных, чаще при длительном анамнезе заболевания. Явления холестероза обнаружены в 15 (13,8%) случаях, с утолщённой стенкой пузыря (3,5 – 4,5 мл). Преимущественно отёчно-воспалительные изменения выявлены у 3 (2,6%) пациентов. Преимущественное поражение дна и тела ЖП (I группа) было в 50,5% случаев, шеечно-протокового сегмента (II группа) – в 37,1%. Данные морфометрии показали, что степень выраженности фиброза мышечного слоя стенки ЖП в I группе ($65,87 \pm 1,05$) достоверно выше ($p < 0,001$), чем в контрольной группе ($23,87 \pm 0,83$) и II группы ($46,59 \pm 1,07$).

Выводы. Таким образом, наибольшие морфологические изменения в стенке ЖП выражены у больных с длительностью заболевания более 6 лет, что приводит к потере функции пузыря и является одним из показаний к лапароскопической холецистэктомии.

Бычков Д.В.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Научный руководитель – к.м.н., доц. Греджев Ф.А.

Цель исследования: оценить возможности эндоскопических методов лечения острого холецистита, изучить возможные осложнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

Материал и методы: С 1994 года по настоящее время в клинике хирургии ЛХЭ выполнена у 6534 больных (5064 женщины, 1470 мужчин) в возрасте от 19 до 89 лет. Госпитализированы в плановом порядке 82,6% пациентов. Хронический калькулёзный холецистит диагностирован у 5253 (80,4%) пациентов, острый – у 1150 (17,6%), полипоз, холестероз желчного пузыря (ЖП) – у 79 (1,2%), острый бескаменный холецистит – у 39 (0,6%), рак ЖП – у 13 (0,2%). Всем пациентам предварительно проводились общеклинические, рентгенологические и эндоскопические исследования, УЗИ.

Результаты. После ЛХЭ отмечены осложнения у 109 (1,68%) больных. Наиболее частыми осложнениями явились: кровотечение из ложа ЖП-60 чел, из пузырной артерии – 30, повреждение стенки ЖП – 8, острый панкреатит- 6, пересечение холедоха -3, повреждение стенки двенадцатиперстной кишки – 2.

Конверсия осуществлена в 228(3,5%) случаях. Наиболее частыми причинами конверсии были: выраженный воспалительно – инфильтративный процесс в подпеченочном пространстве – 71, гангренозный ЖП – 55, спаечный процесс в брюшной полости – 50.

Заключение. ЛХЭ является надёжным и эффективным методом лечения больных с желчнокаменной болезнью и осложненным бескаменным холециститом. Окончательное решение о возможности выполнения ЛХЭ должно приниматься с учетом показаний и противопоказаний, чтобы избежать осложнений.

Венжега В.В.

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель – к.м.н., асс. Вегнер Д. В.

Цель исследования. Улучшение результатов оперативного вмешательства при раке щитовидной железы.

Материал и методы. За последние пять лет выполнено 92 повторных операции у пациентов с различной патологией щитовидной железы, из которых 9,4 % – по поводу рака щитовидной железы: в связи с расхождением данных экспресс- гистологического исследования и планового – 12; при нерадикально проведенной операции в других больницах – 71; с целью удаления метастатически измененных групп лимфоузлов – 38 . По гистологическому строению в 47 случаях был выявлен папиллярный рак, в 5 – фолликулярный, в 2 – недифференцированный, в 3 – медуллярный, в 1– железисто-солидный.

Результаты. Выявлено, что если ранее была выполнена гемитиреоидэктомия, каких – либо трудностей во время ранней повторной операции не возникает. Из осложнений отмечены только явления транзиторной гипокальциемии, купирование которой не представляло проблем. Трудности возникали через 1 год после первичных субфасциальных резекций. В этой группе из осложнений был односторонний послеоперационный парез голосовых связок в 1 случае, без явлений гипокальциемии. В 1 случае, в связи с инвазией опухоли в трахею и угрозой асфиксии, в срочном порядке была выполнена рецезвикотомия, трахеостомия. Послеоперационный период осложнился выраженной экссудацией в правую плевральную полость с явлением свернувшегося фиброторакса справа, частичной несостоятельностью трахеогортанного анастомоза, наружной дыхательной фистулой, что потребовало повторной операции.

Выводы. Ожидание рецидива ракового процесса при нерадикальном первичном хирургическом вмешательстве переносится пациентами крайне негативно и резко ухудшает качество жизни, а сама расширенная повторная операция связана с риском хирургических осложнений, но её стоит выполнять.

Войтюк В.Н., Фоминов В.М., Потапов В.В., Попова Ю.В.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Научный руководитель – проф. Хацко В.В.

Цель исследования – изучение эффективности открытого хирургического вмешательства и миниинвазивного пункционно-аспирационного лечения больных с непаразитарными кистами печени (НКП).

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 61 больного с НКП за последние 7 лет. При кистозных образованиях печени размеры кист составляли от 2 до 15 см в диаметре. Локализация кист: в правой доле печени – 38 (62,3 %) , левой 16 (26,2%) и множественные – 7 (11,5 %). Для диагностики НКП применяли (в различных сочетаниях) следующие методы исследования: клиничко – лабораторные, УЗИ, КТ или МРТ, лапароскопию, цитологическое и бактериологическое исследование содержимого из кист печени. Для лапароскопии и вмешательств под ее контролем использовали аппараты и инструменты фирм «Wolf» и «Karl STORZ» (Германия).

Результаты. У 17 пациентов проведена пункция кисты с наружным дренированием под контролем УЗИ или КТ. Пункционный метод лечения целесообразно проводить при кистах печени, которые расположены в глубине паренхимы печени. У 3 человек наблюдались различные осложнения (кровотечение в полости кисты – 1, пневмония – 2).

В 44 случаях выполнены лапаротомные операции: удаление кист – 35, перицистэктомия – 6, разрез кисты, наружное дренирование – 2, резекция кисты, оментопексия – 1. После лапаротомных операций различные послеоперационные осложнения наблюдались у 15 (34%) больных. У 7 пациентов успешно использован разработанный в клинике «Способ лечения полостного образования паренхиматозного органа» (патент Украины № 82354 от 27.07.2013 г.).

Выводы. При кистах печени целесообразно применять малоинвазивные пункционно-дренирующие операции с разработанным в клинике способом, которые дают лучшие результаты лечения.

Грищенко И.С.

ВЫБОР ТАКТИКИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

Научный руководитель – доц., к.м.н. Бассов О.И.

Цель исследования. Уточнить подходы к выбору тактики хирургического лечения торакоабдоминальных ранений.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ хирургического лечения Хирургическому лечению с торакоабдоминальными (28; 86,4%) и абдоминоторакальными (5; 13,6%) ранениями были подвергнуты 33 больных. Средний возраст больных составил $29,9 \pm 3,2$ лет с диапазоном от 16 до 69 лет.

Результаты. Рентгенографию органов брюшной полости и грудной клетки рассматривали как основной метод диагностики, которая выполнена 31 (93,9 %) пострадавшим. В 6,1% случаях исследование не выполнялось в связи наличием явных признаков профузного внутреннего кровотечения с массивным поступлением крови из

раневого канала и эвентрацией органов брюшной полости. Признаков пролабирования органов брюшной полости в плевральную полость выявлено не было. У 9,1% пострадавших выявлен свободный газ в брюшной полости. У 13 (38,7%) больных рентгенологические признаки повреждения не были выявлены.

УЗИ органов брюшной полости и грудной клетки выполнено 30 (92,4%) пациентам. Установлено, что информативность метода при этом виде травмы ограничена. Только у 15 (45,9%) обследованных при трансабдоминальной сонографии удалось визуализировать признаки гемоперитонеума и ранения паренхиматозных органов. У 18 (60,1%) больных эхо-признаки повреждений не были выявлены. Возможности УЗИ плевральных полостей ограничены только констатацией признаков гемоторакса (свободной жидкости), что имело место в 5 (33,3%) случаях. Эхо-признаки гемоперикарды выявлены не были ни у одного пострадавшего.

Видеоторакоскопия у 25 (76,3%) пациента. Рутинная видеоэндохирургическая техника позволяла оценить объем гемоторакса и успешно санировать плевральную полость, в том числе при наличии свернувшегося гемоторакса, осуществлять эндоскопический гемостаз, выявить повреждения легкого и перикарда.

Видеолапароскопия использована у 19 (58,6%) больных, при которой хорошо осматривалась нижняя поверхность диафрагмы и зона ее ранения. Гемоперитонеум выявлен у 25 (75%) пациентов, повреждения печени – у 13 (39,7%), селезенки – у 7 (19,8%), большого сальника – у 5 (18,1%), полых органов – у 3 (8,6%). У 5 (14,7%) больных с торокоабдоминальными ранениями лапароскопия позволила визуализировать внутреннее отверстие раневого канала брюшной стенки. При поверхностных ранениях печени, что имело место у 8 (25,0%) больных, видеоэндохирургическая техника позволила успешно выполнить эндоскопический гемостаз.

Послеоперационные осложнения отмечены у 14 (43,4%) больных, 5,2% из которых умерли по причине декомпенсированного геморрагического шока

Выводы. Тороколапароскопические методы диагностики и лечения высокоинформативны и эффективны в диагностике и лечении больных с комбинированными проникающими ранениями органов брюшной полости и грудной клетки.

Донской А. Д.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОНТУЗИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛЕГКИХ

Научный руководитель – к.м.н., асс. Вегнер Д.В.

Цель исследования – проанализировать результаты лечения пациентов с контузионными повреждениями легких.

Материал и методы. С 2007 по 2015 гг. в клинике хирургии им.

К. Т. Овнатаняна на лечении находилось 654 пациента с тяжелой закрытой травмой груди, из которых у 116 пострадавших был выявлен различной распространенности ушиб лёгких, среди пациентов было 526 мужчин, 128 женщин. Пациентам применены следующие методы диагностики: клиничко-лабораторные, обзорная полипозиционная рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография, морфологические.

Результаты. Наши наблюдения свидетельствуют, что контузионные посттравматические повреждения легких часто проявляются запоздалой клинической картиной, поздними рентгенологическими проявлениями, что в свою очередь, требует динамического наблюдения за пациентом, при условии отсутствия у них жизненных показаний к экстренной операции. Рентгенологические изменения, вызванные ушибом легкого, в результате проводимого лечения обычно разрешались у большинства пациентов на 9-12 сутки, но в отдельных случаях, в связи с тяжестью имеющихся нарушений, лечение продолжалось до 15-19 суток.

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют, что контузионные повреждения легких часто проявляются запоздалой клинической симптоматикой, а также поздними рентгенологическими проявлениями и требуют динамического наблюдения за пациентом.

Кардаш В.П., Майструк В.В., Марченко Д.В.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Кузьменко А.Е.

Цель исследования – изучение эффективности и совершенствования пункционно – аспирационного лечения больных с бактериальными абсцессами печени (БАП) под лапароскопическим контролем, снижение количества осложнений и летальности.

Материал и методы. За 10 лет в клинике лечились 72 больных с БАП, в том числе мужчин- 41 (58%), женщин- 31 (42%). Возраст больных от 19 до 74 лет, в среднем 51,7 ± 3,2 года, 40,2% из них были старше 50 лет. Применены (в различных сочетаниях) следующие методы исследования: клиничко – лабораторные, ультразвуковой (УЗИ) или компьютерная томография (КТ), лапароскопия, цитологическое и бактериологическое исследования содержимого БАП. Для УЗИ использовали сонографический аппарат “Dornier – 5200” в режиме цветного доплера. Для лапароскопии и вмешательств под её контролем применялись аппараты и инструменты фирм “Wolf” и “Karl Storz” (Германия).

Результаты. Больные распределены на две группы. В первой группе больных (34), после лапаротомии, гепатотомии, санации и дренирования гнойного очага, у 7(20,6%)чел. Наблюдались осложнения (нагноение раны, пневмония), умер 1 пациент от сепсиса. Средняя длительность пребывания больного в стационаре составила 27 1,1 суток. Во второй группе оперативное вмешательство осуществлялось путем пункции абсцесса у 11 чел., путем пункции и дренирования под лапароскопическим контролем – у 27 чел. Осложнения возникли у 3 (7,9%). Продолжительность лечения составила в среднем 14 1,9 суток, летальных исходов не было.

Заключение. Малоинвазивные вмешательства при БАП под лапароскопическим контролем сокращают срок госпитализации в среднем на 10 –13суток, способствуют снижению частоты осложнений и летальности, резко сокращают финансовые расходы на лечение пациента.

Колос А.С.

БИЛОМА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Научный руководитель : д.м.н, проф. Хацко В.В.

Цель исследования – изучить особенности клиники, диагностики и лечения биломы (Б) для разработки мер профилактики, уменьшения числа осложнений и летальности.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 54 больных с билемой печени, лечившихся в клинике за 7 лет. Среди них было 37 (68,6%) мужчин и 17 (31,4%) женщин в возрасте 18 – 73 лет. Применяли следующие методы подтверждения диагноза: клинико-лабораторные – 54 (100%), ультразвуковой (УЗИ) – 45 (84%), компьютерную томографию (КТ) – 8 (16%), чрескожную пункцию – 23 (43%), чрескожную чреспечёчную холангиографию – 6 (11,1%), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию – 5 (9,2%), ангиографию – 5 (9,2%), фистулографию – 1 (1,8%).

Результаты. В 88,6% случаев отмечены неспецифические клинические симптомы, у 11,4% пострадавших было бессимптомное течение. Основными методами подтверждения диагноза явились УЗИ, КТ и чрескожная пункция. Консервативное лечение оказалось успешным в 19 (35,2%) случаях. Остальным 35 больным выполнены различные операции. Наиболее частой операцией было чрескожное дренирование под ультразвуковым контролем – 27 (77,1%). В послеоперационном периоде отмечены 3 (8,5%) осложнения. Умер 1 (2,8%) больной от аррозийного кровотечения. За последние 5 лет летальных исходов не было.

Выводы. По данным клиники, повреждения внутрпечёчных жёлчных протоков при травме печени – самая частая (66,7%) причина возникновения биломы. Основные методы подтверждения диагноза – УЗИ, КТ и чрескожная пункция. Эффективной операцией при биломе является чрескожное дренирование под УЗ контролем. За последние 5 лет число послеоперационных осложнений снижено с 8,5% до 6,3%, без летальных исходов.

Коссе Д.М., Пархоменко А.В., Мединцева А.К., Бабакова Е.С.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Научный руководитель – д.м.н., проф. Хацко В.В.

Цель исследования. Оценить возможности транспапиллярных эндоскопических вмешательств (ТЭВ) в лечении пациентов с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС).

Материал и методы. За последние 9 лет в клинике выполнены 702 ТЭВ на билиарной системе, что составило 86,7% от всех пациентов с ПХЭС. Мужчин было 183 (26,1%), женщин – 519 (73,9%). Средний возраст составил 58,3±2,1 лет (от 19 до 89 лет). Для подтверждения диагноза в комплексном обследовании в клинике применяли ультразвуковое исследование, компьютерную или магнитно-резонансную томографию, эндоскопическую ретроградную холангиопакреа-тографию (ЭРХПГ) или чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ).

Результаты. Причинами ПХЭС явились: резидуальный холедохолитиаз (ХДЛ) – в 596 (84,9%) случаях, рецидивный ХДЛ – в 90 (12,8%), стеноз папиллы – в 70, стриктура общего жёлчного протока – в 12. В 66 наблюдениях было сочетание различной патологии. При резидуальном ХДЛ после эндоскопической папиллосфинктеротомии у 593 чел удалены конкременты из холедоха. В 3 наблюдениях ТЭВ было неэффективно, больные оперированы повторно. Все они выздоровели. Из 90 пациентов с рецидивным ХДЛ папиллотомия с литоэкстракцией выполнена у 78 (86,7%) пациентов, назобилиарное дренирование – у 4 (4,4%). В 12 (13,3%) случаях не удалось выполнить ТЭВ по техническим и анатомическим причинам. Им сделаны открытые операции. После ТЭВ различные осложнения отмечены у 46 (6,6%) пациентов. Умерли 3(0,4%) больных: от молниеносной формы деструктивного панкреатита – 2, от тромбоэмболии легочной артерии –1.

Выводы. Таким образом, транспапиллярные эндоскопические вмешательства у пациентов с ПХЭС, обусловленным нарушением проходимости общего жёлчного протока, являются эффективным методом, позволяющим излечить без повторного лапаротомного вмешательства в 86,7% случаев.

Курякова М.В.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СВЕРНУВШЕГОСЯ ГЕМОТОРАКСА

Научный руководитель – д.м.н., профессор Колкин Я.Г.

Цель исследования. Изучить оптимальные сроки и результаты оперативного лечения пациентов с посттравматическим свернувшимся гемотораксом.

Материал и методы. В клинике за 7 лет лечились 523 пациента с тяжелой травмой груди. Мужчин было – 393 (75,2 %), женщин – 130 (24,8 %), возрастом 15 – 89 лет. У 80 был выявлен посттравматический свернувшийся гемоторакс.

Результаты. Видеоторакоскопия оказалась вполне эффективна для удаления свернувшегося гемоторакса у 41 пациента. С помощью видеоторакоскопических инструментов сгустки крови фрагментировали и удаляли. Затем плевральную полость промывали растворами антибиотиков и антисептиков. Окончательный контроль аэро-, гемостаза перед окончанием операции осуществляли повторным. Лечебную видеоторакоскопию завершали санацией плевральной полости, контролем гемостаза и азростаза, направленным дренированием плевральной полости двумя дренажными трубками (8мм), имеющими боковые отверстия. Один устанавливали по направлению к куполу плевры, второй – в диафрагмальный синус. Дренирование под контролем торакоскопа позволяет эффективно расположить дренажи, что служит предпосылкой полного и быстрого расправления лёгкого в послеоперационном периоде, снижает вероятность послеоперационных осложнений. В 39 случаях для удаления свернувшегося гемоторакса нами применена стандартная торакотомия, в связи с поздним обращением пациентов (более 12 суток) после получения травмы и необходимостью выполнения обширной декорткации лёгкого.

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать видеоторакоскопию в качестве достаточно эффективного лечебно-диагностического пособия при свернувшемся гемотораксе, которое позволяет снизить уровень послеоперационных осложнений и летальности, а также сократить сроки лечения.

Литвинова А.С.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Научный руководитель – д.м.н., профессор Хацко В.В.

Цель исследования – изучить основные причины появления инородных тел (ИТ) в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) и оценить лечебно-диагностическую тактику при неосложнённых и осложнённых клинических вариантах.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения у 104 пациентов с инородными телами ЖКТ, лечившихся в клинике за последние 8 лет. Мужчин было 41 (39,4%), женщин – 63 (60,6%) в возрасте 18 – 75 лет. Большая часть (80,2%) инородных тел попала в пищевод случайно, а в ЖКТ (74,5%) – умышленно. Применены методы исследования в разных сочетаниях: обзорная рентгенография грудной клетки и живота, компьютерная томография, фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), фиброколоноскопия.

Результаты. При обследовании выявлена локализация инородных тел: в пищеводе – 70 (67,4%), желудке – 21 (20,2%), тонкой кишке – 6 (5,7%), толстой кишке – 4 (3,8%), прямой кишке – 3 (2,9%). При ФЭГДС из пищевода удалены: кости – 33 (47,1%), куски мяса – 9 (12,9%), предметы непищевого характера (иглы, булавки, зубные протезы, шпильки, проволока, монеты) – 28 (40%). После эндоскопического удаления ИТ в 7 случаях отмечены осложнения: кровотечение – 3, перфорация стенки пищевода – 3, эзофагит – 1. Оперированы в ургентном порядке трое больных по поводу острого медиастинита (умер через 6 дней -1). В ЖКТ у 44 чел. выявлены 57 различных инородных тел. В клинике принята активно-выжидательная тактика ИТ из желудка и ДПК удалены с помощью ФЭГДС, из прямой кишки – при колоноскопии. В 2 случаях произведена лапаротомия, ушивание перфорационного отверстия тонкой кишки. Летальных исходов не было.

Выводы. Инородные тела в большинстве случаев из ЖКТ удаляются с помощью эндоскопической техники. При перфорации стенки пищевода или кишки показано оперативное лечение.

Люттов С.А., Чеграхчи Т.А., Чертков Е.С.

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ СЕЛЕЗЁНКИ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Греджев Ф.А.

Цель исследований – определение рациональной тактики хирургического лечения у больных с доброкачественными очаговыми образованиями селезёнки (ДООС).

Материал и методы. Проанализированы результаты лапароскопических вмешательств у 62 больных с ДООС за последние 8 лет, которые лечились в клинике. Среди них было 39 (62,9%) женщин и 23 (37,1%) мужчины в возрасте 26 – 70 лет. К ДООС относили: истинные кисты (24), псевдокисты (18), доброкачественные опухоли (11), абсцессы (7), эхинококковые кисты (2). Применены методы обследования: клиничко-лабораторные, лапароскопия, УЗИ, компьютерная или магнитно-резонансная томография, чрескожная пункция (по показаниям).

Результаты. Были выполнены следующие органосохраняющие операции: лапароскопическая пункция кисты, удаление содержимого и иссечение её стенок с дезэпителизацией – 18, краевая резекция – 11, пункционно-дренажное лечение со склеротерапией под УЗ контролем – 29, цистэктомия – 4. При эхинококкозе у 2 чел. проводилось также полное удаление зародышевых элементов и кутикулярной оболочки, дезэпителизация. Послеоперационные осложнения отмечены у 3 (4,9%) пациентов. Летальных исходов не было. Все пациенты выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Во время диагностического поиска целесообразно широко использовать современные неинвазивные методы – УЗИ, КТ, МРТ. При подтверждении доброкачественного генеза образования предпочтительнее выполнять органосохраняющие лапароскопические операции или пункционно-дренажное лечение со склеротерапией под ультразвуковым контролем. Такое лечение становится методом выбора при доброкачественных очаговых образованиях селезёнки.

Марченко Д.В., Потапов В.В., Чертков С.С., Довбиш К.С.

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО БИЛИАРНОГО СЕПСИСА

Научный руководитель – д.м.н., проф. Хацко В.В.

Цель исследования – изучить клинико-диагностические критерии острого билиарного сепсиса (ОБС) при холедохолитиазе (ХДЛ) для назначения оптимального лечения.

Материал и методы. За последние 10 лет в клинике оперированы 934 больных с ХДЛ. В 90 (9,6%) случаях после комплексного обследования выявлен ангиохолит с клиническим течением ОБС и множественными перихолангитическими абсцессами печени. Среди пациентов были 57 (63,4%) женщин и 33 (36,6%) мужчины в возрасте от 20 до 82 лет. Диагноз ставили на основании клинических данных, биохимических исследований крови, бактериологических анализов жёлчи и крови, специальных методов исследования: ультразвукового (УЗИ), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), интраоперационной холангиографии, компьютерной томографии (КТ) чрескожной чреспечёночной холангиографии (ЧЧХГ). Контрольную группу составили 20 здоровых доноров.

Результаты. Для клинической картины ОБС характерны симптомы общей интоксикации, печеночной недостаточности и энцефалопатии, которые часто переходят в полиорганную недостаточность. При бактериологическом исследовании жёлчи в 56,3% были ассоциации микроорганизмов. Важными элементами оптимального лечения ОБС являются: наружное дренирование жёлчных протоков, их проточно-промывная санация; рациональная антибактериальная терапия до и после операции; интенсивная инфузионная терапия; активные методы детоксикации; иммуннокоррекция. За последние 5 лет послеоперационная летальность снижена с 22,4% до 7,3%.

Выводы. ОБС – тяжёлое осложнение ХДЛ, требует своевременной диагностики и срочного, оптимального по объёму, оперативного вмешательства на фоне интенсивной терапии. В качестве первого этапа, перед радикальной операцией, необходимо наружное дренирование жёлчных протоков.

Мединцева А.К.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Научный руководитель – д.м.н., проф. Хацко В.В.

Цель исследования – уточнение причин и разработка мер профилактики патологического синдрома после плановой лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

Материал и методы. За последние 9 лет в клинике выполнены 6300 ЛХЭ. В работе проанализированы результаты исследований 128 пациентов с диагнозом «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС) в сроки от 1 года до 5 лет после плановой ЛХЭ по поводу хронического калькулёзного холецистита. Из них женщин было 110 (86%), мужчин – 18 (14%) в возрасте от 27 до 78 лет. Длительность заболевания до операции свыше 5 лет была в 67,3% случаев. Различные сопутствующие заболевания были у 48,7% чел. Применены методы обследования: клинико-лабораторные, ультразвуковой, компьютерная или магнитно-резонансная томография, фиброгастродуоденоскопия, изучение секреторной функции желудка и поджелудочной железы. Для изучения отдалённых результатов были разосланы 101 пациенту специальные анкеты, 23 больных сами явились в клинику, 4 чел. госпитализированы в связи с некоторыми последствиями после ЛХЭ.

Результаты. Из 128 пациентов в отдалённом периоде здоровыми оказались 80 (62,5%). У 48 (37,5%) чел. причинами ПХЭС явились: хронический панкреатит – 19, обострение хронического панкреатита – 8, стеноз сфинктера Одди – 7, дисбактериоз – 5, хронический гепатит – 2, язвенная болезнь ДПК – 2, рецидивный холедохолитиаз, желтуха – 2, пупочная грыжа на месте введения троакара – 1. У 2 чел. были обнаружены рак прямой кишки и рак матки. Нуждающиеся в повторной операции были оперированы.

Выводы. Таким образом, ПХЭС нередко обусловлен длительностью заболевания до ЛХЭ и не выявленными ранее сопутствующими заболеваниями. Значительная часть (62,5%) пациентов после операции оказались здоровыми. Остальные нуждались в обследовании для выбора рационального лечения.

Пархоменко А.В., Брахми Ноамен Бен Амара, Рубцова А.В., Галстян С.С.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, КОТОРЫМ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ

Научный руководитель – д.м.н., проф. Хацко В.В.

Цель исследования. Определить оптимальный объем консервативного лечения перед операцией у больных хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) с целью уменьшения количества послеоперационных осложнений.

Материал и методы. За последние 7 лет в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна лечились 114 больных ХБХ, имеющих показания к операции. Из них женщин было 67(59.1%), мужчин – 47 (40.9%) в возрасте от 24 до 73 лет. Все пациенты обследовались по стандартному протоколу. Они были разделены на 2 группы, однородные по всем показателям: 70 чел.(I группа – основная) получали лечение с учетом типа дискинезии желчного пузыря и вегетативных нарушений, а 44 чел. (II группа – контрольная) – только стандартное консервативное лечение. После предоперационной подготовки всем больным была выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Результаты. Стандартная лечебная программа включала: стол № 5, лекарственную терапию в период обострения; анальгетики и спазмолитики; применение желчегонных средств; антибактериальную терапию; нормализацию функций вегетативной нервной системы. При гипертонусе желчного пузыря хороший эффект получен от применения афобазола в сочетании с гепабене и витамином, при гипотонусе – от гербастресса с полифитохолом (получены патенты №100306 и №100992). После операции в I группе отмечено 2.1% различных осложнений, а во II группе – 5.4%.

Выводы. Индивидуализированная усовершенствованная предоперационная подготовка, с учетом типа дискинезии желчного пузыря, сфинктера Одди и вегетативных нарушений, способствует более благоприятному течению послеоперационного периода.

Пархоменко А.В., Брахми Ноамен Бен Амара

ДИНАМИКА СОКРАТИТЕЛЬНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПРОЦЕССЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Дудин А.М.

Цель исследования – изучение динамики сократительно-эвакуаторной функции желчного пузыря (ЖП) у больных хроническим бескаменным холециститом (ХБХ) в процессе предоперационной подготовки.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 114 больных ХБХ, находившихся в клинике за последние 7 лет. Среди них было 68 женщин и 46 мужчин, средний возраст составил $43,5 \pm 8,3$ года. Продолжительность заболевания – от 1 года до 14 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы: I-ю – основную (60 чел.) и II-ю – контрольную (54 чел.). Больным основной группы назначали усовершенствованную терапию (2 патента) и традиционное медикаментозное лечение. Больные контрольной группы получали только традиционную терапию. Исследование моторной функции ЖП проводили с помощью хроматического фракционного дуоденального зондирования (ХХДЗ). С помощью УЗИ и желчегонной пробы наблюдали за динамикой сокращения ЖП.

Результаты. При изучении моторной функции ЖП выявлены следующие её типы (в I и II группах соответственно): гипокинетический – 53% и 61%, гиперкинетический – 38% и 28%, нормокинетический – 9% и 11%. В процессе лечения моторная функция пузыря значительно улучшилась, особенно в I группе, у 35 (30,8%) пациентов те или иные отклонения от нормы сохранились. В I группе отмечена нормализация сокращения ЖП у 78,3% больных, а во II группе – у 59,2%.

Выводы. Применение 2 усовершенствованных способов предоперационной подготовки оказывает нормализующее и корригирующее действие на моторную функцию ЖП. Такое лечение может рассматриваться как способ повышения качества жизни пациентов с ХБХ.

Потапов В.В., Попова Ю.В., Пархоменко А.В.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Научный руководитель – д.м.н., проф. Хацко В.В.

Цель работы – сравнительное изучение эффективности открытого хирургического вмешательства и малоинвазивного пункционно – аспирационного лечения больных с бактериальными абсцессами печени (БАП).

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 72 больных с бактериальными абсцессами печени (БАП) в возрасте от 15 до 77 лет. Среди БАП холангиогенных абсцессов было 45 (62,5%), метастатических – 20 (27,8%), посттравматических – 7 (9,7%). В 91% случаев абсцесс находился в правой доле печени, у 9% – в левой. Для диагностики БАП применяли (в различных сочетаниях) следующие методы исследования: клиничко – лабораторные, ультразвуковой (УЗИ), компьютерную (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ), лапароскопию, бактериологическое исследование содержимого БАП.

Результаты. В первой группе 34 больным выполнены лапаротомия, вскрытие и наружное дренирование БАП. Во второй группе 38 пациентам применены малоинвазивные пункционно-дренирующие операции под

сонографическим (33) или лапароскопическим (5) контролем. У 16 больных применен разработанный в клинике «Способ лечения абсцесса паренхиматозного органа, содержащего секвестры» (патент №76275 от 25.12.2012.). В первой группе осложнения наблюдались у 7 (20,6%) больных (нагноение раны, холангит, пневмония), 1 чел. умер от сепсиса. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре составила 27±1.1 дней. Во второй группе было 3 (7,9%) осложнения (пневмония – 2, выход дренажа из полости абсцесса – 1). Летальных исходов не было. Длительность лечения составила 14±1.9 дней.

Выводы. Малоинвазивные вмешательства следует шире использовать при БАП, так как они способствуют снижению числа осложнений и летальности.

Потапов В.В., Попова Ю.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РАЗВИТИИ БИЛИАРНОГО СЕПСИСА ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ (НАУЧНЫЙ ОБЗОР)

Научный руководитель – д.м.н., проф. Хацко В.В.

Цель исследования – уточнить механизмы этиологии и патогенеза развития билиарного сепсиса при остром холангите (по данным литературы).

Материал и методы. Анализ данных отечественной и зарубежной литературы по билиарному сепсису за последние 5 лет.

Результаты. Понятие билиарного сепсиса непосредственно связано с патогенетическими механизмами развития холангита, так как, рассматривая патогенез билиарного септического шока, становится понятно, что он всегда выступает проявлением острого гнойного или острого обтурационного гнойного холангита. Чаще всего такой холангит наблюдается при холедохолитиазе, стенозе сфинктера Одди, инородных телах жёлчных протоков, ихнококкозе печени с прорывом дочерних кист в холедох. Причинно-следственная связь острого гнойного холангита и билиарного сепсиса очевидна, однако острый гнойный холангит – это, прежде всего, морфологические изменения во вне- и внутривнутрипеченочных желчных протоках. А билиарный сепсис – это патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма на инфекцию в виде генерализованного (системного) воспаления. Иначе говоря, острый гнойный холангит и билиарный сепсис – это разные проявления инфекционно-воспалительного процесса, который протекает местно и системно. В основе инфекции желчевыводящих путей, как правило, лежат два предрасполагающих анатомо-физиологических условия: стаз желчи и возможность развития «микробной атаки». Застойная желчь подвержена сгущению, сладжу и легко инфицируется восходящим путем из кишечника.

Выводы. Таким образом, острый гнойный холангит и билиарный сепсис – это разные проявления тяжелого инфекционно-воспалительного процесса. До настоящего времени некоторые вопросы их этиологии и патогенеза окончательно не решены и требуют дальнейшего изучения.

Скляр М.С.

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ УЩЕМЛЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Научный руководитель – д.м.н., проф. Колкин Я.Г.

Цель исследования – проанализировать результаты диагностики и лечения пациентов с посттравматическими ущемлёнными диафрагмальными грыжами.

Материал и методы. За период 2005 – 2015 гг. в клинике хирургии находилось на лечении 112 пациентов с посттравматическими диафрагмальными грыжами.

Результаты. В целях диагностики рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта обычно даёт возможность быстро уточнить характер заболевания, не прибегая к длительному наблюдению, и тем самым решить диагностическую задачу. Клиническая картина ущемления посттравматической грыжи купола диафрагмы характеризовалась появлением или внезапным усилением болей в соответствующей половине грудной клетки и живота. Из 111 оперированных пациентов выздоровело 110 пациентов, причём у 27 из них – грыжа была в стадии ущемления. В 21 случае диагностирована ложная грыжа заднебоковых отделов диафрагмы, а у шести больных – её передних отделов. В 13 случаях ущемлению подвергалась тонкая кишка, в 7 – желудок, ещё в 6 – толстая кишка, а у одного пациента подверглась ущемлению прядь большого сальника. Один пациент не оперирован в связи с инкурабельным состоянием.

Выводы. Основная роль в распознавании данного заболевания принадлежит рентгеноконтрастному исследованию желудочно-кишечного тракта. Прогноз при ущемлении посттравматической диафрагмальной грыжи во многом зависит от своевременного распознавания осложнения и максимально скорого и адекватного хирургического пособия.

Теряев Б.Г., Швец А.С., Черняева А.А.

ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель – к.м.н., доц. А.Е.Кузьменко

Цель исследования – оптимизация диагностики и лечения больных с повреждением поджелудочной железы при закрытой травме живота (ЗТЖ) для уменьшения количества осложнений и летальности.

Материал и методы. Проведен анализ 326 историй болезни пациентов с ЗТЖ за 10 лет. Повреждения ПЖ выявлены у 83 (25,1%) чел. Мужчин было 67, женщин – 16 в возрасте 12 – 73 лет. Применялись следующие методы диагностики: клиничко – лабораторные, ультразвуковой (УЗИ), лапароцентез с шарящим катетером, лапароскопия, компьютерная томография (КТ).

Результаты. Тяжесть состояния в момент поступления у 23 больных обусловила сокращенный объем обследования. У 34,2% чел. выявлены повреждения не только ПЖ, но и других органов (печень, селезенка, тонкая кишка и др.). 32 (39,4%) больных получили травму при автомобильной аварии, 26 (31,3%) – при ударе в живот, 21 (25,7%) – при падении с высоты, 4 (3,6%) – при спортивных играх. Высокоинформативными методами диагностики явились: лапароцентез, лапароскопия, УЗИ, КТ. Выполнены следующие операции на ПЖ: резекция поврежденной части железы и спленэктомия – у 26 чел; наложение узловых швов на рану железы с фиксацией сальника – у 26; ушивание панкреатического протока на катетере, раны железы с дренированием через поясничный разрез – у 12; панкреатоюноанастомоз – у 8; тампонада раны, капсулы железы сальником, дренирование сальниковой сумки – у 7, оментопанкреатопексия – у 4. У 28 (34,2%) чел. В послеоперационном периоде умерли 3 больных: от гнойно-септических осложнений после резекции ПЖ-1, от кровотечения -1, от панкреонекроза после спленэктомии-1.

Выводы. Информативными методами для уточнения диагноза являются: лапароскопия, лапароцентез, УЗИ, СКТ. Рациональные методы операций: наложение швов на рану поджелудочной железы с фиксацией сальником и резекция поджелудочной железы.

Фоминов В.М., Каплун А.И., Чертков С.С., Довбиш К.С.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ

Научный руководитель – д.м.н., проф. Хацко В.В.

Цель исследования. Уточнить клиническую характеристику больных с непаразитарными кистами печени (НКП).

Материал и методы. Проанализированы данные ретро- и проспективного дооперационного сравнительного анализа, результатов клинического и инструментального обследования 108 пациентов с НКП (52,3% от всех доброкачественных очаговых образований печени), лечившихся в I хирургическом отделении ДокТМО за последние 6 лет. Среди больных женщин было 92 (85,3%), мужчин – 16 (14,7%). Средний возраст составил $43,8 \pm 2,5$ лет. Применены следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, УЗИ, компьютерная или магнитно-резонансная томография, лапароскопия, статистические.

Результаты. В 24 (22,3%) случаях НКП локализовалась в левой доле печени, в 84 (77,7%) – в правой доле. У 13 (12,5%) чел. отмечалось поражение печени с наличием более одной кисты. Преобладали (66,7%) кисты средних размеров ($7,8 \pm 1,8$ см), реже (21,3%) наблюдались большие ($13,2 \pm 1,4$ см) и небольшие (12%) кисты ($3,3 \pm 0,6$ см) соответственно. Бессимптомное течение НКП, преимущественно диаметром до 5 см, отмечено у 13 (12%) пациентов. 95 (88%) носителей кист размерами более 5 см периодически отмечали умеренную тупую боль в эпигастрии и правом подреберье, отрыжку, тошноту, временами – рвоту. Гепатомегалия была отмечена в 48% случаев при поликистозе, хотя клинических проявлений печёночной недостаточности и портальной гипертензии не было. Анализ биохимических показателей крови не выявил существенных нарушений функции печени и почек у 96,1% больных.

Выводы. Таким образом, клинические проявления НКП достаточно разнообразные и зависят от размеров и локализации кист, что необходимо учитывать для проведения дифференциального диагноза и выбора оптимального хирургического лечения.

Чертков Е.С., Марченко Д.В., Довбиш К.С., Чертков С.С.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО ПИЛЕФЛЕБИТА (НАУЧНЫЙ ОБЗОР)

Научный руководитель – д.м.н., проф. Хацко В.В.

Цель исследования. Оценить современные данные об этиопатогенезе, клинике, диагностике и профилактике острого пилефлебита (ОП).

Материал и методы. Анализ данных отечественной и зарубежной литературы за последние 7 лет.

Результаты. По данным литературы, ОП в 0,03 – 0,15 % случаев является опасным осложнением острого деструктивного аппендицита. Бактериемия, переход инфекционного воспаления на портальную систему, токсическое действие приводят к развитию сепсиса, септического шока, появлению множественных абсцессов в печени, полиорганной недостаточности. Информативных методов диагностики этого осложнения нет. При катетеризации воротной вены через пупочную можно обнаружить в катетере мутную густую кровь, сгустки, гной. Комплексное противовоспалительное, дезинтоксикационное и общеукрепляющее лечение нередко бывает безуспешным. Летальность при ОП составляет от 60 до 100 %, и не имеет значительной тенденции к снижению. Больные чаще умирают от сепсиса и полиорганной недостаточности. Анализ литературы свидетельствует, что такие больные выздоравливают в случае ранней диагностики осложнения, до образования множественных абсцессов печени, а также при проведении адекватной терапии через пупочную или желудочно-сальниковую вену. При благоприятном исходе нередко развиваются хронический пилефлебит, облитерация сосудов портальной системы и синдром портальной гипертензии.

Выводы. Таким образом, широкое знакомство хирургов, врачей интенсивной терапии и специалистов других специальностей с клиникой данного осложнения и тактикой его лечения поможет ранней диагностике и более успешному лечению больных.

Шевякин Д.В.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО ВИДА ШВА ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ АНАСТОМОЗОВ ПО ТИПУ «КОНЕЦ В БОК» ПРИ АОРТОКОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ

Научный руководитель – к.д.н., асс. Песчанский Р.Е.

Цель исследования. Экспериментально обосновать выбор оптимального вида шва для наложения проксимального и дистального анастомозов по типу «конец в бок» при аортокоронарном шунтировании (АКШ).

Материал и методы. На 67 свиных сердцах накладывалось по три аортокоронарных шунта с использованием для каждого одного из трех видов швов: непрерывного, узлового и комбинированного. Швы сравнивались по двум параметрам: герметичность и наличие сужения просвета анастомоза (эффект «кисета»). Для контроля герметичности в шунтированный сосуд вводилась гепаринизированная кровь человека. Для выявления эффекта «кисета» из комплекса аорта – шунты – венечные артерии изготавливался коррозионный препарат, с использованием Протакрила-М. Проводилась статистическая обработка данных с применением программы «Statistica 7.0».

Результаты. При наложении дистальных анастомозов непрерывный обвивной и комбинированный швы были герметичны в 100% случаев, простой узловой – в 75%. К сужению анастомоза приводил только непрерывный обвивной шов (100%). При наложении проксимальных анастомозов ни один из исследуемых швов не приводил к его сужению. Однако, если непрерывный обвивной и комбинированный швы были герметичны в 100% случаев, то простой узловой – 70%.

Выводы. Оптимальным для наложения дистального анастомоза по типу «конец в бок» при АКШ является комбинированный шов; для наложения проксимального анастомоза вариантами выбора являются непрерывный обвивной и комбинированный швы.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького Республиканская детская клиническая больница г. Донецк, ДНР Кафедра хирургии, детской хирургии и анестезиологии Зав. кафедрой – доц. к. мед. н. Васильев А.А.

Бессонова А.Д., Дорошко Е.С.

ЭНУРЕЗ. УРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Научный руководитель – доц. Щербинин А.В.

Цель исследования – обобщить наш опыт диагностики и лечения пациентов с ночным недержанием мочи.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения и обследования 87 детей больных энурезом, находившихся на обследовании и лечении в урологическом отделении клиники детской хирургии им. Н.Л. Куца в 2002-2014 гг. Возраст пациентов – от 3 до 17 лет, из них мальчиков – 48 (55%), девочек – 39 (45%).

Среди девочек заболевание чаще встречается в 5-7 лет – 11 человек (29%), остальные 28 девочек обратились к врачу в возрасте от 3-х до 14 лет. Среди мальчиков заболевание чаще встречается в 8-12 лет – 22 человека (46%), у остальных 26 мальчиков (54%) заболевание началось в возрасте от 4 до 17 лет. Случаев повторного обращения – 13 (15% от общего числа заболевших), из них мальчиков – 8 (61%), девочек – 5 (39%).

Применялись необходимые (общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, осмотр невролога, регистрация ритма спонтанных мочеиспусканий) и дополнительные (внутривенная (экскреторная) или инфузионная урография, микционная цистография) методы диагностики и исследования.

Результаты. В 63% случаев к урологу пациента направляет невролог. При первичном обращении необходимо исключить порок развития мочевого тракта и позвоночника, инфекционно-воспалительные заболевания мочевыделительной системы, заболевания центральной нервной системы, сахарный диабет.

При сборе анамнеза большое значение придавалось выяснению стиля воспитания, формированию навыков опрятности у ребенка, наличию лейкоцитурии, запоров, энкопреза. Определяли генетическую предрасположенность, характер недержания мочи, частоту эпизодов и тип энуреза; факторы, предшествовавшие началу заболевания, характер ночного сна ребенка. Функция мочевого пузыря оценивалась путем регистрации ритма спонтанных мочеиспусканий в течение 2–3 дней, заполнялись специальные таблицы. Нарушения функции мочевого пузыря в виде частых (более 8 раз в сутки), редких (менее 5 раз в сутки)

мочеиспусканий, императивных позывов на мочеиспускание у ребенка старше четырех лет, дневной энурез и лейкоцитурия являлись показаниями для проведения углубленного обследования.

Лечение пациентов с энурезом включало терапию медикаментозную (глицин, ноофен, дриптан, сибутин, минирин) и немедикаментозную (физиотерпия, режимные мероприятия).

У 76% пациентов патологии со стороны почек и мочевыводящих путей выявлено не было. Данная группа больных с диагнозом «дизонтогенетический энурез» была направлена для лечения к невропатологу.

Самой частой причиной развития энуреза у 50% оставшихся пациентов (11,6% от общего количества) являлись нейрогенные нарушения мочеиспускания по гиперрефлекторному типу. После коррекции данной патологии у всех пациентов получен стойкий положительный клинический эффект. У остальных больных была выявлена различная патология мочевыделительной системы, которая не требовала немедленного оперативного лечения. У всех детей достигнуты удовлетворительные результаты лечения. У 1 пациента был выявлен острый цистит, после проведения лечения которого, полностью купировалась клиническая картина ночного недержания мочи.

Выводы. Таким образом, все дети с ночным недержанием мочи, должны проходить комплексное урологическое обследование при тесном участии невролога.

Васильченко А.И. Кирпиченко В.А.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – доц. к.м.н. Фоменко С.А.

Цель. Оценка эффективности и достоверности ультразвуковой диагностики острого аппендицита у детей
Материалы и методы. Произведен анализ данных историй болезней у 113 детей в возрасте от 5 до 18 лет, которые поступали в клинику детской хирургии с подозрением на острый аппендицит, за период с 2014 по настоящее время. Всем детям в процессе диагностического поиска было произведено ультразвуковое исследование аппендикса и периаппендикулярной зоны.

Результаты. В процессе диагностического поиска у 56 детей с сомнительными клиническими данными диагноз острого аппендицита был исключен. В 4-х случаях, при отсутствии видимых изменений в червеобразном отростке, но при сохраняющейся клинике, дети были прооперированы и диагностирован острый аппендицит катаральная форма. Этот же диагноз был выставлен и подтвержден у 3 детей с характерными ультрасонографическими изменениями. Деструктивные формы острого аппендицита были выявлены и подтверждены у 37 детей. Осложнения заболевания в виде перфорации отростка, перитонита и периаппендикулярного инфильтрата, до оперативного лечения, диагностированы в 7 случаях. У 6-х осложнения были выявлены интраоперационно.

Вывод. Применения ультразвукового исследования позволяет диагностировать острый аппендицит у детей с точностью до 93% и избежать необоснованных оперативных вмешательств.

И.К. Ельский

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕЁ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

КУ ЦГКБ №16. ДонНМУ им. М. Горького. Донецк.

Кафедра хирургии, анестезиологии и детской хирургии

Зав. кафедрой и научный руководитель – доц. А.А. Васильев

Цель исследования. Разработать простые, доступные и объективные клинические и лабораторные критерии в оценке тяжести острого панкреатита (ОП) в момент госпитализации больного.

Актуальность темы. Летальность у больных ОП отмечается лишь в группе пациентов с тяжелым некротическим панкреатитом (ТНП) и в ряде клиник достигает 19-42%. Летальность при ТНП характеризуется двумя временными пиками. Первый относится к периоду 2-4 суток от начала заболевания и обусловлен синдромом полиорганной недостаточности при тотально-субтотальном некротическом панкреатите. Второй относится к поздним срокам от госпитализации (спустя три и более недель) и обусловлен в основном сепсисом. Результаты лечения больных с ТНП значительно лучше, если пациент с ТНП начинает лечение в отделении интенсивной терапии. Рекомендациями ряда национальных и международных рабочих групп по пересмотру классификации ОП (2012-13 гг.), принятой в Атланте для определения ТНП рекомендуются такие прогностические шкалы как Marshal, Baltazar, BISAP, APACHE-II. Рекомендуется и дальнейшая разработка клинических критериев ТНП.

Материалы и методы. Была организована и подготовлена для статистического анализа электронная база данных 100 историй болезни больных ТНП и 400 историй болезней больных с нетяжелым ОП, пролеченных в клинике в период 2009-2015 гг. Для сравнительной оценки использованы следующие системы оценки тяжести острого панкреатита: Ranson, APACHE-II, Marshal, BISAP. Проведена сравнительная оценка стоимости каждой из прогностической шкал, стоимость специфических маркеров острого воспаления с разработанной в клинике системой оценки тяжести ОП. Многофакторный анализ проводили с использованием ступенчатой логистической регрессии для категориальных переменных и пошаговой линейной

регрессии для непрерывных данных. Для многофакторного анализа использовали статический пакет Statistica v.5.5A фирмы StatSoft®.

Результаты. Для упрощенной оценки степени тяжести ОП нами были разработаны две группы клинических критериев. Первая группа: перитонеальная симптоматика, ССВО (определяемый по общепризнанным клиническим критериям), плевральный выпот, внутрибрюшная гипертензия II степени и выше, любые нарушения сознания, прогрессирующая абдоминальная боль, боль в животе, требующая эпидуральной анестезии, кожные экхимозы и геморрагический выпот, полученный при лапароцентезе. Вторая группа критериев: креатинин сыворотки крови 2 и более mg/dL, гипербилирубинемия, высокий гематокрит, индекс массы тела выше 30. Доказанный ОП (увеличение уровня α -амилазы в два и более раз и сонографическое подтверждение ОП) и один признак первой группы или доказанный ОП и два признака второй группы достоверно определяют ТНП. Разработанная система оценки тяжести ОП показала свою высокую чувствительность и специфичность. Непосредственное участие врача в диагностическом процессе остается приоритетным, а рационально назначенные дополнительные методы исследования лишь подтверждают или уточняют логику врача.

Выводы 1. Разработанная в клинике система оценки тяжести острого некротического панкреатита проста в применении, экономична и достоверна. Реализуется в течение двух часов. 2. Ранняя стратификация тяжести ОП и своевременная госпитализация больных с ОП в ОИТ позволяет улучшить результаты лечения больных.

Ерёмченко А.В., Русанова А.А., Ляскевич А.В.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ СЕМЕННОГО КАНАТИКА

Научный руководитель – доц. Щербинин А.В.

Актуальность. Кисты семенного канатика (КСК) или фуникулоцеле довольно частое заболевание мочеполовой системы, встречающееся практически в любом возрасте. Киста семенного канатика имеет те же осложнения, как и водянка оболочек яичка. При длительном существовании может приводить к нарушению развития яичка, снижая способность к оплодотворению.

Цель исследования – анализ диагностики и лечения кисты семенного канатика.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца за последние 10 лет находилось на лечении 284 пациента по поводу кисты семенного канатика в возрасте от 1,5 месяцев до 14 лет. В возрасте до 2-х лет поступило 42 ребенка, от 3 до 6 – 210 детей, от 7 до 9 – 21, и старше 10 – 11 больных.

Правостороннее поражение имело место у 163 (57,4%) детей, левостороннее у 121 (42,6%). Двустороннего процесса среди наших пациентов мы не наблюдали. Изолированные кисты были выявлены у 87 (30,6%), сообщающиеся водянки у 197 (69,4%). Давность заболевания варьировала от нескольких недель до нескольких месяцев. Общее состояние у детей, как правило, не нарушено.

Результаты. Следует подчеркнуть, что среди 26 пациентов поступивших в возрасте до года – у 16 отмечалась острая водянка внезапно появившаяся «острая киста» семенного канатика, сопровождающаяся резким болевым синдромом, что не позволило исключить наличие ущемленной паховой грыжи. В связи с этим дети оперированы в ургентном порядке: диагноз кисты подтвердился у 15 детей, в одном случае выявлен продуктивный паховый лимфаденит.

Остальные пациенты оперировались в плановом порядке: произведено удаление образования, с прошиванием и перевязыванием облитерированного тяжа (или не облитерированного сообщения). Рецидив кисты семенного канатика имел место в одном случае.

Мальчик оперирован повторно через 3 месяца. Необходимо отметить, что среди наших пациентов с кистами семенного канатика в ряде случаев (9,5%) была выявлена сопутствующая урологическая патология: водянка яичка у 18, крипторхизм у 6, гипоспадия у 3.

Выводы. Киста семенного канатика – часто встречающееся заболевание мочеполовой системы у детей любого возраста. Основной метод лечения кисты семенного канатика хирургический. При остро возникшей кисте семенного канатика, когда нельзя исключить наличие ущемленной паховой грыжи лечение проводится по срочным показаниям.

Иофе Е.И., Данилова М.С.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – к.м.н., доц. Щербинин А.В.

Цель – оптимизация диагностических и тактических мероприятий для выбора метода лечения детей при травмах органов мочеполовой системы.

Материалы и методы. За период с 2004 по 2015 гг. в клинике детской хирургии ДонНМУ находилось 87 детей с травмой мочеполовой системы, из них травма почек – 52 (59,77%), 2 (2,3%) – мочевого пузыря и 12 (13,79%) с разрывом уретры, и 21 (24,14%) с травмой наружных половых органов. Преобладали мальчики – 67 (77,01%), девочек было 20 (22,99%). Из них детей до 3 лет – 5, от 3 до 6 лет – 8, от 6 до 9 лет – 16, от 9 до 12 лет – 23 и свыше 12 лет – 35. Программа обследования включала в себя общеклиническое обследование с тщательным сбором анамнеза, уделяя особое внимание обстоятельствам и механизму травмы. В дальнейшем

параллельно мониторингу гемодинамических и лабораторных показателей проводили уточнение диагноза. Скрининг методом, позволяющим наиболее быстро и безопасно оценить состояние почек, является УЗИ. Учитывая тяжесть пациентов с травмой органов мочеполовой системы, в случае отсутствия по данным УЗИ повреждения капсулы почки и кровотечения, дальнейшее обследование (экскреторная урография, КТ) проводили на 2 – 3 сутки после начала терапии. В диагностике повреждений мочевого пузыря ведущую роль отводили инструментальным и рентгенологическим контрастным методам. Диагностика повреждений уретры основывалась на данных клинического обследования и анамнеза, во всех случаях для верификации диагноза применялись фиброцистоскопия и уреторография. При повреждении наружных половых органов, диагностика чаще всего базировалась на данных общеклинического в сочетании с УЗИ.

Результаты. Нефруретерэктомии выполняли у 2 пациентов (при отрыве почечной ножки, при размождении почки). У 2 детей оперативное вмешательство было предпринято по поводу паранефральной гематомы, которая сопровождалась признаками продолжающегося кровотечения, было выполнено ушивание разрывов почки и дренирование гематомы. Ушивание разрывов почки выполнили у 2 больных. Во всех остальных случаях назначали гемостатическую терапию. Назначали строгий постельный режим на 10-14 дней, из препаратов – викасол, дицинон, хлорид кальция, аминокaproновую кислоту. Антибактериальные препараты назначали с профилактической целью пациентам с наличием паранефральных и субкапсулярных гематом, а также в послеоперационном периоде. Всем больным проводили УЗИ контроль и экскреторную урографию в динамике.

В случае разрыва мочевого пузыря проводили срочное оперативное вмешательство. Объем операции определялся индивидуально и заключался в ушивании разрывов с обязательным дренированием брюшной полости или околопузырного пространства, эпицистостомией.

При травмах уретры у всех больных выполняли восстановление целостности уретры в первые 6 часов после травмы путем наложения анастомоза по типу «конец в конец» на «бублике» с обязательным наложением эпицистостомы. При травмах наружных половых органов выполняли оперативное лечение: обработку ран, ликвидацию гематом мошонки, ушивание яичка.

Выводы. У пациентов после консервативной терапии в дальнейшем на месте разрыва органа формируется рубцовая ткань, которая не нарушает функции почки. Мочевой пузырь после восстановления целостности полностью восстанавливает резервуарную функцию и акт мочеиспускания. Наиболее частым осложнением травмы уретры является развитие посттравматической стриктуры.

Кондрашова Д.С.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Научный руководитель – д. мед. н. доц. Анастасов А.Г.

Летальность у новорожденных с врожденной атрезией пищевода (ВАП) составляет от 12 до 35%. Стрессовый ответ остается основным критерием оценки адекватности общего обезболивания.

Цель исследования. Оценка уровня хирургического стресса (ХС) и рекомендации к общему обезболиванию у новорожденных с ВАП.

Материалы и методы. Основную группу пациентов составили 11 новорожденных, которые получали хирургическое лечение по поводу ВАП в РДКБ г. Донецка 2014-2016 г.г. Антропометрические показатели новорожденных: срок гестации – 37,2 0,2 недель, масса тела при рождении – 2800,6 78,9 гр. Оценку ХС проводили по шкале К. Anand, A. Aynsley-Green (2006). Уровень ХС классифицировался, как низкий (1,0-12,0 баллов), средний (12,1-22,0 баллов), тяжелый (свыше 22,1). Оперативное вмешательство – торакотомия, наложение эзозофагального анастомоза. Метод общего обезболивания – тотальная внутривенная анестезия (ТВА) с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). В периоперационном периоде проводили стандартный мониторинг.

Результаты. Антропометрические показатели новорожденных соответствовали недоношенности I степени и оценены по шкале в 22 балла. До операции у 5 (45,6 %) пациентов, кроме ВАП, выявлена аномалия развития I системы организма (10 баллов), у 1 (9,1%) больного – патология 2-х и более систем (3 балла). Церебральная недостаточность I степени диагностирована у 1 (9,1%) ребенка (1 балл), II степени – у 9 (81,9%) (18 баллов), III степень – у 1 ребенка (3 балла). Дыхательная недостаточность I степени определена у 4 (36,4%) пациентов (4 балла), II степени – у 6 (54,5%) (12 баллов), III степени – у 1 больного (3 балла). Так, до операции в основной группе новорожденных с учетом характера операции (интраторакальное вмешательство было выполнено у 11 респондентов – 33 балла), среднее значение уровня хирургического стресса соответствовало низкому уровню $9,1 \pm 2,1$ балла, а у 3 пациентов среднему уровню $13,8 \pm 1,1$ балла. В связи с чем, рекомендован метод общего обезболивания – ТВА с ИВЛ: кетамин (0,5 мг/кг/ час) + натрия оксибутират (50 мг/кг) + фентанил (0,1 мг/кг/ час) + пипекурония бромид (0,5 мг/кг). Длительность операции у 3 больных была до 2-х часов (6 баллов), а у 8 (72,7 %) – более 2-х часов (24 балла), что отражалось на увеличении уровня хирургического стресса в среднем на 30% от исходного дооперационного уровня, не зависимо от выраженности витальных нарушений. В раннем послеоперационном периоде у 81,8% новорожденных ХС был равен $20,3 \pm 1,0$ балла, что соответствовало среднему уровню, а у 2 больных – ХС тяжелой степени. Выписаны в удовлетворительном состоянии 10 (90,1%) пациентов. В послеоперационном периоде умер 1 больной, летальность 9,1%.

Выводы. Информативными критериями ХС были критерии количество сопутствующих аномалий развития, вид операции, нарушения ЦНС, дыхания. Применение у новорожденных с ВАП ТВА с ИВЛ по схеме кетамин + натрия оксibuтират + фентанил + пипекурония бромид является оптимальным, что подтверждает низкая послеоперационная летальность.

Ляскевич А.В., Ерёмченко А.В., Русанова А.А.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – доц. Щербинин А.В.

Ежегодный показатель уролитиаза детей в мире составляет от 0,5% до 5,3% среди урологических патологий и этот показатель стремительно растет. Мочекаменная болезнь является одним из широко распространенных урологических заболеваний, не редко склонных к тяжелому течению и рецидивам.

Цель : изучение клинических особенностей течения мочекаменной болезни среди лиц детского населения и разработка диагностики и лечебно-профилактических подходов.

Материалы и методы: Материалом исследования явился контингент больных, пролеченных в урологическом отделении РДКБ города Донецка с 2004 по 2015 года. За это время пролечилось 232 больных. Из них дети от 1 года до 6 лет –18 % человек, от 6 лет до 12 лет –33 % человек и от 12 лет до 17 лет –48 % человек. Мальчиков- 50 % , девочек –50%, с двусторонним процессом было 4 % детей, с левосторонним –26 % , с правосторонним 36%.

Методы обследования можно разделить на необходимые и дополнительные. К необходимым, мы относим: общеклинический и биохимический анализы крови и мочи, сонографическое исследование почек экскреторная урография, которая дополняется отсроченным снимком через 24 часа. К дополнительным относятся УЗИ с доплерографией почек и мочеточникового выброса, цистоскопию, микционную цистографию, исследование электролитов крови.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина при МКБ характеризуется почечной коликой и отхождением конкрементов с мочой.

Мочевой синдром при МКБ проявляется гематурией (около 95% случаев), варьирующей от микро- до макрогематурии, которая сопутствует почечной колике и/или наблюдается после нее. При полной обструкции мочевых путей камнем гематурия может не выявляться и ее отсутствие при почечной колике является косвенным признаком обструкции.

Приблизительно в 60–70% случаев у больных МКБ наблюдается лейкоцитурия вплоть до пиурии, обусловленная присоединением инфекции.

В процессе лечения пациентов с МКБ мы используем консервативную терапию и оперативное лечение. Консервативная терапия включает себя назначение в возрастных дозах: спазмолитических препаратов, антибактериальных препаратов, десенсебилизирующих средств, фитотерапия. Показаниями к оперативному лечению мы считаем : коралловидные конкременты лоханки; конкременты мочевого пузыря; безуспешность проводимой терапии.

Мы отдаем предпочтение ударно-волновой литотрипсиса (проводится на базе университетской клиники). При невозможности проведения данной манипуляции проводим открытое оперативное лечение с хорошими отдаленными результатами.

Важную роль мы отводим профилактике рецидивирования уролитиаза. Обязательны контрольные осмотры раз в год, сонографический контроль 1 раз 6 месяцев.

Выводы. 1. Основным скрининг методом выявления МКБ является УЗИ.

2. Терапию больных целесообразно назначать с консервативного лечения.

3. В оперативном лечении преимущество отдается малоинвазивным методикам.

Матюхина Н.А., Зубарева Е.В.

РОЛЬ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДОНОШЕННЫХ И ПОЧТИ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Научный руководитель – доц. Сушков Н.Т., зам.

ген. директора ДРЦОМД по неонатологии Бессонов Д.А.

Цель исследования. Оценка дыхательной функции у доношенных и почти доношенных новорожденных с ранними проявлениями синдрома дыхательных расстройств (СДР). Оценка осложнений во время беременности, как факторов риска развития идиопатической легочной гипертензии (ИЛГ). Оценка особенностей комплексной терапии ИЛГ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй развития 30 доношенных и почти доношенных новорожденных с СДР, который развился в первые 48 часов жизни за период с 2013 по 2015 года. Исследован акушерский анамнез матерей этих детей.

Результаты. Все исследуемые дети были в весовой категории от 2,750 до 3,850 грамм. По гестационному возрасту: 36 недель – 1 (3,33%), 37 недель – 11(36,6%), 38 недель – 6(20%), 39 недель – 5(16,6%), 40 недель – 6 (20%), 41 неделя – 1(3,33%). Паритет беременности от 1 до 8. Отягощенное течение беременности отмечено в 10 (33,3%) случаях. Среди них: бессимптомная бактериурия – 1(3,33%), ОРВИ –

1(3,33%), Z21 – 3(10%), пиелонефрит – 1(3,33%), хронический бронхит – 2(6%), хронический холецистопанкреатит – 1(3,33%), сахарный диабет – 1 (3,33%). Осложнений беременности, таких как преэклампсия средней и тяжелой степени, кровотечение в родах, гипертензия без преэклампсии, нарушение фето-плацентарного кровообращения, угроза преждевременных родов, отмечено не было. По шкале Апгар новорожденные были оценены: меньше 5 баллов – 1 (3,33%), 5-6 баллов – 4(12%), 6-7 баллов – 9(27%), 7-8 баллов – 14(48%). Большинство детей родились без асфиксии. Время начала дыхательных расстройств II-III степени выраженности: с рождения – 17(51%), в течение 1 часа – 3(10%), более 1 часа – 9(27%). Общее количество детей с СДР II -III степени составило 88% и 12% с СДР I степени. Начало респираторной терапии: с рождения – 13 (39%), в течение первого часа – 4(12%), более 1 часа – 11(33%). Общее количество детей, нуждавшихся в ИВЛ – 25(84%). Количество детей, нуждавшихся в подаче кислорода более 40% – 16(53%), менее 40% – 14(47%). Сурфактантная терапия – 2(6%). В терапии использовалась инфузия прессорных аминов (добутамин) в 24(80%) случаях. Средняя продолжительность применения добутамина составила 168ч. Терапия вазодилататорами (нитроглицерин) использовалась в 14(46,6%) случаях. Снижение дозы нитроглицерина начиналось в среднем через 72ч. Давление в легочной артерии, равное системному, регистрировалось в 6(20%) случаях, суперсистемное – 24 (80%). Снижение давления в легочной артерии до нормальных показателей отмечалось в среднем через 46 часов. Длительность ИВЛ составила в среднем 96 ч. Осложнения респираторной терапии в виде пневмоторакса отмечались в 3х случаях. Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Идиопатическая легочная гипертензия играет большую роль в развитии СДР у доношенных и почти доношенных новорожденных, чей анамнез неотягощен инфекционными осложнениями во время беременности. Отягощенное течение беременности не может расцениваться как фактор риска развития ИЛГ у новорожденных. Комплексная терапия СДР у доношенных и почти доношенных новорожденных должна включать терапию прессорными аминами в сочетании с вазодилататорами под контролем доплерометрии.

Москаленко А.С.

ИЗМЕНЕНИЯ АКУСТИЧЕСКОЙ ПЛОТНОСТИ ЯИЧЕК В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ

Научный руководитель – доц. Фоменко С.А.

Цель: Изучение изменения акустической плотности яичек у детей с патологией влагалищного отростка брюшины на основании анализа данных ультразвукового исследования тестикул в пораженном и контрлатеральном органе до и после оперативного лечения.

Материалы и методы: Обследовано 28 мальчиков в возрасте от 3 до 16 лет, оперированных в Республиканской детской клинической больнице г.Донецк по поводу врожденной паховой грыжи и гидроцеле. Всем детям проводилось ультрасонографическое исследование яичек накануне оперативного лечения, через 1 и 7 суток после него. Исследование проводилось в положении пациента лежа на спине с помощью аппарата Sonoace X8 фирмы Medison, оснащенного датчиками с длиной волны 5-12 МГц в В-режиме.

Во время исследования проводили оценку состояния паренхимы яичка с применением способа гистографии на выделенном участке. За контрольные значения принимали данные, полученные с контрлатеральной стороны у этих же больных.

Результаты исследования: Акустическая плотность ткани яичка до оперативного вмешательства была выше на стороне поражения. Мы расценили это как проявление склеротических процессов в паренхиме пораженного яичка вследствие предшествующего длительного нарушения обменных процессов. В динамике показатель относительной плотности на здоровой стороне не претерпел существенных изменений, а на стороне оперативного вмешательства через 1 сутки снизился, но к 7-м – повысился, практически достигнув исходного уровня. Это говорит о выраженном отеке яичка стороны оперативного пособия в ранний послеоперационный период, который регрессировал к исходу 7-х суток.

Выводы: У детей с врожденной патологией влагалищного отростка брюшины наблюдаются признаки склеротических процессов паренхимы яичка стороны поражения. Ранний послеоперационный период характеризуется выраженным отеком паренхимы яичка стороны оперативного пособия. Через неделю после вмешательства отек яичка пораженной стороны регрессирует.

Некрашевич М.Я., Погорелая Ю.А., Киреев И.А.

РАДИОНУКЛИДНАЯ ДИАГНОСТИКА ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СТАЗОВ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – доц. Музалев А.А.

Цель исследования. Оптимизация диагностики заболеваний, сопровождающихся нарушением функции опорожнения кишечника у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 35 детей в возрасте от 10-15 лет с болезнью Пайра, находившимся на лечении в РДКБ г.Донецк. Всем пациентам проводилась радионуклидная диагностика толстокишечных стазов с использованием коллоидного раствора золота Au-198.

Результаты. Анализ результатов исследования показал, что задержка меченного содержимого в правой половине толстой кишки наблюдалась у 8 (22,9 %) больных, в поперечно-ободочной у 27 (77,1 %) больных.

Полное опорожнение от радиофармпрепарата в сроки от 24 до 48 часов наблюдалось у 17 (48,6 %) больных, до 72 часов – у 18 (51,4%) больных.

Этот метод радионуклидной диагностики имеет ряд существенных преимуществ: он не связан с какими-либо неприятными ощущениями; находясь в кишечнике, препарат не подвергается всасыванию и не влияет на моторику органа; регистрация эвакуаторной функции производится без ущерба для здоровья; метод не дает осложнений и не требует специальной подготовки больного. Суммарная лучевая нагрузка составляет 0,002-0,003 рад против 33-34 рад при стандартном рентген-исследовании.

Выводы. Таким образом, использование радионуклидного метода диагностики толстокишечного стаза является существенным подспорьем в установлении клинического диагноза и методом выбора при выяснении причины нарушения функции опорожнения толстой кишки у детей.

Ордец Н.Н.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ СО СПИННОМОЗГОВОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ БЛОКАДОЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Научный руководитель – доц. д.мед.н. Анастасов А.Г.

Концепция анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств у новорожденных с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта заключается в методике комбинированного общего обезболивания с искусственной вентиляцией легких.

Цель исследования. Изучить течение периоперационного периода у новорожденных с ВПР ЖКТ, у которых использовали общее обезболивание со спинномозговой регионарной анестезией.

Материалы и методы. В данном исследовании принимали участие 47 новорожденных в постконцептуальном возрасте – 39,7 ± 0,6 недель, с ВПР ЖКТ. 1 группу составили 27 (57,45%) новорожденных с ВПР ЖКТ, которым в качестве анестезии использовали общепринятое многокомпонентное общее обезболивание с искусственной вентиляцией легких. 2 группа была представлена 20 (42,55%) новорожденными, которым применяли комбинацию общего обезболивания со спинальной центральной блокадой. Для премедикации пациентов применяли внутривенно раствор атропина в дозе 0,05 мг/кг + раствор димедрола в дозе 0,05 мг/кг. В интраоперационном периоде пациентов 1 группы использовали комбинацию раствора фентанила 3,5-6 мкг/кг/ч + раствора кетамина в суммарной дозе на операцию 6-12 мг/кг. Мышечная релаксация достигалась внутривенным введением антидеполяризующих миорелаксантов. У больных 2 группы

медикация включала внутривенное введение раствора кетамина в дозе 1,2 ± 0,8 мг/кг + раствора сибазона 0,5 ± 0,1 мг/кг, в 7 (35%) случаях интубацию трахеи проводили после введения дитилина 1-2 мг/кг (однократно). В субдуральное пространство вводился 0,5% гипербарный раствор бупивакаина в дозе 0,6 ± 0,12 мг/кг. Предпункционная волевическая нагрузка предусматривала введение 0,9% раствора NaCl из расчета 8-10 мл/кг/час. У пациентов обеих групп, до премедикации и в конце операции, проводили забор крови для исследования уровней инсулина и глюкозы крови. В интраоперационном периоде измеряли насыщение кислорода крови, систолическое артериальное давление, частоту сердечных сокращений, а так же у пациентов 2 группы для оценки уровня спинального блока использовали «Pinprick» и «Bromage» тесты. Для обработки полученных результатов исследования использовали параметрический метод статистики t-критерий Стьюдента с достоверностью различия (P<0,05).

Результаты. В предоперационном периоде клинико-лабораторные показатели 1 группы пациентов и показатели 2 группы существенных различий не имели (P>0,05). К концу операции у новорожденных 1 группы с ВПР ЖКТ изменения со стороны исследуемых биохимических показателей характеризовались отсутствием достоверных различий по уровню инсулина (6,5 ± 0,69 мкМЕ/мл), уровню глюкозы крови (3,75 ± 0,417 ммоль/л). Наблюдался достоверный рост уровня АДсис., вследствие недостаточности ноцицептивной коррекции у этих пациентов в интраоперационном периоде, несмотря на применение достаточного количества наркотических анальгетиков. А у новорожденных 2 группы на этом этапе исследования зарегистрировано снижение ЧСС (126,0 ± 1,71 уд/мин), уровень инсулина – 5,96 ± 0,82 (мкМЕ/мл), глюкоза крови – 4,78 ± 0,12 (ммоль/л). Стабильный уровень АДсис., глюкозы крови на этапах операции характеризовал адекватность коррекции ноцицептивной чувствительности.

Выводы. Применение у новорожденных с ВПР ЖКТ комбинированного общего обезболивания со спинальной центральной блокадой характеризуется выраженной антиноцицептивной защитой и способствует благоприятному течению периоперационного периода.

Погорелая Ю.А., Некрашевич М.Я.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ МАССИВНЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – доц. Москаленко С.В.

Цель исследования. Изучение результатов интенсивной терапии у детей с массивными кровотечениями из желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 26 историй болезни детей в возрасте от 3 до 14 лет, находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии Республиканской детской клинической

больницы г. Донецк с острым желудочно-кишечным кровотечением (15 – с эрозивным гастритом и язвенным поражением желудка, 11 – с язвой дивертикула Меккеля).

Результаты. Консервативная терапия при указанной патологии включала введение системных и местных гемостатиков, препаратов с антипротеолитической активностью (контрикал, гордокс), трансфузии эритроцитарной массы и нативной свежемороженой плазмы, кислородную поддержку.

Для восполнения дефицита объема циркулирующей крови при массивных кровотечениях из желудочно-кишечного тракта было предпочтительно применение препаратов желатина («Гелофузин») перед растворами на основе гидроксиэтилкрахмала («Рефортан», «Стабизол») или декстрана («Полиглюкин»).

Выводы. Комплексная консервативная терапия при острых желудочно-кишечных кровотечениях у детей позволила избежать оперативного вмешательства. Рациональный подход к заместительной инфузионной терапии привел к снижению длительности пребывания больных в отделении интенсивной терапии на 1,4 койко-дня.

Халабузарь В.А., Залюбовская Л.В.

ОСТРЫЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ЛИМФАДЕНИТ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

Научный руководитель – асс. к.м.н. Вакуленко М.В.

Цель исследования. Оптимизация методов ранней диагностики и консервативного лечения острого неспецифического мезаденита.

Материалы и методы. В клинику детской хирургии им. Н.Л. Куца за период с 2011 г. по 2015 г. было госпитализировано 5167 детей с подозрением на острый аппендицит. Из них 1712 (33,1%) пациентам проведено оперативное лечение в ургентном порядке в связи с наличием острой хирургической патологии (острый аппендицит – 1382 (26,7%) ребенка; первичный перитонит – 57 (1,1%) детей; аппендикулярный перитонит – 273 (5,2%) пациента), у 3337 (64,6%) детей диагностировано функциональное нарушение желудочно – кишечного тракта, включающее гастроэнтерологическую патологию, а у 118 (2,3%) пациентов обнаружен неспецифический мезентериальный лимфаденит. По возрастной категории отмечалось следующее распределение: 4 – 6 лет – 24 больных (20%), 6 – 8 лет – 41 пациент (35%), 8 – 10 лет – 35 детей (30%), 10 – 12 лет – 12 пациентов (10%), 12 – 18 лет – 6 больных (5%). Среди 118 пациентов с неспецифическим мезентериальным лимфаденитом наблюдалось 68 мальчиков (58%), и 50 девочек (42%).

Результаты. По результатам нашего исследования было определено, что среди детей поступивших в клинику детской хирургии им . Н.Л. Куца с подозрением на острый аппендицит следует проводить дифференциальную диагностику с острым неспецифическим мезентериальным лимфаденитом. Характерными признаками которого являются: схваткообразные боли в животе, без иррадиации, преимущественно в мезогастрии и правой подвздошной области отмечались у 99 детей (84%), тошнота 53 (45%), снижение аппетита у 101 ребенка (86%), повышение температуры тела до 38°C 77 детей (65%), выше 38°C у 6 детей (5%), нарушения стула в виде диареи 5 случаев (7%), и запор у 22 детей (19%). При проведении пальпации живота у 6 детей (5%) отмечалось напряжение мышц передней брюшной стенки, у 44 (37%) умеренное напряжение, и у 68 детей (58%) отсутствие напряжения мышц брюшного пресса. У 109 детей (92%) отмечался положительный симптом Штернберга, так же были выявлены положительные симптомы Клейна и McFadden. В клиническом анализе крови отмечался умеренный лейкоцитоз 9,6 – 15 Г/л, со смещением лейкоцитарной формулы влево у 60 детей (51%), ускорение СОЭ у 98 детей (83%). При детальном сборе анамнеза у всех детей были выявлены источники инфекции в виде хронического тонзиллита, гайморита, синусита, стоматологических инфекций либо недавно перенесенных острых респираторных и кишечных вирусных инфекций, ангина.

Выводы. Острый неспецифический мезентериальный лимфаденит составляет 2,3% от всей острой хирургической патологии с клинической симптоматикой острого аппендицита у детей, что безусловно является значимым в практике детского хирурга.

На основании полученных данных можно утверждать, что углубленное изучение анамнестических данных, полноценная оценка жалоб и клинической симптоматики на момент поступления, а так же использование и развернутая интерпретация клинико-лабораторных и сонографических данных позволяет провести точную дифференцировку между острым аппендицитом и неспецифическим мезентериальным лимфаденитом у детей, что позволяет значительно снизить количество оперативных вмешательств.

**Донецкий национальный медицинский университет им.
М.Горького Кафедра комбустиологии, пластической хирургии
и урологии ФИПО Зав. кафедрой – проф. Фисталь Э.Я.**

Малаллах З.С., Грищенко И.С.

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С
ЛУЧЕВОЙ ЯЗВОЙ ГОЛЕНИ**

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Фисталь Э.Я.

Цель исследования. Доказать эффективность применения методов пластической хирургии на примере клинического случая пациента с лучевой язвой правой голени.

Материалы и методы. Анализ данных отечественной и зарубежной литературы, интернет – ресурсов и обобщение опыта лечения лучевых язв в ожоговом отделении ИНВХ им. Гусака.

Результаты. В 1997 году пациент Ф. был прооперирован в Донецком онкологическом диспансере по поводу саркомы верхней трети правой голени; ему была выполнена лучевая терапия с положительным эффектом.

В 2015 году пациент обратился в ожоговое отделение ИНВХ по поводу образования язвы в области операции, куда он 22.12.2015 г. был госпитализирован и в этот же день прооперирован.

Во время оперативного вмешательства после обработки операционного поля произведено иссечение краев и дна язвы до кровоточащих тканей, произведён гемостаз. На передненаружной поверхности правого бедра с помощью электродерматома взят кожный трансплантант толщиной 0,3 мм, S=130 см², перфорирован скальпелем и уложен на раны. Во время операции была обнажена большеберцовая кость, надкостница сохранена, удалено сухожилие передней большеберцовой мышцы.

Через две недели после операции состояние пациента Ф. было удовлетворительным, однако, ввиду возраста пациента (84 года) и иммуносупрессии наблюдался лизис аутодермотрансплантата и появление вторичного некроза, поэтому было принято решение о повторном оперативном вмешательстве.

19.01.16 пациенту была произведена некрэктомия и остеотрепанация с аутодермотрансплантацией. После обработки операционного поля произведено иссечение некроза до кровоточащих тканей. Затем была осуществлена остеотрепанация – пять фрезевых отверстий на правой большеберцовой кости до появления кровотечения, произведён гемостаз. На передненаружной поверхности правого бедра пациента была взята кожа толщиной 0,3 мм, S=130 см², перфорирована и уложена на раны.

Благодаря остеотрепанации произошло усиление костно-мозгового кровотока повреждённой конечности, раскрытие и анастомозирование существующих коллатералей и увеличение метаболической активности в мягких и в костной тканях. Через неделю аутодермотрансплантат полностью прижил. На момент выписки из отделения пациент не предъявлял жалоб, получал УВЧ-терапию, его состояние отмечалось как удовлетворительное.

Выводы. Нами описан уникальный случай полного заживления поздней лучевой язвы после выполненной аутодермопластики и остеотрепанации, что доказывает абсолютное преимущество и высокую эффективность применения методов пластической хирургии при лечении данной патологии.

**Донецкий национальный медицинский университет им.
М.Горького Кафедра госпитальной хирургии
Зав. кафедрой – д.мед.н., проф. О.И. Миминошвили**

Писарев Я.И., Арзуманян С.К., Курилов В.Л., Коломийчук А.Б.

**ОСОБЕННОСТИ ИНФРАИНГВИНАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА У
БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Научный руководитель: к.мед.н., доц. В.Н.Пшеничный

Несмотря на то, что у пациентов с хронической критической ишемией нижних конечностей (ХКИНК) атеросклеротического генеза более чем в половине случаев поражение артерий локализовано ниже паховой складки, оно редко ограничивается одним артериальным сегментом. Так по данным E.Ascher (2004) изолированное поражение берцовых артерий при ХКИНК наблюдается не более чем в 23-29% случаев. В то же время, изменения берцовых артерий у этих больных встречается при любом анатомическом варианте поражения сосудов. В большинстве используемых классификаций заболевания инфраингвинальных артерий (Haimovici, TASC) основное внимание уделяется состоянию бедренно-подколенного сегмента, а наличие поражения берцовых артерий предопределяет категорию «диффузный тип поражения». Это приводит к затруднениям в выборе оптимального метода реваскуляризации конечности при критической ишемии и в оценке результатов реконструктивных операций у больных с различным типом атеросклеротического поражения артерий бедренно-подколенно-берцово-стопного сегмента.

Цель исследования. Анализ ангиографических данных у больных с ХКИНК с оценкой характера заболевания артерий при различных типах поражения для выбора адекватного метода реконструкции артерий.

Материал и методы. Анализу были подвергнуты результаты ангиографического обследования 335 больных с ХКИНК (3 и 4 степень по классификации Фонтена) находящихся в сосудистом отделении ИНВХ им В.К.Гусака за период 2012 – 2014 года. Всем больным была выполнена дигитальная ангиография по Сельдингеру трансфemorальным доступом. После этого была составлена и проанализирована выборка из 100 пациентов с преимущественным поражением инфраингвинальных артерий.

Нами был оценен характер атеросклеротического изменения сосудов от подвздошных до берцовых артерий, включая состояние плантарной дуги. При этом каждая артерия была условно разбита на 3 сегмента: проксимальный, средний и дистальный. Состояние артерий характеризовалось тремя критериями: проходима, стенозирована и окклюзирована.

Результаты. Анализ ангиограмм у 100 пациентов показал, что у 73% больных с ХКИНК имелось сочетанное поражение артерий бедренно-подколенного и подколенно-берцового сегментов. Мы сочли целесообразным классифицировать пути оттока таким образом, чтобы основным критерием проходимости дистального русла являлось наличие полной проходимости берцово-стопного сегмента в бассейне какой-либо берцовой артерии с «полноценным выходом» на стопу. С нашей точки зрения при таком подходе облегчалось решение тактических вопросов реваскуляризации. С учетом проксимальной границы проходимости артерий подколенно-берцово-стопного сегмента мы выделили 4 основных типа проходимости путей оттока. В то же время, у значительного количества больных с ХКИНК (59%) нами была выявлена сочетанная изолированная проходимость проксимальной или дистальной порцией подколенной артерии. Проходимость проксимальной порции подколенной артерии была зафиксирована у 67,8% больных. Причём у 2\3 этих пациентов имелось поражение берцовых и в значительно меньшем количестве – подвздошных артерий. Обращало на себя внимание также то, что у 72,8% больных с поражением берцово-стопного сегмента берцовые артерии оказались пригодны для реконструкции.

Выводы. Унификация и систематизация особенностей поражения артерий при ХКИНК, а также использование предложенной классификации проходимости сосудистого русла позволяет оптимизировать методику реваскуляризации конечности и улучшить результаты лечения этой тяжелой категории больных.

СТОМАТОЛОГИЯ

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Донецкий национальный медицинский университет, г.Донецк,
ДНР Кафедра ортопедической стоматологии Зав.
кафедры – д. мед. н., проф. Клёмин В. А.

Belenkiy R.S., Rudenko O.V., Rudenko E.V.

STABILIZATION OF THE DENTITION THROUGH THE TEMPORARY PROSTHESIS AND THE APPARATS AFTER A SIGNIFICANT SURGERY FOR SHRAPNEL WOUNDS IN THE MAXILLOFACIAL REGION

Donetsk national university the name of M.Gorky, Donetsk, DNR

Department of prosthodontics stomatology

Chief of department-doctor of medical sciences prof. Klyomin V.A.

Scientific leader: Rudenko O.V.

Aim and research objectives: to determine the effectiveness of stabilization of articuléio temporomandibularis joint by means of soft temporal tires.

Material and methods : statistical research was conducted on the percentage of wounds in a maxillufacial area as compared to general wounds and the percent of patients was distinguished with wounds affecting a masticatory vehicle, and also amount needing orthosiss that fixed a between alveolar height temporally, and also stabilized a articuléio temporomandibularis joint. Was used soft silicon two jaw fixative kappe for dental jaws.

Results: from the total number of victims in a maxillufacial area – 34 %, 21% – are flesh-wounds of soft tissues, 7% – are multisystem damages of soft tissues and bones of skull of middle weight and 6 %- heavy damage of maxillufacial area with the considerable trauma of soft and bone tissues. From all injured in a maxillufacial area 14 % fractures, 7% – are fractures with crushing of bone; an extractions of teeth at 47%, 32% – a multisystem trauma, 37% – interdental ligature fastening for fixing of remaining teeth, 32%- is fixing alveolar height and stabilization of articuléio temporomandibularis joint through orthosiss, 28%- two jaw fixative kappe.

Conclusions: at limit comminuting wounds of maxillufacial area with the damage of articuléio temporomandibularis join and not fixed between alveolar height the using of removable splintage of prosthodontics constructions such as two jaw fixative kappe is the most optimal decision for the temporal stabilization of articuléio temporomandibularis join.

Belenkiy R.S., Rudenko O.V., Rudenko E.V.

THE USING OF THE DISCHARGE CAPS IN THE CASES OF DISEASES OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOIN CAUSED BY A DECREASE OF INTERALVEOLAR HEIGHT

Donetsk national university the name of M.Gorky, Donetsk, DNR

Department of prosthodontics stomatology

Chief of department-doctor of medical sciences prof. Klyomin V.A.

Scientific leader: Rudenko O.V.

Aim and research objectives: to determine the effectiveness of discharge caps for increasing of interalveolar height for stabilization of articuléio temporomandibularis joint.

Material and methods : for 6 patients with diseases of the temporomandibular joint caused to the reduction of of interalveolar height were made temporary increase tray with occlusal overlays. The time of experiment was 4 months.

Results: after 4 months the patients had received the prints. The jow models were recorded into the articulators and the interalveolar height was determined. A comparison with the primary results and calculated statistical comparison was made. In the cases of all patients there was an increase of the interalveolar height in the magnitude of 1,1 2,4 mm.

Conclusions: the using of the temporary increases caps with occlusal overlays contributes to the increase of the interalveolar height and thereby has a positive impact on the condition of the temporomandibular joint. In the future patients have undergone rehabilitation fixation of the temporomandibular joint is recommended to manufacture of prosthetic constructions with the increase of the interalveolar height.

Butserka Y.I., Rudenko O.V., Rudenko E.V.

THE INFLUENCE OF ACIDIC AND ALKALINE ENVIRONMENTS FOR THE SURFACE INTEGRITY OF POLYMERIC MATERIALS

Donetsk national university the name of M.Gorky

Department of prosthodontics stomatology

Chief of department-doctor of medical sciences professor Klyomin V.A.

Scientific leader: Rudenko O.V.

Aim and research objectives: to determine the effect of acid and alkaline environments on the surface integrity of polymeric materials.

Materials and methods: studies were made to 12 polymer crowns for one experimental tooth (material "Sinma M"). All the crowns were made simultaneously. Crowns were divided into 2 groups of 6 pieces: crowns of the 1st group were placed in a solution with an alkaline pH, and crowns of the 2nd group – in a solution with acid medium. The solutions were renewed every two days. The experiment period was 3 months.

Results: all the crowns were subjected to the microscopic examination for the presence of surface defects. Crowns of the 1st group had a rough surface and surface cracks, crowns of the 2nd group had a very damaged surface with a full violation of the surface layer, surface cracks and depressions, and small chips.

Conclusions: acidic environment is more aggressive to the polymer materials than alkaline prosthesis. For persons with diseases of the gastrointestinal tract accompanied by the presence of an acidic environment in the oral cavity the manufacture of prosthesis of polymeric materials is undesirable in view of their further destruction.

Chernysheva K.A., Rudenko O.V., Rudenko E.V.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF METHODS FOR DETERMINING PREMATURE CONTACTS OF TEETH

Donetsk national university the name of M.Gorky, Donetsk, DNR

Department of prosthodontics stomatology

Chief of department-doctor of medical sciences prof. Klyomin V.A.

Scientific leader: Rudenko O.V.

Aim and research objectives: to compare the clinical effectiveness of the various methods of determining premature contacts for their further elimination.

Material and methods: for the researching was set up clinical group (40 pers.) with the presence of premature contacts in the lateral portion of the jaw. Each subject was determined premature contacts using three methods: 1st one – registration with the carbon paper, 2nd one – using wax strips and the 3rd one – with the occlusal impression. The size and shape obtained prints were recorded using a micrometer, were brought to the table and the results were subjected to statistical analysis.

Results: the most exact premature contacts sizes were obtained with the 2nd and 3rd methods, but in the case of wax registration were not fixed a clear form due to the instability of the aggregate state of the material. The worst results were obtained in the 1st registration procedure premature contacts.

Conclusions: we can conclude that the most appropriate method of registration premature contacts is fixation by obtaining occlusal impression.

Chernysheva K.A., Rudenko O.V., Rudenko E.V.

CHANGE ORAL MICROFLORA OF WEARING COMPLETE DENTURES

Donetsk national university the name of M.Gorky, Donetsk, DNR

Department of prosthodontics stomatology

Chief of department-doctor of medical sciences prof. Klyomin V.A.

Scientific leader: Rudenko O.V.

Aim and research objectives: To investigate changes in the composition and quantity of microorganisms in the oral cavity of patients using full removable dentures and their impact on non-specific resistance of the mucosa and oral hygiene indicators.

Materials and methods: were examined 2 groups of patients (45-55 years): Group 1 – patients using full removable dentures, and a control group – patients not using orthopedic constructions. Patients in both groups were conducted laboratory tests to determine the quantitative and qualitative composition of the microflora of the mouth: the research method is non-specific mucosal resistance and determination of the composition of the microflora of the mouth. A examination of oral mucosa of non-specific resistance was carried out by the method of determining the index of colonization of buccal epithelium.

Results: patients using full removable dentures is increasing the frequency of the detection *Str. Mutans*, *S. Aureus* *C. Albicans* and compared with the norm. This is due to the displacement in the acidic pH environment and contributes to the development of prosthetic stomatitis. Further more, dentures depressing effect on the saliva production of lysozyme, respectively, reducing the overall resistance of the mucosa.

Conclusions: The structural material used for the manufacture of removable dentures affects the performance of non-specific resistance and quantitative composition of the microflora of the mucous membrane of the mouth.

Баранова В.И., Иванова А. И., Озерова Т.Л.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОТЕРИ СВЕТОВОГО ПОТОКА ФОТОПОЛИМЕРИЗАТОРА “LITEX 680”.

Научный руководитель – доц. Жданов В.Е.

Цель исследования – изучение изменения интенсивности светового потока фотополимеризатора “Litex 680” при прохождении его сквозь образцы пластмассы “Синма-М” цвет №6, различной толщины.

Материал и методы. Образцы выполнены из пластмассы “Синма-М” цвет № 6. Форма образцов – диски, диаметром 12мм и от 1 до 4,1 мм в толщину. Для исследования использовали цифровой измеритель интенсивности фотополимеризаторов “MASTER-LUX”. Прибор отдельно контролирует уровни синего (полезного) света и инфракрасного (теплового) излучения.

Технические характеристики его такие:

- предел измерения синего цвета – 0+1500 мВт/см²;
- предел измерения ИК-излучения – 0+500 мВт/см²;
- используемый элемент питания – напряжение 9 вольт “Крона” или импортный аналог;
- ток потребления не более чем 1,5 мА.

Прибор отображает и сохраняет пиковое значение интенсивности света. Измерение интенсивности синего света проводилось не раньше чем через 40 секунд после включения лампы, а измерение теплового излучения – не раньше, чем через 90 секунд. Перед каждой серией измерений были проведены контрольные измерения мощностей ламп синего и красного спектров излучения. При измерении световоды ламп удерживали по центру окна фотоприемника. Всего было проведено 285 измерений. Для исследования использовали лампы “Litex 680”. Перед каждой серией измерений были проведены контрольные измерения мощности ламп синего и красного спектра излучения.

Результаты исследования. Интенсивность светового потока в зависимости от толщины образцов пластмассы “Синма-М” цвет №6 при прохождении сквозь них света синего спектра составило: 1мм – 162,36±14,82 мВт/см²; 1,2 мм -156,94±0,34 мВт/см²; 2,1 мм -86,61±0,06 мВт/см²; 4,1 мм – 20,84±0,10 мВт/см². Интенсивность светового потока в зависимости от толщины образцов пластмассы “Синма-М” цвет №6 при прохождении сквозь них света красного спектра составило: 1 мм -9,31±0,00001 мВт/см²; 1,2 мм – 9,24±0,0017 мВт/см²; 2,1 мм – 3,99±0,0005 мВт/см²; 4,1 мм – 0 мВт/см².

Выводы. Использовать пластмассу “Синма-М” для изготовления адгезивных мостовидных протезов с фиксацией на светоотверждающий композиционный материал нельзя, потому что мощность света, которая проходит сквозь образцы пластмассы толщиной 1мм, меньше минимальной мощности необходимой для его полимеризации (200 мВт/см²), причем для лампы мощностью 509 мВт/см².

Бутук Д. В., Бутук С. Д.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА «КАРБОДЕНТ» ДЛЯ РЕСТАВРАЦИИ АКРИЛОВЫХ МИКРОПРОТЕЗОВ

Зав. кафедры и научный руководитель – д.мед.н, проф. Клемин В.

А. Научный руководитель – к. мед. н., доцент Сажина О. С.

Цель исследования – провести апробацию композитного материала «Карбодент» для реставрации акриловых искусственных коронок и микропротезов.

Материал и методы. У 7 пациентов проведена реставрация пластмассовых коронок с использованием композитного материала «Карбодент». В течение года проведена объективная оценка эффективности реставрации, их эстетической и функциональной ценности.

Результаты исследования. Пластмассовые акриловые коронки широко распространены при протезировании зубов. Быстрая стираемость и расцементировка требуют срочной их реставрации. Наблюдения результатов реставрации акриловых коронок самотвердеющей пластмассы «Карбодент» у семи пациентов в течение года позволяют восстановить их высокую жевательную и эстетическую эффективность.

Выводы. Использование в клинике композитного материала «Карбодент» для реставрации акриловых конструкций протезов, позволяет восстановить их природную эстетику и функциональную ценность.

Ворожко А.А.

ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТОВ С ОТЯГОЩЕННЫМ АЛЛЕРГОАНАМНЕЗОМ

Зав. кафедры и научный руководитель – д.мед.н, проф. Клемин В. А.

Цель исследования. Изучить особенности гигиенического состояния полости рта пациентов с отягощенным аллергоанамнезом на основании клинического обследования полости рта.

Материалы и методы. В клинических исследованиях приняли участие 10 человек без отягощенного аллергоанамнеза(АА) – 0 группа исследования – и 40 человек с аллергическими заболеваниями или наличием аллергических реакция(АР) в прошлом. Возраст пациентов составил от 25 до 50 лет. В соответствии с оценкой аллергоанамнеза было сформировано три группы пациентов. Группу №1 составили 12 пациентов с относительно малым риском развития АР, группа №2 – 20 пациентов со средним риском развития АР, группу №3 – 8 пациентов с относительно высоким риском развития АР. Состояние гигиены полости рта оценивали при

помощи индекса Грин-Вермильёна (Г-В), оценку состояния тканей пародонта проводили при помощи индекса Рассела (PI).

Результаты. Результаты клинических исследований показали, что достоверных отличий по количеству мягкого зубного налета у пациентов разных групп не отмечалось. Индекс зубного камня достоверно был выше у пациентов второй и третьей группы и составил в среднем для мужчин и женщин: $2,17 \pm 0,19$ – в группе №3; $2,03 \pm 0,15$ – в группе №2; $1,59 \pm 0,18$ – в группе №1 и $1,4 \pm 0,19$ у пациентов без отягощенного АА. По индексу PI были получены достоверные отличия в группах относительно высокого и среднего риска развития AP по отношению к пациентам без отягощенного АА и пациентам с относительно малым риском развития AP: $4,23 \pm 0,24$ в группе №3 и $3,6 \pm 0,12$ в группе №2; $2,68 \pm 0,36$ – группа №1 и $2,81 \pm 0,40$ у пациентов без отягощенного АА.

Нами также оценивалось состояние слизистой оболочки полости рта (СОПР) у пациентов с отягощенным АА. Из 28 человек второй и третьей групп у 7 пациентов отмечалась сухость и потеря блеска СОПР, наличие складок и долек на спинке языка было выявлено у 5 человек, ангулярный хейлит – у 6 человек. Наличие патологических элементов на СОПР наблюдалось у 8 больных. Это были явления гиперкератоза на слизистой оболочке щек (4 человека), наличие чешуек в зоне Клейна (2 человека), хронический рецидивирующий афтозный стоматит (эрозии) были диагностированы у 2 пациентов.

Выводы. Проведенные клинические исследования показали, что стоматологические пациенты с осложненным аллергоанамнезом имеют патологические изменения в пародонте при значительном отложении зубного камня.

Ворожко А.А., Куклев Д.Г.

СПОСОБ ПОДГОТОВКИ ПЛАСТМАССОВЫХ ЗУБОВ ДЛЯ ФИКСАЦИИ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗОВ ИЗ ПОЛИОКСИМЕТИЛЕНА

Зав. кафедры и научный руководитель – д.мед.н, проф. Клемин В. А.

Цель исследования. Усовершенствовать способ подготовки пластмассовых зубов для фиксации в базисе протеза из термопластических материалов, в частности из полиоксиметилена.

Материалы и методы. Способ осуществляется следующим образом: в средней части пластмассового зуба, на его оральной поверхности цилиндрической фрезой формируют ретенционную борозду глубиной 0,5мм, борозду продливают до апроксимальных поверхностей зуба, располагая ее более орально, и опускают перпендикулярно вниз до шейки зуба. Ретенционная борозда с оральной и апроксимальных поверхностей пластмассового зуба обеспечивает прочность его фиксации в базисе протеза и легко заполняется полиоксиметиленом в процессе изготовления протеза, так как по всей своей протяженности контактирует с базисным материалом.

Были исследованы случаи использования протезов из полиоксиметилена у 10 пациентов с дефектами зубных рядов верхней челюсти I класса по Кеннеди, пользующихся протезами на протяжении трех лет. У 5 протезов производилась фиксация пластмассовых зубов предложенным способом (1 группа исследования), а в других 5 протезах укреплялись зубы по общепринятой методике (2 группа исследования).

Результаты. У пациентов 1 группы исследования наблюдалась качественная фиксация зубов и жалоб о выпадении пластмассовых зубов из базиса протеза не предъявлялось; во 2 группе в двух случаях определялось нарушение фиксации пластмассовых зубов в базисе протеза из полиоксиметилена в области контакта с опорными зубами.

Таким образом, общеизвестный метод подготовки пластмассовых зубов для фиксации в базисах из термопластических материалов имеет следующие недостатки: создание тонкой бороздки, проходящей только по краю шейки пластмассовых зубов, не обеспечивает достаточную фиксацию в базисе съёмного протеза из полиоксиметилена; ослабление фиксации пластмассовых зубов в базисе после проведения коррекции протеза и значительного сошлифовывания базисного материала с апроксимальных поверхностей пластмассовых зубов, контактирующих с опорными зубами; снижение эстетики в связи со смещением границы десневого края с вестибулярной стороны из-за необходимости перекрытия ретенционной борозды.

Выводы. Обеспечение надежного механического соединения пластмассовых зубов с базисами протезов из полиоксиметилена снижает риск их выпадения, а также улучшается эстетика частичных съёмных протезов из термопластических материалов, в частности из полиоксиметилена.

Гаврилов А.Е., Кубаренко В.В.

КОНСТРУКЦИИ И СОСТАВНЫЕ ЧАСТИ ИСКУССТВЕННЫХ КУЛЬТЕВЫХ ЗУБОВ

Заведующий кафедрой и научный руководитель – проф. Клемин В.А.

Актуальность. В настоящий момент использование стоматологических формулировок при протезировании с использованием пульпарных (внутриканальных) штифтов многообразна. При протезировании искусственными культевыми зубами это наиболее разноречиво отображено в специальной литературе.

В основополагающих учебниках это выглядит

так: Цельнолитая культевая вкладка.

Искусственная культя со штифтом.

Штифтовая культевая вкладка или его синонимы – культевая вкладка со штифтом и культевая штифтовая вкладка.

Цель работы: провести терминологическое уточнение для различных культевых конструкций, используя имеющиеся термины и формулировки.

Объект исследования – словоупотребление терминов (понятий) в ракурсе лексико-грамматических трудностей для различных конструкций. В данном случае проведено разграничение близких по звучанию, по различным по значению слов.

Результаты исследования. В культевых зубных конструкциях имеются основные составные части. Это такие элементы протеза:

- искусственная культя (основополагающий);
- вкладка;
- штифт (внутриканальный).

Они могут использоваться в разном сочетании.

Сочетание этих элементов в конструкции позволяет при различных клинических ситуациях применять конкретные варианты культевых протезов. Рассматриваются такие варианты:

- Культевая вкладка со штифтом; Культя со штифтом;
- Культевая вкладка;

Использование таких зубных протезов позволяет проводить ортопедическое лечение на необходимом современном уровне, а четкая представленная детализация облегчает конкретный их выбор.

Выводы. Таким образом, представленная проблема представляет собой, безусловно, сложную интегральную задачу. На наш взгляд, перспектива ее эффективного решения лежит в плоскости разъяснения конструкций по терминологии. Представленные уточнения в терминологии, конструкции и классификации, используемые в научно-практическом аспекте при протезировании культевыми конструкциями, позволяет проводить протезирование, детализированное в зависимости от клинической ситуации. Это позволяет повысить эффективность и надежность стоматологической помощи. При разработке новых зубных культевых конструкций следует учитывать особенности их основных и дополнительных элементов. Внедрение и применение протезов требует четкого учета положительных моментов использования конкретных их вариантов. Созданный подход к конструированию может быть рекомендован к внедрению в практическое здравоохранение.

Глинкин В.В.

КЛАССИФИКАЦИЯ АТРОФИИ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.м.н. Клемин В.А.

Цель: Создать классификацию, подходящую как для верхней, так и для нижней челюстей, благодаря которой можно составить план лечения, предусматривающий наилучший результат фиксации и возможные трудности, возникающие при протезировании для каждого класса атрофии альвеолярного отростка, опираясь на многофакторность успешного протезирования.

Материалы и методы: данные объективного исследования, анализ данных КТ и ортопантомограмм. Исследование взаимосвязи состояния протезного ложа и конструкции полного съемного протеза

Результаты: Разработанная мною классификация, учитывающая показатели костных структур (плотность, уровень, форму альвеолярного отростка) и состояние слизистой:

I. Слабо выраженная атрофия. Высокий альвеолярный отросток, равномерно покрытый плотной слизистой оболочкой.

ВЧ: Хорошо выражены верхнечелюстные бугры, глубокое небо, торус слабо выражен или отсутствует. НЧ:

Переходная складка расположена далеко от альвеолярного гребня, альвеолярный отросток

выступает над уровнем прикрепления жевательных мышц.

II. Средняя степень атрофии альвеолярного отростка. Уменьшение горизонтальных размеров, средне податливая слизистая оболочка.

ВЧ: Слабо выражены верхнечелюстные бугры, средняя глубина неба, выражен торус.

НЧ: Альвеолярный отросток и тело нижней челюсти атрофировано до уровня мест прикрепления жевательных мышц.

III. Резкая равномерная атрофия всего альвеолярного отростка в двух плоскостях, исчезновение видимой части, переходная складка на его вершине. Подвижная слизистая оболочка.

ВЧ: Регионарная атрофия тела челюсти и верхнечелюстных бугров, плоское небо, широкий выраженный торус.

НЧ: Атрофия тела нижней челюсти ниже уровня мест прикрепления жевательной мускулатуры с внутренней и наружной сторон.

IV. Неравномерная атрофия альвеолярного отростка.

Альвеолярная часть хорошо выражена во фронтальном участке и атрофия I-III классов в области жевательных зубов.

а) Альвеолярная часть хорошо выражена в области жевательных зубов и атрофия I-III классов во фронтальном участке.

б) Наличие экзостозов.

Подкласс:

Форма альвеолярного отростка:

1) Овальная

2) Плоская

3) Острая

4) С нишей

Остеопороз

1) Отсутствует

2) Регионарный, захватывающие менее 30% тела челюсти

3) Общие проявления – более 30% тела челюсти **Выводы:** при проведении данного

исследования была учтена не только взаимосвязь показателей

костных структур и слизистой на момент протезирования, но и возможные их изменения, связанные с этиологией потери зубов, под влиянием базиса протеза, наличием остеопороза. И на основании этого получена возможность дать прогноз на динамику развития заболевания при использовании разных конструкций протеза и аргументированный их выбор.

Забродняя В.К

НЕПРЯМАЯ РЕСТАВРАЦИЯ БОКОВЫХ ЗУБОВ. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА

Научный руководитель – доц. Авсянкин В.И

Цель исследования. Дать сравнительную клиническую оценку пломб и вкладок из светоотверждаемого композитного материала Gradia Direct в различные сроки лечения и выявить факторы, влияющие на качество и срок службы реставраций, восстанавливающих обширные кариозные полости зубов боковой группы.

Материал и методы. Фотокомпозитными вкладками из Gradia Direct, изготовленными по нашей методике, восстановлена анатомическая форма 21 разрушенному кариозной болезнью зуба. Кроме того, для лечения и дальнейших клинических наблюдений был выбран 21 пациент так же с обширными кариозными полостями в боковых зубах, которые были пролечены способом прямой реставрации.

О качестве реставраций судили по следующим критериям: её анатомической форме, краевому прилеганию, соответствию цвета, наличию или отсутствию рецидивного кариеса, электровозбудимости пульпы зуба.

Результаты исследования. При контрольном осмотре, проведенном через 12 месяцев с момента лечения, не было нарушений. Удовлетворительное состояние вкладок и пломб отмечено во всех случаях.

При следующем контрольном осмотре, проведенном через 24 месяца, отмечено выпадение 2-х пломб, у 5 пломб было нарушение краевого прилегания, у 4 отсутствовали контактные пункты и рядом с двумя пломбами обнаружен вторичный кариес.

У зубов, реставрированных фотокомпозитными вкладками только у 2-х был нарушен контактный пункт, остальные 19 вкладок сохранили свою первоначальную форму, электровозбудимость пульпы зубов при среднем кариесе колебалась в пределах 4-6мкА, при глубоком 8-10мкА.

Выводы. Проведенное клиническое исследование позволило установить большую устойчивость композитных вкладок из Gradia Direct изготовленных непрямым методом в течение двухлетнего периода. Внедрение такого способа лечения зубов способствует замене традиционного пломбирования на восстановительную терапию обширных кариозных дефектов.

Иванова В.А. Макеев Г.Г.

ВРЕМЕННОЕ ШИНИРОВАНИЕ ПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ЭЛАСТИЧЕСКОЙ ПЛАСТАМАССОЙ «COE-SOFT RESILENT DENTURE LINER»

Научный руководитель – к. мед. н., доцент Макеев Г.А.

Цель исследования – шинировать подвижные зубы с сохранением физиологии и функции их пародонта при помощи эластической пластамассы «COE-soft RESILENT DENTURE LINER».

Материал и методы. В 8 случаях приведено временное шинирование подвижных фронтальных зубов эластической пластамассы «COE-soft RESILENT DENTURE LINER», на этапе комплексного лечения заболевания пародонта. Временного шинирование подвижных зубов II, III степени проводилось по методике Новотного.

Результаты исследования. Шинирование фронтальной группы подвижных зубов эластической пластамассой «COE-soft RESILENT DENTURE LINER» позволяет стабилизировать подвижные зубы II, III степени до физиологической нормы. Время стабилизации зубов сохраняется на весь период комплексного лечения заболевания пародонта и в фазе ремиссии, до постоянного шинирования.

Выводы. Использование в клинике эластической пластамассы «COE-soft RESILENT DENTURE LINER» для шинирования подвижных зубов, позволяет добиться стабилизации их подвижности и нормализации функции на этапах комплексного лечения заболевания пародонта.

Кубаренко В.В., Севостьянов В.Ю.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОКОВЫХ ЗУБОВ ОТ ИНДЕКСА РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ

Научный руководитель - д. мед. н., профессор Клёмин В.А.

Цель исследования. Установить связь эффективности эндодонтического лечения боковых зубов с величиной показателей разрушения окклюзионной поверхности возникающей при проведении пломбирования корневых каналов.

Материал и методы. Проведено клинико-рентгенологическое исследование – пациентов, у которых обследовано 156 депульпированных боковых зубов. Оценка степени разрушения проведена по индексу разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ). Показатели и оценка стоматологического статуса проведена у зубов с дефектом твердых тканей и реставрациями визуализированными красителями. Для определения ИРОПЗ использован разработанный компьютерный продукт.

Результаты исследования. В результате анализа качества эндодонтического лечения выявлены следующие результаты и закономерности. Оптимальный вариант заполнения корневого канала (на всем протяжении) выявлен у боковых депульпированных зубов с различными показателями ИРОПЗ. Однако величина этого показателя достоверно увеличивается с показателем ИРОПЗ ($p < 0,05$ $t=2,2$). При этом случаи с показателями неполной obturации каналов снижается при увеличении показателя ИРОПЗ ($p_{12} < 0,05$ $t=2,06$), ($p_{13} < 0,01$ $t=3,12$), ($p_{23} > 0,5$ $t=1,01$).

Выводы. Таким образом, имеются основания полагать, что минимальная дополнительная препаровка зуба перед эндодонтическим лечением для обеспечения доступа к устью корневых каналов, способно значительно ухудшить качество проводимого пломбирования корневых каналов, а так же способствует возникновению оперативных ошибок.

Кулик И. В., Александров Е. И., Друпов А. Д., Бубнов А. И.

ИЗГОТОВЛЕНИЕ ЧАСТИЧНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ С ПЕРСПЕКТИВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЕГО В ПОЛНЫЙ СЪЕМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ.

Научный руководитель – доц. Александров И. Н.

Целью настоящего исследования является использование частичного съемного пластиночного протеза как полного съемного пластиночного протеза в перспективе пользования.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось семь пациентов, которым были изготовлены ЧСПП. Ввиду трудностей привыкания к ПСПП частичный съемный протез изготавливали по всем правилам изготовления полного съемного протеза. Спустя некоторое время, после удаления зубов в ЧСПП удаляли кламмера, а отверстия в протезе заполняли базисной пластмассой и полимеризовали в обычном режиме.

Результаты исследования. Во всех случаях полученные ПСПП имели достаточную фиксацию и стабилизацию, а так же косметический эффект и экономию средств пациента для протезирования.

Выводы. При использовании ЧСПП врачу необходимо думать о перспективе перехода на ПСПП.

Озерова Т.Л., Мохаммад К.Б.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОТЕРИ СВЕТОВОГО ПОТОКА ФОТОПОЛИМЕРИЗАТОРА “AURORA”

Научный руководитель – доц. Жданов В.Е.

Цель исследования. Изучение изменения интенсивности светового потока фотополимеризатора “AURORA” при прохождении его сквозь образцы прозрачной пластмассы различной толщины.

Материал и методы. Образцы выполнены из бесцветной базисной пластмассы. Форма образцов – диски, диаметром 12мм и от 1 до 5 мм в толщину. Для исследования использовали цифровой измеритель интенсивности фотополимеризаторов “MASTER-LUX”. Прибор отдельно контролирует уровни синего (полезного) света и инфракрасного (теплого) излучения. Технические характеристики его такие: – предел измерения синего цвета – $0+1500$ мW/см²; -предел измерения ИК-излучения – $0+500$ мW/см²; – используемый элемент питания – напряжение 9 вольт “Крона” или импортный аналог; – ток потребления не более чем 1,5 мА. Прибор отображает и сохраняет пиковое значение интенсивности света. Измерение интенсивности синего света проводилось не раньше чем через 40 секунд после включения лампы, а измерение теплового излучения – не раньше, чем через 90 секунд. Перед каждой серией измерений были проведены контрольные измерения мощностей ламп синего и красного спектров излучения. При измерении световоды ламп удерживали по центру окна фотоприемника. Всего было проведено 285 измерений. Для исследования использовали лампы “AURORA” каждой серией измерений были проведены контрольные измерения мощности ламп синего и красного спектра излучения.

Результаты исследования. Интенсивность светового потока в зависимости от толщины образцов прозрачной пластмассы при прохождении сквозь них света синего спектра составило: 1,5 мм – $270,21 \pm 4,11$; 2 мм – $213,38 \pm 19,82$; 3 мм – $221,58 \pm 1,47$; 4 мм – $218,53 \pm 7,65$; 5 мм – $188,42 \pm 1,12$. Интенсивность светового потока

в зависимости от толщины образцов прозрачной пластмассы при прохождении сквозь них света красного спектра составило: 1,5 мм – $8,73 \pm 0,001$; 2 мм – $5,53 \pm 0,73$; 3 мм – $5,66 \pm 0,07$; 4 мм – $6,02 \pm 0,12$; 5 мм – $5,13 \pm 0,53$.

Контрольные измерения интенсивности светового потока фотополимеризатора "AURORA" синий спектр $443,63 \text{ мВт/см}^2$, красный спектр $13,08 \text{ мВт/см}^2$. Коэффициент корреляции для синего спектра $r = -0,78$; для красного спектра $r = -0,6$. Вероятность разницы между интенсивностью светового потока, который прошёл сквозь 1,5 мм и 5 мм, для синего спектра $p < 0,001$, а для красного $p < 0,01$.

Выводы. Для прозрачной пластмассы при мощности лампы 443 мВт/см^2 , толщина от 1,5 до 4 мм требует увеличения времени экспозиции вдвое, а толщину более 4 мм не следует использовать, так как мощность света, которая проходит сквозь образцы толщиной 5 мм, меньше 200 мВт/см^2 .

Мохаммад К.Б., Озерова Т.Л.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОТЕРИ СВЕТОВОГО ПОТОКА ФОТОПОЛИМЕРИЗАТОРА "HELIOLUX"

Научный руководитель – доц. Жданов В.Е.

Цель исследования – изучение изменения интенсивности светового потока фотополимеризатора "Heliolux" при прохождении его сквозь образцы прозрачной пластмассы различной толщины.

Материал и методы. Образцы выполнены из бесцветной базисной пластмассы. Форма образцов – диски, диаметром 12 мм и от 1 до 5 мм в толщину. Для исследования использовали цифровой измеритель интенсивности фотополимеризаторов "MASTER-LUX". Прибор отдельно контролирует уровни синего (полезного) света и инфракрасного (теплого) излучения.

Технические характеристики его такие:

- предел измерения синего цвета – $0+1500 \text{ мВт/см}^2$; -
- предел измерения ИК-излучения – $0+500 \text{ мВт/см}^2$;
- используемый элемент питания – напряжение 9 вольт "Крона" или импортный аналог;
- ток потребления не более чем 1,5 мА.

Прибор отображает и сохраняет пиковое значение интенсивности света.

Измерение интенсивности синего света проводилось не раньше чем через 40 секунд после включения лампы, а измерение теплового излучения – не раньше, чем через 90 секунд.

Перед каждой серией измерений были проведены контрольные измерения мощностей ламп синего и красного спектров излучения. При измерении световоды ламп удерживали по центру окна фотоприемника. Всего было проведено 285 измерений. Для исследования использовали лампы "Heliolux". Перед каждой серией измерений были проведены контрольные измерения мощности ламп синего и красного спектра излучения.

Результаты исследования. Интенсивность светового потока в зависимости от толщины образцов прозрачной пластмассы при прохождении сквозь них света синего спектра составило: 1,5 мм – $355,2 \pm 22,09$; 2 мм – $290,17 \pm 14,92$; 3 мм – $266,32 \pm 3,4$; 4 мм – $250,17 \pm 22,32$; 5 мм – $217,82 \pm 7,01$. Интенсивность светового потока в зависимости от толщины образцов прозрачной пластмассы при прохождении сквозь них света красного спектра составило: 1,5 мм – $32,33 \pm 0,42$; 2 мм – $27,55 \pm 0,73$; 3 мм – $26,65 \pm 0,58$; 4 мм – $27,05 \pm 0,45$; 5 мм – $23,67 \pm 0,06$.

Контрольное измерение интенсивности светового потока фотополимеризатора "Heliolux" синий спектр 578 мВт/см^2 , красный спектр $56,1 \text{ мВт/см}^2$. Коэффициент корреляции для синего спектра $r = -0,93$; для красного спектра $r = -0,81$. Вероятность разницы между интенсивностью светового потока, который прошел сквозь 1,5 мм и 5 мм, для синего спектра $p < 0,01$, а для красного $p < 0,001$.

Выводы. Для прозрачной пластмассы при мощности лампы 578 мВт/см^2 , толщиной от 1 до 2 мм не является преградой, а для толщины от 2 до 5 мм следует увеличить время экспозиции вдвое для полноценной полимеризации фиксирующего материала.

Терзи Д. О.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА «КАРБОДЕНТ» ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ШИНИРОВАНИЯ ПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ.

Научный руководитель – к. мед. н., доц. Яворская Л. В.

Цель исследования – установить эффективность шинирования подвижных зубов композитным материалом «Карбодент» в комплексном лечении заболеваний тканей пародонта.

Материал и методы. В 10 случаях приведено временное шинирование подвижных фронтальных зубов композитным материалом «Карбодент», на этапе комплексного лечения заболеваний пародонта. Временное шинирование подвижных зубов II, III степени проводилось по методике Новотного.

Результаты исследования. Шинирование фронтальной группы подвижных зубов самотвердеющей пластмассой «Карбодент» позволяет стабилизировать подвижные зубы II, III степени до физиологической нормы. Время стабилизации зубов сохраняется на весь период комплексного лечения заболевания пародонта в фазе его ремиссии.

Выводы. Использование в клинике композитного материала «Карбодент» для шинирования подвижных зубов, позволяет добиться стабилизации на этапах комплексного лечения заболевания пародонта.

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Донецкий национальный медицинский университет им.
М.Горького Кафедра стоматологии детского возраста
Зав. кафедрой – д.м.н., профессор Чижевский И.В.

Десяренко Е. В.

ДИНАМИКА КОЛИЧЕСТВЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ БАКТЕРИАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ С ПОВЕРХНОСТИ ЭРОЗИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.м.н., профессор Чижевский И.В.

Цель: изучить количественный показатель бактериальной микрофлоры в мазке с поверхности эрозии у больных острым герпетическим стоматитом (ОГС) детей в динамике лечения.

Материал и методы. Проведено обследование детей 1-3 лет: 40 здоровых (1 группа) и 60 больных ОГС, из которых 30 – получали традиционное лечение (2 группа) и 30 больным местное лечение проводилось запатентованным нами способом с применением протекфлазида и геля «Пансорал первый зуб» (3 группа). Материал для цитологического исследования у здоровых получали с поверхности слизистой оболочки полости рта, у больных – с поверхности эрозии на слизистой оболочке полости рта. Количественный показатель бактериальной микрофлоры выражали в баллах: 1 – до 10, 2 – до 100, 3 – до 1000, 4 – более 1000 микроорганизмов в одном поле зрения. Показатель оценивали до лечения, на 3 и 6 сутки лечения. Для статистической обработки использовали метод Манн-Уитни. Данные представлены в формате: среднее арифметическое ± стандартное отклонение.

Результаты. Количественный показатель бактериальной микрофлоры в 1 группе составил $1,13 \pm 0,40$ балла. Во 2 и 3 группах до лечения показатель был $2,97 \pm 0,49$ и $2,73 \pm 0,74$ соответственно. На 3 сутки лечения показатель во 2 группе понизился до $2,73 \pm 0,78$ баллов, а в 3 группе – до $2,47 \pm 0,73$. На 6 сутки показатель достиг $2,33 \pm 0,61$ балла и $1,30 \pm 0,60$ соответственно.

Выводы. Лечебные мероприятия приводят к снижению количества микрофлоры на поверхности герпетической эрозии, особенно в 3 группе. У пациентов, которые находились на лечении запатентованным нами способом, количественный показатель бактериальной микрофлоры на 6 сутки лечения приближался к такому у здоровых детей. Статистически значимое снижение количества микрофлоры в группе с предложенным способом лечения свидетельствует о его высокой эффективности.

Демченко Е. В., Сувориков М. А.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ДЕТЕЙ 11-12 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЗОНЕ

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.м.н., профессор Чижевский И.В.

Актуальность темы: известно, что неблагоприятные экологические условия существенно влияют на организм ребенка, в основном за счет действия экотоксикантов. В результате этого дети уже рождаются в состоянии иммунодефицита. Много научных трудов посвящено изучению связи интенсивности и распространенности кариеса с уровнем иммунологических показателей в слюне и крови, определению насыщенности крови и твердых тканей зуба кальцием. На фоне подавленного иммунитета вероятно меняется и гормональный обмен в организме. Гормоном, который является наиболее показательным маркером кальциевого обмена в организме, является кортизол. Наиболее простым, неинвазивным, доступным и относительно недорогим способом исследования уровня кортизола является определение его в ротовой жидкости.

Цель работы: определить уровень кортизола в ротовой жидкости детей 11-12 лет, проживающих в экологически неблагоприятной среде.

Материалы и методы: во время профилактического осмотра полости рта нами было выделено 97 детей 11-12 лет. Забор нестимулированной ротовой жидкости проводили по методике Леонтьева, Петровича (1977). Кортизол определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты. В зависимости от уровня КПУ дети были разделены на 4 группы. В первую группу вошли дети с показателем КПУ, не превышающим 1,0 (23 ребенка), во вторую – 2,6 (25 детей), третью – 4,4 (27 детей), четвертую – 6,5 (27 детей). Уровень кортизола в ротовой жидкости в среднем составил: в 1 группе $41 \pm 3,86$ нмоль/л, во 2 – $36,75 \pm 4,93$ нмоль/л, в 3 – $35 \pm 6,09$ нмоль/л, в 4 – $18,6 \pm 3,31$ нмоль/л.

Выводы: с повышением интенсивности поражения детей кариесом уровень кортизола в ротовой жидкости имеет тенденцию к существенному снижению.

Jebohd Henraaj

GINGIVAL AND PERIODONTAL DISEASES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: IMPORTANCE OF THE FRENUM ATTACHMENTS

M. Gorky National Medical University, Donetsk
Pediatric Dentistry Department,
Head of the Department – Chyzhevsky I.V., DM, professor;
Scientific supervisor – Zabyshniy A.A., Phd

Introduction. Periodontal diseases are among the most frequent diseases affecting children and adolescents. These include gingivitis, localized or generalized aggressive periodontitis (early onset periodontitis) and periodontal diseases associated with systemic disorders. Epidemiologic studies indicate that gingivitis of varying severity is nearly universal in children and adolescents. These studies also indicate that the prevalence of destructive forms of periodontal disease is lower in young individuals than in adults.

The local periodontopathogenic factors such as abnormal frenum attachment and small mucogingival fold have an important role in development of periodontal problems. In this regard, **the purpose of the present research** was the improving of the effectiveness of prevention and treatment of periodontal disease in children by examining the incidence of frenum attachment anomalies and defining their role in the pathogenesis of this pathology.

Material and methods. 12 schoolchildren were examined in turn of abnormal frenum attachment and small mucogingival fold from 6 to 13 years. The standard intraoral examination was used for that reason.

Results. Abnormal lower frenulum attachments in combination with small mucogingival fold are most frequent among children aged from 7 to 12 years. In the case of frenulum and fold abnormalities the self-cleansing is difficult and any lip movements cause gingival anemia (marginal gingiva and interdental papillae are detached). The initial clinical findings in gingivitis include redness and swelling of marginal gingiva, and bleeding upon probing. As the condition persists, tissues that were initially edematous may become more fibrotic, and then it may lead to atrophic gingivitis, localized periodontitis, and chronic traumatic ulcers.

Conclusions. The possibility of developing pathological process in morphologically immature periodontal structures in children with the abnormalities of frenum attachment is high enough. That's why the earlier diagnosis of these abnormalities is provided earlier preventive care and timely treatment of this pathology. The main method of correction is surgery (frenotomy, frenectomy, vesibuloplasty).

Bimstein stressed the importance of prevention, early diagnosis and early treatment of periodontal diseases in children and adolescents because (1) the prevalence of and severity of periodontal diseases are high; (2) incipient periodontal diseases in children may develop into advanced periodontal diseases in adults; (3) there is association between periodontal and systemic diseases; (4) patients, families, or populations at risk may be identified and included in special prevention or treatment programs; and (5) prevention and treatment of most periodontal diseases are relatively simple and very effective, providing lifetime benefits.

Долгополов М.А.

К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ПОТЕРЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ И ПОРЯДКЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ У ДЕТЕЙ ДОНБАССА

Научный руководитель – доц. Долгополов А.М.

Цель исследования. Дать качественную и количественную оценку раннего удаления молочных зубов у детей в сменном прикусе и определить порядок прорезывания постоянных зубов.

Материалы и методы. Клиническое обследование контингента ортодонтических пациентов, а также антропометрические исследования моделей челюстей пациентов, находившихся на ортодонтическом лечении на кафедре стоматологии детского возраста.

Результаты. На протяжении нескольких лет по мере поступления пациентов в ортодонтическое отделение кафедры стоматологии детского возраста было суммарно обследовано 82 ребенка, у которых было диагностировано раннее удаление молочных зубов, а таковым считается удаление за год и более до естественной смены. Распределение обследованных детей по полу и возрасту выглядит таким образом: 7-летние – 35,3% (мальчики) и 64,7% (девочки); 8-летние – 43,7% (мальчики) и 56,3% (девочки); 9-летние – 41,2% (мальчики) и 58,8% (девочки). Количественная и качественная характеристика преждевременно удаленных молочных зубов представлена таким образом: 7-летние (17 детей) – 24 зуба (IV,V зубы); 8-летние (31 ребенок) – 63 зуба (IV,V зубы); 9-летние – (34 ребенка) – 8 зубов (V зубы). Следует отметить, что преждевременное удаление молочных зубов по терапевтическим показаниям является распространенным явлением и при отсутствии последующей ортодонтической помощи может приводить к самым различным осложнениям – вторичным деформациям, которые завуалированы для пациента, так как отсрочены по времени на месяцы или даже годы. Чаще всего это аномалии отдельных зубов (вестибулярное, оральное прорезывание или ретенция постоянных зубов), а также возможны аномалии зубных рядов и соответственно прикуса, что требует, как правило, серьезного и объемного ортодонтического лечения. В основном преждевременно удаляются молочные моляры, так как здесь в большей степени локализуется кариозный процесс, возникают осложнения кариеса приводящие к удалению моляров. Проблему выбора врачом и пациентом – «лечить или удалять» в данной статье мы не будем анализировать – это отдельный и серьезный вопрос. Одним из основных осложнений при

раннем удалении молочных моляров является укорочение зубного ряда в этой области которое в большей степени реализуется за счет мезиального смещения первого постоянного моляра. Это приводит к тому, что в ограниченном промежутке (между боковым резцом и первым постоянным моляром) должны прорезаться три зуба – клык и два премоляра и тот зуб который будет прорезываться последним у него есть три исхода: вестибулярное прорезывание, оральное прорезывание или задержка прорезывания и ретенция. По нашим данным порядок прорезывания постоянных зубов в этом месте выглядит следующим образом: мальчики – на верхней челюсти – 4,5,3; на нижней челюсти – 4,3,5. Девочки – на верхней челюсти – 4,3,5; на нижней челюсти – 3,4,5. Следует отметить, что этот порядок прорезывания встречается чаще, чем тот, что предлагается студентам при обучении в ВУЗе.

Выводы: 1. При направлении терапевтом на удаление молочных зубов раньше их естественной смены необходимо также обязательно направлять пациентов на консультацию к ортодонту, во избежание вторичных деформаций и возникающей в последующем необходимости в сложном ортодонтическом лечении. 2. Для детей нашего региона более вероятна такая последовательность прорезывания постоянных зубов бокового сегмента, что дефицит места на верхней челюсти чаще испытывают клыки, а на нижней челюсти вторые премоляры.

Карленко М. Н.

ПРИМЕНЕНИЕ «ЖИДКОЙ ЭМАЛИ» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – доц. Ермакова И.Д.

Цель: изучить клиническую эффективность геля АраСаре «Жидкая эмаль» при лечении начального кариеса у детей младшего школьного возраста.

Материал и методы. Среди обследованных 33 учащихся 3 класса у 6 школьников (18,18%) был выявлен острый начальный кариес. Для оценки состояния гигиены полости рта использовали индекс Грина-Вермильона. Перед лечением проводили обучение детей стандартному методу чистки зубов. Курс лечения состоял в аппликациях на зубы геля АраСаре «Жидкая эмаль», которые проводили в условиях школьного стоматологического кабинета. Гель наносили на очищенную от налета поверхность зубов и выдерживали в течение 3 минут. Курс лечения состоял из 10 ежедневных аппликаций. При оценке очага начального кариеса учитывали цвет, блеск и размеры пятна. Степень деминерализации оценивали по 10 бальной шкале синего цвета. Детей осматривали до лечения, по окончании и через месяц после лечения.

Результаты. До начала лечения у детей с начальным кариесом гигиеническое состояние полости рта оценивали как плохое. После обучения гигиене и осуществления курса лечения индекс стал удовлетворительным. После аппликации геля у пациентов отмечалось восстановление блеска эмали в области очагов деминерализации. Площадь очагов деминерализации уменьшилась в среднем в 1,5 раза. Показатель интенсивности окрашивания кариозных пятен снизился почти в 2 раза.

Выводы. Гель АраСаре «Жидкая эмаль» является эффективным средством лечения острого начального кариеса у детей.

Санчугова А. А.

ДЕНТАЛЬНЫЕ САЛФЕТКИ КАК СРЕДСТВО ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Научный руководитель – асс. Дегтяренко Е. В.

Цель: изучение и сравнение состава, свойств и отзывов о применении дентальных салфеток различных видов, представленных на рынке.

Материал и методы. Нами были изучены и проанализированы инструкции к различным дентальным салфеткам и результаты клинических испытаний по оценке их эффективности и безопасности, представленные на сайтах компаний, официально реализующих данную продукцию, и отзывы родителей в сети Интернет об использовании этих салфеток у детей раннего детского возраста.

Результаты. На современном фармацевтическом рынке представлены следующие дентальные салфетки: «Spiffies», «Зубкичистки» и «Асепта baby». Салфетки «Spiffies» представляют собой отрезок ткани прямоугольной формы, пропитанный специальным гипоаллергенным составом. Салфетки «Зубкичистки», и «Асепта baby» выпускаются в виде напальчника и имеют в своем составе ксилит. Большинство дентальных салфеток имеют фруктовый вкус и запах, лишь «Зубкичистки» выпускаются без вкуса и запаха. «Зубкичистки» могут быть использованы для удаления «творожного» налета при кандидозе полости рта. Клинические испытания фирм-производителей показали высокую эффективность и безопасность дентальных салфеток. Все отзывы родителей в сети Интернет об использовании салфеток положительные. Родители отмечают удобство и простоту применения салфеток.

Выводы. Дентальные салфетки являются инновационным средством гигиены полости рта. Родители оставляют положительные отзывы об их применении. Салфетки для полости рта могут быть рекомендованы к использованию в качестве эффективного средства гигиены.

Shri Gawyani Jebodh, Demchenko S.S.

RAPID VERSUS SLOW MAXILLARY EXPANSION: A THREE-DIMENSIONAL CLINICAL TRIAL

M. Gorky Donetsk National Medical University, Donetsk
Pediatric Dentistry Department – Head of Pediatric Dentistry Department, MD, Prof. Chizhevsky I.V., research supervisor – Ph. D., Ass. Prof. Gubanova O.I.

AIM: A posterior crossbite is a common malocclusion in children, and is generally treated to decrease dental crowding, to prevent the developing of mandibular skeletal asymmetries in adulthood and to reduce the risk of developing temporomandibular disorders. A crossbite in lateral segments is mostly the result of skeletal deficiency of the upper jaw and is often corrected by means of by orthopaedic maxillary expansion. The purpose of this study was to evaluate the skeletal and dento-alveolar effects of rapid maxillary expansion (RME) as compared with to slow maxillary expansion (SME) by means of low dose computed tomography (CBTM). It was hypothesized that RME was more effective in treating a constricted maxilla because of major orthopaedic effects as compared with SME.

SUBJECTS AND METHOD: The subjects were treated by means of a banded palatal expander and were divided into two treatment groups: 8 subjects (3 males, mean age \pm SD – 10.8 ± 2.9 ; 5 females, mean age \pm SD = 10.3 ± 0.4) were allocated to SME group and 6 subjects to the RME group (3 males mean age \pm SD = 9.6 ± 1.6 ; 3 females, mean age \pm SD = 10.5 ± 1.2). A low dose three-dimensional computed tomography protocol was used to identify skeletal and dental landmarks. Data were also extracted from diagnostic casts. There were determined: sizes of frontal and lateral teeth, ratio by Tonn, Gerlach, the width of the dental arches by Pont, the width of apical bases by Hows, Snagina, Bolton analysis.

RESULTS: Maxillary expansion resulted in an increase of dental and skeletal transverse parameters in both the RME and SME groups. No statistical difference in expansion at different tooth levels was found between groups, with the exception of molar expansion measured at the molar apices, which was significantly lower in the RME group ($P = 0.02$) than in the SME group. Skeletal expansion measured at different bony locations did not differ significantly between the groups.

CONCLUSION: RME was not more effective than SME in orthopaedic expansion of the upper jaw.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького Кафедра стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии Зав. кафедрой: доц. Музычина А.А.

Дворник В.Э.

ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ ПОЛОСТИ РТА ЭПОЛЕТНЫМ (НАДПЛЕЧНЫМ) КОЖНО- ФАСЦИАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ

Научный руководитель: к.мед.н. доц. Иващенко А.Л.

Цель исследования. Обосновать применение способа пластики обширного дефекта полости рта эполетным кожно-фасциальным лоскутом на питающей ножке.

Материал и методы. Проведен анализ истории болезни больного Ж., 30 лет, находящегося на лечении в Стоматологическом отделении №1 (для взрослых) ЦГКБ№1 с диагнозом: плоскоклеточный рак слизистой оболочки правой щеки T2N0M0, состояние после лучевой терапии. Объективно: на слизистой оболочке правой щеки в проекции от 48 до 46 зуба язва неправильной щелевидной формы, дно покрыто фибринозным налетом, края и дно инфильтрированы. Больной дополнительно консультирован на кафедре комбустиологии и пластической хирургии ДонНМУ, после чего принято решение о проведении операции: электрорезекция новообразования с краевой резекцией нижней челюсти с пластикой дефекта кожно-фасциальным эполетным лоскутом на питающей ножке.

Результаты и их обсуждение. Больному по показаниям был проведен функционально-сохраняющий тип операции (сохранена непрерывность нижней челюсти): электроиссечение новообразования с резекцией подлежащих участков щечной мышцы, крылочелюстной складки, переднего края медиальной крыловидной мышцы, краевой резекцией альвеолярного отростка нижней челюсти с зубами 48, 47, переднего края ветви нижней челюсти. Далее в надплечной области был выкроен кожно-подкожно-фасциальный лоскут размерами 6х6см с включением волокон трапециевидной мышцы и питающими её сосудами. Затем, лоскут был мобилизован, ротирован, проведен по заранее-сформированному тоннелю уложен на область дефекта, фиксирован швами из шелка. Края раны в надплечной области мобилизованы и послойно ушиты. В течение недели после операции лоскут в полости рта фиксирован удовлетворительно, трофика его достаточная, признаки некроза отсутствуют, рана на шее и надплечной области заживает первичным натяжением.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование данного способа пластики является клинически обоснованным по ряду причин: заживление раны вторичным натяжением привело бы к образованию грубых рубцов и уменьшению объема полости рта, существенному ограничению открывания рта вследствие рубцовой контрактуры, а применение свободного кожного лоскута при отсутствии микрохирургической техники невозможно из-за высокой вероятности некроза трансплантата, в свою очередь,

использованный артериализованный лоскут имеет собственную систему кровообращения, что обеспечивает адекватную трофику, а, следовательно, хорошую способность к регенерации и приживлению трансплантата.

Выводы. В настоящее время не существует идеального способа пластики обширного постоперационного дефекта мягких тканей полости рта. Высоко эффективным является метод пластики с использованием микрохирургической техники, однако ввиду отсутствия необходимого оборудования в отделении, клинически оправданным выбором является использование предложенного метода, с помощью которого можно возмещать обширные дефекты не только мягких тканей полости рта, но и дефекты кожных покровов шеи, околоушно-жевательной, щечной, поднижнечелюстной областей.

Кошкин К.Д., Калиновская Я.Д.

ТАКТИКА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С МИНО-ВЗРЫВНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

Научный руководитель – к. мед. н., доц. Калиновский Д.К.

Цель исследования: Определение тактики лечения при травмах челюстно-лицевой области (ЧЛО) в результате минно-взрывных повреждений.

Материал и методы: Нами проведен анализ историй болезни 92 пострадавших с минно-взрывными повреждениями ЧЛО, находившихся на лечении в клинике челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) ЦГКБ №1 г.Донецка за период с 01.04.2014 по 31.08.2015 года.

Результаты: Минно-взрывные повреждения составляли основную часть повреждений ЧЛО в период ведения активных боевых действий 2014-2015 гг. – 34,5% от общего количества пострадавших с травмами ЧЛО. Минно-взрывные повреждения в силу своей специфики, обусловленной наличием первичных и вторичных ранящих агентов и в большинстве случаев носящих сочетанный и комбинированный характер повреждения, требует и специфического подхода в тактике ведения и лечения пострадавших с данным видом травмы. На основании информации, полученной в ходе лечения и реабилитации пострадавших с минно-взрывными повреждениями ЧЛО и анализе историй болезни, нами предлагается тактика лечения, которая включает следующие этапы: 1) предварительный осмотр и оценка состояния пациента, сбор анамнеза у пострадавшего и (или) сопровождающих лиц; 2) устранения факторов травматизации, несовместимых с жизнью: остановка кровотечения, восстановление проходимости верхних дыхательных путей, по показаниям – наложение трахеостомы и т.д.; 3) антисептическая обработка и обезболивание пораженных участков; 4) осмотр пациента на наличие дополнительных повреждений; 5) постановка предварительного диагноза; 6) проведение дополнительных методов обследования для уточнения объема и локализации повреждений; 7) проведение консультаций смежных специалистов; 8) выставление клинического диагноза; 9) оказание максимально возможной лечебной помощи в условиях ургентной службы ЧЛХ – ПХО ран, удаление свободных осколков (первичных и вторичных), иммобилизация костных отломков и пр.; 10) определение дальнейшей тактики ведения пациента: лечение в челюстно-лицевом стационаре или перевод в другие отделения с учетом локализации повреждений и степени их тяжести.

Вывод: На основании анализа историй болезни 92 пострадавших с минно-взрывными повреждениями ЧЛО нами предложена тактика поэтапного лечения, направленная на улучшение анатомических и функциональных результатов, снижение риска развития осложнений, сокращение сроков лечения и реабилитации.

Майдан Н.Э.

ДИРОФИЛЯРИОЗ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Научные руководители – доц. Хахелева Т.Н., доц. Калиновский Д.К.

Цель исследования. Определить клинические особенности течения диروفилляриоза в челюстно-лицевой области.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни и амбулаторных карт 7-ми больных в возрасте от 23 до 72 лет, находившихся на лечении в стоматологической клинике ЦГКБ № 1 г. Донецка с диагнозом «Дирофиляриоз».

Результаты и их обсуждение. Дирофиляриоз – трансмиссивный биогельминтоз, который в последние годы всё чаще регистрируется на территории Донецкой области. Разнообразная локализация данного гельминта в организме человека и отсутствие специфических симптомов усложняют диагностику. Нами проведен анализ амбулаторных карт больных, который показал, что все пациенты имели сходную симптоматику: болезненное опухолевидное образование в мягких тканях челюстно-лицевой области, после приема противовоспалительных препаратов боль проходила, припухлость уменьшалась или купировалась, однако через время появлялась вновь. До оперативного вмешательства выставлялись следующие диагнозы: лимфаденит, абсцесс, аденома околоушной слюнной железы, дермоидная киста. Только в одном случае проведено ультразвуковое исследование, которое предположило наличие «паразитарного» повреждения тканей. Во всех случаях было проведено хирургическое вмешательство, включавшее в себя извлечение самок *Dirofilaria repens* (от 1 до 2 шт.).

Выводы. Дирофиляриоз не является спорадической патологией в практике врача-стоматолога. Тщательный сбор анамнеза, знание биологии паразита и проведение ультразвукового исследования позволяет

предположить дирофиляриоз при постановке первичного диагноза и выработать оптимальную тактику лечения больного

Прядко И.В.

АНАЛИЗ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ 2014-2015 ГГ. ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ ЧЛХ ЦГКБ №1 Г.ДОНЕЦКА

Научный руководитель – к. мед. н., доц. Калиновский Д.К.

Цель исследования: проанализировать повреждения челюстно-лицевой области за период активных боевых действий 2014-2015 гг.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 285 историй болезни пострадавших, госпитализированных в клинику челюстно -лицевой хирургии (ЧЛХ) ЦГКБ №1 г. Донецка с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области (ЧЛО) за период с 01.04.2014 по 31.08.2015 года.

Результаты: По половому признаку выявлено преобладание лиц мужского пола: 258 мужчин (90.5%) из них 118 (41.4% от общего количества) – военнослужащие, и 27 женщин (9.5%). Распределение по возрастным группам было следующее: 17-30 лет – 93 пострадавших (32.6%); 31-40 лет – 92 (32.3%); 41-50 лет-57 (20%); 51-60 лет – 31 (10.8%); старше 60 лет – 12 (4.4%).Сроки обращения за оказанием специализированной медицинской помощи были следующие: в первые 24 часа с момента получения травмы – 144(55.8%) пострадавших, от 24 часов до трех суток – 54 (19%), более трех суток 87 (25.2%). Самое раннее обращение – через 30 минут после получения травмы, самое позднее – 1.5 месяца. По направлению лечебно-профилактических учреждений по месту жительства (службы) обратилось 106 (37%) пострадавших, бригадой скорой медицинской помощи доставлено 26 (9.2%). 153 (53.8%) человека обратились в клинику самостоятельно, без направления. 22 (7.7%) пострадавших на момент обращения в клинику находились в состоянии алкогольного опьянения. Первично обратившихся за медицинской помощью и отказавшихся от госпитализации – 20(7%). Среднее количество койко-дней – 14. Выписано с выздоровлением и улучшением 226 (79.30%), направлены после выписки в другие медицинские учреждения 11(3.85%). Выписаны по настоянию 14 (4.90%), за нарушения больничного режима – 32 (11.95%).

Производственная травма наблюдалась в 14(4.9%) случаях , в т.ч. в 4 (1.4%) – минно-взрывная травма. Непроизводственная травма зафиксирована в 266(95.1%) случаев, из них : бытовая травма – 102(38.3%), ДТП – 8 (2.8%), спортивная – 1 (0.5%). Из 58 (20.35%) случаев криминальной травмы в 14 (4.9%)зарегистрированы огнестрельные ранения. Минно-взрывная травма была причиной повреждений у 92 (34.5%) пострадавших, в т.ч. 29 (31.5%) – из числа мирного населения и 63 (68.5%) -военнослужащих. В 4 (1.4%)случаях пострадавшие не смогли указать обстоятельства получения травмы.

Изолированные повреждения мягких тканей ЧЛО зафиксированы в 54 (18.9%) случаях, повреждения костей лицевого скелета – в 231 (81.1%), среди которых : переломы нижней челюсти – 180 (63.2%), переломы скуло-орбитального комплекса – 40 (14%), верхней челюсти – 31 (10.8%), костей носа – 17(6%). Травматическое повреждениее зубов – 17 (6%). В 23(8%) случаях наблюдались гнойно-воспалительные осложнения.

Выводы: травматические повреждения ЧЛО чаще всего получали лица мужского пола, трудоспособного возраста, из числа мирных жителей. Среди повреждений преобладала минно-взрывная травма. Повреждения костей лицевого скелета наблюдались значительно чаще изолированных повреждений мягких тканей ЧЛО , с преобладанием переломов нижней челюсти. Большая часть пострадавших выписана из клиники с выздоровлением и улучшением.

Прядко И.В., Муха А.В., Светличный Ю.В.

СЕПСИС И МЕДИАСТЕНИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ , ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ КУ ЦГКБ №1 Г.ДОНЕЦКА ЗА ПЕРИОД 2010 -2016 ГГ.

Научный руководитель – асс. Ушич А.Г.

Цель исследования: проанализировать и выявить количество тяжелых осложнений (сепсис, медиастинит) у стоматологических больных, на фоне гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области (ЧЛО).

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ архивных историй болезней пациентов с гнойно-воспалительными процессами в ЧЛО осложненных сепсисом и медиастинитом, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии на базе КУ ЦГКБ №1г.Донецка с 2010 по 2016 гг.

Результаты: На основании анализа и оценки результатов, клиничко -лабораторных , и патологоанатомических исследований был установлен клинический диагноз сепсис, медиастинит, как осложнение основного заболевания у 56 больных находившихся на стационарном лечении за 5 лет. Из них: 37(66%) мужчин и 19 (34%) женщин. По возрастным группам следующие показатели: до 30 лет – 9(16%) человек, от 31 до 40 лет – 20(36%)человек, 41-50 лет – 11(20%)человек, 51 – 60 лет – 5(9%)человек, 61 год и старше – 11(20%) человек. Сроки обращения от начала заболевания до госпитализации такие: в первые сутки –

3(6%) человека, от 1 до 3 дней – 3(6%), от 3 до 7 дней – 28 (50%), спустя более 7 дней и до 4 месяцев госпитализировано 22(40%) больных. У 47(84%) больных выявлены сопутствующие заболевания со стороны других органов и систем организма: наркомания – 29(62%), сердечнососудистой системы – 12(26%), инфекционные и вирусные заболевания крови (ВИЧ, гепатит С и В) у 20(43%) человек, туберкулез легких 3(6%). Для обеспечения оперативного пособия под общим обезболиванием 15 (27%) больным по экстренным показаниям была проведена трахеотомия. Из общего числа госпитализированных 28 (50%) человек в раннем послеоперационном периоде (от 24 часов до трех суток) были переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Исход заболевания, у исследуемого контингента больных следующий: выписано с улучшением 11 (19%), переведено в торакальное отделение ДОКТМО 5 (9%), умерло 40(71%) человек из общего числа госпитализированных.

Выводы: результаты данного анализа показали что: 1) сепсис и медиастинит продолжают оставаться актуальной проблемой в хирургической стоматологии, с весьма высокой летальностью (71%). 2) несвоевременное обращение за специализированной помощью, приводит к поздней диагностике характера гнойно-воспалительных заболеваний с развитием таких грозных осложнений, как сепсис и медиастинит на догоспитальном этапе. 3) наличие сопутствующих заболеваний (84%) у больных нуждающихся в консультации смежных специалистов (терапевт, общий хирург, инфекционист, торакальный хирург, нарколог и гематолог) требует мультидисциплинарного подхода к тактике лечения данных больных.

Тугова К.С., Калиновская Я.Д.

ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ПРОВЕДЕНИЯ УРАНОПЛАСТИКИ

Зав. кафедрой и научный руководитель – к. мед. н., доц. Музычина А.А.

Цель. Провести сравнительный анализ степени выраженности деформаций верхней челюсти возникающих после проведения уранопластики различными методами.

Материалы и методы. При выполнении данной работы был проведен ретроспективный анализ историй болезни детей с врожденной расщелины губы и неба ВРГН. Использовались клинический, антропометрический, статистический методы исследования. Было проведено биометрическое изучение диагностических моделей челюстей. В настоящем исследовании приняли участие 36 детей с односторонней сквозной расщелиной верхней губы и неба. В первую группу вошли 10 пациентов после одномоментной уранопластики с выкройкой слизисто надкостничного лоскута с обеих фрагмента челюсти. Вторую группу составили 13 пациентов с двухэтапной уранопластикой после пластики переднего отдела твердого неба односторонним слизисто надкостничным лоскутом. В третью группу вошли 11 пациентов с двухэтапной уранопластикой после пластики переднего отдела твердого неба опрокинутым слизисто надкостничным лоскутом.

Результаты. В первой группе сагитальные размеры верхней челюсти соответствуют показателям здоровых составляют соответственно $39,6 \pm 0,48$ мм против $40,3 \pm 0,34$ в норме ($P > 0,05$). Поперечные размеры верхней челюсти на уровне всех боковых зубов значительно отстают от показателей нормы ($P < 0,001$). Поперечные размеры верхней челюсти общая ширина (R=L) на уровне 17и7 зубов составляют $40,1 \pm 0,21$ мм при норме у здоровых $54,0 \pm 0,31$ мм ($P < 0,001$). Сопоставляя ширины верхней челюсти справа и слева по отношению к средней линии Ах можно отметить ее двухстороннее сужение как на здоровой (KR-s) так и на стороне расщелины (KL-s) которое соответственно составляет $20,1 \pm 0,71$ мм $20,0 \pm 0,15$ мм против $27,0 \pm 0,41$ в норме ($P < 0,001$). Аналогичная картина нами выявлена и на 16и26, 15 и25, 14и24, 13и 23 зубами. На уровне 13и23 зубов сужение верхней челюсти отмечено на здоровой и с большей степенью выраженности стороне расщелины ($P < 0,05$) стороне расщелины ($P < 0,001$). Во второй группе длина верхней челюсти по сагитальной плоскости (АХ) существенно не отличается от показателей нормы и соответственно составляют $38,9 \pm 0,7$ мм против $40,3 \pm 0,34$ мм ($P > 0,05$). Среднее расстояние от измеряемых точек зубов до срединной линии Ах соответственно составляют $17,2 \pm 0,62$, $20,0 \pm 0,65$, $23,0 \pm 0,31$, $25,0 \pm 0,46$ и $27,0 \pm 0,41$ мм. Длина расстояния от средней линии до 13 равна $13,0 \pm 0,31$ ($P < 0,001$). Одностороннее сужение в дистальном отделе челюсти на уровне 16 зуба по отношению к ее медиальному отделу усиливается и составляет $15,0 \pm 0,41$ и $25,0 \pm 0,46$. В третьей группе расстояние между зубами и до срединной линии Ах на стороне отслойки достоверно отличается от нормы только на уровне 15и4 зубов. На уровне дистальных групп зубов 17и6 оно существенно не отличается от показателей нормы $P > 0,05$ и они занимают правильное положение в зубной дуге. На уровне 15 Зубов оно по отношению к норме составляет соответственно $18,0 \pm 0,74$ и $25,0 \pm 0,81$ ($P < 0,001$). Аналогичное состояние нами отмечено и на уровне 14 зубов. Сужение зубной дуги на уровне 14и5 зубов обусловлено отрицательным влиянием рубцов на твердом небе в момент операции на уровне проекции зачатков этих зубов.

Выводы. Наиболее грубые нарушения в развитии верхней челюсти выявлены у детей после радиальной уранопластики с двусторонним слизисто-подкостным лоскутом. Одномоментная уранопластика по сравнению с радикальной уранопластикой приводит к одностороннему сужению верхней челюсти на уровне всех боковых зубов. Пластика переднего отдела твердого неба после двухэтапной уранопластики опрокинутым лоскутом приводит к минимальному развитию деформации верхней челюсти.

Тугова К.С., Калиновская Я.Д.

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСЩЕЛИНЫ НЕБА НА РОСТ И РАЗВИТИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ

Зав. кафедрой и научный руководитель – к. мед. н., доц. Музычина А.А.

Цель. Изучить особенности развития деформации верхней челюсти после пластики неба у детей с врожденной односторонней сквозной расщелины губы и неба по методу Л.Е. Фролова и Э.У. Махкамова.

Материалы и методы. Клиническое обследование приведено у (39) детей обеого пола со сквозной односторонней расщелиной верхней губы и неба, которым с момента рождения проводилось комплексное ортодонтическое и этапное хирургическое лечение верхней губы и неба. Все обследуемые были распределены на три группы. Первая группа (контрольная- 12 детей), которым в 3-6 месяцев проведена хейлопластика и в 3 -5 летнем возрасте одномоментная уранопластика с выкройкой лоскута с обеих фрагментов верхней челюсти. У детей второй группы (13 детей), после предварительный комплексной подготовки в 3-6 месяцев проведена хейлопластика, вторым этапом через 2-3 месяца вейлопластика и в 3-4 летнем возрасте проведена пластика переднего отдела твердого неба с выкройкой слизистой надкостничного лоскута с одного фрагмента. Третья группа (14 детей), которым после хейлопластики в 3-6 месяцев, вторым этапом в 1,5-2 летнем возрасте уранопластика по щадящей методике.

Результаты. Результаты исследования показали, что во всех клинических группах после проведения оперативного лечения сагиттальные и трансверсальные параметры зубного ряда верхней челюсти были меньше аналогичных показателей контрольной группы. Причем в большей степени компрессия дентоальвеолярной дуги была выражена в области клыков у пациентов после радикальной уранопластики. На уровне вторых временных моляров или первых постоянных моляров выявлялось незначительное уменьшение трансверсальных параметров зубного ряда в клинических группах, в некоторых случаях ширина приближалась к нормальным показателям. Уменьшение величин средних значений длины верхнего зубного ряда в большей степени было выражено у детей в группе, где закрытие дефекта неба проводилось в один этап и в меньшей степени у пациентов с двухэтапной уранопластикой. Дентоальвеолярная дуга нижней челюсти у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба развивалась более гармонично, методика проведения уранопластики практически не влияла на ее биометрические параметры. Сравнение параметров небного свода у пациентов с ВРГН показало, что ширина неба в группе после радикальной уранопластики в среднем на 12 % меньше чем у детей после щадящей уранопластики и на 16 % чем у индивидуумов из контрольной группы. Наибольшая регрессия показателей высоты неба наблюдалась у пациентов, прооперированных в возрасте старше трех лет, что выражалось клинически при интраоральном осмотре, кроме того, наблюдалось уплощение небного свода. Сагиттальные параметры небного купола были уменьшены в обеих клинических группах, при этом длина неба была в среднем на 3 мм больше у субъектов прооперированных в возрасте 1,5-2 года.

Выводы. Таким образом, мы выявили, что уранопластика, выполненная по щадящей методике в возрасте до двух лет приводит к минимизации деформации верхней челюсти.

Тугова К.С., Калиновская Я.Д.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛЕННОЙ ГУБЫ И НЕБА

Зав. кафедрой и научный руководитель – к. мед. н., доц. Музычина А.А.

Цель. Обосновать эффективность проведения раннего ортодонтического лечения детей с двусторонней врожденной расщелиной верхней губы и неба (ВРГН) с применением несъемных ортопедических аппаратов.

Материалы и методы. За период с 2011 по 2015 гг. нами было обследовано 34 ребенка с ВРГН в возрасте от 0 до 20 месяцев. Из них у 21 (61,8%) ребенка применили аппараты с внутрикостной фиксацией. Эти дети составили основную группу настоящего исследования. Контрольную группу составили 13 (38,2%) детей, которым проведено раннее ортодонтическое лечение РОЛ с использованием съемных аппаратов с внеротовой тягой. Клиническое обследование осуществляли по общепринятой методике. Предложенный нами комплекс методов обследования пациентов с ВРГН применяли для диагностики и оценки результатов лечения. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью стандартной компьютерной программы Microsoft Excel 2000.

Результаты. При измерении линейных размеров межчелюстной кости мы выявили, что округлая межчелюстная кость бывает двух типов: 1 тип – трансверсальный размер межчелюстной кости > сагиттального, 2 тип-трансверсальный размер межчелюстной кости < сагиттального. По этому признаку все больные были разделены на 3 подгруппы. У 11 (32,4%) детей 1 подгруппы – межчелюстная кость овальной формы имела размер в трансверсальной плоскости -18-28 мм, в сагиттальной плоскости -15-20 мм, протрузия -5-8 мм. Во 2 подгруппе наблюдалось 14 (41,2%) детей, у которых межчелюстная кость была округлой формы, трансверсальный размер - 10 -20 мм, сагиттальный размер -8-12 мм, протрузия составила 10-15 мм. В 3 подгруппе у 9 (26,5%) детей межчелюстная кость округлой формы, при этом трансверсальный размер -10-18 мм, сагиттальный размер 10-20 мм, отмечалось смещение межчелюстной кости в трансверсальной плоскости. Исследования показали, что использование несъемных аппаратов способствует повышению эффективности для данной группы больных. По возрастному критерию полного альвеолярного выравнивания удалось достичь у 12

детей от 0 до 6 мес. У 5 детей от 6 до 12 мес. устранено сужение боковых фрагментов альвеолярного отростка в полном объеме, протрузию межчелюстной кости удавалось устранить частично 5-10 мм. В группе детей от 12 до 20 месяцев устраняли сужение боковых фрагментов альвеолярного отростка, при частичной ретрузии межчелюстной кости (5 -10 мм) отмечали, ее смещение в вертикальной плоскости вниз (3 -5 мм) у всех 4 детей. Срок лечения составил 18-24 дня. Для сравнения приводим результаты лечения детей в контрольной группы. Полного альвеолярного выравнивания удалось достичь у 6 детей в возрасте от 0 до 3 мес., в возрасте от 3 до 6 мес. удавалось устранить сужение боковых фрагментов альвеолярного отростка и частично устранить протрузию межчелюстной кости (510 мм) у 4 и у 3 детей в возрасте 6-20 мес. устраняли сужение боковых фрагментов, при ретрузии межчелюстной кости отмечали, ее смещение в трансверсальной плоскости (4-6 мм), в сагиттальной плоскости (3-8 мм). Срок лечения составил 2- 6 мес.

Выводы. Сравнивая результаты лечения в двух группах, следует отметить несомненное преимущество РОЛ с использованием несъемных аппаратов. Значительное сокращение сроков лечения 18-24 дня, возможности устранения деформации альвеолярного отростка верхней челюсти в полном объеме детям от 0 до 6 мес., частичное устранение протрузии – 5-10 мм межчелюстной кости от 6 до 20 мес.

ОБЩАЯ СТОМАТОЛОГИЯ ФИПО

Донецкий национальный медицинский университет им.
М.Горького Кафедра стоматологии ФИПО
Зав.кафедрой – профессор Чайковская И.В.

Арутюнян М.Г., Арутюнян Д.Г.

ВЕГЕТО-СОСУДИСТАЯ ДИСТОНΙΑ, КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В УСЛОВИЯХ СТРЕСС-ИНДУКЦИИ ОРГАНИЗМА

Научный руководитель – асс. Прокофьева Т.И.

Цель работы: определить взаимосвязь между частотой возникновения патологии слюнных желез в ключе оценки биофизических (функции слюноотделения и слюновыделения), свойств слюны и ротовой жидкости у пациентов разного пола и возраста и наличием крайних (неуравновешенных) типов вегетативной иннервации (с клиническим диагнозом вегето-сосудистая дистония (ВСД), находящихся в стресс-индуцированном состоянии) (в условиях военного времени).

Материалы и методы : проведен анализ случаев обращения больных общего профиля с жалобами на гипо – и гиперсаливацию за период сентябрь 2015 – февраль 2016 года, не имевшие иной соматической причины для данных состояний (отравление, сахарный диабет, воспалительные и невоспалительные заболевания слюнных желез), кроме функциональных. Все больные, всего 86 человек, в возрасте от 19 до 67 лет, из них 54 женщины и 32 мужчины, после стоматологического осмотра по общепринятой методике, были обследованы по Вейну и Бекару и распределены в две группы. Особый интерес представляла группа с крайними (неуравновешенными) типами вегетативной иннервации, исследуемые которой имели клинический (установленный) диагноз ВСД. Контрольную группу составляли добровольцы с крайними типами вегетативной регуляции, но считающие себя практически здоровыми. Скорость слюноотделения и слюновыделения оценивали по шкале Евминова в терминах мл/мин.

Результаты и обсуждение: Анализ полученных результатов свидетельствует о различной межиндивидуальной вариабельности жалоб больных и биофизических показателей слюны и ротовой жидкости. Определены половые и возрастные различия в преобладании разновидности патологии слюнных желез. Так, с жалобами на гиперсаливацию обращались преимущественно женщины фертильного возраста (19 – 45 лет) – 62,4 % случаев от общего количества обращений, из них 14 (32%) имели установленный диагноз ВСД. Женщины пожилого возраста (старше 60 лет) предъявляли жалобы на гипосаливацию так же часто, как и мужчины такой же возрастной группы. Это несколько пошатнуло наше предположение, что у женщин гидратация слизистых оболочек в общем, и слюнных протоков в частности, зависит от уровня эстрогенов, и снижается вместе с угасанием функции половых желез. Так как мы учитывали факты наличия зубных протезов и пломб в полости рта, а так же отсутствия вредных привычек, таких как курение либо наркомания, мы можем предположить, что слюноотделение и слюновыделение зависит, преимущественно, от преобладания типа вегетативной иннервации и может изменяться в зависимости от внешних условий, индуцирующих стрессовое состояние организма. Так, почти половина больных – 56%, из них мужчин и женщин – поровну, на момент обследования у стоматолога, имели установленные диагнозы гастрита, гайморита, дисплазии височно-нижнечелюстного сустава . Среди них 62,6 % исследуемых имели установленный диагноз ВСД. Полученные данные скорости слюноотделения и слюновыделения оказались, неожиданно, среднестатистическими в обеих группах.

Выводы: нами достоверно установлено, что ВСД является одной из важнейших причин в формировании нарушений функции слюнных желез, особенно в условиях стресс-индукции организма. Мы предполагаем, что повреждение (нарушение тонуса) сосудистой стенки, как составляющей патофизиологических причин ВСД, как и изменение реологических свойств крови, являются наиболее важным звеном в формировании патологии не только слюно -, но и слезоотделения и выделения, при этом ведущим является не нарушение скорости, а уменьшение количества биологических жидкостей. У нас есть основания думать так же, что при ВСД, особенно в условиях хронического стресса, будут иметь место нарушения гидратации всех слизистых оболочек организма, включая бронхиальное дерево, ЖКТ, мочевыводящие пути и т.д. Но эти гипотезы требуют дальнейшего изучения.

Гливинская А.О., Трофимец Е.К.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИТОБАЛЬЗАМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ГАЛИТОЗОМ

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.мед.н. проф. Чайковская И.В.

Цель исследования: оценка клинической эффективности фитобальзама в комплексном лечении генерализованного пародонтита, осложненного галито-зом.

Материал и методы. Обследовали 60 пациентов 39-57 лет, обратившихся на прием по поводу хронического генерализованного пародонтита 2 степени тяжести. Проводили оценку состояния полости рта,

индексную оценку пародонта (РМА, индекс Мюллемана) и орального галитоза. Всем пациентам проводили местное лечение пародонтита: антисептическую обработку полости рта и удаление зубных отложений. Кроме того, 30 пациентов основной группы дополнительно применяли фитобальзам в виде аппликаций на десны. 30 пациентов, получавших стандартный курс терапии пародонтита, служили в качестве группы сравнения. Обследование производили в первое посещение, на пятый день лечения, после окончания курса лечения и спустя 1 месяц.

Результаты. У всех пациентов до начала лечения состояние тканей пародонта было неудовлетворительным. Пациенты предъявляли жалобы на кровоточивость десен во время чистки зубов, неприятный запах изо рта. Запах изо рта определялся у 76,6% пациентов, страдающих пародонтитом. Для 23 человек (38,3%) неприятный запах был основной причиной обращения к стоматологу. Жалобы на наличие неприятного запаха предъявляли, в основном, женщины – их было 19 (82,6%). 81,7% обследованных пациентов имели низкий уровень гигиены. У 37 человек (61,7%) в полости рта имелись ортопедические конструкции, изготовленные по штамповано-паяной технологии. В количестве от 3 до 9 единиц. На пятый день лечения у 53,3% пациентов первой группы и у 36,7% пациентов группы сравнения полностью исчезла кровоточивость десен. У 46,7% пациентов группы №1 и 30% пациентов из группы сравнения отсутствовали признаки орального галитоза. После окончания курса лечения полное отсутствие неприятных ощущений и дискомфорта в полости рта отмечали 96,7% пациентов основной группы. Лишь 1 пациент жаловался на слабую кровоточивость в области искусственной коронки. В группе сравнения после курса лечения не предъявляли жалоб 86,7%. У 4 пациентов оставались жалобы на умеренную болезненность и кровоточивость десны. Гигиеническое состояние полости рта у пациентов обеих групп значительно улучшилось после профессиональной гигиены. Спустя месяц после окончания лечения у 23,3% пациентов основной группы и 33,3% группы сравнения появилась тенденция к ухудшению гигиенического состояния полости рта, однако уровень гигиены продолжал соответствовать критерию "удовлетворительно". В то же время показатели гигиены полости рта в основной группе, где дополнительно использовали фитобальзам, оставались выше, чем в группе сравнения.

Динамика показателей воспаления – индекса РМА, индекса кровоточивости Мюллемана – в изучаемых группах была сходной. Аналогичные изменения прослеживались при качественной и количественной оценке запаха. Через 10 дней показатель запаха в основной группе составил $3,42 \pm 0,15$ балла, в группе сравнения – $4,53 \pm 0,14$. Спустя 1 месяц после окончания лечения в обследуемых группах значение показателя достоверно повысилось. При этом более выраженное повышение было зарегистрировано в группе сравнения у пациентов, имеющих в полости рта штамповано-паяные протезы.

Вывод: Использование фитобальзама в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита приводит к более раннему появлению положительных изменений в тканях пародонта и способствует устранению орального галитоза.

Можейко В. В., Грицкевич Н. Ю., Можейко В. М.

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

Научный руководитель – доц. к.м.н. Грицкевич Н. Ю.,

Сердечно-сосудистые заболевания занимают одно из первых мест среди заболеваний человека, в том числе и среди жителей Донецкого региона. Особое место занимают врожденные заболевания сердца, которые обнаруживаются у 8 – 10 детей на 1000 жизнеспособных новорожденных. Сердечно – сосудистая недостаточность как компенсированная, так и с явлениями декомпенсации имеет четкие клинические проявления в полости рта, которые наблюдаются у 40 – 80% больных. При осмотре пациентов с данной патологией наблюдается бледная, отечная слизистая оболочка полости рта (СОПР), с цианотичным оттенком, выражен цианоз губ и прилежащих участков кожи. Наблюдаются также прогрессирующие заболевания тканей пародонта, например, катаральный гингивит, стоматит, которые часто переходят в язвенно – некротические поражения СОПР или более тяжелые проявления – некроз мягких тканей, развитие долго не заживающих язв, кровотечения (Новик И.О., Пашканг Н.А.). Имеют место также десквамативные изменения слизистой оболочки языка. Кроме того, у пациентов с данной патологией часто встречается гипоплазия эмали и множественный кариес зубов. Джафарова А.Д., Бобрик В.В. (1973) объясняли поражения в органах полости рта явлениями гипоксии тканей. D'Atti (1974) развитие патологических процессов в полости рта связывал с микроциркуляторными нарушениями.

Цель исследования: выявление патологических состояний СОПР у пациентов с проявлениями компенсированной формы сердечно – сосудистой недостаточности и назначение им лечебных и профилактических мероприятий для повышения резистентности СОПР.

Материал и методы. В клиническом наблюдении принимали участие 18 пациентов в возрасте 15 – 21 года с врожденными и приобретенными пороками сердца (компенсированная форма сердечно – сосудистой недостаточности). Во время профилактического осмотра в стоматологическом отделении КУ ГБ № 4 г. Донецка у них оценивали патологию зубов, прикуса, цвет и вид слизистой оболочки полости рта, наличие участков эрозирования и десквамации, их локализацию.

Результаты и выводы. У 16 пациентов (88, 9%) выявлен цианоз и отечность СОПР, особенно в области губ и щек; у 12 пациентов (66, 7%) – катаральный гингивит; у 5 человек (27, 8%) – десквамативный глоссит. У 2

пациентов (11, 1%) на слизистой щек по линии смыкания зубов выявлены участки эрозирования – эти пациенты на момент обследования не получали общего лечения, что может говорить, предположительно, о декомпенсации сердечно – сосудистой недостаточности. Всем обследованным пациентам рекомендовали провести полную санацию полости рта и профилактический курс обработки СОПР для повышения ее резистентности и лечения уже существующих поражений: «Гивалекс» в виде спрея или полосканий в течение 7-10 дней (анальгезирующее, антибактериальное и противовоспалительное действие), обработка СОПР кератопластиком – облепиховое масло, обработанное озоном – 14 – 20 дней. 2 пациентам с эрозиями дополнительно рекомендовали аппликации «Генгигеля» – 14 – 20 дней. У всех пациентов наблюдалось улучшение состояния СОПР уже после 10 дней лечения, в том числе, заживление эрозий. Повторное обследование состояния СОПР проводили через 3 и 6 месяцев. Стоматологическую диспансеризацию у пациентов с исследуемой патологией необходимо проводить 3 – 4 раза в год с обязательной санацией полости рта и назначением предложенного профилактического курса обработки СОПР, что улучшает прогнозы состояния СОПР и повышение ее стойкости к эрозированию и десквамации на фоне общего лечения и профилактики основного диагноза.

*Мырников А.А. *, Розкаряка П.И. *, Павленко М.Ю. , Чайковская И.В.*

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИИ 3D ПЕЧАТИ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Донецкий национальный медицинский университет им.

М.Горького Кафедра стоматологии ФИПО

Зав. кафедрой – д.мед.н. проф. Чайковская И.В.

Научный руководитель – доц. Павленко М.Ю.

*Донецкий национальный технический университет Кафедра

«Электропривод и автоматизация промышленных установок»

Зав. кафедрой – доц. Розкаряка П.И.

Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения пациентов с дефектами нижней челюсти с использованием методики стериолитографии.

Материалы и методы. На базе челюстно-лицевого отделения Клинической Рудничной больницы было прооперировано 4 пациента с различными дефектами нижней челюсти. Из них: 3 пациента с дефектами в области тела челюсти и одному пациенту проводилось замещение тела ветви и суставной головки нижней челюсти. Всем пациентам при помощи программного обеспечения «3d slicer» и «3d max» по установленным виртуально в правильное анатомическое положение костным фрагментами нижней челюсти, была изготовлена стереолитографическая модель костного дефекта с использованием технологии 3d печати. При помощи изготовленной стериолитографической модели смоделирована реконструктивная пластина фирмы «Конмет».

Результаты. Все пациенты в удовлетворительном состоянии выписаны на амбулаторное лечение. Косметический и функциональный результат оценен как удовлетворительный. Восстановлены форма и размеры нижней челюсти, контуры лица, увеличился объем активных движений нижней челюсти.

Выводы. По нашему мнению, при лечении обширных дефектов нижней челюсти целесообразно применять титановые реконструктивные пластины, а так же их сочетание с деваскуляризованными костными трансплантатами. Использование методики симметричного компьютерного моделирования позволяет оценить объем дефекта, виртуально спланировать оперативное вмешательство, изготовить стериолитографическую модель будущего дефекта, что даст возможность смоделировать реконструктивную пластину, точно ее припасовать к краям костного дефекта и сэкономить время проведения оперативного вмешательства.

Чайковская И.В., Макарова Н.Я.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЁННОСТИ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА ОКСИД АЗОТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.мед.н. проф. Чайковская И.В.

Цель исследования: изучить влияние микробной обсеменённости пародонтальных карманов и показателей, отражающих метаболизм системы оксид азота в ротовой жидкости у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП).

Материал и методы исследования: обследовано 164 пациентов хроническим генерализованным пародонтитом, в возрасте от 24 до 78 лет. Изучен количественный и качественный состав микрофлоры пародонтальных карманов (ПК). С целью получения чистых изолированных колоний микроорганизмов и последующей их идентификацией, использовали регенерированную полужидкую транспортную среду для культивирования анаэробов. Для выделения чистых культур аэробных и факультативно-анаэробных бактерий с последующей идентификацией использовали чашки Петри с обогащённым кровяным агаром. Наиболее оптимальной считали тиогликолевую питательную среду разработанную институтом вакцин и сывороток им. Мечникова. Для оценки количества аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов использовалась методика Клемпарской – Шальной (метод бумажных стерильных дисков). Для идентификации стрептококков

применяли «Стрептотест-16», для анаэробных бактерий – «Анаэро-Тест-23», для грамотрицательных неферментирующих бактерий – «Неферм-Тест-24».

Иммуноферментным методом ротовой жидкости (РЖ) определён уровень оксид азота (NO) по конечным продуктам его метаболизма – нитритам (NO₂), циклическому гуанозинмонофосфату (сGMP) и мочевины. Проведены вариационный, корреляционный, регрессионный, одно – и многофакторный дисперсионный анализы.

Результаты: Установлено, что дисметаболизм системы NO, проявляется у 62% больных и характеризуется повышением концентрации в РЖ NO₂ (стойких метаболитов NO) и у 45% содержания мочевины (метаболита предшественника NO аргинина), при малоизмененных параметрах сGMP (вторичного мессенджера NO), что соотносится с возрастом больных, длительностью заболевания и степенью развития патологического процесса.

У больных с I ст. тяжести ХГП выявлено что, концентрация NO в РЖ составляет 5,5±0,11 мкмоль/л, при II ст. она возрастает на 7,3% (p=0,007), а при III ст. – на 12,7% (p<0,001). Кроме того, II ст. тяжести ХГП сопровождается параллельным увеличением на 13,2% (p<0,001) содержания в РЖ мочевины (конечного метаболита аргинина – предшественника NO) на фоне уменьшения на 16,7% (p=0,015) параметров вторичного мессенджера NO сGMP. Интегральный метаболизм NO взаимосвязан с характером вегетирования в полости рта микроорганизмов, наибольшее значение среди которых отводится анаэробным клостридиям и мегасферам. Локальную гиперпродукцию NO₂ определяют также коринебактерии и моракселлы, выработку мочевины – пептострептококки, фузобактерии и протей. Угнетению синтеза сGMP способствуют пропионибактерии, фекальный щелочеобразователь и зубактерии. Полученные результаты обосновывает индивидуальное применение в лечении ингибиторов NO (салицилаты, кверцетин) или его стимуляторов (ИАПФ, небиволол, статины) в зависимости от особенностей микробного пейзажа.

Выводы: Установлено, что отдельные звенья патогенеза ХГП обусловлены тесными взаимосвязями между изменениями метаболизма NO и микробной флорой ПК. Эти показатели зависят от присутствия различных анаэробных ассоциаций (p<0,05) микроорганизмов в ПК, среди которых много транзитных представителей микрофлоры, которые могут вносить диссонанс в метаболизм NO из-за особенностей своей ферментативной деятельности. Показатели NO₂ позволяют прогнозировать течение ХГП, так как уровень NO₂ в РЖ более 6,6 мкмоль/л свидетельствует о нарастании патологического процесса в тканях пародонта и является на наш взгляд прогнознегативным фактором, а показатели менее 5,2 мкмоль/л – прогнозпозитивным.

Чайковская И.В., Егоров Е.Ю., Трофимец Е.К.

ОЦЕНКА РАДИОПРОТЕКТОРНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОДНОГО ЭКСТРАКТА «БИОВИТ-Ф»

Зав. кафедрой и научный руководитель – д.мед.н. проф. Чайковская И.В.

Цель исследования: изучить в эксперименте эффективность препарата «Биовит-Ф» для профилактики лучевых поражений при острой лучевой болезни средней тяжести.

Материалы и методы: Исследование проводилось на 30 беспородных белых крысах-самках, массой 180-200г. Острую лучевую болезнь (ОЛБ) моделирования при помощи рентгеновского аппарата РУМ-17М. Крыс однократно облучали в при следующих параметрах : напряжение на трубке – 190 кВ, сила тока – 10 мА, фильтры 0,5 мм Cu + 1,0 мм Al, тубус F -40 см, в дозе 6,0 Гр, мощность дозы в воздухе 0,52 Гр/мин, ЭЭФ=79,0 кэВ. В результате тотального облучения животные получали лучевую нагрузку 6,0 Гр. Экспериментальным животным внутрижелудочно вводили водный экстракт «Биовит-Ф» из расчета 0,03 мг/кг массы тела.

После облучения все животные были распределены на 3 группы по 10 животных в каждой. Группу № 1 составили животные, подвергшиеся тотальному облучению в дозе 6,0 Гр. Животные 2 группы в течении 5 суток до облучения и с 1-го дня после облучения в течении 30 суток получали ежедневно водный экстракт «Биовит-Ф». Крысы группы № 3 получали «Биовит-Ф» в течении 5 суток до облучения и с 6 по 30 сутки после облучения. У экспериментальных животных оценивали основные показатели выживаемости: процент смертности за 30 суток, интегральный показатель выживаемости в процентах (ИПВ%). Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты: В ходе эксперимента было установлено, что под влиянием общего рентгеновского облучения в дозе 6,0 Гр у крыс развивается острая лучевая болезнь со всеми её характерными признаками. Введение в рацион экспериментальных животных препарата «Биовит Ф» неоднозначно влияет на выживаемость подопытных животных. Так, у животных 1 группы с первых суток отмечались признаки острой лучевой болезни, проявляющиеся ухудшением общего состояния, развитием конъюнктивитов, отека слизистой оболочки полости рта, эзофагальными и диспептическими явлениями, вялостью и тяжелым дыханием. У животных 2 группы в динамике наблюдалась более тяжелая картина ОЛБ (9 из 10 животных погибли). Обращают на себя внимание результаты динамического наблюдения за животными группы № 3. В этой группе имеет место положительная динамика, проявляющаяся в повышении выживаемости животных (9 выживших из 10). Было установлено, что функциональный индекс отягощения острой лучевой болезни во второй группе значительно выше по сравнению с первой и третьей группами (p≤0,05). Аналогичная тенденция была выявлена при оценке интегрального показателя частотного проявления признаков острой лучевой болезни у животных.

Такая картина позволяет высказать предположение о том, что введение препарата «Биовит Ф» во время развития кишечного синдрома отягощает течение ОЛБ.

Выводы:

1. На основании экспериментальных исследований установлена противорадиационная активность водного экстракта «Биовит-Ф».
2. Выявлена высокая радиопротекторная эффективность водного экстракта «Биовит Ф» при условии использования его после стихания явлений кишечного синдрома.

Юниченко К.С., Рубенко Е.Г., Юниченко С.В.

ОПЫТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОЛОСТЕЙ ЗУБОВ ПРИШЕЕЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАЗЛИЧНЫМИ ПЛОМБИРОВОЧНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ

Научный руководитель – Юниченко С.В.

Цель исследования. В последнее время решающим этиологическим фактором возникновения и развития пришеечных полостей считается функциональная перегрузка пораженных зубов. Однако методов лечения, которые бы учитывали биомеханические особенности функционирования пораженных зубов, способствовали профилактике дальнейшего развития заболеваний и надежной фиксации реставрации не представлено, поэтому лечение в основном сводится к пломбированию в той или иной мере отпрепарированных дефектов с использованием различных реставрационных материалов.

Целью исследования является клиническое обоснование разработанного нами метода лечения, который базируется на современных представлениях об этиологии, и учитывает биомеханические особенности, присущие функционирующему зубу, восстановленному пломбирочным материалом.

Материалы и методы Для клинического исследования были отобраны 124 пациента мужского и женского пола в возрасте 36-65 лет с 247 полостями пришеечной локализации. Все реставрации зубов были распределены на две группы в зависимости от способа препарирования перед пломбированием: 1-я группа – препарировали по стандартным методикам, без закругления углов дефекта; 2-я группа – препарировали с закруглением углов. В свою очередь каждая из групп наблюдения была распределена на 3 подгруппы в зависимости от применяемого пломбирочного материала. В первой подгруппе для реставрации использовали универсальный микрогибридный композит Gradia Direct (GC), во второй – текучий композитный материал X-Flow (Dentsply), в третьей – гибридный стеклоиономерный цемент Vitremer (3M ESPE).

Клиническая оценка реставрационных работ проводилась по критериям USPHS. Контрольные посещения через 6, 12 и 18 месяцев.

Результаты Уже при осмотре через 6 месяцев после пломбирования начала просматриваться тенденция преимущества предложенного нами способа препарирования. Но это преимущество не выглядело статистически достоверным. Впрочем, уже через 12 месяцев это преимущество стало неоспоримым – количество неудовлетворительных реставраций в группе без закругления углов дефекта составляло 19,67– 23,77% по разным показателям, в то время, как в группе с закруглением углов эти показатели составляли 4,8– 8,8%. То есть количество неудовлетворительных реставраций через 12 месяцев, при препарировании по предложенной нами методике, было в 2,7–4,09 раза ниже по различным показателям в сравнении с группой, где углы пришеечных полостей не закругляли. Преимущество предлагаемого нами метода лечения через 12 месяцев, по всем показателям была статистически достоверным ($p \leq 0,001$). Во время заключительного осмотра через 18 месяцев количество неудовлетворительных реставраций в группе без закругления углов дефекта составляло по разным показателям от 26,23% до 28,69%, в то время как в группе, где препарировали с закруглением углов неудовлетворительных реставраций было от 8,8% до 10,4%. По разным показателям оценки реставраций количество осложнений в группе где препарировали по предложенной нами методике было в 2,75– 3,07 раза меньше ($p \leq 0,05$).

Выводы Разработан новый метод лечения полостей пришеечной локализации зубов, который основан на способе препарировании с закруглением углов дефектов перед пломбированием. При помощи клинического исследования доказано преимущество предлагаемого нами метода оперативной подготовки полостей пришеечной локализации перед пломбированием.

Донецкий национальный медицинский университет им.

М.Горького Кафедра общей стоматологии ФИПО

Зав. кафедрой – доц. Максютенко С.И.

Агеева О.В.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПЕРИОДОНТИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ПАСТЫ «ПУЛЬПОСЕПТИН» И ГИДРОКСИДОМ КАЛЬЦИЯ.

Зав. кафедрой и научный руководитель – доц. Максютенко С.И.

Цель исследования. Определить эффективность эндодонтического лечения хронического гранулематозного периодонтита в стадии обострения пастой «Пульпосептин» и гидроксидом кальция.

Материалы и методы. Было проведено лечение 20 зубов у пациентов с хроническим гранулематозным периодонтитом в стадии обострения в 3 посещения. В 1-е посещение – инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов (3% р-р гипохлорида натрия) с последующей obturацией (на 5-7 дней) «Пульпосептином», под временную пломбу. Во 2-е посещение – медикаментозная обработка корневых каналов 3% р-ром гипохлорида натрия с последующей obturацией на 4-6 недель гидроксидом кальция. В 3-е посещение – постоянная obturация корневых каналов по классической методике.

Результаты. После 1-го этапа у 18 из 20 пациентов жалоб не было, у 2 пациентов острая фаза не купировалась, им проводилась повторная медикаментозная обработка корневых каналов 3% р-ром гипохлорида натрия с последующей временной obturацией «Пульпосептином». В последующие посещения пациенты не предъявляли жалоб. Согласно рентгенологическому исследованию, которое проводилось до и после лечения (спустя 2 месяца), положительная динамика – уменьшение очага воспаления в периодонте наблюдалась в 16 зубах, в 3 наблюдалась стабилизация процесса, в 1 – прогрессирование процесса.

Выводы. Описанная методика является достаточно эффективной при лечении хронического гранулематозного периодонтита в стадии обострения.

Бессмертная Ю.В.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЛЯРОВ И ПРЕМОЛЯРОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ОПЕРАЦИОННОГО МИКРОСКОПА

Зав. кафедрой и научный руководитель – доц. Максютенко С.И.

Цель исследования – сравнить эффективность эндодонтического лечения моляров и премоляров с использованием операционного микроскопа и без применения систем увеличения.

Материалы и методы. Для проведения исследования было отобрано 160 историй болезней пациентов в возрасте от 35 до 50 лет, которым проводилось эндодонтическое лечение моляров и премоляров по поводу различных форм пульпитов. Пациенты были разделены на две равные группы, рандомизированные по возрасту, клинической форме заболевания, использованной методике разработки и obturации корневых каналов. Пациентам 1 группы разработка и obturация корневых каналов проводилось с использованием операционного микроскопа, а пациентам 2 группы без использования каких либо оптических систем. Эффективность лечения оценивалась по отсутствию рентгенологических изменений в периапикальных тканях в отдаленный период (2 года).

Результаты исследования. При проведении контрольной рентгенографии через 2 года после проведенного лечения у пациентов 1 группы количество случаев возникновения рентгенологических изменений в периапикальных тканях в виде различных форм хронических периодонтитов составило 5%. А у пациентов 2 группы рентгенологические изменения наблюдались в 14 % случаев.

Выводы. Использование операционного микроскопа существенно повышает качество эндодонтического лечения.

Коваленко О. Г., Коваленко Я. О.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕЛЯ «АРГОДЕРМ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ АЛЬВЕОЛИТОВ

Научный руководитель – асс. Коваленко Я.О.

Цель исследования. Оценка эффективности применения средства, которое обладает высоким антисептическим, антибактериальным, фунгицидным, обезболивающим и ранозаживляющим действиями.

Материалы и методы. В состав для лечения острого альвеолита, который включает мазевую композицию, состоящую из флавоноида «Кверцетин», коллоидного диоксида кремния, сорбента «Аэросил», дополнительно введено антибактериальный гель «Аргодерм», который обладает противоотечным, спазмолитическим, антигистаминным, противовоспалительным действиями. Состав для лечения острого альвеолита применяли следующим образом: лунку промывали раствором антисептика, острой хирургической ложкой удаляли поверхностный некротизированный слой и заполняли альвеолу мазевой композицией у 50 пациентов с диагнозом острый альвеолит, которые были разделены на 2 группы по 25 пациентов.

Результаты исследования. При осмотре 25 пациентов с диагнозом острый альвеолит, у которых дополнительно использовался гель «Аргодерм» отмечается более выраженный эффект – уменьшение средних сроков устранения клинических проявлений воспаления на 1 – 2 посещение.

Выводы. Использование геля «Аргодерм» в составе для лечения острого альвеолита позволяет сократить сроки и повысить эффективность лечения острого альвеолита за счет наличия в его составе веществ, которые имеют высокое антисептическое, антибактериальное, фунгицидное, обезболивающее и ранозаживляющее действия.

Рябых Ю.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ИХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ

Научный руководитель – доц. Бессмертный А.А.

Цель исследования. Оценка качества пломбирования апикальной части корневых каналов первых моляров верхней челюсти при условии проведения машинной и ручной обработки.

Материалы и методы. Для проведения исследования были отобраны 2 рандомизированные по возрастному признаку группы пациентов по 15 человек, которым проводили лечение пульпита первых моляров верхней челюсти. В первой группе обработка корневых каналов проводилась с использованием эндомотора (система ProTaper Universal), во второй – ручными инструментами по классической методике Step-back. Пломбирование корневых каналов проводилось методом латеральной конденсации гуттаперчи. Все пациенты в последующем подвергались конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) по каким-либо показаниям. По данным КЛКТ производилась оценка качества трехмерной obturation апикальной части корневых каналов.

Результаты исследования. У пациентов первой группы процент заполнения силлером микроканальцев апикальной дельты достигал в среднем 90%, а у пациентов второй группы этот показатель приближался к 74%, при этом количество случаев выведения силлера за апекс составило в первой группе 13, а во второй лишь 8.

Выводы. В результате проведенного исследования было установлено, что машинная обработка корневых каналов способствует более качественной obturation корневых каналов, но при этом существенно возрастает риск выведения избытка силлера за пределы апикального отверстия.

Сердюк К.В., Осипенкова Т.С.

ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ УВЛАЖНЯЮЩЕГО АГЕНТА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА

Научный руководитель – доц. Осипенкова Т.С.

Цель исследования. Определить влияние применения увлажняющего агента на снижение вероятности появления непосредственных (гиперестезия) и отдаленных осложнений (выпадения пломб, вторичный кариес).

Материалы и методы. В качестве объекта исследования были пациенты численностью 61 человек с кариозными поражениями 1-го, 2-го класса по Блэку (неосложненная форма), разделенные на две группы. В контрольной подгруппе (30 человек) – дефекты восстанавливали фотокомпозитом “Charisma” (Heareus Kulzer) с традиционной адгезивной подготовкой методом тотального травления. Пациентам основной группы (31 человек) пломбирование полостей зубов производилось по той же методике, но после тотального травления твердых тканей, дополнительно перед нанесением адгезивной системы на дентин в течение 20 секунд наносился увлажняющий агент «Aqua-prep F» фирмы BISCO.

Результаты исследования. В полостях 1-го, 2-го класса постоперативная тактильная гиперестезия при пломбировании их фотокомпозитами с традиционной адгезивной подготовкой возникает достоверно чаще (до 28,8%), чем при пломбировании фотокомпозитами с применением увлажняющего агента (до 16,7%).

Выводы. При пломбировании полостей, с целью сохранения качества реставраций, профилактики возникновения вторичного и рецидивного кариеса, гиперчувствительности, целесообразно применять увлажняющий агент, который улучшает качество прилегания фотокомпозитов к дентину, тем самым увеличивая срок функционирования реставраций в полости рта.

Сорокина Е.Э

ВЛИЯНИЕ СТЕПЕНИ ОПАКОВОСТИ ФОТОКОМПОЗИТНОГО МАТЕРИАЛА НА ГЛУБИНУ ЕГО ПОЛИМЕРИЗАЦИИ

Научный руководитель – доц. Бессмертный А.А.

Цель исследования. Определить показатель глубины полимеризации фотокомпозитного реставрационного материала Filtek Ultimet (3M ESPE) от степени его опакости.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования использовали 40 порций фотокомпозитного реставрационного материала Filtek Ultimet (3M ESPE), которые были разделены на четыре группы по 10 образцов в зависимости от степени прозрачности: опакый, «оттенок тела», эмалевый и прозрачный. В каждой подгруппе образцы фотополимеризовали на протяжении 40 секунд световым потоком светодиодного фотополимеризатора VALO Cordless. В специально изготовленные из легкосплавного металла формы с цилиндрическим отверстием диаметром 4 мм вносили материал, полимеризовали, затем формы открывали, извлекали, отделяли незатвердевший материал и измеряли длину цилиндра затвердевшего композита.

Результаты. Среднее значение показателя глубины полимеризации образцов опаквого оттенка составило 2,95 мм, образцов «оттенка тела» – 3,14мм, образцов эмалевого оттенка – 3,65 и образцов прозрачного оттенка – 4,28мм.

Выводы. Показатели глубины полимеризации фотокомпозитного реставрационного материала Filtek Ultimet (3M ESPE) имеют прямую зависимость от его степени опакости, при этом на наибольшую глубину полимеризуются прозрачный и эмалевый оттенки, а на наименьшую – opak.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им.
М.Горького Кафедра терапевтической стоматологии
Зав. кафедрой – проф. Педорез А.П.

Гордиенко В.В., Филин Е.О.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ВРЕМЕНИ КИСЛОТНОГО ПРОТРАВЛИВАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ НА КРАЕВОЕ ПРИЛЕГАНИЕ РЕСТАВРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Научный руководитель – доц. Мороз Г.Б.

Цель исследования – сравнительная лабораторная оценка краевого прилегания наномикрогибридного фотокомпозита к твердым тканям при восстановлении зубов с клиновидными дефектами при различном времени кислотного воздействия на этапе протравливания.

Материалы и методы. Было исследовано 30 удаленных зубов с клиновидными дефектами. К I группе были отнесены 10 зубов, на твердые ткани которых перед восстановлением наносили самопротравливающую адгезивную систему Xeno V, Dentsply; ко II группе – 10 зубов, у которых перед нанесением адгезивной системы Prime & Bond, Dentsply, проводили протравливание твердых тканей в течение 30 секунд; к III группе – 10 зубов, у которых перед нанесением той же адгезивной системы протравливание проводили 60 секунд. Реставрационный материал EsthetX, Dentsply, вносили порциями и облучали методом «мягкого старта». Для искусственного старения запломбированных зубов их подвергали термоциклированию, затем корни зубов закрывали воском, а пломбы частично изолировали лаком, помещали в 2% водный раствор метиленового синего на 24 часа, извлекали, освобождали от лака, промывали водой, распиливали в продольном направлении. Оценка краевого прилегания фотокомпозита к твердым тканям проводили по результатам микропроницаемости по четырехбалльной системе оценки.

Результаты. По результатам исследования краевого прилегания восстановительного материала к твердым тканям по микропроницаемости показатель нарушения в образцах первой группы составлял $2,40 \pm 0,17$ балла, в образцах второй группы – $1,90 \pm 0,23$ балла, третьей группы – $1,20 \pm 0,13$ балла. Наихудшим был показатель в образцах первой группы, он в 2 раза превышал таковой показатель в образцах первой группы (последний показатель статистически отличается от всех других, $p < 0,05$).

Выводы. Проведенное исследование краевого прилегания наномикрогибридного фотокомпозиционного материала при восстановлении зубов с клиновидными дефектами по микропроницаемости показывает, что применение адгезивной системы с предварительным протравливанием в течение 60 секунд позволяет получить лучшие результаты по сравнению с применением протравливания в течение 30 секунд или использованием самопротравливающей адгезивной системы.

Дворник В.Э.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЕГЕТОТОНУСА С УРОВНЕМ КИСЛОТООУСТОЙЧИВОСТИ ЭМАЛИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ЗУБОВ КАРИЕСОМ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – доц. Гонтарь Е.А.

Цель исследования – изучение связи функционального состояния вегетативной нервной системы с показателями интенсивности поражения зубов кариесом и уровнем структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали (СФКЭ).

Материал и методы. Были обследованы две группы пациентов – периода сменного (83 человека) и постоянного (119 человек) прикуса. Оба пола в обеих группах были представлены в равной степени. Оценка состояния вегетативной системы проводили по общепринятым методикам по таблицам Гийома-Вейна с вычислением такого интегрального показателя, как коэффициент Хильдебранта (Q). Интенсивность поражения зубов кариесом оценивали с помощью показателей КПУ+кп (для сменного прикуса) и КПУ (для постоянного прикуса). Уровень структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали определяли по тесту эмалевой резистентности (ТЭР).

Результаты. В результате обследования были получены следующие данные. Показатель интенсивности поражения зубов кариесом в группе детей со сменным прикусом, обследованных по индексу КПУ+кп, позволил разделить эту общую группу на две равные группы: с единичным (1 группа, 43 человека) и множественным (2 группа, 40 человек) кариесом. Среднее значение индекса КПУ+кп в 1 группе составило $0,6 \pm 0,06$. Во 2 группе индекс КПУ+кп равнялся $6,7 \pm 0,3$. Уровень СФКЭ также существенно различался в этих группах. В 1 группе среднее значение индекса ТЭР составило $3,6 \pm 0,1$, во 2 группе – $4,7 \pm 0,15$ ($t = 6,1$ $p < 0,001$).

Изучение частоты пульса и частоты дыхания в выделенных подгруппах позволило установить следующую взаимосвязь: у детей с множественным кариесом и, соответственно, высоким уровнем КПУ+кп, частота пульса существенно повышена ($79,1 \pm 2,8$) по сравнению с детьми, имеющими единичные кариозные поражения ($69,4 \pm 1,4$). Различия достоверны: $t = 3,1$ $p < 0,01$. При этом частота дыхания в выделенных группах

также разнится. Если в 1 подгруппе она составляет $20,1 \pm 1,2$, то во 2 подгруппе – $17,7 \pm 0,8$ ($t = 1,7$ $p > 0,1$). Различия недостоверны, но тенденция к снижению частоты дыхания у детей с множественным кариесом прослеживается.

Вычисление межсистемных отношений по коэффициенту Хильдебранта (Q) показало, что у детей обеих подгрупп этот показатель лежит в границах нормы. Но если у детей с единичным кариесом значения Q приближаются к нижним границам нормы ($3,5 \pm 0,1$), то у детей с множественным кариесом отмечается его явная симпатотоническая направленность ($4,7 \pm 0,1$). Различия достоверны: $t = 8,6$ $p < 0,001$.

Выводы. Очевидна связь между функциональным состоянием вегетативной нервной системы, оцениваемой по состоянию ее тонуса, и устойчивостью зубов к кариесу. Происходит сдвиг вегетотонуса в сторону преобладания функциональной активности симпатического отдела вегетативной нервной системы при нарастании интенсивности кариозного процесса и снижении уровня структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали зубов. Подобные изменения значительно повышают риск кариозной атаки и ведут к множественному кариесу как сменного, так и постоянного прикуса. Полученные данные необходимо учитывать при проведении как первичной, так и вторичной кариеспрофилактики.

Карабач Н.В.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ЦВЕТА ЗУБОВ В СТОМАТОЛОГИИ

Научный руководитель – к.мед.н., асс Джеломанов-Кутана В.К.

Цель исследования – разработать метод объективного определения цвета зубов и реставрационных материалов с использованием компьютерных технологий.

Материал и методы. Нами разработана компьютерная программа «Спосіб визначення кольору твердих тканин зубів та підбору відтінків фотокомпозиційного матеріалу». В соответствии с этим методом, на первом этапе с помощью цифровой фотокамеры «Olympus C» выполняли снимки исследуемой поверхности восстанавливаемого зуба в режиме «макросъемка» и с соблюдением всех необходимых условий. Для анализа полученное изображение сохраняли в компьютерной базе данных в формате JPEG. Используя разработанный программный продукт, определяли идентификационный номер (ID) каждой из девяти областей исследуемой поверхности в пиксельном варианте в соответствии с эталоном шкалы используемого материала. По результатам анализа выполняли построение математической модели, описывающей изменение цвета по областям. Затем эти данные использовали при восстановлении зубов.

Результаты. Результаты можно интерпретировать следующим образом:

«Найдено» и «Дано» – это цветовой код принадлежности к цветовой группе.

ID материала – это идентификационный код материала, который наиболее близок к исследуемому участку.

Область № – это область найденного ID материала.

Из – это общая исследуемая величина, константа.

K – коэффициент совпадения, он может быть меньше либо равен 0,0015 (это порог, на котором человеческий глаз не может отличить переход цветовых оттенков).

Несовпадение – выводится процентное соотношение несовпадений между «Дано» и «Найдено» (не должно превышать 5-7%).

Выводы. Предложенная методика позволяет оперативно и объективно определить цвет твердых тканей зубов в любое время суток, в различных условиях, обеспечивает высокую достоверность полученного результата и надежный выбор соответствующего оттенка цветовой шкалы фотокомпозиционного материала.

Савин П.А.

ПРОФИЛАКТИКА ОККЛЮЗИОННОГО КАРИЕСА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СТЕКЛОИОНОМЕРНЫМ ЦЕМЕНТОМ

Научный руководитель – асс. Хохлова Е.А.

Цель исследования. Оценка эффективности герметизации фиссур стеклоиономерным цементом (СИЦ) с повышенным содержанием фтора в профилактике кариеса зубов у детей младшего школьного возраста с неудовлетворительной гигиеной полости рта и различными показателями интенсивности кариеса.

Материалы и методы. Обследовано 60 детей в возрасте 6–8 лет с различными показателями интенсивности кариеса и низкими показателями гигиены полости рта. Использован СИЦ нового поколения с повышенным содержанием фтора Цемилайн, химического способа отверждения. Цементом запечатаны фиссуры первых постоянных моляров с использованием неинвазивной методики. Изучены показатели краевого прилегания герметика и процессы реминерализации через 3 месяца.

Результаты. В процессе работы установлено, что средний показатель интенсивности кариеса молочных и постоянных зубов составил 5,7, а средний показатель индекса гигиены – 2,4. При повторном осмотре через 3 месяца показатели кп + КПУ не изменились, а средний показатель гигиенического индекса, после проведенных гигиенических процедур и данных рекомендаций, снизился до 1,8. Нарушения краевого прилегания герметика выявлено не было. Вторичный кариес не диагностирован. В процессе работы с СИЦ нового поколения

ЦемиЛайн отмечено заполнение ним всех труднодоступных, глубоких поверхностей, вследствие чего загерметизированные фиссуры стали более ровными и гладкими, что позволило детям легко справиться с чисткой зубов. Созданный таким образом барьер препятствует проникновению к эмали микроорганизмов, которые вырабатывают кислоты и провоцируют кариес. Герметик химического отверждения удобен в применении, обладает высокими прочностными характеристиками, минимальной стираемостью, достаточными эстетическими свойствами. Служит богатым источником ионов F, Ca, Sr, Al, способствующих реминерализации эмали. Важным фактором является безболезненность процедуры, что не оставляет у детей неблагоприятных ассоциаций, связанных с болевыми ощущениями от визита к стоматологу.

Выводы. По результатам исследования можно сделать вывод, что СИЦ химического способа отверждения ЦемиЛайн с повышенным содержанием фтора обеспечивает высокую реминерализацию, надежную obturацию фиссур, что полностью исключает контакт углеводов и микроорганизмов полости рта с эмалью фиссур, делая их защищенными от кариеса на длительное время.

Терпигорьева Л. П.

ПРОГНОЗ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА НА ОСНОВЕ МОДЕЛИ МНОЖЕСТВЕННОЙ РЕГРЕССИИ

Научный руководитель – к.мед.н. доц. Пиляев А.Г.

Цель определение комбинации исходных и лечебных факторов, являющейся прогностически наиболее благоприятной при лечении хронических периодонтитов в зубах с разрушенной апикальной констрикцией.

Материал и методы. На предварительном этапе мы проанализировали исходы эндодонтического лечения, которые рассматривали как благоприятные и неблагоприятные в зависимости от ряда факторов, потенциально влияющих на исходы лечения. Прежде всего, были выделены факторы, которые на основании однофакторного анализа имели существенное, достоверное влияние на исходы эндодонтического лечения. К ним были отнесены: клинический диагноз, размер очагов деструкции, размер апикальной констрикции, которые были отнесены к исходным клиническим состояниям, независимым от воли оператора, а также связанные с лечением факторы, к которым были отнесены уровень пломбирования, апикальные пределы инструментальной обработки, различие между уровнем инструментальной обработки и уровнем пломбирования.

Результаты и их обсуждение На основании полученных нами данных, мы построили модель множественной регрессии вероятности исходов эндодонтического лечения периодонтитов, как функции уровня пломбирования, разницы между уровнем пломбирования и инструментальной обработкой апикальной части корневого канала и размера очага деструкции в зубах с разрушенной апикальной констрикцией:

$$R = 111,272 + 48,934 \times X_1 + 26,681 \times X_2 - 3,096 \times X_3$$

Где R-вероятность успешного исхода лечения,

X₁-уровень пломбирования от верхушки,

X₂-разница между апикальными уровнями инструментальной обработки и obturации, X₃ –размер очага периапикальной деструкции.

Эта модель показывает, что вероятность благоприятного исхода лечения периодонтитов с разрушенной апикальной констрикцией при совместном действии изучаемых факторов зависит от апикального уровня пломбирования, разницы между апикальным уровнем инструментальной обработки и пломбирования корневого канала и, в отличие от зубов с сохраненной апикальной констрикцией, зависит от размера очага периапикальной констрикции. Из модели видно, что в зубах с разрушенной апикальной констрикцией увеличение очага деструкции существенно уменьшает вероятность благоприятного исхода эндодонтического лечения. При этом выведение материала за уровень апикального препарирования является прогностически более благоприятным фактором. Представленная модель показывает, что благоприятный исход более вероятен при пломбировании ближе к рентгенологической верхушке корня зуба. Недоведение материала связано с худшим прогнозом исходов лечения, чем выведение пломбировочного материала за уровень инструментальной обработки.

Выводы Можно заключить, что в зубах с разрушенной апикальной констрикцией рабочая длина должна определяться ближе к верхушке корня и инструментальная обработка должна проводиться на всю длину инфицированного корневого канала.

Филин Е.О.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА АПРОКСИМАЛЬНЫХ РЕСТАВРАЦИЙ

Научный руководитель – к.мед.н., асс. Хачатурова К.М.

Цель исследования – создание методики клинической оценки фотокомпозиционных апроксимальных реставраций.

Материалы и методы. Оценку реставраций осуществляли визуально-инструментальным методом по предложенной нами методике клинической оценки апроксимальных реставраций. В соответствии с этой методикой, оценку апроксимальной реставрации, которая занимает частично жевательную и полностью апроксимальную поверхность, проводят поэтапно и отдельно по поверхностям. На первом этапе по двоичной

системе («приемлемо» или «неприемлемо») оценивают апроксимальную часть восстановления в соответствии с критериями: состояние контактного пункта (КП), краевое прилегание материала к придесневой стенке (КрПрПС), вторичный кариес (ВК).

Определение качества контактного пункта проводили с использованием зубных флоссов. Флосс должен с усилием, но без задержек скользить по восстановленной апроксимальной поверхности, и в таком случае ставят оценку «приемлемо». Если же межзубной промежуток зияет и в него легко войти флоссом или даже стоматологическим зондом, либо флосс во время введения фиксируется из-за нависания материала или ступеньки в нем, выставляют оценку «неприемлемо».

Определение краевого прилегания материала апроксимальной реставрации к придесневой стенке проводят с поочередным использованием приема расклинивания зубов как со стороны вестибулярной, так и со стороны оральной поверхности при помощи светопроводящего клина, после чего, используя эндодонтический зонд, оценивают краевое прилегание. Оценка «приемлемо» выставляют в том случае, если зонд легко скользит по границе «материал-эмаль» по всему периметру прилегания материала на придесневой стенке апроксимальной реставрации. Если с помощью зонда определяют малейшее нарушение прилегания, ставят оценку «неприемлемо».

Выявление вторичного кариеса проводят при помощи визуально-инструментального обследования апроксимальной поверхности восстановленного зуба по общеизвестным клиническим признакам. Оценка «приемлемо» выставляют, когда этих признаков выявить не удалось. При их наличии выставляют оценку «неприемлемо».

В случае оценки «неприемлемо», полученной хотя бы по одному из перечисленных критериев, реставрацию следует немедленно заменить. Далее переходят ко второму этапу, который состоит в оценке части реставрации на жевательной поверхности по клиническим критериям Ryge: краевое прилегание (КрПр), краевое окрашивание (КрО), анатомическая форма (АФ), цветовое соответствие (ЦС), шероховатость поверхности (ШП), вторичный кариес (ВК). По каждому критерию выставляют оценки от А до С или D, в зависимости от состояния реставрации. Однако даже при наличии самых высоких оценок по критериям Ryge в случае оценки «неприемлемо» на первом этапе, реставрация подлежит немедленной замене.

Выводы. Предложенная методика клинической оценки фотокомпозиционных апроксимальных реставраций позволяет выявить неудовлетворительные результаты на ранних этапах, что дает возможность снизить количество осложнений.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ГИГИЕНА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Донецкий национальный медицинский университет г.
Донецк, ДНР Кафедра гигиены и экологии
Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Ластков Д.О.

Выхованец Н.Ю.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ОБУЧЕНИЯ

Кафедра гигиены и экологии Зав.
кафедрой – д.м.н. проф. Ластков Д.О.
Научный руководитель – к.м.н. доц. Выхованец Т.А.

Актуальность проблемы. В настоящее время актуальной проблемой является улучшение здоровья путем внедрения принципов здорового образа жизни среди учащейся молодежи, особенно с целью первичной и вторичной профилактики заболеваний, а также улучшения качества жизни.

Цель исследования – разработать комплекс мероприятий по повышению адаптационных ресурсов основных саногенетических систем у студентов медицинского вуза.

Материал и методы исследования. Путем анкетирования изучены отдельные режимные моменты (кратность питания, продолжительность самоподготовки и сна, занятия спортом, вредные привычки и т.д.) у студентов 6 курса медицинского вуза.

Результаты исследования. В исследованиях приняли участие 2 группы (15 человек) студентов 6 курса медицинского вуза. Результаты исследования показали, что четырехкратного режима питания придерживается только 1 человек (7%), трехкратного – около 60% человек, двукратного – 20%, однократного – 13%. При этом в процессе обучения в ВУЗе получают питание почти все студенты (87%). Приоритетными остаются такие формы питания как употребление буфетной продукции (пирожки, пирожные, бутерброды, чай, кофе) – 47%, «домашних тортишек» (бутерброды, фрукты, кисломолочная продукция) – 27% анкетированных. И только 2 человека (13%) получают горячее питание в студенческой столовой. Анализ состояния здоровья показал наличие хронических заболеваний более чем у 40% студентов (гастрит, гастродуоденит, панкреатит). Еще у 40% опрошенных студентов отмечены жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта (изжога, боли и тяжесть в животе, тошнота, отрыжка). И только у 3-х человек отсутствовали жалобы и хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (20%). Частота заболеваний острыми респираторными инфекциями в течение года среди студентов распределилась следующим образом: не болели – 7%, 1 раз – 7%, 2 раза – 67%, 3 раза – 12%, 4-5 раз – 7%. При оценке продолжительности сна было установлено, что почти 47% студентов спят 5-6 часов в сутки, 20% – 7 часов, 33% – 8 часов (включая 1 час днем). При этом на самоподготовку большинство шестикурсников (87%) тратят в среднем 1-2 часа, всего 7% опрошенных – 3 часа и 6% – 0,5 часа. Треть студентов регулярно занимаются спортом (легкая атлетика, тренажерный зал, танцы), но большинство (54%) спортом не занимаются и всего 13% анкетированных регулярно делают утреннюю гимнастику. Анализ наличия вредных привычек у студентов 6 курса показал, что у 33% они отсутствуют, однако 27% анкетированных отметили курение и 40% – употребление изредка алкоголя.

Таким образом, анализ полученных данных позволяет сделать следующие **выводы**:

- режим питания студентов требует коррекции (обязательный завтрак) путем проведения лекций, бесед среди младших курсов с акцентом на гигиену питания лиц умственного труда;
- предприятиям общественного питания, занимающихся выносной торговлей продуктами питания для студентов в учебных корпусах, следует расширить ассортимент реализуемой продукции за счет фруктов, сухофруктов и орехов, фруктов, готовых непосредственно для употребления (помытых, очищенных, завернутых в пищевую пленку и т.д.);
- для студентов младших курсов ввести курс лекций (либо включить в тематику практических занятий на профильных кафедрах) по здоровому образу жизни;
- с целью создания условий для проведения досуга студентов, необходимо расширить сеть спортивных секций, работающих в вечернее и утреннее время.

Госман Д.А., Бочко Е.Г.

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Ластков Д.О.

Цель исследования – проанализировать в динамике изменения характера питания и распространенности табакокурения у студентов.

Материал и методы. Проведено анкетирование 569 студентов 1-6 курсов. Анкеты включали вопросы о количестве выкуриваемых за день сигарет, о соответствии гигиеническим требованиям рациона и режима питания. 114 студентов 3-го и 6-го курсов выполнили работу по оценке адекватности индивидуального питания с определением среднесуточных энергозатрат общепринятым хронометражно-табличным методом.

Результаты. Численность курящих студентов на 1-м курсе составляет 51,2%, на 2-м – 64,8%, на 3-м – 67,1%, на 4-м – 67,9%, на 5-м – 69,8%, на 6-м – 70,6%. Если на первых курсах студенты объясняют курение трудностями адаптации к учебе в университете, то на старших – необходимостью снятия состояния хронического дистресса, обусловленного продолжающимся локальным военным конфликтом. При выявленной тенденции к росту числа курильщиков отмечается уменьшение количества выкуриваемых сигарет. Численность студентов с нормальными показателями рациона и режима питания составляют, соответственно: на 1-м курсе – 22,2% и 28,6%, на 2-м – 39,6% и 46,1%, на 3-м – 61,6% и 74,0%, на 4-м – 80,2% и 86,4%, на 5-м – 88,7% и 91,5%, на 6-м – 97,8% и 100%. В режиме питания наблюдались следующие типичные несоответствия: недостаточная кратность приемов пищи при увеличенной длительности интервала между первым и вторым приемом, нерациональное распределение калорийности рациона по приемам с тенденцией ее роста во второй половине суток, уменьшение времени, затрачиваемого на каждый прием пищи. Для рациона питания характерным был дисбаланс по энергоемкости и по содержанию основных нутриентов, у студентов младших курсов также отмечались нарушения по таким параметрам, как доброкачественность и разнообразие пищи. Типичным было пониженное потребление продуктов, содержащих витамины группы В, А, С и минеральные вещества (в первую очередь, Са и Р). Проведенный анализ свидетельствует, что для организации рационального питания студентов следует придерживаться следующих рекомендаций: – энергетическая ценность рациона студентов-мужчин должна находиться в пределах 2450-3300 ккал, женщин – 2000-2600 ккал; – для соблюдения оптимальной калорийной квоты необходимо увеличить содержание белков за счет снижения потребления углеводов и жиров (преимущественно животного происхождения); – с целью профилактики гиповитаминозов и гипомикроэлементозов следует включить в рацион продукты высокой биологической ценности (овощи, фрукты и соки), а в связи с перенапряжением зрительного анализатора – обеспечить организм достаточным количеством ретинола; – для физиологически рациональной работы пищеварительной системы необходимо принимать еду не реже 4 раз в сутки при постоянстве во времени приема; – оптимальное распределение суточной калорийности рациона: завтрак – около 25%, второй завтрак – 20%, обед – 35%, ужин – 20%.

Выводы. К окончанию университета у студентов нормализуется режим и оптимизируется (с учетом финансовых возможностей) рацион питания, что чрезвычайно важно, поскольку рациональное питание является частью здорового образа жизни. Дополнительных усилий требует работа по отказу студентов от такой вредной привычки, как табакокурение.

Жигулина О.О.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА УЧАЩИХСЯ НОВЫХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Научный руководитель – Машинистов В.В.

Научные проблемы влияния учебной деятельности на здоровье учащихся и обоснование учебно-воспитательной работы в настоящее время являются приоритетными для гигиены и образования. Учебные заведения нового типа характеризуются новыми педагогическими технологиями, интенсификацией обучения, преподаванием новых предметов, авторскими программами и пр., что преследует цель внедрения профилизации и индивидуализации в учебный процесс, которые являются основными направлениями преобразований в педагогике.

Цель: Диагностика эмоциональной сферы на донозологическом уровне, гигиеническое нормирование учебной нагрузки, управляемая двигательная активность и дыхательные упражнения могут являться основой диагностики первичных отклонений в функциональном состоянии, гигиенической рационализации учебной деятельности, психофизиологической оптимизации функционального состояния организма.

Материалы и методы. Эмоциональную реактивность изучали по предпочтениям цветовых и пространственных операций. Гигиеническое упорядочивание учебной нагрузки осуществлялось синхронизацией ее по бальной шкале учебных предметов с биоритмологическими особенностями работоспособности. Функциональное состояние оптимизировали физическими и дыхательными упражнениями.

Результаты: Установлено, что при «стихийной» организации учебной деятельности подростков – лицеистов на всех профилях обучения отмечалось стойкое снижение эмоциональной реактивности (ЭР) как в недельной так и в дневной динамике. После гигиенического упорядочивания учебного процесса и оптимизации функционального состояния физическими и дыхательными упражнениями отмечалось: повышение до рабочих

уровней ЭР во все дни недели, кроме четверга на техническом, физико-математическом и химико – биологическом профилях; к концу учебной недели на легких профилях (коммерческий, медицинский и гуманитарный) отмечалось повышение ЭР на 30-40 единиц ($p < 0,05$), повышение ЭР под влиянием дневной нагрузки, включая «трудные» профили во все дни недели (кроме понедельника на физико-математическом и химико-биологическом профилях).

Выводы: Следовательно, для новых форм обучения профилактические мероприятия являются важным звеном в охране здоровья, и что особенно важно – на стадии отклонений в функциональном состоянии организма, сигнализирующих о неблагоприятном воздействии на организм. Данные исследования позволят оптимизировать функциональное состояние организма учащихся в период обучения, обосновать гигиенические параметры новой педагогической технологии.

Ляшенко В.С.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ СТАРШЕКЛАСНИКОВ

Научный руководитель Козаков А.Г.

Неполноценное и несбалансированное питание наносит вред не только здоровью школьников, но и негативно отражается на всем образовательном процессе. Даже небольшие нарушения питания приводят к снижению вероятности оптимального развития и функциональных возможностей, что может проявиться в снижении социальной адаптации, обучаемости, спектру и срокам возникновения хронических заболеваний.

Цель исследования. Изучение особенностей питания учащихся старшего школьного возраста г. Макеевки.

Материалы и методы. В целях изучения питания школьников был проведен опрос старшекласников Макеевской общеобразовательной школы №93. Объем выборки составил 30 человек. Опрос проводился методом анкетирования.

Результаты. В результате анкетирования было выявлено: два раза в день принимают пищу 24% детей, три-четыре раза – 58%, четыре-пять раз в день – 18%. 24% анкетированных перед школой не завтракают, 41% употребляют на завтрак кашу и молочные продукты, 30% завтракают бутербродами, пиццей, пирожками и 12% употребляют булki и пирожные. Не берут завтрак из дома в школу 58% школьников, 30% берут бутерброд, пиццу, пирожок, 6% берут каши и молочные продукты, 6% – овощи и фрукты. Комплексными обедами в школьной столовой питаются 18%, бутербродами, пиццей и пирожками питаются 23%, шоколадными батончиками – 12%, не питаются в школьной столовой 53%. Регулярно употребляют в пищу свежие овощи 35% детей, 58% – редко, в основном в салатах, и 7% совершенно не употребляют. 6% обучающихся отказываются от вредных продуктов (чипсы, шоколадные батончики, газированные напитки), один раз в месяц злоупотребляют ими 42%, один раз в неделю – 42% и три раза в неделю – 10% детей. Интервал между основными приемами пищи у 53% анкетированных составляет три часа, у 47% четыре-пять часов. Между основными приемами пищи 24% ничем не перекусывают, 30% перекусывают булками и пирожками, 22% – фруктами, 12% – бутербродами, пиццей, пирожками, 12% – молочными продуктами. Во время приема пищи 42% употребляют воду, 58% – не употребляют. 35% анкетированных в течение суток выпивают 1,5 литра воды, 42% – 1 литр воды и 12% – 0,5 литра. 30% обучающихся ограничивают себя в приеме пищи с целью похудеть (только девочки), 70% – не ограничивают. 37% отдыхают после еды в течение пяти минут, 35% в течение двадцати минут, 28% в течение одного часа. Последний прием пищи осуществляется за три-четыре часа до сна у 23% опрошенных, за два часа у 47%, за один час у 18%, за тридцать минут до сна у 12%. Продолжительность ночного сна составляет пять-шесть часов у 12% анкетированных и семь-восемь часов у 88%.

Выводы. Анализ опроса школьников старших классов позволил выявить ряд серьезных проблем в процессе формирования рационов данных групп населения. Выявлены несбалансированность нутриентного состава, нарушение режима питания. Особую тревогу вызывает то, что большинство респондентов не имеют ни мотивации, ни необходимых знаний для проведения мероприятий по коррекции своего питания. По результатам работы подготовлена лекция.

Паращук В.В.

ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ АБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Ластков Д.О.

Цель исследования – провести сравнительный гигиенический анализ эффективности существующих методов профилактики заболеваний у детей школьного возраста.

Материал и методы. Проанализировано более 300 источников научной и педагогической литературы, посвященных вопросам изучения условий и организации обучения в общеобразовательной школе, комплексной оценке состояния индивидуального здоровья детей и подростков.

Результаты. Сопоставительный анализ существующих методов позволяет говорить о неполном их соответствии гигиеническим требованиям. В частности, наблюдается рост заболеваемости опорно-двигательного аппарата и зрительного анализатора у школьников вследствие гиподинамии и длительного вынужденного положения тела. Для решения проблемы, на наш взгляд, наиболее эффективна методика

профессора Базарного, основанная на 2-х опорных пунктах. Первый заключается в том, что организация учебного процесса способствует профилактике гиподинамии. Для этого в качестве мебели используется регулируемая конторка, которая совмещена с обычной партой учащегося. Такой гибрид позволяет ученикам в процессе обучения меняться по очереди за партой и за конторкой. В течение всего занятия ученики несколько раз меняются местами – вначале по команде учителя, а после наработки привычки делают это сами. Учебные материалы и пособия в учебных классах также расположены таким образом, чтобы при работе с ними ученики могли по максимуму задействовать опорно-двигательный аппарат и вспомогательный аппарат глаз. Плакаты расположены на стенах так, чтобы каждый следующий плакат из темы занятия был на противоположной стене аудитории. Также используется групповая гимнастика, в ходе которой ученики в игровой манере совершают перемещения по определенной траектории, описывая геометрические фигуры, но делают это, глядя на потолок, на котором и изображены данные фигуры. Второй опорный пункт в методике проведения занятий есть раздельно-параллельное обучение мальчиков и девочек. На базе экспериментальной школы наряду с обычными классами были созданы экспериментальные с раздельным обучением мальчиков и девочек. Во время самого урока они не контактировали, а во время перерывов могли свободно общаться. Результаты по возрастным группам таковы, что в среднем успеваемость по группам до 11-12 лет практически не отличались друг от друга, а в группах от 12 лет и до выпускных классов этот уровень рос стремительно в классах с раздельно параллельным обучением и опережал смешанные классы в среднем на 35-45%.

Выводы. Проведенный анализ свидетельствует, что наиболее перспективной и доступной для применения представляется данная методика. Она позволяет решить проблему двух самых частых патологий у школьников. Также в результате ее применения значительно улучшается успеваемость учеников.

Степанова С.Е., Паращук В.В.

ОЦЕНКА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Ластков Д.О.

Цель исследования – проанализировать информативность различных показателей функционального состояния организма для оценки биологической ценности питьевой воды.

Материал и методы. В эксперименте принимали участие 27 практически здоровых студентов 6-го курса из экологически неблагоприятных городов Донбасса, в т.ч. 7 лиц мужского пола. Перед началом эксперимента путем анкетирования было выявлено, что все испытуемые использовали в питьевых целях и для приготовления пищи преимущественно или только водопроводную воду. В течение месяца испытуемые в том же объеме, что и ранее, употребляли природную фасованную воду «А-я» (рН=7,61; минерализация=300 мг/л; окислительно-восстановительный потенциал=190 мв) либо очищенную (свежеталую) воду, приготовленную из водопроводной методом «вымораживания» (рН=6,91; минерализация=190 мг/л; окислительно-восстановительный потенциал=149 мв). До начала эксперимента и по его окончании у испытуемых определяли показатели межфазной тензиометрии сыворотки, а также стандартные показатели иммунограммы и клинического анализа крови. Ежедневно изучались психофизиологические показатели (корректирующая проба, опросник САИ и др.).

Результаты. Через месяц питья природной фасованной воды у 67% испытуемых увеличились показатели содержания лимфоцитов и субпопуляции CD3 – Т-лимфоцитов. Содержание CD4 (T help.) выросло у 2/3; CD8 (T supr.) – уменьшилось у 55% студентов. Соответственно, их соотношение (ИПИ), определяющее силу иммунного ответа, достоверно ($p < 0,05$) повысилось у 67% испытуемых. В 55% случаев увеличилось содержание субпопуляции CD22 (В-лимфоцитов), снизилось – CD16 (NK). Изменения фагоцитарного индекса носили разнонаправленный характер, фагоцитарное число выросло у 89% студентов. Концентрация IgA, IgM, IgG повысилась, соответственно, в 67%, 67% и 78% случаев. Учитывая возможное влияние сезонных колебаний количества и функциональной активности Т- и В-лимфоцитов, у 44% испытуемых изучены те же показатели через месяц после возвращения к прежнему питьевому режиму. Выявлена противоположная рассмотренной ранее направленность сдвигов в отношении лимфоцитов, CD4, CD8, ИПИ, CD16, IgA, IgM, IgG – в 75-100% случаев. Потребление природной фасованной воды привело к улучшению гематологических показателей. У 78% испытуемых достоверно ($p < 0,05$) повысились показатели точности и умственной работоспособности, у 67% улучшились показатели ЗМР. У всех студентов достоверно выросли показатели мышечной выносливости (у 44%, $p < 0,01$) и импульса мышечной силы (у 56%, $p < 0,01$). В 44% случаев наблюдались нормализация параметров систолического и диастолического артериального давления. Улучшение памяти показали 67% студентов. У 2/3 испытуемых отмечено улучшение самочувствия и повышение активности, у 78% – настроения. Поверхностное натяжение сыворотки крови после изменения питьевого режима выросло у 78% испытуемых, что свидетельствует о высокой биологической ценности исследуемой питьевой воды. Аналогичные, хотя и менее выраженные, сдвиги в функциональном состоянии организма наблюдались при употреблении свежеталой воды.

Выводы. У студентов Донбасса наблюдается вторичный иммунодефицит, который, по-видимому, обусловлен экологической ситуацией в регионе. Потребление в течение месяца природной фасованной или свежеталой воды приводит к оптимизации показателей межфазной тензиометрии сыворотки крови и функционального состояния организма, что, в частности, проявляется достоверным улучшением показателей адаптивного иммунитета – как клеточного, так и гуморального, повышением работоспособности, нормализацией самочувствия и артериального давления.

Д.В.Чуркин, М.А.Роцупкин, Д.О.Ластков

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТИЧЕСКОГО РАЦИОНА ПИТАНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВОЕННО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ.

Войсковая часть 2001 ВВ МВД ДНР

Кафедра гигиены и экологии

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. д.мед.н. Ластков Д.О.

Цель. Провести комплексную гигиеническую оценку влияния фактического рациона питания на показатели физической подготовки и заболеваемости военнослужащих с предшествующим опытом шахтерского труда, разработать мероприятия по коррекции пищевого статуса и повышению военно-профессиональной работоспособности.

Материалы и методы. В группе из 64 военнослужащих в/ч 2001 ВВ МВД ДНР, имеющих средний стаж подземного труда 8,9 лет, провели оценку нормативов физической подготовки, отражающих силу, скорость, ловкость и выносливость. Также выполнили анализ первичной обращаемости за медицинской помощью данной группы военнослужащих, оценили затраты на лечение исследуемой группы в IV квартале 2015 года. Оценили фактическое питание исследуемой группы при котловом довольствии, выполнили гигиеническую оценку индивидуального рациона питания (используется вне места постоянной дислокации подразделения).

Результаты. Установлено, что у военнослужащих исследуемой группы достоверно снижена физическая выносливость, что связано с предшествующим профессиональным маршрутом. Первичная обращаемость за медицинской помощью в исследуемой группе достоверно выше, чем в целом по в/ч 2001. Рост первичной обращаемости обусловлен повышением частоты осложненных форм ОРВИ в исследуемой группе. Также отмечено удлинение сроков заболевания в исследуемой группе. Установлена несбалансированность фактического рациона котлового довольствия по обеспеченности витаминами и микронутриентами, несбалансированность индивидуального рациона питания по калорийности с учетом сезона года и специфики выполняемых служебно-боевых задач.

Выводы. Питание является важным фактором, обеспечивающим адаптацию военнослужащих к требованиям служебно-боевой деятельности. В случае наличия предшествующего стажа подземного труда военнослужащие подлежат углубленному медицинскому обследованию перед поступлением на службу. Также данная категория военнослужащих должна обеспечиваться специальными добавками к рациону котлового довольствия, которые будут обеспечивать необходимый баланс витаминов и микронутриентов. Такими добавками могут быть биологически активные добавки на основе спирулины, содержащие дополнительно в своем составе аскорбиновую кислоту и селен. При выполнении служебно-боевых задач вне места постоянной дислокации подразделения в индивидуальный рацион питания данного контингента военнослужащих с целью повышения калорийной квоты жиров необходимо добавить тугоплавкие животные жиры (соленый свиной шпик), а также увеличить количество легкоусваиваемых углеводов (мед).

Донецкий национальный медицинский университет г. Донецк, ДНР Кафедра организации высшего образования, организации здравоохранения и эпидемиологии Зав. – доцент Е.И. Беседина

Баслова И.И., Остренко ВВ., Петренко И.С.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Научный руководитель – доцент В.А. Мельник

Цель исследования – изучить закономерности эпидемического процесса энтеровирусной инфекции на примере Центрально-Городского района г. Макеевки.

Материал и методы исследования. Проведенный ретроспективный анализ распространенности энтеровирусной инфекции в Центрально-Городском районе г. Макеевка за 2012-2015 гг.

Результаты исследований. Проведенный ретроспективный анализ распространенности энтеровирусной инфекции показал, что за последние 4 года наблюдается отчетливый рост заболеваемости энтеровирусной инфекцией среди детского и взрослого населения района.

Циркуляция энтеровирусов в популяции в 2015 году составила 4,4%, что на 0,8% больше, чем в прошлом 2014 году и это свидетельствует о значительной активизации возбудителей.

В типовом пейзаже преобладают энтеровирусы группы Коксаки В – 33,3%. Удельный вес энтеровирусов, выделенных из сточных вод и из закрытых водоемов, составил 11 и 3,7%.

Выводы. Учитывая вышесказанное можно заключить: наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости энтеровирусными инфекциями среди населения Центрально-Городского района г. Макеевки и

росту циркуляции энтеровирусов в окружающей среде, преимущественно за счет вирусов группы Коксаки В. Для снижения заболеваемости энтеровирусной инфекцией рекомендуется улучшить гарантированное водоснабжение и проводить разъяснительную работу среди населения района.

Берникова М.Г., Проснякова С.В., Баслова И.И.

О РОЛИ САНИТАРНОПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ЭПИДНАДЗОРА ЗА ДИРОФИЛЯРИОЗОМ

Научный руководитель – доцент Е.И. Беседина

Среди гельминтозов, которые регистрируются в Украине, дирофиляриоз не занимает лидирующего места, однако в последние годы выявлена стойкая тенденция увеличения численности инфицированных дирофиляриями собак, кошек и, к сожалению, людей.

Цель исследования – изучить закономерности эпидемического процесса дирофиляриоза на примере г. Макеевки.

Материал и методы исследования. Проведенный ретроспективный анализ распространенности дирофиляриоза в г. Макеевке за 1986-2015 гг.

Результаты и обсуждение. Согласно письма облСЭС от 21.05.2010 г №3840/06 дирофиляриоз среди людей в Донецкой области начал регистрироваться sporadично с 1986 г. Всего за период 1986-2015 гг. было зарегистрировано 72 случая в 17 регионах Донецкого региона.

Проведенный анализ эпидкарт показал, что 60 случаев (83,3%) были зарегистрированы в городе, а 12 (16,7%) – в сельской местности. Все больные обратились за медицинской помощью с жалобами на: зуд, передвижение паразита под кожей, отек, покраснение кожи, боль, появление опухоли. При этом было госпитализировано и прооперировано в стационаре – 34 (47%) больных, 38 (53%) – пролечено амбулаторно.

Гельминты были выделены: голова – 42 сл. (58,3%), живот, руки по 7 случаев (9,7%), бедро, молочные железы, пах по 2 случая (2,8%), грудная клетка, подключица по 3 случая (4,2%), плечо – 4 сл. 5,5%).

Как показывает статистика по Донецкому региону данный паразитоз не делает предпочтений ни по возрасту, ни по месту жительства, ни по роду занятий. Источником заболевания и переносчик присутствуют повсеместно и ситуация имеет тенденции к усугублению. Единственным методом влияния на ситуацию с дирофиляриозом является поддержание высокого уровня знаний по данному вопросу у специалистов лечебно-профилактических учреждений и адекватная информированность населения. Жители города должны знать, что в городе есть собаки и кошки, которые являются резервуаром микрофилярий и, как правило, неважно животное домашнее или бродячее. В городе имеется переносчик заболевания – комар.

Существует возможность уменьшить вероятность заражения дирофиляриозом – защитить свое жилище от комаров, применять средства личной защиты от комаров – особенно в вечернее время. И самое главное – на данном этапе нет возможности избавиться от паразита иным способом, кроме хирургического, а значит не стоит в случае подозрения на дирофиляриоз откладывать визит к врачу. Специфическим признаком дирофиляриоза является ощущение шевеления и ползания живого «червя» внутри уплотнения, опухоли или подкожного узла. У многих больных инвазия имеет рецидивирующее течение с фазами затихания и обострения процесса. При несвоевременном удалении гельминта возникают осложнения в виде абсцесса или фурункула с гельминтом внутри

Выводы. 1. Отсутствие осведомленности населения о дирофиляриозе, растущее из года в год количество бродячих животных, зараженность комаров этим гельминтом не дают оснований для оптимистических прогнозов в плане снижения заболеваемости дирофиляриозом.

2. Sporadический характер заболевания, неспецифичность клинической симптоматики и трудность диагностики диктуют необходимость более детального ознакомления врачей разного профиля с этой патологией.

Бублик Я.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Заведующая кафедрой и научный руководитель – доц. Е.И. Беседина

Актуальность. По мере роста объема человеческих знаний растет потребность в углублении и концентрации этого значения и ускорении его оборота. Фактически каждая из наук занимается решением этих проблем. Современную медицину невозможно представить себе без использования точных и надежных методов анализа и прогнозирования. Статистика предлагает медицине целую систему статистических методов и обеспечивает её результатами анализов количественных закономерностей. Эту информацию можно считать наиболее ценной, поскольку именно она позволяет исследователю решать задачи прогноза, управления и оптимизации результата.

Цель исследования: изучить сущность и значимость статистических методов, используемых в здравоохранении.

Материалы и методы. Анализ отечественной и зарубежной научной литературы, связанной с использованием статистических методов в здравоохранении.

Результаты и обсуждение. Существует несколько статистических методов оценки медицинских показателей. Одним из первых этапов статистического анализа является определение объекта исследования, чаще всего выборочной совокупности. Одним из методов проведения исследования является случай – контроль – чаще всего ретроспективное исследование, в котором по архивным данным или опросу его участников формируют группы с определенным заболеванием и без него, а затем оценивают частоту воздействия предполагаемого фактора или причины заболевания. Такие исследования чаще выдвигают научные гипотезы, а не проверяют их. Кагорный метод – исследование, в котором выделенная группа участников наблюдается в течении определенного времени. Сначала выделяют когорту, а затем осуществляют наблюдение и сбор данных у членов данной группы. Такие исследования выдвигают и подтверждают гипотезы, они являются наиболее информативными и значимыми из всех исследований. Золотым стандартом в здравоохранении при отборе пациентов в группу является способ рандомизации. Рандомизация, или случайный отбор, используется для создания простых случайных выборок. При этом основываются на предположении, что каждый член популяции с равной вероятностью может попасть в выборку.

Для того, чтобы найти ответы в литературе на определенные часто довольно узкие клинические вопросы, проводят систематические обзоры – научные исследования с заранее спланированными методами, где объектом изучения служат результаты ряда исследований. Разновидностью систематического обзора является мета – анализ, в котором для объединения и обобщения результатов нескольких исследований применяются статистические методы.

Выводы. В клинической медицине статистика служит одним из основных средств, необходимых для получения научно обоснованных выводов, на основании которых можно прогнозировать и оптимизировать результат деятельности и принимать грамотное управленческое решение.

Бублик Я.В.

ОРГАНИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Заведующая кафедрой и научный руководитель – доц. Е.И. Беседина

Актуальность. Экономика здравоохранения изучает и разрабатывает новые формы и методы управления здравоохранением, что позволяет наиболее эффективно использовать материальные, кадровые, финансовые и другие ресурсы в отрасли, поэтому экономические знания так необходимы для руководителей организаций здравоохранения.

Цель работы: Практический врач должен разбираться в вопросах финансирования государственной, страховой и частной медицины. Врач должен уметь рассчитывать стоимость медицинских услуг, составить калькуляцию доходов и расходов учреждения (независимо от формы собственности) и уметь распорядиться своей прибылью. Он должен знать и придерживаться стандартов качества медицинской помощи, уметь оценить экономическую эффективность своей деятельности, а также применяемые в различных странах формы оплаты труда медицинских работников, их преимущества и недостатки.

Результаты исследования. Теперь стало очевидным, что каждый врач должен рассматривать свою работу не только с профессиональной, но и с экономической точки зрения. Однако такая позиция долгое время была неприемлемой. Считалось, что проблемы охраны здоровья населения являются объектом исследования лишь медико-биологических и социальных наук. Однако со временем повысился интерес к вопросам охраны и укрепления здоровья граждан, которые изолированно не могли уже решать ни медицинские, ни социальные науки. Здоровье соответственно не имеет рыночной цены, хотя и обладает высшей ценностью для общества и индивидуума. Вместе с тем на поддержание, укрепление, восстановление здоровья приходится затрачивать материальные и другие ресурсы. Здоровье, таким образом, обладает стоимостью, что позволяет рассматривать его в опосредованной форме как категорию экономическую.

Поэтому, говоря, что здоровье стоит дорого, имеют в виду опять-таки затратную сторону, т.е. большие расходы, связанные с сохранением и восстановлением утраченного здоровья. Связь здоровья с экономикой и социальной стороной жизни людей проявляется и в том, что уровень здоровья как медико- демографическая и социальная категория представляет важную составную часть социально-экономического понятия «уровень жизни населения». Состояние здоровья людей существенно зависит от того, как живут люди, какие блага они потребляют, каков их уровень жизни. В то же время образ и качество жизни людей отражают и состояние их здоровья – чем лучше здоровье, тем выше качество жизни, и наоборот.

Выводы. С учетом сказанного закономерно встают такие проблемы, как: стоимостная оценка здоровья как важнейшей составляющей национального богатства и фактора экономического роста государства; цена отдельной медицинской услуги и стоимость видов медицинской помощи в целом; оценка ресурсного потенциала здравоохранения и поиск новых источников его формирования; эффективность функционирования отрасли здравоохранения и развития экономических отношений в условиях перехода к рынку.

Даже этот весьма краткий перечень экономических проблем здравоохранения подтверждает, что ни одна из сформировавшихся наук не в состоянии исследовать их в полном объеме. Нужна «стыковка» самых разных областей знаний и создание на их основе по сути новой научной дисциплины – экономики здравоохранения. Это наука призвана изучать экономические проблемы здравоохранения в тесной связи с медико-биологическими и социальными аспектами.

Бублик Я.В.

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ СОВРЕМЕННЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ НАУК

Заведующая кафедрой и научный руководитель – доц. Е.И. Беседина

Актуальность. В здравоохранении, как и в любой другой области знаний, могут быть выделены профессиональный и экономический аспекты деятельности. Профессиональный аспект составляет чисто медицинскую сторону деятельности. Экономический – предполагает изучение хозяйственных процессов в медицинской деятельности.

Цель: Анализировать социально-экономические отношения, которые дают возможность выявить специфические, особенные черты хозяйственной деятельности организаций здравоохранения, которые функционируют в различных условиях и в различных организационно-правовых формах (государственные, муниципальные, частные и др.).

Материалы и методы. Анализ организационно-экономических отношений профилактических и лечебно-диагностических процессов и отражающий общие черты, присущие всем типам медицинских учреждений (стационары, поликлиники, диагностические центры и т.п.).

Результаты. Экономические отношения могут рассматриваться на четырех уровнях. Мировой уровень, на этом уровне формируются межнациональные экономические отношения систем здравоохранения различных государств с интеграцией их в мировую экономику. Координатором этих процессов выступает Всемирная организация здравоохранения. Здесь решаются следующие задачи: разработка, экономическое обоснование и финансирование целевых программ по профилактике и борьбе с важнейшими инфекционными и неинфекционными заболеваниями; координация и интеграция в разработке современных медицинских технологий, производстве лекарственных средств и медицинской техники. **Федеральный уровень** взаимодействует с системой здравоохранения и другими отраслями народного хозяйства. На этом уровне отношения складываются в рамках национальной экономики прежде всего в тех отраслях, которые непосредственно связаны со здравоохранением. Региональный уровень определяет экономические отношения внутри самой системы здравоохранения. На этом уровне разрабатываются и решаются следующие задачи: определение доли расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете; разработка и экономическое обоснование территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи; экономическое обоснование потребности населения в различных видах медицинской помощи и перспектив развития сети организаций здравоохранения с учетом демографических особенностей, структуры и уровня заболеваемости населения; формирование норматива финансирования системы здравоохранения и др. Учрежденческий уровень охватывает деятельность каждого отдельного лечебно-профилактического учреждения, его структурных подразделений. На этом уровне реализуются следующие задачи: анализ экономической эффективности использования ресурсов в отдельной организации здравоохранения; ведение бухгалтерского, налогового и статистического учета; реализация системы муниципальных, государственных заказов и договоров на оказание населению бесплатной медицинской помощи; привлечение дополнительных (внебюджетных) средств для финансирования организаций здравоохранения; формирование бюджета организаций здравоохранения.

Выводы. Экономика здравоохранения – это отраслевая экономическая наука, которая исследует действие объективных экономических законов, а также различных условий и факторов, влияющих на уровень удовлетворения потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья. В действительности задачи этих четырех уровней тесно взаимосвязаны и решаются, как правило, комплексно.

Горохова А.А., Рогова О.Р.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Научный руководитель – доц. Е.И. Беседина

Цель исследования – изучить закономерности эпидемического процесса вирусного гепатита А на примере г. Макеевки.

Материал и методы исследования. Проведенный ретроспективный анализ распространенности вирусного гепатита А в г. Макеевке за 1997-2015 гг.

Результаты исследований. Проведенный ретроспективный анализ распространенности вирусного гепатита А показал, что в текущем году показатель заболеваемости вирусным гепатитом А в городе Макеевка составил 14,7 на 100 тыс. населения, что на 59,8% ниже, чем в предыдущем году, но превышает средний показатель по ДНР, улучшается состояние лабораторной диагностики вирусного гепатита А – по сравнению с 2014 годом иммунологическое подтверждение этой нозологической формы увеличилось почти в 2 раза. Наиболее поражаемыми группами по вирусному гепатиту А остаются дети школьного возраста (показатель заболеваемости 16,1 на 100 тысяч населения), подростки и взрослое население (21,4 и 24,3, соответственно).

Выводы. Учитывая вышесказанное можно заключить: как и в целом по ДНР, в г. Макеевке имеет место снижение заболеваемости вирусным гепатитом А, что можно расценить, как затишье перед очередным подъемом заболеваемости среди не проэпидемиченных детей, не имеющих достаточного иммунитета против вирусного гепатита А. Это происходит за счет снижения циркуляции вируса гепатита А в популяции. В данном

случае рациональным было бы введение плановой иммунопрофилактики вирусного гепатита А в разрабатываемый в ДНР календарь профилактических прививок.

Доценко Е.К., Каленчук Н.Л., Петренко Л.Е., Омесь О.В.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ, САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ И ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ДОНЕЦКА В 2015 г.

Научный руководитель – доц. В.А. Мельник

Цель исследования – изучить закономерности эпидемического процесса острыми кишечными инфекциями, сальмонеллезом и вирусным гепатитом А на примере г. Донецка.

Материалы и методы: проведенный ретроспективный анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ), сальмонеллезом и вирусным гепатитом А (ВГА) по материалам отчёта Донецкой Республиканской СЭС за 2015 г.

Результаты исследований. Эпидемическая ситуация в г. Донецке в 2015 г. была стабильной и сохраняла контролируемый характер. Было зарегистрировано 86078 случаев инфекционных заболеваний (с учетом гриппа и ОРВИ), что на 11,5 % меньше чем за 2014 г. Отмечается снижение заболеваемости сальмонеллезом, вирусными гепатитами, в том числе ВГА, менингококковой инфекцией, краснухой, ОРВИ, гриппом.

В структуре инфекционной заболеваемости первое место занимают ОРВИ и грипп – 96,5%, на втором месте ОКИ (в т.ч. сальмонеллез) – 2,2 %, капельная группа инфекций (без ОРВИ и гриппа) составляет 1,1 %, педикулез и туберкулез органов дыхания по 0,5 % соответственно. Актуальными инфекциями, по-прежнему, остаются ОКИ, уровень заболеваемости которыми за 12 месяцев 2015 года вырос на 27,9 % (показатель заболеваемости суммой ОКИ в 2015 году составил 216,22 – 1763 случая; в 2014г. – 1634 случая, показатель – 168,95). Наибольший удельный вес занимают гастро-энтероколиты (ГЭКи) установленной этиологии – 64,8 %, ГЭКи не установленной этиологии – 35,1 %, острая дизентерия – 0,2 %. Уровень заболеваемости ГЭКи установленной этиологии (140,06) снижен на 11,2 % по сравнению с предыдущим годом, но превышает среднереспубликанский уровень на 53,6 %. Заболеваемость ГЭКи не установленной этиологии (75,79) выше аналогичного периода прошлого года в 6,8 раз и превышает среднереспубликанский на 96,4 %. За 12 месяцев 2015 г. зарегистрировано 3 случая острой дизентерии, 2 случая в Куйбышевском и 1 случай в Кировском районах (за аналогичный период 2014 г. случаев не было). Уровень заболеваемости (показатель – 0,37) ниже среднереспубликанского уровня (1,22) на 69,96 %. Все случаи бакподтвержденные. Из них 66,7 % представлены шигеллезом Флекснера (серовар 2b). В 33,3 % случаев – шигеллез Зоне 1а.

В течение 2015 г. от больных ОКИ преимущественно выделялись: золотистый стафилококк (30,47 %), протей (13,4 %), эшерихия коли (8,93 %), синегнойная палочка (8,93 %). Аналогичная микрофлора выделена в отклонениях пищевых продуктов (энтеробактер – 65,26 %, золотистый стафилококк – 10,53 %, эшерихия коли – 9,47 %, синегнойная палочка – 1,58 %, протей – 0,5 %). Заболеваемость ОКИ за отчетный период формировалась в 87,4% случаев за счет реализации пищевого пути передачи. Ведущими факторами передачи были: овощи, фрукты, ягоды (13,72%), колбасные изделия (9,31 %), творожные изделия (8,50 %), преимущественно приобретенные в торговой сети (48,89 %), кисломолочные изделия – 8,43 % (из торговой сети – 53,73 %), молоко (6,80 %), яйца без достаточной термической обработки (4,09 %), домашняя кулинария с нарушением технологии приготовления и условий хранения – 12,78 %.

Выводы: В 2015 г. на территории г. Донецка отмечается снижение заболеваемости ОКИ, сальмонеллезами и ВГА среди детского и взрослого населения за счет организации более действенного эпиднадзора за этими инфекциями и рационального назначения противоэпидемических и профилактических мероприятий против них.

Доценко Е.К., Петренко Л.Е., Омесь О.В., Антипова Е.В.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЗООТИЧЕСКОЙ И ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО БЕШЕНСТВУ НА ТЕРРИТОРИИ Г. ДОНЕЦКА В 2015 г.

Научный руководитель – доц. В.А. Мельник

Цель исследования – изучить закономерности эпидемического и эпизоотического процесса бешенства на примере г. Донецка.

Материалы и методы: проведенный ретроспективный анализ заболеваемости рабической инфекцией (бешенством) животных по материалам отчётов Донецкой Республиканской СЭС за 2015 гг.

Результаты и обсуждение. За 12 месяцев 2015 г. в г. Донецке ситуация по зооантропонозным инфекциям регистрируется как нестабильная. С июля 2015 г. в г. Донецке отмечается ухудшение эпизоотологического фона по бешенству.

В 2015 году по г. Донецку выявлено 5 очагов лабораторно подтвержденного бешенства у животных: 4 случая у кошек, в т.ч. одной бродячей (с. Луганское – 2 случая, по 1 случаю в пгт. Еленовка и в Ленинском районе); 1 случай у домашней собаки (Пролетарский район).

В 2015 году в ЛПУ города г. Донецку за антирабической помощью по поводу укусов животных обратилось 1556 пострадавших (показатель 190,8), в сравнении с аналогичным периодом 2014 года отмечается рост на 35,4 %.

Процент пострадавших от укусов неизвестными животными в 2015 г. составил 14 %. Лечение получили 267 пострадавших от укусов животных, что составляет 17,2 % от числа обратившихся за антирабической помощью. Прекратили самовольно лечение 19 человек.

Заболевания бешенством человека в 2015 г. в г. Донецке не было зарегистрировано.

Показатель обращаемости за антирабической помощью в 2015 г. зарегистрирован на уровне выше среднегогородского в Буденовском районе (200,3), Киевском (297,5), Кировском (206,35), Куйбышевском (206,35), Пролетарском (213,51) г. Донецка. А в Петровском районе г. Донецка этот показатель оказался выше в 2 раза выше среднегогородского.

Выводы: В 2015 г. в г. Донецке ситуация по зооантропонозным инфекциям регистрировалась как нестабильная. При этом, с июля 2015 г. в г. Донецке отмечается ухудшение эпизоотологического фона по бешенству.

Самый высокий показатель обращаемости за антирабической помощью в 2015 г. был зарегистрирован в Пролетарском районе г. Донецка.

Заболевания бешенством человека в 2015 г. в г. Донецке не было зарегистрировано.

Доценко Е.К.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (ОКИ) НАСЕЛЕНИЯ КИРОВСКОГО РАЙОНА Г. ДОНЕЦКА

Научный руководитель – доц. В.А. Мельник

Рассматривая структуру заболеваемости среди детского населения, определяется четкая зависимость между возрастом детей и этиологической структурой ОКИ. У детей первого года жизни значительное место занимают эшерихиозы, сальмонеллезы, ротавирусная инфекция, а так же кишечные инфекции, вызванные условно – патогенной флорой. Дизентерия и иерсиниоз наиболее широко распространены у детей старшего возраста. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению удельного веса смешанных форм ОКИ: вирусно-бактериальных и бактериальных. Смешанные ОКИ могут развиваться как в результате одновременного, так и последовательного инфицирования.

Цель исследования – изучить закономерности эпидемического процесса острыми кишечными инфекциями на примере Кировского района г. Донецка.

Материалы и методы: проведенный ретроспективный анализ заболеваемости ОКИ населения Кировского района г. Донецка по материалам отчетов Кировской районной СЭС и Донецкой Республиканской СЭС за 2012-2015 гг.

Результаты исследований. Всего за 2015 год зарегистрирован 431 случай ОКИ (показатель 272,7 на 100 тыс. населения), т.е. отмечен рост заболеваемости ОКИ на 16,3% по сравнению с 2014 г. Средний показатель по городу – 235,8 на 100 тыс. населения (снижение на 4,0%). Таким образом, показатель заболеваемости ОКИ по району выше, чем средний показатель по городу – 13,5%.

Наибольший удельный вес заболевших составили дети 0-2 лет – 49,6%, наиболее часто употребляющие молочно – кислую продукцию и творожные изделия, что подтверждено большим количеством бактериологических отклонений по данным видам питания. Однако, наибольший рост заболеваемости в сравнении с 2014 годом в возрастной категории 3 – 6 лет – 26,4%, и в 7 – 14 лет – на 48,7%.

Из общего числа, гастро – энтероколиты (ГЭКи) установленной этиологии за 2014 г. составили 397 случаев (показатель 251,2 на 100 тыс. населения), а в 2015 году составили 307 случаев (показатель 195,0 на 100 тыс. населения), т. е. отмечен рост на 28,8%. Однако, по сравнению с 2014 годом, регистрируется рост на 45,4%: (274 случая в 2015 г. – показатель 172,7 на 100 тыс. населения).

Наибольший удельный вес заболевших ОКИ составили дети до 2-х лет – 49,6%, наиболее часто употребляющие молочно – кислую продукцию и творожные изделия, что подтверждено и большим количеством бактериологических отклонений по данным видам питания. Однако, наибольший рост заболеваемости в сравнении с 2014 г. был отмечен в возрастной категории от 3 до 6 лет – 26,4%, и от 7 до 14 лет – 48,7%.

Выводы: В районе отмечается рост заболеваемости ОКИ на 16,3% по сравнению с 2014 г., показатели заболеваемости выше средних показателей по городу на 13,5%.

Удельный вес детей до 18 лет составил в 2015 – 74,9%, 2014 – 71,8%, в 2013 – 73,2%, в 2012 – 70,2%.

Наибольший удельный вес заболевших ОКИ составили дети 0 – 2 лет 49,6%.

Отмечено снижение заболеваемости среди организованного детства – на 14,5%, рост среди школьников – на 18,0%, а также среди организованных детей – на 16,7%.

Дубровина Д.О., Кобцева Е.Н.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Научный руководитель – доц. Е.И. Беседина

Цель исследования – изучить закономерности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на примере Донецкой Народной Республики.

Материал и методы исследования. Проведенный ретроспективный анализ распространенности ВИЧ-инфекции в Донецкой Народной Республике за 2000-2015 гг.

Результаты исследований. Проведенный ретроспективный анализ распространенности ВИЧ-инфекции показал, что за последние 15 лет наблюдается отчетливый рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией/СПИДом среди населения области. Так на 01.01.2013 г. в Донецкой области было официально зарегистрировано 3758 случаев ВИЧ-инфекции, а диагноз СПИД установлен в 386 случаях. Настораживает, что среди ВИЧ-инфицированных преобладают молодые люди в возрасте 15-29 лет – 62%. Одним из неблагоприятных следствий эпидемии ВИЧ/СПИД в области является выход ВИЧ-инфекции из круга инъекционных потребителей наркотиков в общую популяцию населения, о чем свидетельствует тенденция к увеличению полового пути передачи ВИЧ (13% в 2014 году). К сожалению, по объективным причинам мы располагаем не полными данными за некоторые месяцы 2014 и 2015 гг. в целом по Донецкой области. По данным первого квартала 2014 года количество новых случаев ВИЧ выросло на 6 процентов по сравнению с первым кварталом 2013 года. К концу 2014 года эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в регионе значительно ухудшилась.

Начиная с 2008 года, жители региона чаще всего инфицируются через незащищенный секс. Если в 2005 году через сексуальные контакты инфицировались 33 процента людей, у которых была обнаружена ВИЧ-инфекция, то в 2012 году этот процент вырос до 51. Впервые больше половины новых случаев передачи ВИЧ-инфекции произошло через незащищенный секс. В 2014 году этот показатель составил 57 процентов. Большинство случаев инфицирования ВИЧ в регионе сегодня регистрируются у молодых людей от 15 до 30 лет. Каждый год количество ВИЧ-позитивных людей в регионе росло, но с 2005 года прирост новых случаев ВИЧ (ускорение эпидемии) ежегодно уменьшается: в 2005 году по сравнению с 2004 годом – плюс 15,6 процента, а в 2011 году по сравнению с 2010 годом – плюс 3,4 процента. В 2012 году впервые в истории региона эпидемия ВИЧ/СПИДа замедлилась – по нашим данным в 2012 году темпы распространения ВИЧ-инфекции (количество новых случаев ВИЧ) оказались ниже, чем в 2011 году. Это стало результатом проводимых национальных программ по работе с уязвимыми группами и масштабных информационных кампаний по профилактике ВИЧ/СПИДа. В 2013-2014 годах из-за сокращения программ по борьбе со СПИДом темпы эпидемии в регионе снова начали расти.

Выводы. Учитывая вышесказанное можно заключить: наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости ВИЧ-инфекцией/СПИДом среди молодежи Донецкой Народной Республики, инфекция передается преимущественно половым путем. Это требует увеличения качества санитарно-профилактической работы среди молодежи путем разъяснения им путей передачи и мер борьбы с этой инфекцией. Особое внимание в этой работе надо уделять пропаганде отказа от употребления инъекционных наркотиков и нормализации сексуального поведения. Особо остро проблема с распространением ВИЧ-инфекции среди молодежи региона стала с началом проведения АТО, что связано с ростом миграционных процессов, недостаточным финансированием программ по борьбе со СПИДом и другими социальными причинами.

Кобцева Е.Н., Дубровина Д.О.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ДИФТЕРИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Научный руководитель – доц. В.А. Мельник

Цель исследования – изучить закономерности эпидемического процесса дифтерийной инфекции на примере г. Макеевки.

Материал и методы исследования. Проведенный ретроспективный анализ распространенности дифтерийной инфекцией в г. Макеевке за 1997-2015 гг.

Результаты исследований. Проведенный ретроспективный анализ распространенности дифтерийной инфекции и результатов проведения плановой иммунопрофилактики против нее показал, что за пять последних лет вырос с 2% (2011 г.) до 3,6 % (2015 г.) удельный вес детей, серонегативных к дифтерии. Остаются невыполненными планируемыми объемы ревакцинаций взрослых лиц против дифтерии и столбняка вследствие проведения АТО и перебоев в снабжении региона вакцинами. Последним мероприятием, которое проводилось по ликвидации вспышки дифтерии у не привитых была экстренная иммунизация детей в специализированном детском доме в возрасте до 5 лет в 2005 году, при этом удельный вес серонегативных детей в этой возрастной группе уменьшился в течение 2006 года с 24,5% до 14,9%.

Выводы. Учитывая вышесказанное можно заключить: наблюдается тенденция к стойкому увеличению числа серонегативных к дифтерии среди детей и взрослых в г. Макеевке. Между тем, по мнению экспертов ВОЗ, число серонегативных детей можно значительно уменьшить, используя более квалифицированный подход к выявлению противопоказаний к проведению вакцинации против дифтерии со стороны педиатров и иммунологов под соответствующим контролем со стороны эпидемиологов. Для этого необходимо наличие в регионе достаточного количества необходимых вакцин (АКДС-вакцины, АДС-анатоксина и АДС-м-анатоксина), что в настоящее время осуществляется только за счет гуманитарных поставок из России.

Мельник А.В.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕАКЦИИ ИММУНОЛЕЙКОЛИЗА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ПАВ) НА ФУНКЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН ЛЕЙКОЦИТОВ

Кафедра физиологии и клинической лабораторной диагностики – заведующий профессор В.Н. Казаков, кафедра организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ФИПО – Зав. кафедрой – Е.И. Беседина, Научный руководитель – доц. В.А. Мельник

На базе кафедры физиологии и клинической лабораторной диагностики и кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ФИПО была выполнена студенческая исследовательская работа по изучению влияния ПАВ на функционально-морфологические свойства клеточных мембран лейкоцитов.

Актуальность проблемы. Действие неблагоприятных факторов окружающей среды отрицательно влияет на состояние здоровья и иммунитета, а широкое применение в быту современных синтетических химических соединений (стиральных порошков, жидких и твердых мыл, шампуней, гелей и других моющих средств) оказывает вредное воздействие на растущий организм детей и подростков.

Цель работы. Определить возможность прогнозирования появлений поствакцинальных аллергических реакций и осложнений у детей на введение вакцин современного календаря прививок путем изучения влияния ПАВ на функционально-морфологические свойства клеточных мембран лейкоцитов.

Материалы и методы: Было отобрано 20 человек разного пола, из которых были сделаны две группы по 10 человек в возрасте от 17 до 18 лет: группа подростков с кожными проявлениями аллергии (в т.ч. и в анамнезе) и контрольная группа (без имеющихся проявлений аллергии в анамнезе). Цитолиз лейкоцитов изучался путем добавления к 5-ти пробиркам с 0,05 мл крови исследованного по 0,01 мл жидкости из каждой опытной пробирки (контроль, смыв с рук, мыльный раствор в разведении 1 и 5 мл («1 мл» и «5 мл»), раствор шампуня) и инкубации этих пробирок в течение 1 часа в термостате при температуре 37° С. Показатель, превосходивший коэффициент 0,2, считался положительным, если этот показатель был ниже, чем 0,2 – отрицательным.

Результаты исследования. По результатам лабораторного обследования подростков средние показатели количества лейкоцитов в контрольной группе почти все были в пределах возрастной нормы или чуть ее превосходили. У подростков группы риска по аллергии показатели количества лейкоцитов в крови достигали нижней границы нормы, что свидетельствует о возможном их разрушении под воздействием негативных факторов. Процент эозинофилов в периферической крови у подростков группы риска превышал в 2 раза аналогичный показатель у подростков контрольной группы. Показатель цитолиза (ПЦ) с физиологическим раствором в группе риска по аллергии (ГПКА) составил $0,21^{**\pm 0,032}$, в контрольной группе (КГ) – $0,15\pm 0,015$. ПЦ со смывом с рук: ГПКА – $0,29^{**\pm 0,037}$, КГ – $0,19\pm 0,021$. ПЦ с раствором мыла «1 мл»: ГПКА – $0,38^{*\pm 0,049}$, КГ – $0,23\pm 0,029$. ПЦ с раствором мыла «5 мл»: $0,33^{*\pm 0,029}$ $0,21\pm 0,017$. ПЦ с раствором шампуня «5 мл»: ГПКА – $0,34^{**\pm 0,035}$, КГ – $0,21\pm 0,018$. Все ПЦ сравнивались с контролем: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,001$.

Выводы: Проведение перед прививками в лабораторных условиях теста на цитолиз лейкоцитов позволяет прогнозировать у детей и подростков вероятность возможности негативных аллергических реакций после введения вакцины. Благодаря своей дешевизне тест на цитолиз может стать доступным неспецифическим скрининговым тестом прогнозирования поствакцинальных аллергических реакций на вакцины календаря прививок и другие аллергены.

Мельник А.В., Беседин И.Е.

ОБОСНОВАНИЕ НАЗНАЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПРИВИВОК У ДЕТЕЙ С УТРАЧЕННЫМ ПРИВИВОЧНЫМ АНАМНЕЗОМ ВО ВРЕМЯ ЛОКАЛЬНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Научный руководитель – доц. В.А. Мельник

Цели и задачи. Целью работы является анализ ситуации с вакцинальным статусом у детей в г. Донецке и поиск возможных рекомендаций для устранения проблемы утраты прививочных данных у некоторого количества детей, прибывших в город из других регионов.

Материалы и методы. Совместно с научным руководителем были проанализированы данные о наличии первичной прививочной документации в детских поликлиниках в центральных районах г. Донецка, составлены списки детей, которые приехали из других регионов, не имеют необходимых сведений о прививках и нуждаются в решении вопроса о тактике их дальнейшей иммунизации. Таких детей на территории г. Донецка, где было проведено изучение этого вопроса, было зарегистрировано 159 человек.

Результаты исследования. Как было отмечено выше, на ряде территорий Донецкой народной республики проводились боевые действия в 2014-2015 гг., что привело к появлению большого числа беженцев и переселенцев, также лиц, потерявших доступ к первичной прививочной документации.

Все вышеуказанное создало определенные проблемы у педиатров для проведения плановой иммунизации у детей из пострадавших регионов.

В результате анализа состояния первичной прививочной документации было предложено родителям попытаться восстановить недостающую информацию о прививках из других возможных резервных источников – копий карточек индивидуального развития ребенка, формы 63-у, которая могла выдаваться ранее для предъявления, например, в лагеря отдыха или для других целей.

В случае, если попытка восстановления первичного прививочного анамнеза ребенка окажется неэффективной, то его фамилию следует внести в списки для формирования т.н. группы риска. Такие дети должны быть в первую очередь привиты, если в городе будут зарегистрированы случаи дифтерии, полиомиелита, кори, эпидемического паротита или краснухи, а для детей до года – коклюша.

Наиболее оптимальным решением проблемы может быть предварительное изучение у ребенка перед предстоящей прививкой напряженности иммунитета к ряду инфекционных агентов, в первую очередь, против столбняка и дифтерии при помощи метода РНГА, против кори – РТГА, для всех видов инфекционных агентов – в реакции ИФА (при наличии реактивов).

Выводы: Родителям каждого ребенка, обратившегося на прием к педиатру, врачу общей практики – семейной медицины или иммунологу, необходимо рекомендовать попытаться восстановить информацию о прививках. Если это невозможно, то педиатру следует внести этого ребенка в группу риска с последующей вакцинацией в первую очередь в случае, если возникнет угроза ухудшения эпидемической ситуации в городе по одной из инфекций, против которых есть соответствующая вакцина.

Также рекомендуется при наличии необходимых тест-систем и реактивов в лечебных учреждениях планомерно осуществлять забор крови у таких детей с последующим исследованием у них напряженности иммунитета против дифтерии, столбняка. Дополнительную вакцинацию в таких случаях следует проводить с учетом выявленного у ребенка титра защитных антител против актуальных инфекций или не проводить, если у ребенка имеется необходимый защитный титр антител в крови.

Остренко В.В., Петрова И.В., Проснякова С.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ГРИППОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ И МЕРЫ БОРЬБЫ С НЕЙ

Научный руководитель – доц. Е.И. Беседина

Грипп относится к числу наиболее распространенных в мире капельных инфекций. Ежегодно в мире он уносит миллионы человеческих жизней. Особенно подвержены осложнениям от этой инфекции дети, пожилые люди и больные хроническими заболеваниями – сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

Цель исследования – изучить закономерности эпидемического процесса гриппозной инфекции на примере г. Донецка.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ заболеваемости гриппозной инфекцией у жителей г. Донецка по данным Донецкой городской СЭС за 1991-2015 гг.

Результаты и обсуждение: В эпидемический сезон 2014-2015 года в целом по Донецкой Народной Республике эпидемия гриппа была сравнительно незначительной интенсивности – переболело 189042 человека, что составило 3,9 % от населения региона из них 73302 – дети (11 % от численности детского населения области или 38,8 % от общего числа заболевших) . При этом, удельный вес школьников среди заболевших составил 29,9 %. Экономический ущерб за время эпидемии гриппа по области составил почти 25,7 млн. рублей.

Существенному снижению ущерба послужила вакцинация некоторого числа жителей региона против гриппа (117593 человек, 2,5 % от всего населения) в предэпидемический период (октябрь-декабрь).

Эпидемиологическая эффективность предсезонной иммунизации против гриппа, определяемая по индексу и коэффициенту эффективности, составила: индекс эффективности 9,2, коэффициент эффективности – 81,9. Эти показатели были выше среди взрослого населения – 10,8 и 90,7%, соответственно.

Наиболее высокие показатели охвата вакцинацией (почти 30% от количества подлежащих) были среди работников сферы обслуживания, индекс и коэффициент эффективности среди этого контингента достигли 35,3 и 97,2%. Среди медицинских работников эти показатели были ниже – охвачено прививками 15,8 % от подлежащих, индекс и эффективность у них составили 5,3 и 81,1 %.

Выводы: Вакцинация против гриппа в сезоне 2014-2015 гг в очередной раз доказала свою уместность как способ профилактики гриппа среди лиц с хронической патологией сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Охваченные вакцинацией всего на 2% они, в 5 раз реже болели гриппом, нежели не привитые, коэффициент эффективности у них составил – 79,4 %.

Возрастание в последнее время риска пандемии гриппа требует усиления мероприятий по профилактике и борьбе с этой инфекцией.

Петрова И.С., Баслова И.И., Берникова М.Г.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Научный руководитель – доц. Е.И. Беседина

Цель исследования – изучить закономерности эпидемического процесса вирусного гепатита В на примере Буденовского района Донецкой области.

Материал и методы исследования. Проведенный ретроспективный анализ распространенности вирусного гепатита В в Буденовском районе г. Донецка за 1912-2015 гг.

Результаты исследований. Проведенный ретроспективный анализ распространенности вирусным гепатитом В показал, что за последние 4 года наблюдается отчетливый рост снижения этой инфекции среди населения Буденовского района г. Донецка. Показатель вирусного гепатита В на 100 тыс. населения составил 31,8, что ниже общереспубликанского уровня на 10,3%, но его актуальность сохраняется. Наиболее поражаемой частью населения этой инфекцией является молодежь 19-20 лет и подростки, показатель заболеваемости которых составил 55,0 и 19,3 на 100 тыс. населения. Неблагоприятную тенденцию к росту получила заболеваемость гепатитом В детей раннего возраста.

Выводы. Учитывая вышесказанное можно заключить: наблюдается тенденция к стойкому снижению заболеваемости вирусным гепатитом В среди населения Буденовского района г. Донецка. Не останавливаясь на достигнутом, необходимо, учитывая, что при вирусном гепатите В имеет место постоянное носительство вируса среди населения района, улучшать показатели выполнения плановой иммунопрофилактики против этой инфекции, особенно среди контингентов риска и детей раннего возраста.

В календаре плановой иммунизации Донецкой Народной Республики в настоящее время вакцинация от вирусного гепатита является не обязательной, а по желанию родителей ребенка. Тем не менее, при стабилизации снабжения вакцинами Республики целесообразно плановую иммунопрофилактику против вирусного гепатита В снова сделать обязательной.

Проснякова С.В., Берникова М.Г., Остренко В.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРАЛЬНО-ГОРОДСКОГО РАЙОНЕ Г. МАКЕЕВКИ

Научный руководитель – доц. Е.И. Беседина

Цель исследования – изучить закономерности эпидемического процесса вирусного гепатита В на примере г. Макеевки.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ заболеваемости ВГВ у жителей Центрально-Городского района г. Макеевки по данным Центрально-Городской районной СЭС за 1991-2015 гг. Средний показатель заболеваемости составил 25,5 случаев на 100 тыс. населения.

Результаты и обсуждение: Характерной чертой развития эпидемического процесса ВГВ у жителей Центрально-Городского района г. Макеевки за период с 1991 по 2015 годы стало изменение структуры путей передачи возбудителя, снизился удельный вес больных, инфицированных в результате медицинских манипуляций на фоне увеличения числа заразившихся при половом контакте и при инъекционном введении наркотических веществ.

В 1993 г. в Центрально-Городском районе г. Донецка в результате медицинских манипуляций ВГВ было инфицировано 23 человек из 33 заболевших, что составило 69,7%, имели случайные половые связи 9 человек (24,0%); в 2015 году – факт инфицирования ВГВ при медицинских манипуляциях не был установлен, в то время как в результате случайных половых связей заразилось 25 человек из 44 заболевших (56,8%). При инъекционном введении наркотических веществ в 1993 году заразилось 6% заболевших, в 2015 году – 20,4%.

В 1993 г. число заболевших в возрасте 20-29 лет составило 11 чел. (33,3%). В 2015 году преобладают в возрастной структуре заболеваемости лица в возрасте 20-29 лет – 34 чел. (77,3%).

Изменение доминирующих путей передачи ВГВ, в первую очередь, возрастание эпидемической значимости передачи возбудителя при инъекционном введении наркотиков и половым путем, привели к изменению возрастной структуры зараженных — преимущественно лиц подросткового и молодого возраста.

В динамике заболеваемости вирусным гепатитом В за наблюдаемый период можно выделить несколько этапов. С 1991 г. по 1995 г. наблюдается значительный рост заболеваемости (17 случаев в 1991 г, ИП составил 15,8; 68 случаев в 1996 г., ИП – 67,0). В 1996-1999 гг. заболеваемость ВГВ постепенно снижалась: в 1999 г. ИП составил 27,1 на 100 тыс. населения. С 2000 г. отмечалась тенденция к росту заболеваемости, в 2002 г. зарегистрировано 43 случая ВГВ, ИП – 47,7 на 100 тыс. населения, однако, начиная с 2003 г. уровень заболеваемости существенно снизился, инт. показатель составил 17,9 на 100 тыс. населения. В период с 2003 по 2008 гг. уровень заболеваемости не имеет тенденции к росту или снижению, отмечаются колебания ИП от 10,8 до 21,3 на 100 тыс. населения. В 2009-2015 гг. имеет место резкое снижение уровня заболеваемости ВГВ. В 2014 г. ИП составил 5,7 на 100 тыс. населения. В 2015 г. зарегистрировано 44 случая заболевания ВГВ, ИП составил 50,6 на 100 тыс. населения. Из 44 заболевших 33 человека (75,0%) были мужчины.

Выводы: Заболеваемость вирусным гепатитом В в Центрально-Городском районе г. Макеевки в 1991-2015 гг. характеризуется цикличностью с периодом 7-9 лет. В настоящее время среди факторов инфицирования занимают первое место социальные: случайные половые связи, инъекционное употребление наркотических веществ. В возрастной структуре заболеваемости преобладают лица в возрасте 20-29 лет, преимущественно мужского пола.

В связи с вышеизложенным, рекомендуется проводить разъяснительную работу по пропаганде здорового образа жизни среди молодежи, а также плановую иммунопрофилактику вирусного гепатита В среди контингентов риска.

Ремиханова О.Н.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ КРАСНУШНОЙ ИНФЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Научный руководитель – доц. В.А. Мельник

Цель исследования – изучить закономерности эпидемического процесса краснухи на примере Ворошиловского района г. Донецка.

Материал и методы исследования. Проведенный ретроспективный анализ распространенности краснушной инфекции в Ворошиловском районе г. Донецка за 2012-2015 гг.

Результаты исследований. Проведенный ретроспективный анализ распространенности краснушной инфекции показал, что под влиянием иммунизации краснуха постепенно утрачивает характер «детской» инфекции становясь «взрослой». Так, в 2014 г. заболеваемость женского населения детородного возраста в Ворошиловском районе г. Донецка составила 27,2 на 100 тысяч населения, что в 3 раза выше, чем в предыдущем году, имеет место рост заболеваемости краснушной инфекцией детей, преимущественно подросткового возраста.

За последние 5 лет заболеваемость краснухой в Ворошиловском районе г. Донецка увеличилась почти в 1,5 раза и составила 29,5 на 100 тысяч населения, превысив общереспубликанский показатель на 23,4%.

Выводы. Учитывая вышесказанное можно заключить: наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости краснушной инфекцией в Ворошиловском Донецкой области. Для снижения заболеваемости краснухой необходимо обеспечить 95% охват прививками детей первых лет жизни. Рекомендуется проводить серологическое обследование беременных женщин на краснуху не только при плановом обследовании и в случае контакта по краснухе, но и при планировании беременности.

К сожалению, в связи с проведением АТО, доступность серологического обследования на краснуху для женского населения значительно снизилась из-за отсутствия необходимых реактивов в связи с нерегулярностью поставки их по линии гуманитарной помощи.

Сердюк В.В., Шевченко Д.Ф., Мельник А.В., Кварацхелия Л.Г.

О СОЧЕТАНИИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ КОЖНО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ

Научный руководитель – доц. В.А. Мельник

Экологическая патология подросткового возраста определяется врожденными аллергическими заболеваниями и атипичным течением у них известных болезней, приводим к росту различных патологических реакций при проведении плановой иммунопрофилактики.

Актуальность. Интерес к проблеме обусловлен ростом числа аллергических заболеваний у подростков в критические периоды их развития и роста, вследствие повышения чувствительности к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды (НФОС), например, к поверхностно-активным веществам (ПАВ), растворенным в воде. Наиболее опасным может оказаться воздействие НФОС на подростков в период гормональной перестройки их организма.

Целью исследования явилась разработка простого способа прогнозирования появления возможных аллергических реакций на введение вакцины в организм подростка путем определения у него скрытого выделения солей щавелевой кислоты (ЩК) с мочой в пробе с 10% раствором хлористого кальция (ХК).

Материалы и методы исследования. Было обследовано 10 здоровых подростков контрольной группы (КГ) и 10 подростков с кожными проявлениями аллергии (КПА). Исследовалось НФС (поверхностно-активные вещества, растворенные в воде) на скрытое выделение солей ЩК (оксалатов) с мочой у подростков при помощи теста с 10% раствором ХК. Этот тест был предложен Ю. Е. Вельтищевым и соавт. в 1980 году для выявления повышенного скрытого выделения с мочой солей ЩК у больных оксалато-кальцевой дизметаболической нефропатией.

Результаты и обсуждение. Все подростки мыли руки с мылом в течение 2-х минут, а через 30 минут у них собиралась моча для дальнейшего исследования. В пробирку, содержащую 1 мл свежей мочи добавлялось 1-2 капли 10% раствора ХК. Помутнение раствора считается положительным результатом, подтверждает наличие повышенного скрытого выделения солей ЩК с мочой и свидетельствует о нестабильности процессов перекисного окисления липидов клеточных мембран, при которых нарушается их структура и выделяются шоковые токсины гистамин и серотонин. Тест косвенно позволяет оценить возможность аллергизации организма подростка.

Исследования мочи на скрытое выделение солей ЩК показало, что у подростков с КПА из 10 проб положительными оказались 7, у подростков из КГ из 10 проб положительными оказались 2. Следовательно, у подростков с КПА с мочой чаще выводится избыток скрытых солей ЩК, что предварительно подтверждает наше предположение о том, что гипероксалурия является спутником аллергии. Этим подросткам был предложен месячный курс реабилитации, который состоял из применения настоя, сделанного из листьев черной смородины, имеющих в своем составе протекторы-антиоксиданты и растительные флавоноиды. Повторный тест выявил скрытую гипероксалурию только у одного из 10 подростков с КПА, у всех подростков из КГ результаты теста были отрицательными. Проведенная реабилитация привела к сокращению выделения солей ЩК, снижению аллергического фона и, возможно, снижению риска аллергических реакций после прививки.

Выводы. Предложенный тест и схема реабилитации детей и подростков с КПА доступны в домашних условиях и не требующих дорогостоящих лабораторных исследований и лекарств. Работу предполагается продолжить, когда подойдет срок очередной возрастной ревакцинации подростков.

Сердюк В.В., Шевченко Д.Ф., Кварацхелия Л.Г., Григоренко О.Е., Исаенко Н.Н., Курганская М.С.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА САНИТАРНО-ПОКАЗАТЕЛЬНЫХ И УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ВЫСЕВАЕМЫХ В КУЛИНАРНЫХ ИЗДЕЛИЯХ В КИЕВСКОМ РАЙОНЕ Г.ДОНЕЦКА ЗА 2006-2015 гг.

Научный руководитель – доц. В.А. Мельник

Введение. Общественное питание представляет собой крупную отрасль хозяйственной деятельности, сочетающую функции производства, реализации продуктов питания и организации их потребления. В технологическом процессе осуществляются непосредственно физическое, химическое, биохимическое воздействие на состояние и свойства сырья, полуфабрикатов с использованием соответствующего оборудования и определенного вида энергии.

Цель работы. В работе представлена характеристика структуры и периодичность роста выделяемых видов санитарно-показательных и условно-патогенных микроорганизмов в кулинарных изделиях за 2006-2015 гг. Проведен сравнительный анализ выделенных видов микроорганизмов на предприятиях общественного питания, продукция которых использовалась для осуществления пищевого довольствия ополченцев ДНР во время локального военного конфликта, и в детских подростковых учреждениях с учетом вида кулинарных изделий.

Материалы и методы. Мониторинг санитарно-показательных и условно-патогенных микроорганизмов в кулинарных изделиях проводился по материалам Донецкого городского центра Республиканского лабораторного центра ГСЭС МЗ ДНР Киевского района за 2006-2015 гг. Объектами исследований являлись кулинарные продукты, изготовленные на предприятиях общественного питания и торговли, продукция которых использовалась для осуществления пищевого довольствия ополченцев ДНР во время локального военного конфликта, а также в детских и подростковых учреждениях, домашняя кулинария.

Исследовано 11277 проб кулинарных изделий, в т.ч., 8351 проба – на предприятиях общественного питания, 2918 проб – в детских и подростковых учреждениях, 3301 проб мучной, 4158 – мясной, 1304 – рыбной, 2486 – овощной и 28 проб домашней кулинарии.

Выполнено 24981 бактериологических исследований на нормирующие показатели согласно действующим нормативным документам.

Результаты: Для изучения микробного обсеменения готовой продукции было проведено 11277 проб кулинарных изделий и выявлено 538 (4,8%) проб с отклонениями от нормирующих бактериологических показателей. В данных пробах обнаружены санитарно-показательные, патогенные и условно-патогенные микроорганизмы. Наибольшее число отклонений определялось в пробах домашней кулинарии – 28,5% (8 проб). В пробах кулинарных изделий на предприятиях общественного питания – 5,1% (409 проб), в детских и подростковых учреждениях – 4,1% (121 проба). В пробах высевались *Enterobacter* (61,2% от общего количества проб), в т.ч. виды *Enterobacter aerogenes* и *Enterobacter geroviae*, *E.coli* (15,5% от общего числа проб).

Заключение: За изучаемый период времени с 2006 по 2015 гг. наиболее распространенными в кулинарных изделиях среди санитарно-показательных микроорганизмов являются энтеробактерии рода *Enterobacter* (61,2% от общего числа проб), в т.ч. виды *Enterobacter aerogenes* и *Enterobacter geroviae*, *E.coli* (15,5% от общего числа проб). Эти микроорганизмы преобладают в овощной, мясной, мучной и рыбной кулинарии.

Шевченко Д.Ф., Сердюк В.В., Мельник А.В., Кварацхелия Л.Г.

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ТУРОВОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ДНР

Научный руководитель – доц. В.А. Мельник

Актуальность. В ходе выполнения Глобальной программы выяснилось, что сохранение плановой иммунопрофилактики полиомиелита и поддержание необходимой иммунной прослойки среди детей в возрасте до 6 лет и старше стало чрезвычайно важной задачей.

Целью исследования явился анализ эпидемической ситуации по полиомиелиту в мире, оценка риска международного распространения вируса полиомиелита с территории Украины, возможность его заноса на территорию Донецкой Народной Республики и обоснование необходимости проведения дополнительной туровой иммунизации против полиомиелита у детей в возрасте от 3 месяцев до 5 лет 11 месяцев 29 дней на территории страны.

Материалы и методы исследования. Совместно с научным руководителем был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ регистрации случаев циркуляции полиовирусов на территории Земного шара за последние 13 лет по данным ВОЗ и проанализированы результаты проведения эпидемиологического надзора за полиомиелитом в 2012-2014 гг. по данным Госсанэпидслужбы МЗ ДНР.

Результаты и обсуждение. В Европейском регионе начиная с 2002 года было зарегистрировано два случая обнаружения «дикого» вируса полиомиелита: в 2010 г. в Таджикистане и в 2013 г. в Израиле. В 2015 г. в Закарпатской области Украины у двух детей в возрасте 10 месяцев и 4 лет, не привитых против полиомиелита, были диагностированы случаи острых вялых параличей (ОВП), вызванных циркулирующим вакцинородственным штаммом вируса полиомиелита 1 типа, что было обусловлено недостаточными уровнем охвата детей профилактическими прививками против этой инфекции. Так, в 2014 г. в Украине против полиомиелита было привито 49% подлежащих вакцинации детей в возрасте до 1 года, а в 2015 г. – 14%.

По Донецкому региону показатель привитости против полиомиелита у детей в возрасте до 1 года (охват 3 прививками) в 2012 г. составил 85,4%, в 2013 – 56,6%, в 2014 – 44,5%. В те же годы, по другим возрастным группам, аналогичные показатели составляли для детей в возрасте 18 месяцев, соответственно, – 76,7%, 64,3% и 48,6%, в возрасте 6 лет – 74,7%, 47,7%, 51,1%, в возрасте 14 лет – 76,1%, 60,3%, 51,0%.

Выводы. Сложившаяся угрожающая эпидемическая ситуация по полиомиелиту в Донецкой Народной Республике создала серьезные предпосылки для возможности заноса вируса паралитического полиомиелита на ее территорию.

В связи с этим, назрела необходимость проведения дополнительной туровой иммунизации против полиомиелита в 2015-2016 гг. для всех детей в возрасте от 3 месяцев до 5 лет 11 месяцев 29 дней, проживающих на территории Донецкой Народной Республики.

Донецкий национальный медицинский университет г. Донецк, ДНР Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии Зав. кафедрой – проф. Домашенко О.Н.

Василенко М.В.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ГРИППОМ В ПОСТПАНДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД

Научный руководитель – асс. Нещерет Е.Н.

Цель исследования. Изучить эпидемиологическую ситуацию по гриппу в постпандемический период.

Материалы и методы. Проанализированы отечественные и зарубежные литературные источники.

Результаты: Эпидемиологический надзор за гриппом осуществляется круглогодично в рамках глобального партнерства национальных центров гриппа и представлен: 141 национальным центром гриппа в 111 странах; 6 референс-лабораториями ВОЗ по гриппу H5; пятью сотрудничающими центрами ВОЗ по справочной информации и исследованиям в области гриппа (СЦ ВОЗ); сотрудничающим центром ВОЗ по исследованиям в области экологии гриппа у животных; головными контрольными лабораториями ВОЗ.

Глобальный эпидемиологический надзор выступает в качестве механизма предупреждения о появлении вирусов гриппа с пандемическим потенциалом. Кроме этого, эпиднадзор позволяет ВОЗ анализировать вирусологические данные и рекомендовать состав вакцины против гриппа для предстоящего сезона гриппа (один раз в год для Северного и один раз в год для Южного полушария). Эпидемический процесс гриппа проявляется в хаотической многолетней и неупорядоченной сезонной динамике заболеваемости. За последние 5 лет было 4 эпидемии с участием пандемического гриппа A(H1N1)_{pdm09}. Пандемию гриппа наблюдали в сезон 2009–2010 гг., II волна была в сезон 2010/11 гг., III — в 2012/13гг. и IV — в 2013/14гг. Распространение пандемического гриппа в 2009 г. в России, как и в США, можно отнести к I категории тяжести по шкале оценки тяжести пандемий гриппа. С февраля 2013 г. в Китае появились случаи заражения людей новым высокопатогенным гриппом птичьего происхождения — A/H7N9. В текущем сезоне по данным глобального эпидемиологического надзора за гриппом в начале сезона преобладал грипп A (H1N1) вирусы pdm09, но уже в начале 2016г. увеличился удельный вес вируса типа B. Благодаря системе эпидемиологического надзора за гриппом ВОЗ были даны рекомендации по составу сезонной вакцины против гриппа в течение сезона 2016-2017 в северном полушарии: замена компонента A (H3N2) и включения вируса B / Victoria-клонального в трехвалентные вакцины.

Выводы: Текущая эпидемиологическая ситуация в мире в области гриппа характеризуется рядом тенденций, за которыми необходимо внимательно следить. Они включают: увеличение разнообразия вирусов гриппа животных, которые циркулируют совместно и обмениваются генетическим материалом, в результате чего создаются новые штаммы; сохраняется угроза распространения пандемического гриппа; смена циркулирующих штаммов требует немедленного реагирования со стороны производителей вакцин.

Лыгина Ю.А.

ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ АЛЛЕРГИИ, СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К ЛИМОНУ

Научный руководитель — зав. каф. клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии,
д.мед.н., проф. Прилуцкий А.С.

Цель исследования: Изучение распространенности аллергических реакций, сенсibilизации к аллергенам лимона.

Материал и методы: Аналитический обзор литературных данных отечественных и зарубежных источников.

Результаты: Как правило, в повседневной практике лимон не является аллергеном, находящимся в фокусе внимания клиницистов. Изучение частоты сенсибилизации к лимону в мире проводится редко, и данные носят порой несколько противоречивый характер. Частота распространенности аллергии к лимону среди лиц различного возраста с пищевой аллергией, изученная при помощи специализированных опросников Kristjansson I. et al. (1999), Rance F. et al. (2005), Kavaliūnas A. et al. (2013) в Швеции, Исландии, Франции и Литве, колеблется от 1,2 до 6,8 %. Однако, Eriksson N.E. et al. (2004) при проведении анкетирования в 15 городах России, Швеции, Дании, Эстонии и Литвы зарегистрировали гораздо более высокую распространенность аллергии к лимону – 23,0 %. Следует отметить, что частота выявления специфических IgE-антител к лимону в исследованиях, проведенных Agarkhedkar S.R. et al. (2005) в Индии (среди детей 3-15 лет с бронхиальной астмой) и Дубровиной Л.Н. и др. (2009) в России (у подростков 10-17 лет с atopическим дерматитом) составила соответственно 35,9 и 79,0 % и была существенно выше, чем данные о непереносимости лимона, полученные при опросе. Лабораторные исследования Ишковой Н.С. и др. (2014) указывают на несколько более низкие, но очень близкие к предыдущим уровни сенсибилизации к аллергенам лимона (35,7 %). Необходимо указать, что применение прик-теста Недельской С.М. и др. (2011) и Няньковским С.Л. и др. (2015) выявило наличие повышенной чувствительности к лимону в примерно тех же пределах, она составила соответственно 41,0 и 57,5 % исследуемых. Следует уточнить, что Недельская С.М. и др. проводили исследования в группе детей и подростков 3-18 лет с бронхиальной астмой, а Няньковский С.Л. и др. изучали результаты прик-теста у лиц 6-17 лет с эозинофильными эзофагитами.

Выводы: Таким образом, результаты ряда исследований, проведенных в ряде стран мира показывают, что частота клинически регистрируемых реакций к лимону среди лиц с пищевой аллергией в большинстве случаев колеблется от 1,2 до 6,8%. Вместе с тем, в отдельных исследованиях удельный вес пациентов, в анамнезе которых зарегистрирована непереносимость данного продукта, может достигать 23%. При этом уровень сенсибилизации, регистрируемый диагностикой как *in vitro* (определение специфических IgE), так и *in vivo* (кожными пробами), существенно выше клинически выраженных реакций на лимон и колеблется среди обследованных, имеющих аллергию к пищевым продуктам, примерно на одном и том же уровне (соответственно 35,7 – 79% и 41,0 – 57,5 %).

Остренко В.В.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ЭНТЕРОВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В ДНР

Научный руководитель – к.мед.н, доц. Колесникова А.Г.

Цель исследований: Совершенствование системы эпидемиологического надзора за энтеровирусными инфекциями (ЭВИ), повышение эффективности противозидемических мероприятий путем улучшения диагностики ЭВИ среди населения и индикации вируса из объектов внешней среды.

Материалы и методы: В работе представлены материалы исследований количественных и качественных проявлений эпидемического процесса ЭВИ в г. Донецке, проведен эпидемиологический анализ острых вирусных инфекций (ОВИ) по материалам разработки первичной документации (статистические формы 001/0 и 003/0) детского и взрослого инфекционных отделений городской больницы № 1 г.Донецка и Европейского регионального бюро ВОЗ на базе вирусологической лаборатории ОблСЭС. В ходе выполнения работы применены эпидемиологический, вирусологический, молекулярно-биологический и статистический методы исследования.

Результаты: Всего было проанализировано – 5244 чел., из них с диагнозом «серозный менингит» – 288 чел., ОКИ – 1243 чел., ОРВИ – 3713 чел. Было исследовано 3474 проб воды различного использования, из них в 267 пробах положительные результаты выявления ЭВ ($7,69 \pm 0,32$ %). Из сточных вод получено 140 положительных проб из 907 ($15,4 \pm 0,74$ %). Из питьевой воды было выделено 79 положительных результатов из 907 взятых проб, загрязненность воды составило ($8,82 \pm 0,4$ %). В открытых водоемах было взято 1282 пробы из которых было выделено 126 положительных проб ЭВ ($16,46 \pm 1,41$ %). При сопоставлении видовой структуры возбудителей, выделенных у больных ЭВИ и энтеровирусов (ЭВ), изолированных из сточных вод и открытых водоемов, установлена их идентичность. В годы высокого подъема от людей и из объектов внешней среды изолировали преимущественно вирус Коксаки В-1, В-2 и В-5, ЕСНО-30-31, а в годы спада – Коксаки В-1, В-2 и В-5. Выявлена летне-осенняя сезонность заболеваемости как в годы эпидемического подъема, так и спада, что свидетельствует в пользу водного фактора передачи, который подтверждается сильной корреляцией между заболеваемостью населения и нахождением ЭВ во внешней среде. Коэффициент Спирмена между заболеваемостью и сточной водой $R=0,752$, водой открытых водоемов $R=0,809$, питьевой водой $R=0,64$, на уровне значимости $P>0,05$.

Для усовершенствования эпидемиологического надзора за ЭВИ нами определены математические закономерности развития эпидпроцесса ЭВИ и разработаны формулы для краткосрочного $y(t)=f(t)+s(t)+e(f)$ и для долгосрочного $y(t)=f(t)+e_1(f)+e_2(t)$ прогнозирования заболеваемости серозным менингитом. Анализ иммунологической прослойки к ЭВ в ДНР к началу 2016 г. составил 40%.

Выводы: 1. В связи с неблагоприятной эпидобстановкой на окружающей ДНР территории было принято решение о вакцинации и ревакцинации как детей, так и взрослых.

2. Полученные данные о загрязненности питьевой воды ЭВИ в ДНР позволяют предположить, что средства очистки не справляются с основной задачей, и в будущем следует задуматься об очистке воды не только в отношении бактериальной флоры, но и ЭВ.

3. Установлено закономерное сохранение вируса в простейших, обитающих в сточных водах, в природных водоемах, что имеет эпидемиологическое значение для распространения энтеровирусов.

Черкасова Т.И.

СУЛЬФИДРИЛЬНЫЕ ГРУППЫ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ ИЕРСИНИОЗА

Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Домашенко О.Н.

Нарушение белкового обмена при различных патологических состояниях может сопровождаться изменением структуры белковых комплексов, Среди функциональных групп белков большое значение придается тиоловым (Sh) группам.

Цель исследования. Определение концентрации свободных Sh-групп у больных генерализованной формой иерсиниоза.

Материал и методы. Используя методику амперометрического титрования, исследовали концентрацию свободных Sh-групп в сыворотке крови 18 больных генерализованной формой иерсиниоза на 1-ой неделе после их поступления в клинику, в периоде значительного улучшения самочувствия и в периоде выздоровления, перед выпиской из стационара. Кроме того, исследования проведены 11 больным с затяжным течением иерсиниоза, сопровождавшегося выраженным суставным синдромом. Контрольную группу составили 16 здоровых лиц.

Результаты. Период разгара болезни во всех случаях сопровождался существенным снижением концентрации Sh-групп в сыворотке крови и постепенным ее увеличением по мере улучшения состояния. Вместе с тем, полное восстановление уровня сульфидрильных групп до нормы в периоде реконвалесценции произошло лишь у части больных (табл.). На 1-ой неделе болезни, соответствующей максимальной выраженности токсикоза, происходит существенное уменьшение в сыворотке крови концентрации свободных сульфидрильных групп ($p < 0,001$): при норме $51,8 \pm 2,11$ мкмоль% и пределах колебаний у здоровых в пределах $45,0-57,0$ мкмоль% концентрация Sh-групп на 1-ой неделе болезни составила в среднем $34,5 \pm 2,54$ мкмоль%; при этом у 14 из 18 больных иерсиниозом была ниже 36 мкмоль%. Таблица

Содержание свободных сульфидрильных групп в сыворотке крови при генерализованной форме иерсиниоза ($m \pm m$)

№ п/п	Группы обследованных	Период болезни	n	Sh-группы в мкмоль %	
				$M \pm m$	Пределы колебаний
2	Иерсиниоз	разгар	18	$34,5 \pm 2,54^*$	27,0-39,0
		улучшение	18	$38,6 \pm 2,37^*$	34,0-46,0
		перед выпиской	18	$45,8 \pm 2,41^{**}$	41,0-51,0
3	Иерсиниоз с затяжным суставным синдромом	разгар	11	$27,1 \pm 3,15^*$	24,0-29,0
		улучшение	11	$35,2 \pm 3,27^*$	31,0-37,0
		перед выпиской	11	$44,1 \pm 3,14^{**}$	40,0-51,0
4	Контроль		16	$51,8 \pm 2,11$	45,0-57,0

Примечание: * $p < 0,001$, ** $p < 0,05$, •* $p > 0,05$.

При улучшении общего состояния, снижении температуры и уменьшении токсикоза концентрация сульфидрильных групп в сыворотке крови постепенно увеличивалась и перед выпиской из стационара нормализовалась ($p > 0,05$). Наиболее низкими показатели концентрации сульфидрильных групп были у больных с тяжелым и затяжным течением иерсиниоза, которое сопровождалось признаками токсикоза, выраженным поражением суставов, интенсивными артралгиями и миалгиями. У этих больных низкий уровень Sh-групп выявлен в течение всего заболевания, с тенденцией к нормализации перед выпиской из стационара ($44,1 \pm 3,14$, $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, установлено, что генерализованные формы иерсиниоза сопровождаются существенным снижением уровня сульфидрильных групп в сыворотке крови, а нормализация происходит лишь с наступлением выздоровления. Выявленные изменения являются прогностическим критерием выздоровления больных, а также патогенетическим обоснованием для включения в комплексное лечение препаратов, являющихся донатором сульфидрильных групп.

**Донецкий национальный медицинский университет г.
Донецк, ДНР Кафедра социальной медицины, организации
здравоохранения и истории медицины
Зав. кафедрой, профессор. Агарков В.И.**

Ротарь Д.Г., Анайко Я.А., Данилова М.С.

**ИЗУЧЕНИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ
ЗА ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

Научный руководитель – проф. Грищенко С.В.

Актуальность: Известно, что уровень здоровья человека зависит от многих факторов: наследственных, социально-экономических, экологических, деятельности системы здравоохранения. Но, поданным ВОЗ, он лишь на 10-15% связан с последним фактором, на 15-20% обусловлен генетическими факторами, на 25% его определяют экологические условия и на 50-55% – условия и образ жизни человека. Таким образом, очевидно, что первостепенная роль в сохранении и формировании здоровья все же принадлежит самому человеку, его образу жизни, его ценностям, установкам, степени гармонизации внутреннего мира и отношений с окружением. К.В. Динейк говорит о том, что «...Быть здоровым – это естественное стремление человека», рассматривая в качестве главной задачи, стоящей перед человеком в отношении его здоровья, не лечение болезней, а творение здоровья.

Цель исследования: Сравнить медицинскую полноценность образа жизни студентов первого и шестого курсов ДонНМУ наличие и полноту здорового образа жизни с помощью социологической анкеты «Медицинская опросная анкета образа жизни пациента»

Материалы и методы: Анализ социологических анкет «Медицинская опросная анкета образа жизни пациента». Анкета содержит вопросы, которые дают возможность в полной мере раскрыть ключевую роль каждого параметра формулы здорового образа жизни человека, что позволяет провести медицинскую характеристику фактического образа жизни (ОЖ). Каждый вариант ответа на поставленный в анкете вопрос отражает степень выраженности данной характеристики образа жизни (ОЖ) студента. Выраженность характеристик образа жизни (ОЖ) определяется по степеням: высокая, средняя, удовлетворительная и нулевая. Анкета содержит 47 вопросов, которые охватывают все 12 параметров здорового образа жизни.

Результаты: Анализ результатов проведенного исследования позволяет расширить наши представления формирования здорового образа жизни. Было опрошено 56 студентов, в том числе 28 учащихся первых курсов, из которых 20 девушек, 8- юношей в возрасте от 17 до 26 лет и 28 учащихся шестых курсов (18 девушек и 10 юношей) возрастом от 21 до 26 лет. При оценке медицинского типа образа жизни у учащихся первого курса «медицинский неблагоприятный тип» отмечен у 5 студентов (17%), удовлетворительный тип у 23 студентов (82%), с нездоровым и здоровым типами образа жизни среди опрошенных студентов не выявлено. Проанализировав результаты анкетирования учащихся шестых курсов, необходимо констатировать, что здоровый образ жизни соблюдает один человек (3%), четверо ведут неблагоприятный образ жизни (14%) и 23 присущ удовлетворительный образ жизни (41%). Среди всех опрошенных лишь 21% учащихся стремится к продолжительной жизни и не имеет вредных привычек, 44% проводят эффективный отдых, 17% имеют хороший ночной сон. При оценке параметров приоритет отдается следующим Параметрам: Психологический, Личная гигиена, Гигиена одежды, которые наиболее близки к оптимуму. Интегральная оценка 12 параметров у студентов первого курса составляет 33,6, у шестого – 34,8.

Вывод: Сравнительный анализ медицинской полноценности образа жизни студентов первого и шестого курсов ДонНМУ показал, что она практически одинакова и достоверно не отличается в начале и в конце обучения в ВУЗе. В дальнейшем необходимо продолжить данные исследования с целью выявления конкретных факторов риска и антириска для здоровья учащихся высших медицинских учебных заведений.

Воробьев А.М.

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ

Научный руководитель – профессор Грищенко С.В.

Цель исследования. Анализ исторических сведений о хирургических инструментах прошлых веков. Изучение их вклада в медицину.

Материалы и методы. Проанализированы данные литературных источников и электронных ресурсов библиотеки университета.

История развития хирургических инструментов началась давно. О первых из них сохранилось очень мало сведений, мы знаем, что материалом для их создания были камень, кремний и обсидиан. Развитие инструментов проходило параллельно с развитием общества и его представлений о строении тела человека. Сохранились данные далеко не обо всех из них, но самые известные мы можем назвать и сейчас.

Извлекатель стрел (ArrowRemover) – 1500-е гг.

Не так много известно об этом инструменте, но считают, что он использовался для извлечения наконечников стрел. Вставлялся в рану в закрытом состоянии. Центральный стержень использовался для захвата наконечника стрелы. У лезвий заточка наружная, они использовались для расширения раны, когда зазубренный наконечник сложно было извлечь.

Экстрактор пуль (BulletExtractor) – 1500-е годы

Использовался для извлечения глубоко засевших пуль. Имел длинный острый винтовой наконечник, который вставлялся в рану. Вращением экстрактора винтовой конец навинчивался на мягкую пулю и потом извлекался из тела пациента.

Пила для ампутаций (AmputationSaw) – 1600-е гг.

Хирурги пытались удивить друг друга видом своих инструментов. О том, что углубления сложной чеканки являются идеальным местом для микробов, тогда не думали.

Нож для ампутаций (AmputationKnife) – 1700-е годы

в 18 -ом веке пользовались загнутыми ножами, чтобы сначала прорезать кожу и мышцы, и только потом распилить кость пилой. В 19-ом веке хирурги стали пользоваться привычными прямыми ножами, т.к. стали оставлять лоскут кожи, чтобы им потом закрыть рану.

Литотом (Lithotome) – 1740-1830 гг.

Использовался для удаления камней из мочевого пузыря. Внутри стержня находилось скрытое лезвие, которое выпускалось нажатием на ручку.

Кляп (MouthGag) – 1880-1910 гг.

Деревянный кляп ставился пациенту под наркозом. Винтовая форма – для того, чтобы проходил воздух, и человек не задохнулся во время операции.

Нож для обрезания (CircumcisionKnife) – 1770 г.

Нож, чтобы обрезать. Обрезание в то время использовалось во многих ритуальных действиях, но не все ножи выглядели так, как этот.

Трепанатор (Trepine) – 1800-е гг.

Предназначен для проделывания дыр в черепе. Работал по смешанному принципу дрели, штопора и пилы. Штырь в центре служил для начала сверления и впоследствии для удержания круглой пилы на месте, а также для медленного проникновения в черепную кость.

Компас Хиртца (HirtzCompass) – 1915 г.

Использовался для точного определения застрявших в теле пуль.

Выводы. Анализ показал, что хирургические инструменты прошлых веков стали хорошей основой для развития современной медицины. Некоторые из них имеют исключительные особенности, которые не утратили актуальность и в наше время.

Заика Д.В., Бугашев К.С.

ГРИПП А (H₁N₁)-КАЛИФОРНИЯ, КАК СОЦИАЛЬНО-ОПАСНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: ВЗГЛЯДЫ И ТОЛКОВАНИЯ

Научные руководители: доц. Доценко Т.М., главный врач горСЭС Ковалев В.Н.

Цель исследования: оценить различные точки зрения с позиций социальной опасности этого заболевания.

Материалы и методы: обобщены данные литературы, интернета по вопросу истории социальной и эпидемиологической опасности данного заболевания, вызванного вирусом гриппа А, в частности его штамма H₁N₁; оценены существующие точки зрения тяжести его течения и профилактики.

Результаты: это калифорнийский грипп; вирус, его вызывающий с точки зрения одних исследователей – не существует в природе, т.к. это вирус диких и домашних животных, называемый «свинным», другие точки зрения утверждают его опасность и для человека, как мутированного экземпляра вируса «свинного» гриппа, с точки зрения одних исследователей протекает легко, следовательно, не требует обязательной вакцинации, с точки зрения других – тяжело, являясь результатом повторных эпидемий, увеличивающих вирулентность вируса. В социальном плане по мнению исследований последних лет склонен к пандемиям, поражает все слои населения с преимуществом «молодежи» (19-29 лет), с потерей трудоспособности на достаточно длительный период времени.

Выводы: грипп А(H₁N₁) – социально опасен, поражая лиц молодого возраста с высокой частотой и длительностью временной утраты трудоспособности. Повторные эпидемии приводят к усилению вирулентности вируса, а значит необходимости обязательной вакцинации.

Золотухин А.С.

ОНИ СРАЖАЛИСЬ ЗА НАУКУ

Научный руководитель – асс. Бугашева Н. В.

Цель. Изучить препятствия, которые вставали на пути учёных и деятелей медицины.

Материалы и методы. Использовалась научная и художественная литература, материалы веб-сайтов.

Результаты. Когда смотришь на современное лицо медицины: огромные фармацевтические заводы, чистые лаборатории, многотомные энциклопедии и задумчивых людей в белых халатах, не сразу приходит мысль, что когда-то для многих великих учёных и первооткрывателей совершить прорыв значило вступить в сражение с глупостью и стереотипами общества. Учение Гарвея о кровообращении, антисептика Земмельвейса и Склифосовского вызвала бурю негодования у именитых деятелей того времени. Розалинд Франклин и Нетти Стивенс довелось узнать на себе всю суть «эффекта Матильды», когда достижения женщин-учёных присваивались их более прагматичными коллегами мужчинами. Средневековые инквизиторы забрали немало жизней естествоиспытателей, которые могли, так или иначе, поколебать священные догмы церкви. Кто-то был забыт, кто-то попал в царскую немилость. В работе рассказывается о жизненных трудностях учёных, которые пошли по пути медицины, наиболее тернистому из путей и не стали известными истории.

Выводы. Все учёные так или иначе сталкивались с трудностью доказать своё открытие.

Коробка Ю. Р., Козакова Д. С.

КОСМЕТОЛОГИЯ В ДРЕВНЕМ ЕГИПТЕ

Научный руководитель – доцент Грищенко И.И.

Цель исследования: изучить развитие косметологии в Древнем Египте. Оценить актуальность знаний древних египтян в наше время.

Материалы и методы: исторические статьи, учебник «История Медицины» Сорокина Т.С, художественная литература, интернет-ресурс.

Результаты. Косметология — не только любимая среди женщин, но и одна из древнейших наук. Археологические находки свидетельствуют о том, что первые кремы для кожи на основе жира животных появились еще в эпоху неолита. Ну а настоящими специалистами в области красоты и омоложения, а также совершенно уникальными процедурами и рецептами прославился Древний Египет. Именно в период его расцвета косметология получила бурное развитие и широкое распространение. Функцию косметологов в древнеегипетском обществе выполняли жрецы. Составы разрабатываемых ими средств для сокращения морщин, выведения угрей и бородавок, лечения волос и ногтей держались в строжайшем секрете и передавались от одних жрецов к другим и никому более. Социальный статус этих приближенных к богам людей был настолько высок, что им разрешалось даже ухаживать за телами фараонов — делать массажи, грязевые процедуры обертывания, маски для лица и тела.

Прародителями современных салонов были знаменитые египетские бани. Гигиенические процедуры там с успехом совмещались с ароматерапией, расслабляющим и улучшающим кожу массажем. Примечательно, что о распространённой проблеме нынешних женщин — целлюлите — знали уже тогда, и антицеллюлитный массаж с использованием особых масляных смесей широко применялся в Древнем Египте. Правда, доступен он был только египтянкам, занимающим высокое общественное положение.

Привилегированные сословия часто пользовались услугами специалистов по массажу головы, спины или стоп. Некоторые техники тех времен дошли и до нас: в подробном описании они сохранились на папирусах, найденных при раскопках. Можно сказать, это первые учебники по разным видам массажа. Эту процедуру нередко заканчивали масками для тела. Самыми распространёнными компонентами для них были природные глины, целебные грязи и растения.

Из засахаренного меда и алебастровой пудры древнеегипетские женщины готовили пилинг для кожи. Он очищал, отбеливал, отшелушивал и тонизировал эпидермис. Чтобы замедлить старение тела, некоторые отчаянные египтяне совершали омоложения кровью разных хищных животных, а из жира льва делали питающие маски для волос.

Выводы. Древнеегипетская цивилизация накопила массу полезных знаний во многих сферах жизни. Эти знания, в том числе в области косметологии, усвоили другие цивилизации, развившиеся после упадка Древнего Египта. Некоторые из этих знаний по-прежнему актуальны и с успехом используются даже в наши дни.

Мальцева О.В., Болотов А.А.

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ВОЙНЫ

Научные руководители: доц. Бутева Л.В., асс. Бугашева Н.В.

Цель исследования: оценка прогнозирования состояния здоровья детей в экстремальных условиях гражданской войны и экономической блокады.

Материалы и методы исследования: обобщены и проанализированы данные литературы об экстремальных ситуациях в условиях войн, природных и производственных катаклизмах, и оценить состояние здоровья детей в таких ситуациях, как наиболее уязвимого контингента.

Результаты исследования: приведены конкретные данные о заболеваемости и смертности детей в экстремальных ситуациях, и прежде всего, в условиях решения вооруженных конфликтов, решаемых развязыванием войн. Акцентировано внимание на гражданских войнах, создающих экстремальные условия именно для гражданского населения, в том числе детей. Проведена попытка прогнозирования здоровья детей Донбасса, прошедших и гражданскую войну 2014-2016гг., и ситуацию экономической блокады. В прогнозе рост тяжелых депрессий, нервно-психических заболеваний, угнетение иммунной системы с развитием риска высокой степени восприимчивости к патологии.

Вывод: самые тяжкие экстремальные условия создает война, развязываемая самим человеком, осознанно, в отличии от экстремальных ситуаций- последствий природных бедствий и производственных катастроф, в которых нет явных действий человека.

Махно В. С.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ТРАНСПОРТА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Научный руководитель – профессор Грищенко С.В.

Цель исследования. Провести теоретический анализ совершенствования карет скорой медицинской помощи.

Материалы и методы. Проанализирован исторический и учебный материал по истории медицины (56 источников литературы и интернет-ресурсов).

Результаты. Пусковым моментом к возникновению Скорой помощи был пожар Венского театра комической оперы, случившийся 8 декабря 1881 года. Происшествие имело грандиозные размеры, погибло 479 человек. Пострадавшие не могли получить никакой медицинской помощи, несмотря на то, что Вена обладала множеством хорошо оснащенных клиник. Очевидцем этой ужасной картины стал профессор-хирург Яромир Мунди, именно по его инициативе был создан первый Венский добровольческий спасательный отряд. В составе бригад работали врачи и студенты медицинских факультетов.

Интересно, что с первых дней работы Скорой сформировался тип бригады, который с небольшой «вариацией» дожил до наших дней – врач, фельдшер и санитар (водитель).

До появления карет Скорой помощи пострадавшие, которые обычно подбирались полицейскими, а иногда пожарными, доставлялись в приемные покои при полицейских домах. Необходимый медицинский осмотр отсутствовал, людям с тяжелыми телесными повреждениями часами не оказывали надлежащей медицинской помощи.

Вначале использовались «кареты» на конной тяге. Каждая карета была оснащена укладкой с медикаментами, инструментарием, перевязочным материалом и носилками. Право вызова Скорой помощи имели только официальные лица – полицейский, чиновник, ночной сторож и др. Позже Скорая помощь стала доступной всем нуждающимся.

На места вызовов, где не нужно было осуществлять перевозки пациентов, выезжали врачи на переоборудованных велосипедах, оснащенные всем необходимым для оказания помощи.

Появление автомобиля не могло пройти мимо соответствующей сферы человеческой деятельности. Уже на заре автомобилестроения появилась идея использования «самодвижущихся» колясок в медицинских целях. Первая карета Скорой помощи – электромобиль Columbia, этот автомобиль был приспособлен для перевозки лежащих больных.

Почему автомобили Скорой медицинской помощи называют «каретами»? Службы экстренной медицинской помощи стали возникать в крупных городах в конце XIX века, тогда же сконструировали специальные экипажи, оказывающие медицинскую помощь и перевозящие лежащих больных. Эти полностью закрытые повозки на конной тяге получили название «кареты скорой медицинской помощи». Вскоре они были заменены автомобилями, но словосочетание оказалось устойчивым.

Выводы. Ретроспективный анализ показал, что сама судьба послужила созданию Скорой медицинской помощи, призванной к безвозмездному оказанию медицинской помощи всем нуждающимся в ней.

Мельник А.В., Доценко Е.К.

«ВТОРИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ» КАК СОЦИАЛЬНО-ОПАСНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В УСЛОВИЯХ ВИЧ-ЭПИДЕМИИ

Научные руководители – доц. Бутева Л.В., зав. эпидотделом горСЭС Каленчук Н.В.

Цель исследования. Оценка ситуации по туберкулезу в целом и ее связи с ВИЧ-инфицированностью в конкретных социально-экономических условиях.

Материалы и методы. Охарактеризована социально-экономическая ситуация, как причина роста туберкулеза и ВИЧ-инфицированности. Применен метод корреляции для доказательства возможности связи между этими видами патологии; описаны особенности туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфицированностью.

Результаты. Доказана сильная и прямая связь между туберкулезом и ВИЧ-инфицированностью; охарактеризованы особенности его течения в таком сочетании и влияние на неблагоприятные статистики, доказывающей невозможность снижения туберкулеза в целом по причине роста такого сочетания.

Выводы. Дальнейшая направленность в динамике туберкулеза зависит от его своевременной диагностики как вторичной формы его выражения.

Новикова А. О., Ищенко И.Е.

ФИЛОСОФСКОЕ ОСМЫСЛЕНИЕ ЖИЗНИ В МИНИАТЮРАХ ВЫДАЮЩЕГОСЯ УЧЁНОГО, ВРАЧА, ПЕДАГОГА В. Н. КАЗАКОВА

Научный руководитель – доц. Грищенко И. И.

Цель исследования. Анализ философских проблем бытия через художественное осмысление действительности в произведениях В. Н. Казакова, изучение творческого пути известного учёного, врача, педагога как примера для последующих поколений.

Материалы и методы. Проанализированы миниатюры В. Н. Казакова – аллегорические произведения, которые касаются различных сфер нашей жизни и раскрывают многогранность сущности человека с его добродетелями и пороками. Использован описательный метод исследования, а также метод системного анализа материала.

Казаков Валерий Николаевич – ректор ДонНМУ им. М. Горького (1985–2010 гг.), Герой Украины, академик НАМН Украины, заслуженный деятель науки и техники Украины, доктор медицинских наук, профессор, крупнейший отечественный нейрофизиолог. Является автором 575 научных работ, среди которых 18 монографий, 4 учебника, 11 изобретений, 43 работы опубликованы за рубежом. Казаков В. Н. – один из основателей физиологической школы Донбасса. Под его руководством выполнено 7 докторских и 28 кандидатских диссертаций.

В плодотворной и многогранной научной, педагогической и общественной деятельности Валерию Николаевичу помогали его личные качества – мудрость, природный талант, любовь к науке, любовь к людям, целеустремленность, оптимизм, жизнелюбие, принципиальность и настойчивость.

Как известно, талантливый человек талантлив во всём. Так и выдающийся учёный В. Н. Казаков, который не мыслил своей жизни без искусства, литературы, философии. В книге "Неожиданные грани бытия" [1] он представил своё восприятие действительности во всей его многогранности в форме аллегорических миниатюр, которые соединили возвышенность мысли и красоту художественного слова.

Автору близок дух философских поисков, он размышляет о смысле жизни, о назначении и достоинстве человека, его пороках и добродетелях. Проанализировав миниатюры, мы выделили основные их тематические группы:

- 1) жизнь и смерть ("Смерть всё больше приобретает смысл прислужницы Жизни" [1, с. 31]);
- 2) власть и свобода ("Власть – это добровольное заточение, и оно тем сильнее, чем выше человек поднялся над другими людьми" [1, с. 32]);
- 3) образ внутренний и внешний ("Внешность бывает обманчива" [1, с. 59]);
- 4) сердце и разум ("Выбирать себе спутника жизни нужно, руководствуясь и велениями сердца, и доводами разума!" [1, с. 136]);
- 5) желания и возможности ("Я знаю, что ты должен меня убить, чтобы жить, но я также знаю, что ты не сможешь этого сделать" [1, с. 70]);
- 6) совесть ("Совесть – это лучший контролёр" [1, с. 16]);
- 7) целеустремлённость ("Преодоление себя – это, пожалуй, единственный путь к успеху!" [1, с. 58]) и др.

Результаты. Анализ показал, что литература обогащает и углубляет познание нами действительности, учит жить в гармонии, любить, верить, надеяться, быть успешным.

Выводы: Проанализировав произведения и изучив творческий путь известного врача и ученого В.Н. Казакова, мы сделали вывод о приоритетности гуманистического мировосприятия новым поколением студентов, как для профессионального, так и для морального роста.

Побержин Д.С., Куликов Д.

ДОСТИЖЕНИЯ ИЗВЕСТНЫХ ВЫПУСКНИКОВ ДОНЕЦКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. М. ГОРЬКОГО

Научный руководитель – проф. Агарков В.И.

Цель исследования. Анализ достижений известных выпускников Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького, изучение их вклада в медицину как мотивация к самосовершенствованию.

Материалы и методы. Проанализированы отчеты о деятельности университета, изучены сборники к юбилейным датам университета. Использован системный анализ исследования.

Результаты. За годы существования вуза подготовлено более 50 000 специалистов. Диплом об окончании ДонНМУ получили 2 057 иностранных граждан из 85 стран мира. Среди выпускников вуза много выдающихся врачей, научных работников, преподавателей, в том числе, получивших мировую известность.

Онищенко Геннадий Григорьевич — главный государственный санитарный врач РФ (1996—2013), состоял в Межведомственной комиссии по предотвращению поступления на внутренний рынок страны недоброкачественных потребительских товаров, а также в Правительственной комиссии по окружающей среде и природопользованию, был координатором от Российской Федерации по выполнению Программы неотложных мер государств-участников СНГ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД.

Бондарь Григорий Васильевич (1932-2014) – доктор медицинских наук (1972), профессор (1974), академик АМНУ (2002, член-корреспондент с 1994), генеральный директор Донецкого областного противоопухолевого центра, заведующий кафедрой Донецкого национального медицинского университета имени М. Горького, Герой Украины.

Кнышов Геннадий Васильевич (6 августа 1934 – 1 ноября 2015) – академик НАНУ, АМНУ, Российской академии медицинских наук, директор Института сердечно-сосудистой хирургии им. Н. Амосова (с 1988). Герой Украины.

Чайка Владимир Кириллович – доктор медицинских наук, член-корреспондент Национальной академии медицинских наук Украины (2003), заслуженный деятель науки и техники Украины (1993). Генеральный директор Донецкого регионального центра охраны материнства и детства, где под его руководством был создан первый на Донбассе центр экстракорпорального оплодотворения.

Фисталь Эмиль Яковлевич – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки и техники, лауреат Государственной премии Украины. В 2008 году стал первым в истории Украины лауреатом российской премии «Призвание», вручаемой лучшим врачам России; в настоящее время – руководитель Донецкого ожогового центра, директор Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, зав. каф. комбустиологии, пластической хирургии и урологии ФИПО университета.

Выводы. Анализ показал, что нам выпало стать преемниками замечательных традиций различных школ, развивающихся на базе Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, современниками великих Учителей, у нас есть возможность изучать их научное наследие и общаться с ними. Это дает предпосылки для успешного начала профессиональной деятельности и, конечно, обязывает соответствовать высокому званию выпускника Alma mater.

Радычук М. А.

ПОДВИГ ВО ИМЯ НАУКИ И ЖИЗНИ

Научный руководитель – асс. Бугашева Н. В.

Цель исследования. Изучить научные открытия, героизм и самоотверженность известных ученых, не пожалевших своей жизни для спасения людей.

Материалы и методы. Использовалась научная и художественная литература, материалы архивов музея истории медицины ДонНМУ им. М. Горького, материалы веб сайтов.

Результаты. «Светя другим, сгораю» — эти слова известный голландский медик Ван Тьюльп предложил сделать девизом врачей, а горящую свечу — их гербом, символом. Опыты врачей на самих себе — смертельно опасные и нередко кончавшиеся гибелью — всегда привлекали внимание, вызывали удивление и уважение. В нашей работе собраны сведения об опытах, которые проводили врачи разных наций в разных странах мира на себе, показана красота подвига. В работе описана жизнь некоторых ученых подаривших миру гениальные научные открытия: М. Петтер, А. Аграмонте, Д. Кэррол, Д. Ласеар, В. Рид, Р. Росс, Д. Батист Грасси и другие – все они отдали свое здоровье как дань науке во благо человечества.

Выводы. В истории открытий многие ученые, самоотверженные борцы за здоровье человека, вступали в смертельную схватку с заболеваниями, рискуя своим здоровьем, своей жизнью не по приказу, а по велению сердца. Таким образом спасли народы от тяжелых болезней и вымирания.

Скорород А.М., Шаповалов А.С.

СЕКРЕТ ЖИЗНЕННОГО УСПЕХА...

Научный руководитель – доц. Грищенко И. И.

Цель исследования. Проанализировать и выявить факторы, способствующие профессиональному совершенству и, в целом, жизненному успеху.

Материалы и методы. Проанализированы воспоминания профессора медицины Э. Я. Фисталя в автобиографической книге в 2-х томах: «Мои юбилеи». Использован системный метод анализа.

Результаты. Фисталь Эмиль Яковлевич – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки и техники, лауреат Государственной премии Украины. В 2008 году стал первым в истории Украины лауреатом российской премии «Призвание», вручаемой лучшим врачам России; в настоящее время – руководитель Донецкого ожогового центра, директор Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, зав. каф. комбустиологии, пластической хирургии и урологии ФИПО университета.

В студенческие годы «Миля» (для друзей – студентов) учился и работал, как и большинство студентов того времени, но при этом никогда не переставал радоваться жизни и не упускал возможности испытать себя в чем-то новом.

Еще будучи студентом, осознавал всю важность семейной жизни и влияние близких людей на становление личностных качеств и поддержание внутренней гармонии в тяжелых жизненных ситуациях.

Труд на протяжении жизни – по-видимому, главный фактор успеха в профессии. Но, как всем известно, одного желания быть хорошим специалистом мало. В жизнь и профессиональный рост Эмиля Яковлевича внесли свой вклад выдающиеся люди: В.К. Гусак, Р.В. Богославский, В.Д. Байда и многие другие...

Как следует из воспоминаний, Эмиль Яковлевич любил и отдыхать. Он несомненно является многогранной личностью, проявив себя не только в роли врача и семьянина, но и в художественной и

поэтической деятельности, написав немало прекрасных поэтических посвящений, таких как: «Хатынь», «Луна», «В.К. Гусаку десять лет спустя». Любимому виду спорта он посвятил такие строки:

«Нет жизни без движенья,
Не исключён и фол.
Прожить без пораженья
Поможет нам...»

Э.Я. Фисталь, имея внутренний стержень, достойно преодолевал все жизненные трудности, преподнесённые судьбой, только закалявшие и совершенствовавшие его.

«Мои юбилеи» напоминают истину: «...у желания есть тысячи возможностей, а нежелание имеет тысячу причин».

Можно сделать парадоксальный вывод, что жизненный успех – это как в молодости любить жизнь, любоваться ею, преодолев бесчисленное множество препятствий и вызовов.

Выводы. Факторами, способствовавшими профессиональному и жизненному успеху являются и правильно понятое призвание – помогать людям, и разносторонние интересы, и приверженность семейным ценностям, и любовь к своей родине и ее людям.

Харченко А.В., Бугашев К.С.

МАЛЯРИЯ, КАК СОЦИАЛЬНО-ОПАСНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ ДОНБАССА

Научные руководители: доц. Доценко Т.М., зав. эпидотделом республиканской СЭС – Агаркова Л.Д.,

Цель исследования: оценить риск возможного роста распространенности малярии в экстремальных условиях гражданской войны в Донбассе.

Материалы и методы: обобщены данные литературы и отчетов санэпидслужбы региона о состоянии малярии в довоенный период времени, и возможность ее распространения, связанного с факторами военного времени.

Результаты исследования: основные риски распространения малярии в период военных действий, экономической блокады, их результатов, в т.ч. и отдаленных последствий, связаны с невозможностью санэпидслужбой проводить гидротехнические и дезинфекционные мероприятия, направленные на уничтожение источника и путей передачи, в т.ч. гемотрансфузионного и шприцевого.

Вывод: для недопущения риска возможности распространения этого тяжелого заболевания необходимо снятие социально-экономической блокады, что обеспечит возможность для санэпидслужбы проводить обеззараживание водоемов со стоячей водой, а учреждениям здравоохранения осуществлять в жестком режиме исследования донорской крови.

Шевченко Е.С., Кузнецова Ю.О.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСТВА

Научный руководитель – доц. Лихобабина О.А.

Цель исследования. Изучить историю развития акушерства с древних времен до наших дней. **Материал и методы.** Использовалась научная и художественная литература, материалы архивов музея истории медицины ДонНМУ им. М.Горького, МГМУ им. Сеченова, веб сайтов.

Результаты. Акушерство – древняя область медицины. Даже на ранних этапах развития человек понимал необходимость оказания помощи своим соплеменникам, особенно женщинам и их будущему потомству. В работе описана история родовспоможения с древних времен и по настоящее время. Искусство родовспоможения или акушерство имеет древние истоки. Еще со времен первобытнообщинного строя известны случаи помощи рожавшей женщине. Пройдя сквозь века, умение помочь страдающей в родах в наши дни практически дошло до совершенства.

Выводы. Акушер-гинеколог – очень важный врач, особенно в наше время. Мало кто из женщин задумывается о своём здоровье перед тем, как зачать ребёнка, поэтому так высока доля рождения детей с различными патологиями. И только акушер-гинеколог может помочь женщинам, которые хотят иметь здоровое поколение. Хочется надеяться, что акушерство будет развиваться в будущем и все достижения данной медицинской отрасли сохранят жизни многим тысячам детей и их матерям. Я надеюсь, что те, кто сейчас только приступили к освоению акушерской профессии, впишут свои имена в историю развития акушерства XXI в. и достигнут больших успехов в охране здоровья матери и ребенка.

**Донецкий национальный медицинский университет г. Донецк,
ДНР Кафедра физического воспитания
Зав. кафедрой – доцент Добровольская Н.А.**

Белецкий В.С.

ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Научный руководитель – доцент Добровольская Н.А.

Актуальность. Общественно-политическая жизни Донецкой Народной Республики требуют коренной перестройки процесса воспитания студентов, что во многом обусловлено значительным ухудшением здоровья молодёжи. При этом здоровье следует рассматривать как широкое социально-биологическое понятие, включающее не только нормальную структуру и функцию различных органов и систем, но и уровень развития функциональных резервов. Для достижения этой цели занятия по физическому воспитанию должны не только повышать физическую подготовленность студентов, иметь оздоровительный характер, но и формировать личностные качества молодёжи.

Цель исследования заключается в теоретико-методическом определении особенностей формирования личности студентов средствами физической воспитания.

Методы и организация исследования: теоретический – анализ научно-методической, педагогической литературы с целью выявления состояния исследуемой проблемы, эмпирический – наблюдение за учебным процессом студентов на занятиях физической культуры.

Результаты исследования. Физическое воспитание как составная часть общей системы образования в учебно-воспитательной сфере молодежи имеет комплексный подход к формированию мыслительных и двигательных качеств личности, способствует совершенствованию физической и психической подготовленности к активной жизни и профессиональной деятельности.

Феномен «личности» всегда находился в центре внимания многих наук. Личность не рождается, но возникает в результате культурного и социального развития. Важными средствами для всестороннего развития студентов являются физические упражнения. Во время занятий физической активностью становится очевидным, что действие (например, элемент упражнения) в период усвоения и совершенствования требует контроля сознания. При этом развивается двигательная память, мышление, воля, способность к саморегуляции психических состояний, организованность. Двигательная деятельность активизирует нравственное развитие студента, прежде всего, она способствует формированию положительных, личностных качеств. В сложных действиях проявляются и совершенствуются волевые качества – преодоление препятствий для достижения цели. Поэтому в процессе физического воспитания необходимым условием для формирования волевых качеств, является выполнение каждого физического упражнения с преодолением пассивных трудностей и барьеров. Дисциплина – это определенный порядок поведения, который соответствует нормам и требованиям, которые сформировались. Роль дисциплины на занятиях физическим воспитанием сводится: к предупреждению травматизма, повышению плотности занятия, к повышению успеваемости благодаря лучшему усвоению учебного материала. Эффективность усвоения учебного материала во многом зависит от уровня развития эмоциональной сферы учащихся. Особенно важно в процессе индивидуальной работы привлекать их к созданию эмоциональных ситуаций, с которыми они не часто встречаются в процессе обучения.

Выводы. Анализ литературных источников по данной проблеме позволяет сделать вывод, что нынешняя система образования способна обеспечить не только надлежащее физическое совершенствование молодого поколения, сохранить и приумножить его здоровье как высшую ценность личности, но и совершенствовать личность студента средствами физической культуры.

Вакуленко Н.Д.

ВЛИЯНИЕ ДЫХАНИЯ И МЕДИТАЦИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТА

Научный руководитель – доцент к.б.н. Ясько Г.В.

Цель исследования – привлечение внимания к роли дыхания в учебном процессе, а также расширение его возможностей с помощью медитации.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ отечественной, зарубежной литературы и электронных носителей.

Результаты и их обсуждение. Дыхание является неотъемлемой частью нашей жизни и способно непосредственно влиять на формирование мыслей и эмоций. Медитация, основанная на практике йоги, является ключом к управлению дыханием. При занятиях йогой, как верят практикующие йоги, развиваются такие способности или, как их называют сами йоги, сиддхи: 1) пратт – способность получать все, что угодно – помогает в достижении лучших результатов в ведении переговоров, 2) пракамья – непреклонная воля; 3) ишитва – преимущество над другими, 4) вашитва – способность удерживать окружающих под своим контролем.

Согласно учению йоги, практическое изучение хатха-йоги наделяет человека идеальным здоровьем, увеличивает жизнь и дает новые силы и способности, которыми обычный человек не обладает. Хатха-йога

готовит физическое тело человека к перенесению всех трудностей, связанных с функционированием в нем высших психических сил – высшего сознания, воли, интенсивных эмоций и т. п. Эти силы у обычного человека не функционируют, но именно они способствуют улучшению способностей у человека. Перечисленные качества и их развитие вызывают большое напряжение и давление на физическое тело. Если оно не подготовлено особыми упражнениями, как это бывает в его обычном нездоровом состоянии, оно не сможет выдержать такое давление и не справится с напряженной работой органов восприятия и сознания, которая неизбежно связана с развитием физиологических способностей. Человек, практикующий йогу, учится управлять дыханием, кровообращением и нервной энергией. Обучаясь владеть своим телом, человек в то же время учится владеть своей ментальной сферой. Среди методов улучшения здоровья и физического состояния организма, которые предлагает хатха-йога, следует упомянуть пранаяму, которая означает технику правильного дыхания. С помощью пранаямы человек может развить и усилить способности концентрироваться, воспитать силу воли, моральные качества, самоконтроль и улучшить эффективность труда. Такой благотворный эффект достигается еще и за счет того, что при практике дыхания устанавливается равновесие и порядок между целебными положительными и отрицательными потоками.

Медитация – это сложный нейрокогнитивный процесс, меняющий биоэлектрическую активность, центральную и вегетативную, нервную систему человека, что соответственно отражается на психическом уровне. По мнению зарубежных и отечественных исследователей, регулярные медитации формируют иной характер физиологического функционирования человека. Те, кто практикуют медитацию, приобретают сниженный невротизм, психотизм и депрессивность, демонстрируют меньшую личностную тревожность и лучшие способности в определении и выражении эмоций, а также имеют дополнительные навыки контроля внимания, используемые для изменения объема поступающей информации, например, для снижения захвата образов, вызывающих сильные отрицательные эмоции.

Вывод. Правильное дыхание и медитация способствуют расслаблению сознания, освобождению от тревог, стрессов и ненужных мыслей, что является неоценимым подспорьем в жизни студента.

Гиллер Д.И.

РОЛЬ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ПОВЫШЕНИИ

Научный руководитель – доц. Добровольская Н.А.

Актуальность. Основная задача физического воспитания состоит в физическом совершенствовании студентов средствами физической культуры и спорта, улучшении их психофизического и функционального состояния, восстановлении оптимального состояния студентов после значительных умственных нагрузок, тщательной дозировки их физической нагрузки.

Цель исследования – раскрыть и описать использование инновационных технологий в физическом воспитании студентов ДонНМУ.

Методы и организация исследования: – инновационные технологии в физическом воспитании студентов ДонНМУ.

Результаты исследования. Причиной резкого снижения здоровья студенческой молодежи является, прежде всего, интенсивная образовательная деятельность, богатая высокими умственными нагрузками и нервно-эмоциональным напряжением. Причем это напряжение имеет прогрессирующую направленность в связи с растущим потоком информации и компьютеризации обучения. Физическое воспитание, являясь составной частью процесса получения высшего образования одновременно направлено на решение проблемы улучшения состояния здоровья студентов. Реализовать позитивный потенциал двигательной активности студенческой молодежи наиболее целесообразно средствами инновационных технологий физической культуры. Наиболее востребованными видами инновационных технологий является аэробика, пилатес, йога, калланетика, танцы, аквааэробика и другие. Инновационные технологии коррелируют с заинтересованностью студенческой молодежи в самосовершенствовании, ростом интеллектуальности и духовности, что невозможно без повышения уровня физической культуры.

Современные специалисты в области физической культуры и спорта: выделяют такие разновидности оздоровительной аэробики: *степ-аэробика* – выполняются упражнения на специальной платформе с регулируемой высотой подъема; *слайд-аэробика* – упражнения выполняются на специальной дорожке, позволяет имитировать скольжение конькобежцев; *фитбол* – занятия с использованием большого специального мяча, на котором выполняются упражнения сидя и лежа; *аэробоксинг, тай-бо* – разновидность занятий аэробикой с элементами бокса и его восточных разновидностей; *аква-аэробика* – занятия, проводимые в воде (бассейне) различной глубины; *силовая аэробика* – занятие, в котором для разогрева используются танцевальные аэробные упражнения; *пилатес* – метод совершенствования тела, который направленный на растяжение и укрепление мышц, улучшение их тонуса, исправления осанки, повышение уровня развития гибкости, чувства равновесия; *йога* – одна из центральных задач йоги – достижение умственного и физического равновесия, релаксация, контроль над стрессом и тревожностью; *стрейчинг* – это система физических упражнений, направленная на растяжение мышц. Среди широкого разнообразия инновационных средств физического воспитания привлекает внимание степ-аэробика, которая доступна при различных нозологических заболеваниях и очень популярна среди студенческой молодежи.

Выводы. Таким образом, внедрение инноваций в организации учебно-воспитательного процесса по физическому воспитанию позволяет изменить отношение студенческой молодежи к собственному здоровью. Привлечение студентов к занятиям благодаря современным технологиям может не только повысить эффективность учебного процесса, но и усилит мотивацию к занятиям по физическому воспитанию, желание вести здоровый образ жизни, физически развиваться и совершенствоваться.

Загумённый К.Р.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ СПОРТА И НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОЦЕССОВ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ НАБОРЕ МЫШЕЧНОЙ МАССЫ

Научный руководитель – доцент к.б.н. Ясько Г.В.

Цель работы. Рассмотреть процессы, происходящие в организме человека при наборе мышечной массы во время занятий различными видами спорта.

Материалы и методы. Сравнительный анализ набора мышечной массы в различных видах спорта.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ процессов прироста мышечной массы у трёх групп студентов: занимающихся бодибилдингом, бадминтоном и общей физической подготовкой. В группе занимающихся бодибилдингом было 13 человек, бадминтоном-15 человек, и группа ОФП(общей физической подготовки) -13 человек. Исследования проводились на протяжении четырёх месяцев (одного семестра) с периодичностью двух занятий в неделю. Анализ исследований показал, что в группе занимающихся бодибилдингом прирост мышечной массы в среднем составил 5,2кг, в группе занимающихся ОФП прирост в среднем составил 1,6кг, а в группе занимающихся бадминтоном прироста мышечной массы не выявлено.

Тренировка с отягощениями – процесс, предусматривающий занятия с внешним сопротивлением для улучшения функциональных характеристик скелетных мышц, внешнего вида и сочетания этих двух факторов. Сама по себе тренировка с отягощениями не вызывает роста мышц. Тренировочная нагрузка, вызывающая утомление, стимулирует физиологические механизмы, ответственные за увеличение массы мышц. Рост мышц от тренировки с отягощениями происходит в результате увеличения количества и толщины мышечных волокон, объёма жидкости в саркоплазме мышечных клеток. Понимание процесса адаптации мышечной системы к воздействию тренировки с отягощениями может помочь определить лучший метод тренировки для максимального роста мышц у занимающихся. Недостаточно просто поднимать веса с высоким количеством повторений, так как это не приводит к мышечному отказу. Организм очень эффективно сохраняет и использует энергию, поэтому если повторять упражнения с неизменной нагрузкой, то это может ограничить величину механического и метаболического стресса для мышц и минимизировать результаты тренировки. Как указывают ведущие специалисты, способность к приросту мышечной массы и увеличению сухой массы мышц зависит от различных переменных, включая пол, возраст, опыт тренировок с отягощением, генетику, сон, питание и потребление жидкости. Эмоциональные и физические стрессоры, каждый из которых также может оказывать воздействие на адаптацию физиологических систем в тренировке с отягощениями и могут влиять на способность увеличивать массу.

Для стимуляции роста мышц необходимо так подбирать тренировочные переменные, чтобы произвести механическую нагрузку на мышечные ткани, а также создать значительный метаболический запрос.

Виды спорта, в которых не задействованы силовые упражнения с отягощениями не приводят к существенному приросту мышечной массы и, как следствие, к приросту силовых показателей спортсменов.

Выводы. Среди множества различных видов спорта наиболее эффективными при наборе мышечной массы являются силовые. Научные обоснования физиологичности этого процесса изучены и могут быть рекомендованы в тренировочном процессе и занятиях физической культурой студентов.

Мельник А.В.

ИЗУЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА ПРИВИВКУ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Научный руководитель –Аматуни Н.А.

Цель работы – разработка метода прогнозирования появлений аллергических реакций у детей на введение вакцин и предложение рекомендаций для профилактики аллергических осложнений во время плановой иммунизации

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской и научной литературы, предыдущего календаря прививок Украины, разработана анкета, проведен метод цитолиза лейкоцитов

Результаты. Территория Донецкой Народной Республики относится к кризисному региону, население которого все чаще и сильнее испытывает на себе экологический прессинг неблагоприятных факторов окружающей среды – промышленных выбросов и загрязнения питьевой воды. Действие этих неблагоприятных факторов, а так же современные синтетические химические соединения типа моющих средств отрицательно влияет на состояние здоровья и иммунитета человека. Экологическое неблагополучие окружающей среды Донбасса проявляется ростом аллергических заболеваний среди детей и подростков. Это, в свою очередь, может способствовать росту различных патологических реакций при проведении плановой иммунопрофилактики детям и подросткам. По данным литературы, ежегодно до 10 % детей и подростков,

подлежащих плановой иммунизации, остаются не привитыми из-за отказа их родителей. Это снижает иммунную прослойку среди населения страны и создает предпосылки для активизации эпидемического процесса таких инфекционных заболеваний, как полиомиелит, корь, дифтерия и столбняк, которые благодаря проведению массовой иммунизации ранее были ликвидированы или доведены до единичных случаев заболевания. У подростков в 18-ти летнем возрасте проводятся плановые прививки против дифтерии и столбняка, которые являются обязательными в соответствии с календарем прививок. Для вакцинации применяется АДС-м анатоксин. После введения этого анатоксина у подростков возможны аллергические реакции вследствие токсического действия на структуры и функции клеточной мембраны стабилизатора (мертиолята), адъюванта (гидроокиси алюминия) или других компонентов вакцины. Было проведено анкетирование, по результатам которого были сделаны две группы подростков с кожными проявлениями аллергии и контрольная группа. На втором этапе исследования у подростков обеих групп были отобраны образцы крови, в которой исследовали количество лейкоцитов, их способность к цитолизу, процент эозинофилов. Проведение перед прививками в лабораторных условиях теста на цитолиз лейкоцитов с добавлением химических веществ позволяет прогнозировать у них вероятность негативных последствий после введения вакцины. На втором этапе исследования подросткам с проявлениями аллергии и подросткам контрольной группы был предложен комплекс физических упражнений на развитие гибкости тела, что благотворно повлияло на лимфатическую систему.

Выводы. Реакции после проведенной прививки у подростков чаще всего имеют аллергическую природу. Применение метода проверки стабильности клеточных мембран, путем цитолиза лейкоцитов крови с добавлением позволило выявить группу подростков с высоким возможным риском реакции на прививку. Комплекс упражнений на улучшение гибкости тела благодаря улучшению качества лимфоотока, предположительно, может уменьшить этот риск.

Неуен Хионг Чанг, Холодова Е.С.

ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ КАК СРЕДСТВО ОПТИМИЗАЦИИ ДВИЖЕНИЙ УЧАЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Научный руководитель – доц. к.б. н. Ясько Г.В.

Цель работы – создание условий, способствующих обогащению и расширению двигательного опыта обучающихся через использование разнообразных видов физических упражнений, для оптимального уровня физической активности.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ отечественной, зарубежной литературы и электронных носителей.

Результаты и их обсуждение. Под понятием «умственная отсталость» объединены многочисленные и разнообразные формы патологии, различающиеся по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям, времени возникновения и особенностям протекания. Общий объединяющий их признак состоит в недоразвитии познавательной сферы, абстрактного мышления, процессов обобщения в сочетании с инертностью, психических процессов.

Память характеризуется слабым развитием и низким уровнем запоминания, сохранения, воспроизведения. Особенно затруднено осмысленное запоминание. То, что удерживается механической памятью, тоже быстро забывается. Это касается как словесного материала, так и движения, вызвавшие интерес. Анализ распространенности сопутствующих дефектов развития среди умственно отсталых школьников различного возраста указывает на то, что значительная часть физкультурных занятий должна содержать упражнения, направленные на коррекцию нарушений опорно-двигательного аппарата (ОДА). Примерно для 13% учащихся следует организовать занятия, направленные на коррекцию нарушений зрения.

Нарушения в развитии двигательных способностей:

1) нарушение координационных способностей – точности движений в пространстве; координации движений; ритма движений; дифференцировки мышечных усилий; пространственной ориентировки;

2) отставания от здоровых сверстников в развитии физических качеств – силы основных групп мышц рук, ног, спины, живота на 15-30%; быстроты реакции, частоты движений рук, ног, скорости одиночного движения на 10-15%; Сознательное и активное отношение к занятиям, соблюдение порядка выполнения упражнений и правил поведения в коллективе, участие в командных играх и соревнованиях способствуют воспитанию дисциплины, взаимопомощи, взаимоподдержки, чувства коллективизма, чувства чести и долга, развитию инициативности. При систематических занятиях физическими упражнениями воспитываются организованность, аккуратность, подтянутость, рациональная осанка, красивая походка, соблюдение правил личной и общественной гигиены, установленных норм поведения. Ценность упражнений в способности управления движениями заключается в том, что они побуждают учеников к активной умственной деятельности: они должны четко воспринимать как сами движения, так и результаты движений, устанавливать причинно-следственные связи между характером движения и его результатом, на основе всего вносить соответствующие коррективы для совершенствования последующих движений. Это содействует не только развитию функции двигательного аппарата, но и совершенствует нервно-психические процессы, при помощи которых осуществляется целесообразная организация двигательных действий у детей с нарушениями интеллекта. Многократно повторяемые физические упражнения с соблюдением правильной дозировки и методической

последовательности приводят к совершенствованию форм и функций организма человека, укрепляют здоровье, формируют и совершенствуют двигательные навыки, содействуют духовному развитию. Физическая культура и спорт вносят свой вклад в формирование всесторонне развитой личности.

Плескач Е.А.

ВЛИЯНИЕ РЕГУЛЯРНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА СЕКРЕЦИЮ СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА

Научный руководитель – доц. к.б.н. Ясько Г.В.

Цель работы. Проанализировать эффект физической нагрузки на секрецию соматотропного гормона.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ отечественной, зарубежной литературы и электронных носителей.

Результаты и их обсуждение. Препараты гормона роста в конце 20в. широко применялись не только в медицине, но и в спорте. Это было связано с его способностью к увеличению мышечной массы и снижению жировой прослойки при активных занятиях. В большинстве своём, гормон роста применяется спортсменами-бодибилдерами, которые комбинируют его с другими анаболическими препаратами. Последние исследования доказывают, что соматотропин оказывает действие также на некоторые структуры центральной нервной системы.

Гормон роста (соматотропный гормон, СТГ, соматотропин) – один из гормонов передней доли гипофиза.

Действие соматотропина на органы и ткани:

Анаболическое и анти-катаболическое действие;

Способствует снижению отложения подкожного жира;

Увеличение соотношения мышечной массы к жировой.

У человека после 20 лет выработка гормона роста снижается и каждые 10 лет его количество уменьшается примерно на 15%. Уровень гормона роста одинаковый у мужчин и у женщин.

Стимуляторы секреции гормона

роста: Физические упражнения;

Потребление определенных аминокислот (аргинин, орнитин, лизин, глутамин);

Сон (т.к. во сне секреция СТГ самая высокая).

Рассмотрим физическую нагрузку, как один из стимуляторов выделения СТГ в кровь. В одном из последних исследований Кремер, Химер и Нипдл изучали влияние интенсивной силовой тренировки (т. е. 6 подходов приседаний с нагрузкой 10 ПМ с интервалом для отдыха 2 мин) на уровень СТГ до и после 6 месяцев периодизированной силовой тренировки у молодых здоровых женщин. Результаты этого исследования показывают, что после 6 месяцев регулярных занятий силовыми упражнениями наблюдается заметное повышение уровня СТГ. Эти результаты свидетельствуют о том, что одним из положительных эффектов продолжительных регулярных занятий силовой тренировкой является увеличение биологической активности соматотропного гормона в кровеносной системе. Это новое открытие, возможно, представляет собой один из механизмов, которые обеспечивают благотворное влияние силовой тренировки на скелетно-мышечную систему. Следовательно, можно сказать, что концентрация СТГ в плазме крови в значительной степени определяется продолжительностью и интенсивностью тренировочных занятий. Некоторые исследования показали, что гормон роста может преодолевать гемато-энцефалический барьер и вырабатывается также в гиппокампе. Гиппокамп играет ключевую роль в механизме памяти, а также формировании эмоций и обучения. Можно предположить, что соматотропин улучшает память и познавательные функции.

Выводы. Итак, если стимулировать секрецию СТГ регулярными физическими нагрузками, правильным питанием и полноценным сном, будем наблюдать общее омоложение организма, снижение объема жировых клеток, увеличение мышечной массы и также улучшение когнитивных процессов организма

Темкина В.В., Храброва К.Н.

РЕГУЛИРОВКА МАССЫ ТЕЛА В ПРОЦЕССЕ СПОРТИВНОЙ ТРЕНИРОВКИ

Научный руководитель – Нескреба Т.А.

Регулирование веса тела имеет немаловажное значение для спортивной практики. Естественно, что в первую очередь эта проблема привлекает внимание спортсменов, участвующих в соревнованиях с регламентированными правилами весовым режимом (борьба, бокс, тяжелая атлетика).

Регулирование веса тела позволяет в известной степени влиять на конституциональные особенности спортсменов.

Цель исследования. Изучить необходимость регулирования массы тела спортсмена.

Известно, что абсолютная сила спортсменов одинаковой тренированности тем больше, чем больше собственный вес атлетов. Увеличение абсолютной силы более характерно для борцов и штангистов тяжелого веса и метателей.

Одним из наиболее простых способов увеличения относительной силы может быть снижение веса тела. Однако такой путь не всегда приводит к желаемому результату.

Длительное ограничение питания и приема жидкости, форсированная сгонка веса снижают эффективность тренировочного процесса и ухудшают работоспособность. Это противопоказано для юношей.

Материалы и методы. Комплексная методика регулирования и сгонки массы тела. Как уже упоминалось, сгонка веса — это комплекс методов, включающий в себя современную систему спортивной тренировки в избранном виде спорта, рациональную диету с постепенным уменьшением объема и калорийности пищевых продуктов и ограничением жидкости, тепловые процедуры, использование психологических методов и медикаментозной терапии и т. д.

Результаты. Каждый спортсмен должен регулярно контролировать свой вес, взвешиваясь обнаженным в утренние часы натощак (предварительно освободив кишечник). Взвешиваться следует также после каждой тренировки. В условиях учебно-тренировочного лагерного сбора обязательной является также запись веса после утренних физических упражнений (зарядки) и перед отходом ко сну.

Многолетние наблюдения за спортсменами высокого класса показали, что в состоянии спортивной формы всегда бывает определенный, оптимальный, вес тела.

Таким образом, физиологические колебания веса тела у тренированных спортсменов в процессе повседневной спортивной деятельности ограничиваются 0,5—1,5 кг. Этот диапазон изменений веса тела у взрослых спортсменов считается нормальным. Он связан только (при одинаковом объеме и калорийности питания) с особенностями использования физических упражнений.

Выводы. При регулировании массы тела спортсмена применяются не один только метод — изменение объема и калорийности питания при ограничении жидкости. И в этом случае нельзя обойтись без рационализации тренировочного процесса и других факторов. Многолетние наблюдения за спортсменами высокого класса показали, что в состоянии спортивной формы всегда бывает определенный, оптимальный, вес тела. Таким образом, физиологические колебания веса тела у тренированных спортсменов в процессе повседневной спортивной деятельности ограничиваются 0,5—1,5 кг.

Донецкий национальный медицинский университет г. Донецк, ДНР Кафедра безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф Зав. кафедрой — доц. В.Ш.Мамедов

Грищенко И.С.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНКАПАСИТАНТОВ ПЕРЕД ДРУГИМИ БОЕВЫМИ ОТРАВЛЯЮЩИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Научный руководитель — асс. Л.И.Стречный

Цель исследования. Рассмотреть характеристики инкапаситантов и оценить перспективы их использования в наше время.

Материалы и методы. Проанализирована опубликованная отечественная и зарубежная литература, “Конвенция о запрещении разработки, производства, накопления и применения химического оружия и его уничтожении 1993 г.”. Использован системный анализ исследования.

Результаты. Инкапаситантами называются отравляющие вещества, временно выводящие живую силу из строя. Эти вещества не вошли в состав химического оружия по его определению, данному в тексте химической конвенции 1993 года. В настоящее время они применяются в военное и мирное время, в том числе правоохранительными органами для борьбы с беспорядками.

Инкапаситанты имеют ряд преимуществ перед другими боевыми отравляющими веществами. В отличие от веществ смертельного действия, выводящие из строя дозы инкапаситантов в сотни раз ниже их летальных доз — тысячные и миллионные доли грамма. Этим обуславливается их вторая особенность — они абсолютно незаметны не только для человеческих анализаторов, но и для большинства тестов на химическое заражение.

Третья их особенность — очень большое значение фактора безопасности — отношение смертельной концентрации к боевой (применяемой), что почти исключает развитие смертельных исходов при отравлениях.

К инкапаситантам относят ирританты, эметики, наркотические анальгетики, биорегуляторы.

С помощью ирритантов возможно вызвать длительные болевые ощущения и ожоги кожи, глаз, полости рта и верхних дыхательных путей. А при использовании новейших ирритантов, может происходить попадание агента через фильтр противогаза и вызванное им раздражение дыхательных путей сделает невозможным дальнейшее пребывание в противогазе, в силу чего пострадавший будет вынужден подставить себя под воздействие в сотни тысяч раз более высоких концентраций ирританта в окружающей атмосфере.

Группу эметиков, обладающих сильным рвотным действием, образуют синтетические вещества и токсины. Среди синтетических эметиков угрозу военного применения могут представлять производные апоморфина и некоторые полициклические азотсодержащие соединения. Наиболее известным природным эметиком является стафилококковый энтеротоксин В.

Группу наркотических анальгетиков образуют производные морфина и фентанила, обладающие обездвиживающим действием.

Воздействие биорегуляторами (в большинстве случаев – гормонами) также имеет серьезные последствия. Под их контролем находятся психическое состояние, настроение и эмоции, ощущение и восприятие, умственные способности, температура тела и кровяное давление, рост и регенерация тканей, и при дисбалансе биорегуляторов наступают расстройства, приводящие к потере работоспособности и здоровья.

Выводы. Таким образом, инкапаситанты имеют множество преимуществ в использовании перед другими видами боевых отравляющих веществ. Инкапаситанты не попали под действие конвенции о запрещении химического оружия, не прекращаются работы по их усовершенствованию и открытию новых видов. Многообразие принятых на вооружение отравляющих веществ, отличающихся друг от друга физико-химическими свойствами, характером токсического действия и уровнями токсичности, существенно осложняет создание средств противохимической защиты, особенно антидотных препаратов, систем индикации и оповещения.

Данилова М.С., Оброчная А.Г., Ротарь Д.Г., Анайко Я.А.

ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Научный руководитель – асс. Л.И.Стречный

Цель. Рассмотрение комплекса мер по применению средств индивидуальной защиты.

Материалы и методы. Анализ литературы, посвященной изучению данной проблемы.

Результаты. Все средства индивидуальной защиты предназначены для защиты от попадания внутрь организма через органы дыхания, на кожные покровы и слизистые оболочки тела, на обмундирование и одежду. К средствам защиты органов дыхания относятся противогазы, респираторы, изолирующие дыхательные аппараты, часто называемые изолирующими противогазами, комплект дополнительного патрона. Фильтрующие противогазы предназначены для защиты органов дыхания, зрения и кожи лица личного состава от отравляющих и высокотоксичных веществ, радиоактивных веществ и биологических средств, а также для уменьшения интенсивности поражения световым излучением ядерных взрывов. Шлем-маски фильтрующих противогазов защищают человека по капельно-жидким ОВ в течение 6-10 часов, а отравляющие вещества, находящиеся в парообразном состоянии, также как радиоактивные вещества и биологические средства, через резину лицевой части в боевых условиях не проникают. В то же время, лицевые части общевоинских противогазов обладают низкими термозащитными свойствами, поэтому для защиты от светового излучения ядерного взрыва их необходимо использовать совместно со средствами индивидуальной защиты кожи. Кроме того, в условиях применения ядерного оружия поверх противогаза необходимо надевать защитные очки ОФ или ОПФ. Время надевания противогаза в зараженной отравляющими и высокотоксичными веществами, радиоактивными веществами или биологическими средствами атмосфере не должно превышать 10 с. Респираторы предназначены для защиты органов дыхания от аэрозолей радиоактивных веществ и биологических средств. Респираторы не защищают от паров ОВТВ и газов и не обогащают вдыхаемый воздух кислородом, в связи с чем их можно использовать только в атмосфере, свободной от ОВТВ и содержащей не менее 17 % кислорода. Изолирующие дыхательные аппараты предназначены для защиты органов дыхания, лица и глаз при наличии во внешней среде ОВТВ, которые не задерживаются фильтрующим противогазом, при полном отсутствии или недостатке кислорода в воздухе, а также при работах в очагах химического поражения в условиях высоких концентраций паров и плотностей заражения любых ОВТВ. Защитные свойства изолирующих дыхательных аппаратов не зависят от природы отравляющих и высокотоксичных веществ, радиоактивных веществ, биологических средств или от их концентрации в воздухе; они способны защищать органы дыхания от любых вредных примесей, находящихся в воздухе. Они используются для проведения спасательных работ и лечебно-эвакуационных мероприятий в очагах химического поражения, для работ с высокотоксичными и агрессивными газообразными веществами, парами и аэрозолями ОВТВ, и деятельности в условиях недостатка кислорода. Для защиты кожных покровов используются средства индивидуальной защиты кожи

Выводы. Таким образом, умелое использование СИЗ достигается постоянными тренировками личного состава. Следует также знать, что поддержание СИЗ в исправном состоянии и постоянной готовности к использованию достигается соблюдением правил их сбережения, своевременным и качественным ремонтом и техническим обслуживанием. Отсутствие у сотрудников навыка пользования СИЗ и нарушение правил хранения, сбережения, обслуживания, ремонта и своевременного освежения крайне негативно влияет на боевую готовность подразделений в условиях применения противником ОМП и выполнению служебно-боевых задач по устранению ЧС техногенного и природного характера.

Сигитова Е.В.

КРАТКАЯ СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕХАНИЗМОВ ДЕЙСТВИЯ НЕРВНО-ПАРАЛИТИЧЕСКИХ ОТРАВЛЯЮЩИХ ВЕЩЕСТВ

Научный руководитель – асс. Л.И.Стречный

Цель исследования. Анализ механизмов действия нервно-паралитических отравляющих веществ (ОВ). **Материалы и методы.** Анализ литературы, посвященной изучению данной проблемы.

Результаты. В настоящее время военные специалисты рассматривают нервно-паралитические отравляющие вещества как наиболее перспективные для использования в качестве ОВ смертельного действия. К веществам нервно-паралитического действия относят: фосфорорганические вещества (ФОВ) (зарин, зоман, VX); производные карбаминовой кислоты (пропуксор, альдикарб); бициклофосфаты (бутилбициклофосфат, изопропилбициклофосфат); производные гидразина (гидразин, диметилгидразин); сложные гетероциклические соединения (тетродотоксин, сакситоксин); белковые токсины (ботулотоксин, тетанотоксин). Все они обладают нейротоксичностью – способностью химических веществ вызывать нарушение структуры и/или функций нервной системы.

Существует несколько механизмов действия токсикантов на передачу нервного импульса: влияние на синтез, хранение, высвобождение и обратный захват нейромедиатора; непосредственное действие на селективные рецепторы; изменение сродства рецепторных структур к нейромедиаторам; изменение скорости синтеза, разрушения и распределения рецепторов в тканях; модификация состояния механизмов сопряжения между рецептором и эффекторной системой клеток. Поэтому принято классифицировать ОВ в соответствии с механизмами действия на холинреактивные синапсы (ингибиторы холинэстеразы – фосфорорганические соединения; карбаматы и пресинаптические блокаторы высвобождения ацетилхолина – ботулотоксин); на ГАМК – реактивные синапсы (ингибиторы синтеза ГАМК — производные гидразина; ГАМК-литики — бициклофосфаты; пресинаптические блокаторы высвобождения ГАМК — тетанотоксин); на блокаторы Na^+ – ионных каналов возбудимых мембран (производные гидразина — тетродотоксин, сакситоксин).

Наиболее ядовитыми среди известных синтетических соединений являются ФОВ. Они значительно превосходят по токсичности остальные ОВ, входящие в арсенал химического оружия. Основным патогенетическим фактором действия ФОВ является угнетение холинэстеразы, ведущее к перевозбуждению холинэргических структур организма. Поскольку ФОВ воздействуют на передачу импульса в холинэргических структурах, поэтому они могут быть отнесены к синаптическим или медиаторным ядам (проявляется как холиномиметическое, холиносенсibiliзирующее, холинопотенцирующее и холиноблокирующее взаимодействие).

Выводы. Существование крайне опасных отравляющих веществ, способных вызвать очаги массовых потерь, требует понимания основных механизмов их действия для разработки высокоэффективных и быстродействующих антидотов.

Кузовлева И.А.

ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГАСТРОЭНТЕРОКОЛИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПОД ВЛИЯНИЕМ ФИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ЭНТОБАНА

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск,

ЛНР Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией.

Зав. кафедрой – профессор, Соцкая Я.А .

Научный руководитель – профессор Соцкая Я.А.

Вступление. Распространенность данной коморбидной патологии остается достаточно высокой. Поскольку существенно увеличилось количество случаев ОГЭК на фоне ХНХ с длительным течением и нечувствительностью возбудителей к антибактериальным препаратам, лечение данного заболевания является сложной задачей. Энтобан – это лекарственный препарат растительного происхождения, который обладает высокой терапевтической активностью и в то же время практически не вызывает никаких осложнений, что в целом соответствует современной тенденции к распространению применения фитотерапевтических препаратов при заболеваниях органов пищеварения.

Целью работы было изучение показателей клеточного иммунитета у больных острым гастроэнтероколитом в сочетании с хроническим некалькулезным холециститом.

Материалы и методы. Нами было обследовано две группы больных с ОГЭК на фоне ХНХ: основная (32 пациента) и сопоставления (34 человека). Пациенты обеих групп получали общепринятое лечение, больные основной группы дополнительно получали современный комбинированный фитопрепарат энтобан.

Результаты. Клиническая картина ОГЭК в сочетании с ХНХ у больных, находившихся под наблюдением, была типичной. До начала проведения лечения у больных исследуемых групп, выявлены существенные сдвиги со стороны клеточных показателей иммунитета как количественного, так и функционального характера, которые характеризовались Т-лимфопенией, что заключалось в снижении уровня CD3^+ клеток, а также дисбалансом субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, преимущественно со снижением количества Т-хелперов/индукторов (CD4) и иммунорегуляторного индекса $\text{CD4}/\text{CD8}$, а также существенным уменьшением функциональной активности Т-клеток по данным РБТЛ.

Применение комбинированного фитопрепарата энтобана оказывает положительное влияние на клинические показатели у больных ОГЭК в сочетании с ХНХ. При этом отмечено сокращение продолжительности сохранения синдрома инфекционного токсикоза и диарейного синдрома в среднем на $1,8 \pm 0,15$ дней ($P < 0,05$), продолжительности постинфекционной астении – на $6,6 \pm 0,19$ дней ($P < 0,05$). Частота обнаружения остаточных явлений перенесенной ОГЭК у больных с ХНХ, которые получали энтобан, сокращалась в среднем в 2,6 раза ($P < 0,05$).

Выводы. Исходя из полученных данных, можно считать патогенетически обоснованным и клинически перспективным применение комбинированного фитопрепарата энтобана в комплексной терапии больных ОГЭК в сочетании с ХНХ.

Саламех К.А.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО РЯДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск,
ЛНР Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией,
Зав. кафедрой и научный руководитель – проф. Соцкая Я.А

Вступление. В настоящее время весьма актуальной остается проблема развития острых тонзиллитов (ОТ), которые нередко возникают на фоне хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ).

Цель. Изучение показателей цитокинов в сыворотке крови больных ОТ на фоне ХОБЛ.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 47 больных в возрасте от 22 до 48 лет, которым на основании клинико-лабораторных и бактериологических данных был выставлен диагноз: ОТ на фоне ХОБЛ.

Результаты исследования. Установлено, что многие проявления инфекции, вызванные бактерией, связаны с продукцией провоспалительных цитокинов ИЛ-1в, ИЛ-6, ФНО-а и др. В результате их действия в воспалительный процесс, вызванный бактерией, активно вовлекаются нейтрофильные лейкоциты, изолирующие очаг воспаления и ускоряющие в определенной степени заживление раны и воспалительного процесса. Клеточное взаимодействие при воспалении координируют провоспалительные цитокины, регулирующие миграцию нейтрофилов в очаг воспаления, их активацию и превращение в эффекторные клетки.

В связи с этими данными изучение уровня провоспалительных цитокинов ФНО-а, ИЛ-1в и ИЛ-6 позволяют получить информацию о функциональной активности иммунокомпетентных клеток, и тяжести воспалительного процесса. В результате проведенных исследований у больных ОТ на фоне ХОБЛ выявлено закономерное повышение уровня провоспалительных цитокинов ФНО-а, интерлейкинов-1в и 6 с максимальным значением в периоде разгара заболевания. В периоде угасания клинических симптомов и ранней реконвалесценции параллельно положительной динамики заболевания наблюдается постепенное снижение их уровня с нормализацией в периоде поздней реконвалесценции, т.е. через один месяц после выписки из стационара. Закономерные сдвиги провоспалительных цитокинов ФНО-а, ИЛ-1 в и ИЛ-6 у больных ОТ на фоне ХОБЛ имеет определенное клинико-диагностическое значение для оценки степени тяжести заболевания, наличия гнойно-воспалительных и деструктивных изменений, а также сопутствующих бактериальных инфекций и осложнений и помогает в установлении полноты выздоровления. Изучение противовоспалительных цитокинов ИЛ-10 и ИЛ-4 у больных ОТ выявило в отличие от изменения провоспалительных цитокинов разнонаправленные изменения. Так, обнаружено существенное угнетение ИЛ-10 с максимальным значением в периоде разгара заболевания и с нормализацией в периоде реконвалесценции. Закономерные изменения данного цитокина также зависело от стадии, клинической формы и степени тяжести заболевания. Избыточное содержание провоспалительных цитокинов и недостаточность противовоспалительного цитокина ИЛ-10 свидетельствует о нарушении процессов элиминации возбудителя при развитии дисбаланса цитокинового арсенала в организме с развитием вторичной иммунной недостаточности. Интерлейкин-4. В динамике заболевания ОТ на фоне отмечено достоверное возрастание уровня этого противовоспалительного цитокина с максимальным значением в периоде разгара заболевания и с нормализацией в периоде реконвалесценции. Установленное в работе частое возрастание ИЛ-4 свидетельствует о его важной противовоспалительной роли при бактериальной ангине, способствуя развитию регенеративно-восстановительных процессов и активацию образования антител.

Выводы. Таким образом, у больных ОТ на фоне ХОБЛ установлено закономерное повышение уровня провоспалительных цитокинов ФНО-а ИЛ-1в, ИЛ-6 с максимальным значением в период разгара заболевания. В отношении противовоспалительных цитокинов, нами было установлено существенное угнетение ИЛ-10 при достоверном возрастании количества ИЛ-4 в период разгара заболевания.

Хабарова А.В.

ВЛИЯНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА НА ИНТЕРФЕРОНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСАМИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА И ЭПШТЕЙН-БАРР НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск
ЛНР Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией,
Зав. кафедрой – д.м.н., проф. Соцкая Яна Анатольевна

Целью работы было изучение влияния циклоферона на интерфероновый статус у больных с хронической персистирующей вирусной инфекцией смешанного генеза, вызванной вирусами Эпштейн-Барр и простого герпеса.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось две группы больных – основная (66 человек) и сопоставления (65 человек). Обе группы были рандомизированы по возрасту, полу, частоте рецидивов

вирусной инфекции. Больные основной группы получали в комплексе лечения циклоферон, больные группы сопоставления – только общепринятые препараты в среднетерапевтических дозах. Нам удалось изучить следующие показатели интерферонового статуса в обеих группах: концентрация сывороточного ИФН (СИФ) и способность лимфоцитов синтезировать α -ИФН и γ -ИФН в ответ на индукцию фитогемагглютинином.

Результаты. В результате проведенных исследований установлено, что у всех обследованных больных с рецидивами персистирующей вирусной инфекции смешанного генеза отмечалось существенное уменьшение титров СИФ и угнетение продукции α - и γ -ИФН: СИФ ниже показателя нормы в 1,9 раза (норма $2,85 \pm \text{МЕ} / \text{мл}$; $P < 0,05$); уровень α -ИФН – в 2,1 раза ниже нормы (норма $320 \pm 10,43 \text{ МЕ} / \text{мл}$; $P < 0,01$); уровень γ -ИФН – в 1,95 раза ниже нормы (норма $48,0 \pm 3,08 \text{ МЕ} / \text{мл}$; $P < 0,01$).

Применение в комплексном лечении больных основной группы Циклоферона способствовало улучшению интерферонового статуса, отмечалась четкая положительная динамика всех, интересующих нас, показателей. После завершения лечения в основной группе наблюдались следующие изменения: СИФ – $2,79 \pm 0,09 \text{ МЕ} / \text{мл}$; α -ИФН – до $318 \pm 2,8 \text{ МЕ} / \text{мл}$; γ -ИФН – $46,6 \pm 1,2 \text{ МЕ} / \text{мл}$.

В группе сопоставления также наблюдалась положительная динамика, однако результаты были менее успешными: СИФ – $1,95 \pm 0,07 \text{ МЕ} / \text{мл}$; α -ИФН – оставался меньше нормы в 1,4 раза; γ -ИФН – $32,5 \pm 0,7 \text{ МЕ} / \text{мл}$.

Выводы. Применение комбинации циклоферона в комплексе способствует восстановлению системы интерферонотенеза, а именно повышению концентрации СИФ и увеличению α - и γ -интерферонопродуцирующей способности лейкоцитов. Полученные данные позволяют считать целесообразным использование циклоферона при лечении больных с персистирующей вирусной инфекцией смешанного генеза, вызванную вирусами простого герпеса и Эпштейн-Барр.

Якимович С.Е.

ПОКАЗАТЕЛИ МАКРОФАГАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск,
ЛНР Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией.
Зав. кафедрой – профессор, Соцкая Я.А .

Научный руководитель – профессор Соцкая Я.А.

Вступление. В последние годы все больше внимание различных специалистов привлекает проблема хронических вирусных гепатитов (ХГВ) . Становится все более очевидной ее актуальность, что определяется широким распространением вирусных гепатитов, сложностью их патогенеза, тяжестью осложнений и недостаточной эффективностью проводимого лечения. Современные данные литературы свидетельствуют о нарастающем внимании исследователей к функциональному состоянию системы фагоцитирующих макрофагов (СФМ) при хронической патологии печени вирусного генеза. Открытие способности НВV к персистенции в моноцитах/макрофагах позволяет рассматривать макрофагальную систему не только в качестве дополнительного резервуара инфекции, но и с позиций активного влияния на течение болезни.

Целью работы было изучение функционального состояния СФМ в сыворотке крови больных ХГВ в динамике общепринятого лечения.

Материалы и методы исследования. У 75 больных (40 – мужчин, 35 – женщин) с хроническим вирусным гепатитом В в возрасте от 36 до 62 лет, получавших общепринятое лечение, мы проводили оценку способностей макрофагального/моноцитарного звена, что отображает функциональное состояние СФМ. Были изучены следующие фагоцитарные показатели: фагоцитарный индекс (ФИ), фагоцитарное число (ФЧ), индекс аттракции (ИА) и индекс переваривания (ИП). При этом считали, что ФИ – это количество фагоцитирующих моноцитов на 100 моноцитов, выделенных из периферической крови больного (в %), ФЧ – это среднее количество микробных тел, поглощенных 1 моноцитом, что фагоцитирует, ИА – количество микробов, которые находятся в фазе прилипания (адгезии) к 1 моноциту (средний показатель в процентах) и ИП – количество микробов в фазе переваривания на 100 моноцитов.

Результаты. Установлено, что абсолютно все фагоцитарные показатели к моменту начала терапии заметно не достигали нормальных величин. ФИ до начала лечения был снижен в 1,67 раза относительно нормы (норма $-(26,1 \pm 1,8)\%$; $P < 0,001$) и составил $(15,6 \pm 0,7)\%$, ФЧ – было снижено до $2,1 \pm 0,14$, что в среднем было в 1,91 раза ($P < 0,001$) ниже относительно нормы (норма – $4,0 \pm 0,05$; $P < 0,001$), ИА- в 1,45 раз ниже нормы ($P < 0,01$), то есть снижался до $(10,2 \pm 0,12)\%$ ($P < 0,01$), ИП – $(12,1 \pm 0,2)\%$, что было в среднем в 2,06 раз ниже соответствующего показателя нормы ($P < 0,001$).

Так, после комплексного лечения отмечалась значительная положительная динамика, практически все показатели достигали нормальных значений. ФИ составил $(24,4 \pm 0,8)\%$; ФЧ – $(3,7 \pm 0,14)$, ИА – $(12,3 \pm 0,14)\%$, ИП – $(18,4 \pm 0,3)\%$.

В клиническом плане, у 54 больных (72%) по окончании курса лечения оставались жалобы на снижение работоспособности, незначительную слабость и периодический дискомфорт в правом подреберье. Это свидетельствует о наличии нестойкой ремиссии ХГВ и необходимость дальнейшего проведения медицинской реабилитации больных.

Выводы. Таким образом, проведение общепринятой терапии у больных ХГВ, имеет определенное положительное влияние на функциональную активность СФМ, т.к. обеспечивает практически полную нормализацию показателей.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КРАЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ

Донецкий национальный медицинский университет г. Донецк,
ДНР Кафедра профессиональных болезней и радиационной
медицины Зав. кафедрой – проф. Бондаренко Г.А.

Гасанов Э.М., Данилова Ю.В.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА

Научный руководитель – доц. Данилов
Ю.В. Кафедра патоморфологии
Зав. кафедрой проф. Василенко И.В.,
Научный руководитель – проф. Шевченко Т.И.

Актуальность : Большинство из более чем 30 тысяч ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС, проживавших и проживающих на территории Донбасса, составляют работники промышленных предприятий горнорудной промышленности, которые во время работы, на данных предприятиях подвергались воздействию неблагоприятных производственных факторов: пыли, угарного газа, метана, шума и вибрации, тяжёлого физического труда, повышенного уровня радиационного фона и опасности травматизма. Это обуславливает развитие у данной группы лиц преморбидного фона, на котором воздействие дополнительных негативных экологических и техногенных причин может иметь большее проявление, включая развитие механизмов патогенеза общего или специфического характера в различных органах и системах, в том числе в одной из наиболее чувствительных – репродуктивной.

Материалы и методы: Для оценки данного преморбидного фона было проведено комплексное качественное и количественное гистологическое и иммуногистохимическое исследование яичек лиц, не принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС и не имевших в анамнезе подземного стажа работы на угольных шахтах (контрольная группа – КГ) и лиц, не принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, но имевших в анамнезе подземный стаж работы в угольной промышленности не менее 5 лет (шахтерская группа – ШГ) Морфометрическая оценка состояния паренхимы и стромы яичек включала изучение 29 параметров.

Результаты комплексного сравнительного количественного и качественного морфологического исследования ткани яичек лиц ШГ дают возможность констатировать наличие выраженных дистрофических и атрофических процессов в паренхиматозном компоненте, ухудшение показателей микроциркуляции, развитие выраженного венозного застоя, что приводит к повышению коэффициентов соотношения сосудистого и канальцевого, сосудистого и эпителиального, стромального и паренхиматозного компонентов на фоне увеличения средней площади и удельной части стромы. Последствием нарушений процессов созревания сперматозоидов в ткани яичек лиц шахтерской группы является увеличение количества сперматогоний, первичных и вторичных сперматоцитов и клеток Сертоли, уменьшение количества и удельной части сперматид в одном извитом семенном канальце. Названные изменения необходимо учитывать при изучении структуры ткани яичек ликвидаторов, которые имеют в анамнезе сведения о наличии подземного стажа работы в шахте не менее 5 лет, для объективной оценки закономерностей морфогенеза и апробации соответствующих дифференциально-диагностических критериев верификации влияния чернобыльского фактора.

Выводы: Из 29 параметров, которые проанализировали, 8 в общем не имеют статистически достоверных отличий (средняя площадь сечения извитых семенных канальцев, удельный вес эпителия извитых семенных канальцев, количество клеток герминативного эпителия в одном извитом семенном канальце, количество и удельный вес клеток Сертоли в одном извитом семенном канальце, количество клеток Лейдига в поле зрения и тех, которые попадают на один извитой семенной каналец, средняя площадь интерстициальной ткани яичка в поле зрения).

Данилова Ю.В, Гасанов Э.М.

КОМПЛЕКСНАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ШАХТЕРОВ ДОНБАССА-ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Донецкий Национальный медицинский университет им.

М.Горького Кафедра профессиональных болезней

Зав.кафедрой – проф. Бондаренко Г.А.,

Научный руководитель – доц. Данилов

Ю.В. Кафедра патоморфологии

Зав. кафедрой проф. Василенко И.В.

Научный руководитель – проф. Шевченко Т.И.

Актуальность: Большинство ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС (ЛПА на ЧАЭС), проживавших и проживающих на территории Донбасса до участия в ЛПА на ЧАЭС были работниками промышленных предприятий тяжелой промышленности, которые подвергались воздействию различных неблагоприятных производственных факторов : пыли, токсических веществ; шума и вибрации , тяжёлого физического труда и других. Это обуславливает развитие у данной группы лиц преморбидного фона, на котором воздействие радиации может иметь большее проявление, включая развитие механизмов патогенеза общего или специфического характера в различных органах и системах, в том числе в одной из наиболее чувствительных – репродуктивной. Для оценки данных нарушений было проведено комплексное гистологическое и иммуногистохимическое исследование предстательной железы лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС и имевших в анамнезе подземный стаж работы на угольных шахтах не менее 7 лет.

Материалы и методы: Изучены предстательные железы 87 секционных случаев, разделенных на 3 группы: контрольная группа – 30 случаев, шахтерская – 27 случаев (подземный стаж работы более 10 лет), чернобыльская – 30 случаев (до ЛПА на ЧАЭС подземный стаж работы более 7 лет). Проведено изучение 25 параметров предстательной железы, включающих гистологические, гистохимические , иммуногистохимические, морфометрические данные состояния желез, стромы, сосудов и их взаимоотношений.

Результаты и выводы: Выявлена в опытных группах широкая вариабельность расположения, численности и размеров как групп желез, так и ацинусов, которые входят в их состав, разнообразие морфофункционального состояния эпителия желез от атрофии ацинарного эпителия до признаков различной степени его клеточной пролиферации. Состояние стромы предстательных желез характеризуется наличием признаков хронического воспаления, дистрофическими изменениями ганглиозных клеток вегетативных ганглиев, дис- и атрофическими изменениями мышечного компонента в чернобыльской группе, а в шахтерской ещё и гипертрофией и гиперплазией мышечных волокон. В шахтерской группе постоянно присутствуют клеточные инфильтраты, варьирующие по объему и локализации, а в чернобыльской они отсутствуют даже при наличии альтеративных нарушений. Коллаген 4 типа в обеих опытных группах характеризуется неравномерностью распределения как в межжелезистых структурах, так и в базальных мембранах желез. В простате шахтеров в базальных мембранах он расположен в несколько слоёв, что не отмечено в чернобыльской группе. Особенностью простаты чернобыльцев является присутствие большого количества тканевых базофилов с признаками дегрануляции. Состоянию удовлетворительной васкуляризации простаты шахтеров противопоставлена её неравномерность у чернобыльцев.

Залюбовская Л.В., Скрябина А.А., Савинская Т.А., Зверева И.Э.

ЭТАПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ГОРНОРАБОЧИХ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ МЕТАНОМ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО НЕСТАБИЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Научный руководитель – проф., д.м.н., Николенко В.Ю.

Цель и задачи исследований: В условиях локального конфликта и нестабильного обеспечения производственных процессов возрастает важность каждого этапа медицинской помощи пострадавшим горнорабочим от отравления метаном. Основным механизмом поражения является развитие гипоксической гипоксии. Поэтому в основе терапии лежит комплексное лечение: гипербарическая оксигенация и препараты с антиоксидантным действием, прежде всего „Нуклео-ЦМФ”.

Методика исследований. Обследовано 32 пострадавших горнорабочих, вследствие острого отравления метаном. Контролем были 30 горнорабочих аналогичного возраста и стажа. ГБО проводили пострадавшим с острыми отравлениями метаном в барокамерах типа ОКА–МТ. За 3 часа перед сеансом ГБО вводили внутримышечно „Нуклео-ЦМФ” 2 мл раствора. Для повышения эффективности оказания медицинской помощи пострадавшим каждый случай острого отравления метаном проводится с соблюдением этапности. Первый этап (догоспитальный) – медицинская помощь оказывается непосредственно на рабочем месте. Второй этап (госпитальный) – пострадавшие горнорабочие госпитализируются непосредственно в клинику профзаболеваний, где проводятся специально разработанные реабилитационные средства вторичной профилактики и решаются вопросы дальнейшей трудоспособности пострадавших. Непосредственно после госпитализации проводится обследование пострадавших горнорабочих. После обследования назначается углубленное функциональное и лабораторное обследование пострадавших. Заключительный этап –

определение вопросов врачебно-консультативной комиссией, касаемо дальнейшей трудоспособности пострадавшего.

Результаты исследований. После проведения вторичной профилактики курсом ГБО с „Нуклео-ЦМФ” у больных горнорабочих с острым отравлением метаном достоверно снизилось количество таких симптомов, как головная боль с $(87,5 \pm 4,41) \%$ до $(62,5 \pm 6,46) \%$ ($2=5,33$, $p=0,0209$), головокружение с $(81,25 \pm 5,21) \%$ до $(46,87 \pm 6,66) \%$ ($2=8,21$, $p=0,0042$), слабость с $(81,25 \pm 5,21) \%$ до $(53,12 \pm 6,66) \%$ ($2=5,74$, $p=0,0166$), тошнота с $(75,0 \pm 5,78) \%$ до $(43,75 \pm 6,62) \%$ ($2=6,48$, $p=0,0109$), дурнота с $(56,25 \pm 6,62) \%$ до $(15,62 \pm 4,85) \%$ ($2=11,47$, $p=0,0007$), забывчивость с $(40,62 \pm 6,56) \%$ до $(15,62 \pm 4,85) \%$ ($2=4,95$, $p=0,0261$), сердцебиение с $(25,0 \pm 5,78) \%$ до $(6,25 \pm 3,23) \%$ ($2=4,27$, $p=0,0389$), потливость с $(28,12 \pm 6,0) \%$ до $(6,25 \pm 3,23) \%$ ($2=5,38$, $p=0,0204$), повысилась сниженная жизненная активность с $(53,12 \pm 6,66) \%$ до $(15,62 \pm 4,85) \%$ ($2=9,97$, $p=0,0016$), и не существенно снизились жалобы на бессонницу с $(50,0 \pm 6,68) \%$ до $(28,12 \pm 6,0) \%$ ($2=3,22$, $p=0,0729$), раздражительность с $(6,25 \pm 3,23) \%$ до $(3,12 \pm 2,32) \%$ ($2=0,35$, $p=0,5543$), эмоциональную лабильность с $(37,5 \pm 6,46) \%$ до $(18,75 \pm 5,21) \%$ ($2=2,78$, $p=0,0953$), потемнение в глазах с $(9,37 \pm 3,89) \%$ до $(3,12 \pm 2,32) \%$ ($2=1,07$, $p=0,3017$).

Выводы. Новый подход в виде этапной медицинской помощи и разработка комплекса профилактических мер для пострадавших горнорабочих вследствие острого отравления метаном на угольных шахтах Донбасса позволяет повысить уровень оказания медицинской помощи пострадавшим горнорабочим, даже в условиях военного конфликта.

Залюбовская Л.В., Ковалева К.В., Скрыбина А.А., Лобода Ю.А.

МОДЕЛИРОВАНИЕ СИЛИКОАРТРИТА И АУТОИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ НА ЖИВОТНЫХ

Научный руководитель – проф., д.м.н., Николенко В.Ю.

Цель исследования: проанализировать аутоиммунные нарушения у крыс в модели силикоартрита.

Материал и методы. В эксперименте использованы две группы белых крыс – самцов линии «Вистар» с массой тела 200-250 г: 1 группа – здоровые животные (25 крыс), 2 группа – животные с моделью силикоартрита (25 крыс). Реакцию пассивной гемагглютинации (РПГА) ставили на микропанелях аппарата Такачи с использованием микротитратора для разведения материала. Для определения у животных гиперчувствительности замедленного действия использовали реакцию торможения миграции макрофагов (РТММ) под агаром.

Результаты исследований. Моделирование выполняли следующим образом: животному в корень хвоста вводили полный адьювант Фрейнда 0,5 мл. На 7 сутки животному, которое фиксируется на спине, под поверхностным эфирным наркозом в голосовую щель через ушную воронку при помощи затупленной иглы длиной 10 см вводили 1 мл суспензии угольно-породной пыли. На 15 и 34 сутки в корень хвоста вводили полный адьювант Фрейнда 0,5 мл. На 29 и 40 сутки вводили цитостатик – азатиоприн в дозе 50 мг/кг. Доза азатиоприна, которую используют, значительно меньше той, которая способна вызвать тотальную гибель клеток костного мозга. С 16 по 29 и с 43 по 49 сутки вводили с молоком метилуроцил в дозе 0,2 г/кг, что стимулирует и усиливает иммунный ответ. Исследование проводили 49 суток.

Титры аутоантител у модельных животных с синдромом Коллине-Каплана повышены к антигенам: легких $(4,38 \pm 0,12)$ у.е. по сравнению с контрольными крысами $(0,85 \pm 0,12)$ у.е. ($MW=6,18$, $p<0,001$), почки $(3,61 \pm 0,14)$ у.е., в отличие от контроля $(0,80 \pm 0,14)$ у.е. ($MW=6,04$, $p<0,001$) соответственно, тимуса $(2,03 \pm 0,15)$ у.е. по сравнению с контролем $(0,91 \pm 0,12)$ у.е. ($MW=4,52$, $p<0,001$) соответственно, суставов $(2,41 \pm 0,16)$ у.е. в отличие от контрольных крыс $(0,88 \pm 0,12)$ у.е. ($MW=5,38$, $p<0,001$) соответственно, нативной ДНК $(2,63 \pm 0,14)$ у.е. по сравнению с контролем $(0,72 \pm 0,12)$ у.е. ($MW=5,84$, $p<0,001$), денатурированной ДНК $(3,41 \pm 0,17)$ у.е. по сравнению с контролем $(0,86 \pm 0,10)$ у.е. ($MW=6,11$, $p<0,001$) соответственно.

Важную роль в развитии аутоиммунных нарушений имеют клеточные механизмы развития гиперчувствительности замедленного типа к аутоантигенам. В реакции торможения миграции макрофагов у животных с моделью силикоартрита выявлено уменьшение этого показателя к антигенам: легких $(52,21 \pm 3,40) \%$ в отличие от контроля $(98,88 \pm 2,21) \%$ ($MW=5,77$, $p<0,001$), почки $(43,63 \pm 4,13) \%$, в контроле – $(99,14 \pm 2,15) \%$ ($MW=5,77$, $p<0,001$), тимуса $(48,78 \pm 4,08) \%$ в отличие от контроля $(96,29 \pm 1,96) \%$ ($MW=5,69$, $p<0,001$), суставов $(50,84 \pm 3,57) \%$, а в контроле – $(97,64 \pm 1,69) \%$ ($MW=5,87$, $p<0,001$).

Выводы. Из полученных данных видно, что достоверно повышен уровень антител ко всем исследуемым антигенам. Обращает на себя внимание то, что антитела обнаружены и к центральным органам иммунной системы (тимус). Эти данные могут свидетельствовать о возможном механизме иммунодефицита, который развивается и поддерживается при формировании аутоиммунных нарушений при развитии силикоартрита у животных. Наряду с гуморальными аутоиммунными реакциями наблюдались также аутоиммунные реакции клеточного типа, что приводит к глубокому нарушению иммунной системы у исследуемых животных и хронизации аутоиммунного процесса в эксперименте.

Могилевская К.Е., Савинская Т.А., Ковалева К.В., Завгородняя Л.А.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДИНАМИКИ ВИБРАЦИОННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ У ГОРНОРАБОЧИХ

Научный руководитель – проф., д.мед.н. Николенко В.Ю.

Цель и задачи исследований: изучить нарушения вибрационной чувствительности у горнорабочих угольных шахт.

Методика исследований. Было обследовано 165 мужчин. Обследуемые были разделены на 3 группы: I группа (контрольная) – 40 (24%) практически здоровых горнорабочих, которые имели отдельные признаки воздействия вибрации. II группа – 52 (32%) горнорабочих с вибрационной болезнью от локальной вибрации первой степени. III группа (основную) – 73 (44%) горнорабочих с вибрационной болезнью от локальной вибрации второй степени. Материалы исследования обработаны методами вариационной статистики при помощи лицензионных пакетов «Statistica 5.5» (Stat Soft Rus) и «Stadia 6.1» («Информатика и компьютеры»; Москва).

Результаты исследований. В третьей группе у больных с вибрационной болезнью второй степени среднее значение вибрационной чувствительности на правой и левой руке ($4,65 \pm 0,15$ и $5,64 \pm 0,20$) с статистически значимо больше, чем во второй и первой соответственно ($t=7,24$; $p<0,001$ и $t=25,12$; $p<0,001$ и $t=6,20$; $p<0,001$ и $t=26,56$; $p<0,001$). Развитие и прогрессирование вибрационной болезни приводило к статистически значимому снижению вибрационной чувствительности в зависимости от выраженности вибрационной патологии на правой и левой руках соответственно ($KW=111,11$; $p<0,001$ и $KW=106,37$; $p<0,001$).

Выводы: уже при начальной стадии вибрационной болезни имеют место достоверные нарушения вибрационной чувствительности.

Ринсевич Ю.С., Ляхимец В.А., Линник С.И., Ламбрино М.Г.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ

Научный руководитель – проф., д.м.н., Николенко В.Ю.

Цель исследования: установить уровень содержания В-лимфоцитов и иммуноглобулинов у горнорабочих угольных шахт с хронической пояснично-крестцовой радикулопатией.

Материал и методы. Обследовано 118 горнорабочих с хронической пояснично-крестцовой радикулопатией и 47 относительно здоровых горнорабочих контрольной группы. Средний возраст больных составил ($57,97 \pm 0,91$) лет. Стаж работы – ($27,55 \pm 0,97$) лет не отличался от контроля ($25,61 \pm 1,13$) лет ($S=1,13$, $pS=0,259$). Определяли содержание В-лимфоцитов по их поверхностным маркерам CD22+. Использовали соответствующие FITC-меченные моноклональные антитела (НПЦ «Гранум»(Харьков)) и метод проточной флуориметрии на проточном цитометре FACSCalibur (Becton Dickinson). В сыворотке крови определяли содержание IgA, IgM, IgG по Манчини. Результаты исследований рассчитывали с использованием оценки

среднего значения (\bar{X}), его ошибки – ($S \bar{X}$), регрессионного анализа, коэффициента корреляции (r), критерия Стьюдента (t), Крускалла-Уоллиса (kKW), медианного критерия (Mk), критерия Манна-Уитни (MW) и достоверности статистических показателей (p).

Результаты исследований. Из результатов исследования В-звена иммунной системы видно, что у больных пояснично-крестцовой радикулопатией имеет место статистически значимое уменьшение относительного количества В-лимфоцитов при анализе экспрессии CD22+-рецепторов, как относительного их количества до ($10,45 \pm 0,24$)%, так и абсолютного до ($0,195 \pm 0,008$) $\times 10^9$ /л. Содержание иммуноглобулинов класса G в сыворотке крови составляло ($12,64 \pm 0,14$) г/л и было статистически значительно выше, что может свидетельствовать о нарушении В-звена иммунитета. Также отмечено достоверное увеличение содержания Ig M до ($1,04 \pm 0,02$) г/л, что может свидетельствовать о повышении напряжения местного иммунного ответа. Концентрация Ig A статистически значительно не отличалась от контроля и составляла ($2,06 \pm 0,05$) г/л. Развитие хронической пояснично-крестцовой радикулопатии у горнорабочих угольных шахт имело корреляционную связь с содержанием иммуноглобулинов IgM и IgG ($r=-0,20$, $p=0,0097$ и $r=-0,18$, $p=0,0162$) и не имел достоверной корреляционной связи с содержанием IgA ($r=-0,09$, $p=0,249$).

Выводы. У горнорабочих с хронической пояснично-крестцовой радикулопатией имеет место вторичный иммунодефицит со снижением количества В- лимфоцитов, их субпопуляций и NK-лимфоцитов, а развитие заболевания имело корреляционную связь с количеством клеток в субпопуляциях. Также имеет место значительное увеличение уровней иммуноглобулинов M и G, что может свидетельствовать о чрезмерной активации В-лимфоцитов.

Смирнова А.В., Могилевская К.Е., Ляхимец В.А., Ламбрино М.Г.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В ПРОФПАТОЛОГИИ

Научный руководитель – проф., д.м.н., Николенко В.Ю.

Цель исследования: проанализировать современные методы лабораторной диагностики туберкулеза в профпатологии.

Методы: было исследовано 225 отечественных и 45 иностранных источников информации. **Результаты исследований.** Лабораторная диагностика туберкулеза в профпатологии осуществляется с использованием бактериоскопического, бактериологического, серологического, биологического, аллергологического, иммунологического и молекулярно-генетического методов. Бактериоскопические методы включают исследование мазков, окрашенных по Цилю-Нильсену, люминесцентную микроскопию и методы обогащения – гомогенизации и флотации. Основной метод исследования – бактериологический – позволяет выявить 20-100 микробных клеток, определить их чувствительность к лекарственным препаратам, вирулентность, типовую принадлежность. Метод достаточно продолжительный (4-8 недель). Для ускорения диагностики используют метод микрокультур (метод прайса), а также рост в гемолизированной крови (метод Школьниковой). Исторически сложилось, что питательные вещества на яичной основе (Левенштейна-Йенсена, Финна-2, среда Нова, Огавы) получили наибольшее распространение среди плотных питательных сред для выявления *M.tuberculosis*. Но агаровые среды, которые появились в последнее время (среда Миддлбука агар 7Н10, 7Н11), позволяют быстрее обнаружить рост микобактерий (от 2 до 4 недель) и обеспечивают лучшие возможности для изучения морфологии, чем на яичных средах. Культуральная диагностика туберкулеза претерпевает в данное время существенные изменения, связанные с введением в практику совершенно автоматизированных систем культивирования микобактерий туберкулеза (МБТ). Это ВАСТЕС-460 и ВАСТЕС-MGIT-960 Becton Dickinson, MB/Vact – BIOMerieux. Главное отличие метода – использование жидких питательных сред. Наиболее популярной из них считается среда Миддлбука 7Н12. Рост МБТ на этой среде удается выявить уже через 1-2 недели в зависимости от их изначального количества в посевном материале. Биологическим методом пользуются в случаях, когда возбудитель тяжело выделить из исследуемого материала (туберкулез почек). Материалом от больного заражают морских свинок. Аллергологическими пробами (внутрикожная проба Манту) определяют людей, инфицированных МБТ. Для пробы используют препарат PPD (очищенный туберкулин). Пробой также пользуются с целью отбора для ревакцинации и для оценки течения туберкулезного процесса. Иммунологическим методом пользуются для определения показателей клеточного иммунитета. Применяют реакцию бласттрансформации лейкоцитов с PPD, реакцию торможения миграции макрофагов под влиянием PPD и др. Среди серологических методов применяют реакцию связывания комплемента (РСК), реакцию непрямой гемагглютинации (РНГА) Миддлбука-Дюбо. Также используется радиоиммунный метод, иммуноблоттинг, реакция агрегат гемагглютинации (для нахождения циркулирующих иммунных комплексов). Среди современных методов серодиагностики туберкулеза, получили распространение иммуноферментный и радиоиммунный анализы (ИФА и РИА). Невозможно не упомянуть метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Это чувствительный тест, при помощи которого можно идентифицировать наличие даже одной-единственной молекулы ДНК-возбудителя.

Выводы. Наиболее современными методами лабораторной диагностики туберкулеза в профпатологии являются автоматические системы культивирования МБТ, среди серологических – ИФА и РИА, а среди молекулярно – генетических – ПЦР.

Смирнова А.В., Хижая Ю.Д., Зверева И.Э., Тимошенко В.В.

ДИАГНОСТИКА ВЕСТИБУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ГОРНОРАБОЧИХ, ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ МЕТАНОМ

Научный руководитель – проф., д.мед.н. Николенко В.Ю.

Цель и задачи исследований: изучить состояние вестибулярного анализатора у горнорабочих, пострадавших вследствие острого отравления метаном.

Методика исследований. Обследовано 156 лиц, из которых 96 перенесли острое отравление метаном и 60 – контрольная группа, практически здоровых горнорабочих.

Результаты исследований. Состояние вестибуломоторной проекции вестибулярного анализатора показало, что средняя оценка жалоб на головокружение встречалась чаще у пострадавших, нежели в контроле, составляя $(2,02 \pm 0,11)$ и $(1,52 \pm 0,08)$ баллов. Было выявлено, что степень тяжести заболевания достоверно влияет на выраженность проявлений оценки анамнеза ($KW=20,49$, $p=0,0001$ и $\mu=21,73$, $p=0,0001$), пробы Уемуры ($KW=23,39$, $p<0,00001$ и $\mu=18,06$, $p=0,0004$), графической и указательной проб ($KW=7,85$, $p=0,0491$ и $\mu=11,14$, $p=0,0110$ и $KW=14,45$, $p=0,0023$ и $\mu=23,31$, $p<0,00001$). Относительное количество вестибулярных нарушений разной степени тяжести составляла $(80,21 \pm 4,07)$. Большинство обследований на выявление вестибулярных нарушений характеризовались положительной корреляционной связью с тяжестью отравления метаном.

Выводы. Значительная часть пострадавших вследствие острого отравления метаном часто имели вестибулярные нарушения, значительно нарастающие по мере увеличения тяжести отравления.

Хижая Ю.Д., Риневич Ю.С., Мухина Н.А, Лобода Ю.А.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ В КЛИНИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫЕ P.aeruginosa И ИХ ДИАГНОСТИКА

Научный руководитель – проф., д.м.н., Николенко В.Ю.

Как известно из многоцентровых национальных и международных исследований, уже более 10 лет *P.aeruginosa* выступает в качестве одного из наиболее частых возбудителей госпитальных инфекций, особенно в

ожоговых, онкологических, урологических, травматологических, профпатологических и пульмонологических клиниках, где занимает 1-2 место по распространенности.

Цель исследования: проанализировать методы лабораторной диагностики заболеваний, вызванных *P.aeruginosa*.

Метод исследования. Проведено изучение 150 источников современной отечественной и 140 иностранной литературы.

Результаты исследований. *P.aeruginosa* (синегнойная палочка) – грамтрицательная подвижная бактерия, палочковидной формы, аэроб. Имеет размеры 0,5-0,8 мкм в толщину и 1,5-3 мкм в длину. Относится к роду *Pseudomonas*. Анализ методов лабораторной диагностики заболеваний, вызванных *P.aeruginosa* показал, что бактериоскопический метод малоинформативный из-за отсутствия морфологических и тинкториальных особенностей синегнойной палочки. При культуральном методе диагностики выявляется, что *P.aeruginosa* по типу метаболизма – хемоорганотроф, аэроб или факультативный анаэроб (денитрификатор). Оптимальная температура роста 37°C. Дифференциально-диагностическими средами для *P.aeruginosa* являются – Эндо, Клиггера, Кода, Левина, Мюллер-Хинтон и др., на которых она образует колонии флюоресцирующего зеленоватого цвета со сладковатым запахом за счет триметиламина. На твердых питательных средах распадается на 3 формы колоний: R-, S- и M-формы. Селективной средой является ЦПХ-агар (питательный агар с цетилперидиниумом-хлоридом). При анализе ферментативных свойств МО можно сказать, что сахаролитическая активность низкая. Зато протеолитическая активность очень выражена. Восстанавливает нитраты в нитриты, каталазо- и оксидазопозитивная. Продуцирует бактериоцины (пиоцины и пиоцинины) – протеины, которые имеют бактерицидные свойства. Индуктором синтеза пиоцинина является питательная среда Кинг А, индуктором флюоресцеина (пиовердина) – среда Кинг В. Некоторые штаммы могут вырабатывать другие пигменты – красный (пиорубин) и черный (миомеланин). Для дифференциальной диагностики *P.aeruginosa* используют OF-тест (тест окисления-ферментации глюкозы). Уникальным для вида *P.aeruginosa* является способность к росту при 42 °С на селективной среде „Псевдомонас АПС”. Синегнойная палочка чувствительная к гентамицину, тобрамицину, амикацину, азлоциалину, имепенему, азтреонаму, антибиотикам цефалоспоринового ряда. Для внутривидовой идентификации бактерий используют серотипирование, пиоцинотипирование, а также определяют чувствительность выделенной культуры к бактериофагам. Серологический метод диагностики направлен на выявление специфических антител к антигенам *P.aeruginosa* при помощи РСК, РПГА, опсонофагоцитарной реакции и др. тестов. Наиболее современными методами лабораторной диагностики являются молекулярно-генетические, такие как ПЦР, гибридизация нуклеиновых кислот.

Выводы. Для диагностики заболеваний, вызванных *P.aeruginosa*, в профпатологии используют бактериологический, серологический и молекулярно-генетический методы.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ НАУКИ

ФАРМАКОГНОЗИЯ, ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕКАРСТВ И МЕДИЦИНСКАЯ БОТАНИКА, И НЕТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА

Донецкий национальный медицинский университет г. Донецк,
ДНР Кафедра фармакологии и клинической фармакологии
им. проф. Комиссарова И.В.

Зав. кафедрой – проф. Налетов С.В.

Зайка Т.О., Селезнев Е.

ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТНОЙ АКТИВНОСТИ У ПИРАЦЕТАМА И ЦИТИКОЛИНА

Научный руководитель – проф. Абрамец И.И.

Цель исследования. Выявить *in vivo* антидепрессантную активность пирацетама и цитиколина в условиях моделированного стресса.

Материалы и методы. Исследования выполнены на 27 беспородных крысах. Поведение животных было изучено в приподнятом крестообразном лабиринте, тестирование в котором показательно для выявления уровня тревожности (депрессивности). Стресс моделировался плаванием животных в специальном бассейне, заполненном водой $t\ 24^{\circ}\text{C}$, 40 см глубиной в 1-й день – 15 мин., 2-й день – 6 мин, затем с 5-го по 9-й дни по 10 мин. Затем в течение 20-ти дней вводили внутривентриально церебропротекторные препараты цитиколин или пирацетам, а также контрольной группе животных физиологический раствор. Тестировали животных на 10-й и 20-й день введения препаратов.

Результаты. После пребывания в условиях стресса у животных отмечалось уменьшение двигательной активности, и малое время пребывания в открытых рукавах лабиринта. У животных контрольной группы после моделирования стресса среднее время пребывания в открытых рукавах уменьшилось. Под воздействием пирацетама в течение 10 дней среднее время пребывания в открытых рукавах лабиринта увеличилось в приблизительно 1,5 раза, а после 20 дней приема в 2,7 раза ($p < 0,05$). При введении цитиколина среднее время пребывания в открытых рукавах за 10 дней приема увеличилось почти в 3 раза и почти в 4 раза после 20-ти дневного введения препарата соответственно по сравнению с контролем ($p < 0,05$). также увеличилась двигательная активность животных.

Вывод. Пирацетам и цитиколин наряду с церебропротективным действием проявляют антидепрессантную активность в эксперименте с моделированием стресса у крыс.

Донецкий национальный медицинский университет г. Донецк,
ДНР Кафедра фармацевтической и медицинской химии
Зав. кафедрой – к.х.н., доцент Рождественский Е.Ю.

Гриненко Е.А.

ФАРМАКОПЕЙНЫЙ АНАЛИЗ ДИТРАНОЛА

Научный руководитель – доц. Глушкова Е.М., асс. Романова Л.А.

Цель исследования: установить соответствие субстанции дитранола требованиям Европейской Фармакопеи. Дитранол – лекарственное вещество, которое используют для лечения псориаза. Лечение псориаза является актуальной и сложной терапевтической проблемой. Учитывая разнообразие лекарственных препаратов на фармацевтическом рынке для лечения данного заболевания, важно установить соответствие применяемых лекарственных препаратов требованиям нормативной документации (Европейской Фармакопеи).

Материалы и методы: лекарственный препарат «Micanol Creme 1%». Для идентификации использовали химический метод, приводящий к появлению флуоресцентного свечения. К исследуемой субстанции добавляли безводный ацетат натрия и раствор уксусного ангидрида, кипятили в течение 30 сек. Рассматривали в ультрафиолетовом свете при длине волны 365 нм после добавления этанола.

Также для идентификации применяли метод тонкослойной. Исследуемую субстанцию растворяли в хлористом метиле. В качестве подвижной фазы использовали гексан и метилхлорид (50:50). В качестве неподвижной фазы применяли пластины с силикагелем. Сушили на воздухе. Проявляли в среде аммиака.

Результаты: При проведении химического метода идентификации наблюдали появление синей флуоресценции. При проведении тонкослойной хроматографии получили пятна, расположение и диаметр которых идентичны пятнам контрольного раствора.

Выводы. В результате проведенных исследований можно сделать вывод о том, что качественный состав исследуемой субстанции дитранола соответствует требованиям Европейской Фармакопеи.

Клочкова А.В., Глушкова Е.М.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОМПОНЕНТОВ МАЗЕЙ МЕТОДОМ ИНФРАКРАСНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ

Научный руководитель – доц. к.х.н. Глушкова Е.М.

Цель исследования. Определение компонентов мазей методом инфракрасной спектроскопии; анализ преимуществ инфракрасной спектроскопии как одного из инструментальных методов анализа.

Материалы и методы. ИК-спектрометр; кюветы для жидкостей; кюветодержатель; ячейки с KBr; прокладки; шприц; вазелиновое масло; фармакопейный нуйол; KBr, высушенный при 150°C; пресс гидравлический для изготовления таблеток.

Для подготовки проб использовали следующую методику: наносили каплю мази на середину пластинки NaCl (KBr); сверху прижимали другой пластинкой так, чтобы капля равномерно распределилась между пластинками; получившийся образец помещали в спектрофотометр для измерений.

Результаты. Способность к выборочному поглощению электромагнитного излучения является одним из физических свойств веществ и широко используется для исследования строения, идентификации веществ и количественного анализа. Одной из задач спектрофотометрии является количественное определение показателя поглощения. Для анализа были взяты такие мази как: левомецетиновая, синтомициновая (5% и 10%), метилурациловая, "Ацикловир", "Герпевир", "Левомеколь". На основе полученных спектров было выявлено, что характерными для всех мазей являются полосы с $\nu = 3600-3400 \text{ см}^{-1}$ и $\nu = 1680 \text{ см}^{-1}$, что свидетельствует о наличии OH⁻-групп (воды). Наличие OH⁻-групп свидетельствует о том, что эти мази растворимы в воде.

Также на основании спектров было установлено, что для всех проанализированных мазей характерно наличие ионов SO_4^{2-} , PO_4^{3-} , ClO_4^- ($\nu = 1000-1100 \text{ см}^{-1}$).

Выводы. Метод инфракрасной спектроскопии используется для входного контроля и контроля качества лекарственных средств, анализа состава лекарственных препаратов, оценки подлинности. Преимуществами данного метода исследования являются: чувствительность метода; отсутствие предварительного этапа разделения смеси благодаря специфической форме полос поглощения; небольшая ошибка метода (до 5%).

Прокофьева В.Н.

ПРОСТЫЕ УГЛЕВОДЫ – МИФЫ О КОВАРСТВЕ?

Научный руководитель – асс. Бойцова В.Е.

Цель работы – изучить роль простых углеводов в формировании баланса питания студентов, адекватного потребностям и энергозатратам организма.

Материалы и методы. Методами клинического наблюдения, учета антропометрических данных и статистического анализа проведено исследование различных видов питания с преобладанием в диете простых и сложных углеводов у 24 студентов обоего пола в возрасте 18- 20 лет, юношей и девушек поровну. Первую группу (8 человек) составили студенты, употреблявшие преимущественно простые углеводы, вторую (8 человек) – сложные, третья (контрольная) группа состояла из 8и студентов, не контролирующих свое питание. Определена зависимость между типом (видом) углеводов и интенсивностью колебания массы тела, временем пищевого комфорта после насыщения, а так же изменения толщины жировой складки на ребре (по Krows), как показателя степени питания организма.

Результаты и их обсуждение. В последнее время большое внимание уделяется проблеме сбалансированного (здорового) питания, как фундаменту для нормального функционирования всех органов и систем организма человека. Ещё великий Гиппократ сказал : «Мы едим то, что мы едим» и это крылатое изречение не теряет своего смысла много веков, особенно в условиях современного урбанизма, когда натуральная и полноценная еда становится все более недоступной. Согласно теориям многих современных ученых, для создания баланса при составлении полноценной диеты необходимо опираться на преобладание сложных углеводов (в сочетании с белками, жирами, витаминами и микроэлементами, а так же достаточным количеством воды). Следуя этой концепции, первая группа добровольцев на протяжении 3х месяцев следовала сбалансированной по принципу 1 : 1,2 : 4 (белки : жиры : углеводы) диете, с 4-кратным приемом пищи и употреблением жидкости из расчета 50 гр/кг массы тела. Общая калорийность суточного рациона, с учетом возрастной группы и степени активности не превышала 2500 Ккал у девушек и 2800 Ккал у юношей (1 группа интенсивности труда, возраст 18-29 лет, средняя климатическая зона). Прирост массы тела в этой группе составил (в среднем) 1,1 % от исходной массы тела (+ 0,73 г), преимущественно у девушек – 75% испытуемых, у юношей – 50%. Время пищевого комфорта (отсутствие явного аппетита между приемами пищи) составило 1,

32 часа. Толщина жировой складки на ребре изменилась в сторону прогресса, в среднем, + 0,73 см (у девушек и юношей равнозначно). У двух человек изменения толщины жировой складки выявлено не было. Вторая группа добровольцев, организовавшая питание на тех же принципах баланса, но употреблявшая преимущественно простые углеводы, достоверно продемонстрировала более продолжительное (по сравнению с первой группой) время пищевого комфорта – 2,14 часа, колебания массы тела составили от – 0,42 кг до + 0,52 кг, в среднем 0,68% от исходной массы тела. Толщина жировой складки на ребре изменилась в сторону регресса (– 0,5 см) у 25% исследуемых, преимущественно у девушек, у 50% добровольцев осталась неизменной – в основном, у юношей, 25% студентов определили увеличение толщины жировой складки на 0,32 см. В контрольной группе исследуемых, не моделирующих своё питание по каким-либо принципам, мы наблюдали колебание показателей массы тела и толщины жировой складки в зависимости от количества и качества пищи. Все это укладывалось в общепринятую теорию о необходимости баланса между энергетической ценностью потребляемой пищи и фактическим расходом энергии.

Выводы: основываясь на данные проведенного исследования, мы смеем предположить, что современная теория о преимуществе сложных углеводов в создании модели идеально сбалансированного питания является спорной, если говорить о молодых людях 18-20 лет, входящих по социальному статусу в 1 группу интенсивности труда (студенты медицинского профиля).

Савченко И.Л., Моренко В.В., Книга О.П., Тихонова Г.А.

КИНЕТИКА ОКИСЛЕНИЯ РАСТИТЕЛЬНЫХ МАСЕЛ В ПРИСУТСТВИИ ФАРМАКОПЕЙНЫХ НАСТОЕК

Научный руководитель Моренко В.В., доцент, с.н.с.

Цель исследования. Изучение влияния добавок аптечных настоек лекарственных трав на кинетику низкотемпературного автоокисления растительных масел и иницированного железом окисления липида – фосфатидилхолина (ФХ).

Материалы и методы. Газоволюметрический метод и метод йодометрии.

Результаты. В работе было изучено влияние добавок спиртовых настоек растительных экстрактов (экстракты софоры, полыни, пустырника и эвкалипта) на процесс окисления растительных масел (облепиховое и льняное масло) на основе кинетических зависимостей накопления пероксидных соединений при автоокислении масел молекулярным соединением (ПЧ, % t, сутки). Дальнейшее изучение ингибирующего действия исследуемых настоек проведено при окислении дисперсии фосфатидилхолина (ФХ) в присутствии гидрофильного инициатора – соли двухвалентного железа в фосфатном буфере при физиологическом pH = 7,4.

Выводы. Антиоксидантную активность фармакопейных настоек можно объяснить не только превращениями вольных радикалов, но и окислительно-восстановительными свойствами субстратов, их способностью к комплексообразованию, – образованию хелатов. Необходимо учитывать, что исследованные фармакопейные настойки могут увеличивать пероксидное число при окислении липидов *in vivo* и могут проявлять негативные последствия для живого организма.

Турчик Л.В., Моренко В.В., Тихонова Г.А., Книга О.П.

ИНГИБИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ФЕНАЗОНА, ФЕНИДОНА, МЕТАМИЗОЛА НАТРИЯ И АМИДОПИРИНА НА ПРОЦЕССЫ ОКИСЛЕНИЯ В МОДЕЛЬНЫХ СИСТЕМАХ

Научный руководитель – доц. с.н.с. Моренко В.В.

Цель исследования. Изучение закономерностей ингибирующего действия производных пиразолона-5 (феназона, фенидона, метамизола натрия, амидопирина) при иницированном окислении гомогенного этилбензола и эмульсии этилбензол-вода молекулярным кислородом.

Материалы и методы. Хемиллюминесцентный метод и метод йодометрии.

Результаты. В гомогенных системах определены константы скорости реакций взаимодействия ингибиторов с пероксидными радикалами (k_7) и концентрации ингибиторов ($IC_{50\%}$), которые уменьшают интенсивность хемиллюминесцентного свечения в два раза. В эмульсиях первого рода (этилбензол-вода) рассчитаны отношения периодов индукции процессов окисления в присутствии производных пиразолона-5 к периодам индукции процессов окисления в отсутствие ингибирующих добавок (τ / τ_0).

Выводы. В гомогенных системах наиболее эффективным антирадикальным реагентом является 4-аминоантипирин и 1-фенил-3-пиразолидон (фенидон). Известные анальгетики, амидопирин и метамизол натрия не проявили значительной антиоксидантной активности.

При иницированном окислении этилбензола в водной эмульсии, исследованный ряд производных пиразолона-5, за исключением метамизола натрия значительной антиоксидантной активности не проявили.

**Донецкий национальный медицинский университет г. Донецк,
ДНР Кафедра управления, экономики фармации,
фармакогнозии, фармацевтической технологии
Зав. кафедрой – доц. Бухтиярова И.П.**

Болотских М.О, Попович В.П.

МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЫРЬЯ ИРГИ КРУГЛОЛИСТНОЙ

Научный руководитель – Виноградова Н.А.

Цель исследования. Ирга круглолистная (*Amelanchier ovalis*) – теневыносливый и засухоустойчивый кустарник, который хорошо растет на почвах разного механического состава и кислотности, выдерживает морозы до $-40-50^{\circ}\text{C}$. Она хорошо переносит условия постоянного задымления, поэтому рекомендуется для озеленения промышленных предприятий. С лечебной целью используются ягоды, листья и кора кустарника. Благодаря наличию витаминов плоды можно использовать для профилактики и лечения гипо- и авитаминозов С и В. Плоды используют также для профилактики атеросклероза в связи с наличием в них -ситостерина, являющегося антагонистом холестерина. В народной медицине сок плодов используют для полосканий при ангине. Отвары коры и листьев применяют как вяжущее и обволакивающее средство при желудочно-кишечных заболеваниях и лечении гнойных ран. В государственной фармакопее данное растение не зарегистрировано. Род ирга (*Amelanchier*) не однообразен, в связи с этим необходимо провести микроскопические исследования для отличия от морфологически сходных видов. Поэтому целью данной работы было изучение микроскопического строения листьев и плодов ирги круглолистной (*Amelanchier ovalis*).

Материал и методы. Для исследования использовали высушенные листья и свежие плоды ирги обыкновенной, заготовленные в Донецком ботаническом саду. Анализ листьев проводился согласно общей фармакопейной статье «Листья» ОФС.1.5.1.0003.15. Порошки измельченных кожистых листьев просветляли для детального исследования, массу кипятили в 5% растворе свежеприготовленного едкого натрия в течение 1-2 минут. На предметное стекло наносили пару капель свежеприготовленного раствора хлоралгидрата. Далее размещали объект на предмете стекла, закрывали покровным стеклом и нагревали до полного удаления пузырьков воздуха. С помощью биологического микроскопа «Stemi 2000-C» (Zeiss), при увеличении (40 \times) изучали анатомно-диагностические признаки растительного сырья.

Анализ свежих плодов проводили согласно общей фармакопейной статье «Плоды» ОФС.1.5.1.0007.15, использовали препараты кожуры и околоплодника с поверхности. Несколько плодов кипятили в 5% растворе едкого натрия в течении 5 минут и промывали водой. Объект помещали на предметное стекло, отделяли кожуру семени и ткани околоплодника, наносили каплю хлоралгидрата, накрывали покровным стеклом и рассматривали в биологическом микроскопе «Stemi 2000-C» (Zeiss) при увеличении (40 \times).

Результаты. Благодаря проведенным микроскопическим исследованиям с порошком листа были обнаружены: эпидерма в виде извилисто-стеленных паренхимных, равномерно утолщенных клеток, устьица аномоцитного типа (длиной до 38,4 мкм, шириной до 30,7 мкм), имеется кристаллоносная обкладка механической ткани. В плодах были обнаружены полигональное очертание клеток эпидермы, в паренхиме мезокарпа, имеются многочисленные склереиды (ширина – 61,5 мкм, длина – 109,2 мкм) неправильной, округлой формы, со сглаженными углами. Неравномерно утолщенная оболочка каменных клеток окрашена пигментом клеточного сока в розовый цвет. В одном и том же плоде каменные клетки имеют неодинаковую утолщенность стенок.

Выводы: Впервые изучено микроскопическое строение листьев и плодов ирги обыкновенной, выявлены их диагностические признаки. В дальнейшем планируется исследовать живые надземные части растения, провести микроскопию сырья других видов ирги для проведения сравнительного анализа.

Бондарь А.А.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЕРАПИИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Зав. кафедрой и научный руководитель – доц. Бухтиярова И.П.

Цель исследования. Оценка рациональности затрат на терапию цереброваскулярных заболеваний: на основе интегрированного (ABC, VEN-, частотного) анализа назначений лекарственных препаратов больным дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ).

Материал и методы: Объектами нашего исследования были листы назначений лекарственных препаратов (ЛП) больным ДЭ в 1 неврологическом отделении ДОКТМО. Для фармакоэкономической оценки затрат на терапию больных ДЭ использовали следующие методы: ABC-анализ, частотный анализ и VEN-анализ.

Результаты: Сопоставление результатов частотного и VEN-анализа свидетельствует, что почти 58% от общей суммы назначений составляют препараты группы V (жизненно необходимые); почти 42% препараты группы E (важные) и 0,9% препараты группы N (второстепенные). Что свидетельствует о значительном количестве назначений метаболитических средств вошедших в группу E. Результаты ABC-анализа показали, что

в группу А входит 21 препарат, что составляет 12,96% от общего количества препаратов. Расходы на препараты группы А составили 21 224,17 грн., что составляет 70,60% от общей суммы затрат на терапию ДЭ.

Выводы: Препараты разных фармакологических групп, применяемых для лечения цереброваскулярных заболеваний представлены в широком ассортименте, цены на них значительно варьируют, что дает возможность оптимизировать расходы. Установлено, что 57,87% назначений составляют препараты группы V (жизненно необходимые); 41,7% – препараты группы E (важные) и 0,9% – препараты группы N (второстепенные). Это свидетельствует о том, что в назначениях для лечения ДЭ значительную долю составляют жизненно необходимые и важные препараты. Финансовые средства в основном расходуются на препараты категории V (жизненно необходимые) и E (важные), что свидетельствует о рациональном использовании финансовых ресурсов на лечение ДЭ. Установлено, что как и в наиболее затратной группе А, так и в менее затратных группах В и С значительную часть составляют препараты категории V и E, которые необходимы и важны при лечении ДЭ. Среди фармакотерапевтических групп лидерами по затратностью и частотой назначений является ангиопротекторы, психостимуляторы и ноотропы, антипсихотические средства, витамины, минералы, аминокислоты, их производные и комбинации, сердечно-сосудистые препараты.

Бугакова А.И., Попович В.П.

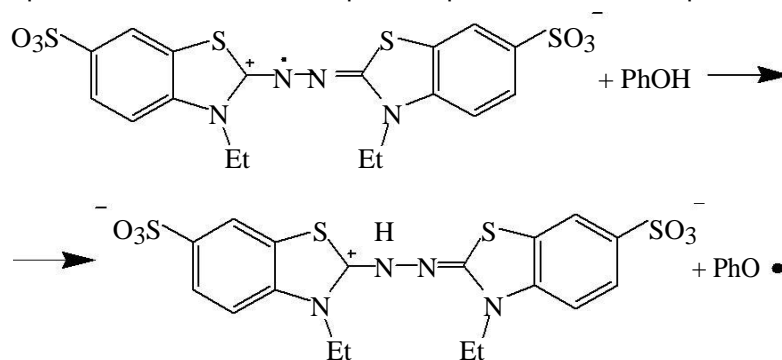
АНТИРАДИКАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ФЕНОЛКАРБОНОВЫХ КИСЛОТ В РЕАКЦИИ С КАТИОН-РАДИКАЛОМ ABTS⁺⁺ НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ – ВИНОГРАДОВА Н.А.

Цель работы – исследование антирадикальных свойств фенолкарбонновых кислот в реакции с катион-радикалом 2,2'-азинобис(3-этилбензотиазолин-6-сульфоновой) кислоты.

Материал и методы. Объекты исследования: п-гидроксибензойная, 2,4-дигидроксибензойная, 3,4-дигидроксибензойная, 2,5-дигидроксибензойная, 2,3-дигидроксибензойная, 2,3,4- тригидроксибензойная, галловая (3,4,5-тригидроксибензойная) кислоты. В качестве инициатора образования ABTS⁺⁺ использовали персульфат калия. Стандартом служил тролокс (6-гидрокси-2,5,7,8-тетраметилхроман-2-карбоновая кислота), который является водорастворимым аналогом витамина E. Условия эксперимента: 0,2M фосфатный буфер (pH=7.4), T=(293±1)K. Метод исследования – UV-VIS-спектроскопия.

Результаты. Распространение фенолкарбонновых кислот (ФКК) в продуктах растительного происхождения обуславливает их важность как пищевых антиоксидантов. Основным механизмом антиоксидантного действия является взаимодействие с образующимися перокси- (ROO•) и алкокси-радикалами (RO•) за счет легко подвижного атома водорода одной или нескольких фенольных групп в составе ФКК – антиоксиданта.

Исследована антирадикальная активность фенолкарбонновых кислот в реакции с ABTS⁺⁺.



Получены линейные зависимости концентрации нейтрализованных катион-радикалов ABTS⁺⁺ от концентрации ФКК. Определена стехиометрия реакции в эквиваленте тролокса (ТЕАС) (табл.).

Антирадикальная емкость ФКК. T=293 K

Объект исследования	ТЕАС (pH 7.4)
2,4-дигидроксибензойная кислота	4.9±0.8
2,3,4-тригидроксибензойная кислота	2.9±0.4
2,3-дигидроксибензойная кислота	2.1±0.5
2,5-дигидроксибензойная кислота	3.4±0.2
3,4-дигидроксибензойная кислота	2.6±0.9
3,4,5-тригидроксибензойная кислота	3.1±0.8
4-гидроксибензойная кислота	0.4±0.1

Выводы. Установлено, что антирадикальная активность всех изученных ФКК (исключение – 4-гидроксибензойная кислота) выше, чем у тролокса. Антирадикальная активность связана с расположением и степенью гидроксирования молекулы. По степени возрастания значений ТЕАС (при pH 7.4) изученные соединения располагаются в ряду: 4-гидроксибензойная < тролокс < 2,3-дигидроксибензойная < 3,4-

дигидроксibenзойная < 2,3,4-тригидроксibenзойная < галловая < 2,5-дигидроксibenзойная < 2,4-дигидроксibenзойная кислота.

Гриненко Е.А., Виноградова Н.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ РЯБИНЫ ШВЕДСКОЙ

Научный руководитель – Попович В.П.

Цель исследования. Растения рода рябина (*Sorbus L.*) объединяют 84 вида. Одним из перспективных видов этого рода является рябина шведская (промежуточная) – *Sorbus scandica* семейства Розовых (*Rosaceae*), которая распространена повсеместно в Донецкой области. Поэтому целью нашего исследования было изучение количественное содержание аскорбиновой кислоты, окислительных полифенолов в листьях, плодах, ветках рябины шведской.

Материал и методы. Для исследования использовались плоды, листья, ветки рябины шведской, собранные в Донецкой области в сентябре 2015 года. Сушили сырье на открытом воздухе или в сушильных шкафах при температуре 50-60 °С. Количественное содержание аскорбиновой кислоты проводили по известной методике – титриметрическим методом, окислительных полифенолов – перманганатометрическим методом по Левенталю.

Результаты исследования. В результате качественного исследования состава плодов рябины шведской были обнаружены свободные органические кислоты, аскорбиновая кислота, флавоноиды, кумарины, дубильные вещества, гидроксикоричные кислоты, антоцианы, полисахариды, каротиноиды и хлорофиллы. Проведенные количественные исследования свидетельствуют о высоком содержании аскорбиновой кислоты в листьях – 0,29%, в плодах – 0,26% и в ветках – 0,14%. Наибольшее количество окислительных полифенолов в ветках – 6,01%, в листьях и плодах рябины шведской – 4,93% и 1,74% соответственно.

Выводы. Количественно определено содержание аскорбиновой кислоты и окислительных полифенолов в ветках, листьях и плодах рябины шведской. Наибольшее количество аскорбиновой кислоты содержится в листьях, окислительных полифенолов – в ветках. Полученные результаты свидетельствуют о перспективности использования сырья рябины скандинавской в качестве ценного источника лекарственного растительного сырья для создания витаминных, противовоспалительных и антиоксидантных средств.

Деревенец Ю.А., Виноградова Н.А.

ФЕНОЛЬНЫЕ СОЕДИНЕНИЯ ИРГИ КРУГЛОЛИСТНОЙ

Научный руководитель – Попович В. П.

Цель исследования. Качественное и количественное изучение фенольных соединений листьев, веток, плодов ирги круглолистной, овальной или овальнолистной (*Amelanchier ovalis Medik.*).

Материал и методы. Для исследования использовали ветки, листья и плоды ирги круглолистной, заготовленные в 2015 году в Донецкой области. Ветки и листья заготавливали в мае, плоды во время созревания. Сушили листья и ветки на открытом воздухе, плоды использовали свежие. Использовали качественные реакции, различные виды хроматографического анализа, фармакопейные методы количественного исследования по ГФ XI.

Результаты. С помощью качественных реакций и различных видов хроматографического анализа с использованием водных, водно-спиртовых, хлороформных, этилацетатных, бутанольных экстрактов в листьях, ветках, плодах ирги обыкновенной было выявлено наличие полисахаридов, аминокислот, пектиновых и дубильных веществ, органических и гидроксикоричных кислот, кумаринов, флавоноидов, сапонинов, антоцианов, хлорофиллов, каротиноидов.

Из фенольных соединений в сырье содержится рутин, кверцетин, кемпферол, цианидин, умбелиферон, кофейная, неохлорогеновая, хлорогеновая, феруловая кислоты.

Проведенные количественные исследования свидетельствуют о высоком содержании флавоноидов в пересчете на рутин: наибольшее в листьях – 3,58%, в ветках и плодах – 2,46% и 2,00% соответственно.

Выводы. По результатам анализа установлено, что растительное сырье ирги круглолистной содержит рутин, кверцетин, кемпферол, цианидин, умбелиферон, кофейную, неохлорогеновую, хлорогеновую, феруловую кислоты. Наибольшее количество флавоноидов обнаружено в листьях ирги круглолистной.

Захарова Е.С., Попович В.П.

ВЛИЯНИЕ АРОМАТЕРАПИИ НА КРАТКОВРЕМЕННУЮ ЗРИТЕЛЬНУЮ ПАМЯТЬ

Научный руководитель: Виноградова Н.А.

Цель исследования. Оценить влияние ароматерапии на кратковременную зрительную память. **Материал**

и методы. В эксперименте приняли участие 25 человек в возрасте от 20 до 23 лет обоих полов (юноши – 60 ± 9,8 %; девушки – 40 ± 9,8 %; p = 0,57). Ароматерапия проводилась на кафедре патофизиологии ДонНМУ в отдельных аудиториях с 10.00 утра, время экспозиции – 30 минут. Испытуемые были разделены на пять экспериментальных групп: первая вдыхала эфирное масло гвоздичного дерева; вторая – имбиря; третья – кориандра; четвертая – розмарины; пятая, группа сравнения, вдыхала пары очищенной воды. Оценка кратковременной зрительной памяти проводилась с помощью таблицы для запоминания 12 двузначных

чисел и их правильным воспроизведением через 20 секунд. До ароматерапии медиана составила $6 \pm 0,128$ правильно воспроизведённых числа (95 % ДИ : 6-7). Множественное сравнение для пяти выборок проводили с помощью пакета программы Medstat, 2010, рангового однофакторного анализа Крускала-Уоллиса и критерия Данна.

Результаты. После ароматерапии выявлено статистически достоверное различие между второй и четвёртой группой ($p < 0,05$) и между второй и пятой группой ($p < 0,01$). Таким образом, эфирное масло имбиря на 16,7 % эффективнее эфирного масла розмарина и на 25 % эффективнее вдыхания паров очищенной воды (группы сравнения). Между остальными группами достоверных различий выявлено не было.

Выводы. Ароматерапия является актуальным методом лечения и профилактики многих заболеваний. Исходя из полученных данных, можно рекомендовать имбирное эфирное масло в качестве средства, стимулирующего кратковременную зрительную память.

Зубенко В.О., Болотских М.О., Виноградова Н.А., Попович В.П.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ДОНБАССА

Зав. кафедрой и научный руководитель – к.ф.н. Бухтиярова И.П.

Цель исследования: изучение ассортимента лекарственных растений, Донецкого ботанического сада и их систематизация.

Материал и методы. Объекты исследования: лекарственные растения Донецкого ботанического сада. Метод: анализ научной литературы.

Результаты: Противовоспалительным действием обладают *Calendula officinalis*, *Chamomilla recutita*, *Salvia officinalis*, *Achillea millefolium*, *Coriandrum sativum*, *Salix acutifolia*, *Viburnum opulus*. Механизмы: ингибирование биосинтеза эйкозаноидов, уменьшение проницаемости капилляров, стабилизация мембраны клеток, торможение образования свободных радикалов, снижение активность гиалуронидазы, разобщение окислительного фосфорилирования в тканях. Диуретическое действие характерно для *Centaurea cyanus*, *Bidens tripartite*, *Polygonum aviculare*, *Viola arvensis*, *Viola tricolor*, *Ononis arvensis*, *Juniperus communis*, *Betula pendula*.

Это можно объяснить блокировкой ферментов почек, обеспечивающие транспорт электролитов; угнетением реабсорбции в концевых канальцах; повышением осмотического давления плазмы крови; смещением pH крови в кислую сторону; ингибированием карбонгидразы. Желчегонным действием обладают *Tanacetum vulgare*, *Helichrysum arenarium*, *Mentha piperita*, *Artemisia absinthium*, *Bidens tripartite*, *Inula helenium*, *Cucurbita pepo*, *Cynara scolymus*, *Coriandrum sativum*, *Taraxacum officinale*, *Centaureum erythraea*. Они усиливают образование желчи гепатоцитами либо способствуют выделению желчи из желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку.

Болеутоляющее действие *Atropa belladonna*, *Datura stramonium*, *Hyoscyamus niger* обусловлено содержанием алкалоидов – агонистов опиоидных рецепторов. Спазмолитическое действие характерно для *Atropa belladonna*, *Mentha piperita*, *Anethum graveolens*, *Carum carvi*, *Foeniculum vulgare*, *Valeriana officinalis*, *Anethum graveolens*. Отхаркивающим действием обладают *Tussilago farfara*, *Plantago major*, *Plantago lanceolata*, *Thermopsis lanceolata*, *Althaea officinalis*, *Polemonium coeruleum*, *Anisum vulgare*, *Thymus serpyllum*, *Origanum vulgare*, *Glycyrrhiza glabra*, *Sambucus nigra*. Варианты механизмов действия: рефлекторно стимулируют нейроны рвотного, дыхательного и кашлевого центров; усиливают функцию бронхиальных желез; при ингаляционном применении оказывают прямое стимулирующее влияние на секрецию бронхиальных желез; разжижают мокроту вследствие влияния на ее свойства. Кровоостанавливающим действием обладают: *Urtica dioica*, *Urtica urens*, *Polygonum aviculare*, *Ononis arvensis*, *Polygonum bistorta*, *Viburnum opulus*. Вяжущее действие характерно для *Bergenia crassifolia*, *Polygonum bistorta*, *Hamamelis virginiana*, *Quercus robur*, *Hamamelis virginiana*. Они вызывают уплотнение коллоидов тканей либо образование нерастворимых соединений в виде плотной защитной пленки унервных окончаний. Для *Echinacea angustifolia*, *Echinacea purpurea*, *Echinacea pallida* характерно иммуностимулирующее действие, которое связывают с присутствием полисахаридов. *Rosa rugosa* и *Sorbus aucuparia* проявляют поливитаминное действие; *Salvia officinalis* и *Pinus silvestris* – антимикробное; *Melilotus officinalis* – антикоагуляционное; *Frangula alnus* и *Rhamnus cathartica* – слабительное; *Rubia tinctorium*, *Equisetum arvense* – литолитическое; *Hypericum perforatum* и *Chelidonium majus* – бактерицидное; *Mentha piperita*, *Adonis vernalis*. *Valeriana officinalis*, *Humulus lupulus* – седативное; *Hippophae rhamnoides* – репаративное; *Leonurus quinquelobatus* – гипотензивное; *Aronia melanocarpa*, *Crataegus sanguinea*, *Ginkgo Biloba* – сосудорасширяющее, *Humulus lupulus* – эстрогенное; *Digitalis purpurea*, *Adonis vernalis*, *Convallaria majalis* – кардиотоническое.

Выводы. В результате проведенных анализов были систематизированы лекарственные растения Донбасса, согласно их фармакологическому действию. Полученная информация была представлена в виде справочника лекарственных растений Донбасса.

Кобельская А.Н., Тюрина С.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АНТОЦИАНОВ В СЫРЬЕ ИРГИ ОВАЛЬНОЛИСТНОЙ

Научный руководитель – Виноградова Н.А.

Цель работы. Определение количественного содержания антоцианов листьев, плодов и веток ирги овальнелистной (*Amelanchier ovalis*).

Материал и методы. В качестве объектов исследования взяты листья, плоды и ветки ирги обыкновенной, собранные и заготовленные в Донецком ботаническом саду в период массового цветения в 2015 году. Определение проводилось в соответствии с методикой Государственной Фармакопеи (ГФ) 11. Измерение оптической плотности проводили при длине волны 510 нм на спектрофотометре СФ-46. Параллельно измерили оптическую плотность раствора стандартного образца хлористоводородной кислоты.

Содержание антоцианов вычисляют по формуле:

$$X = \frac{D \cdot 250 \cdot 100}{453 \cdot m \cdot (100 - W)},$$

где D – оптическая плотность, 453 – удельный показатель поглощения, m – масса сырья в граммах, W – потеря в массе при высушивании сырья в процентах.

Результаты. Ирга – не фармакопейное растение, одно из немногих плодовых растений, которые в народной медицине используются почти полностью. Листья, кора, цветы ирги – всё это ценное лекарственное сырьё. Ирга содержит дубильные вещества и антоцианы, витамины Р, С, группы В, каротин, микроэлементы, клетчатку, пектины. Антоцианы имеют особое значение, так как обладают высокой антиоксидантной активностью.

Свободные радикалы – это вещества с одним или несколькими неспаренными электронами, которые чрезвычайно легко вступают в химические реакции. Эти соединения способны реагировать с клеточными структурами, вызывая их повреждение. Свободные радикалы вызывают множество заболеваний (различные виды шока; атеросклероз; нарушения мозгового, коронарного и периферического кровообращения) и преждевременное старение. Вредное воздействие свободных радикалов в случае оксидантного стресса можно уменьшить за счет регулярного употребления определенных пищевых продуктов и напитков, лекарственных препаратов, биологически активных добавок, обладающих антиоксидантной активностью. Исключительное значение имеют антоцианы, так как благодаря заряду на атоме кислорода в кольце С они легче проникают через мембраны клеток. Антоцианы придают растительным тканям окраску самых разнообразных оттенков – от розовой до черно-фиолетовой, а также кисло-сладкий и кислый вкус. Таким образом, индикатором способности продуктов противостоять действию свободных радикалов может служить их цвет. Растворы антоцианов нейтрализуют почти все виды радикальных форм кислорода и азота в четыре раза эффективнее, чем аскорбат и -токоферол.

Определено количественное содержание антоцианов в плодах (0,114±0,0004%), листьях (0,049±0,0002%), ветках (0,018±0,0003%) ирги.

Выводы. Установлено, что плоды ирги содержат больше антоцианов, что доказывает ценность этого растения в медицинской практике.

Таким образом, значительное содержание антоцианов обнаружено в листьях, ветках и особенно плодах ирги овальнолистной. Это обуславливает их высокую пищевую и лечебную ценность как источников антиоксидантов.

Максюченко А.В., Попович В.П.

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТИ ПОЛИФЕНОЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ ЗЕЛЕНОГО ЧАЯ

Научный руководитель – Виноградова Н.А.

Цель работы. Определение содержания флавоноидов в зеленом чае, представленном разными фирмами-поставщиками.

Материал и методы. В качестве объектов исследования взяты чай «Royal» (заварной) и чай «Принцесса Ява» (пакетированный). Определение проводилось в соответствии с методикой государственной фармакопеи (ГФ) 11 издания, части 2. Измерение оптической плотности проводили при длине волны 415 нм на спектрофотометре СФ-46. Параллельно измерили оптическую плотность раствора стандартного образца рутина, приготовленного согласно ГФ 11, ч.2.

Расчет проводят согласно формуле:

$$X = \frac{D \cdot m_0 \cdot 100 \cdot 100}{D_0 \cdot m \cdot 100 \cdot (100 - W)}$$

где D – оптическая плотность испытуемого раствора; D₀ – оптическая плотность раствора ГСО рутина; m – масса сырья в граммах; m₀ – масса рутина в граммах; W – потеря в массе при высушивании сырья в процентах.

Результаты. Чай – самый распространенный напиток на Земле, не считая воды. По данным Food and Agriculture Organization of the United Nations производство чая составляет 4,09 млн. тонн в год. В частности чай является одним из самых популярных, любимых и полезных напитков населения стран СНГ. Главные достоинства чая определяют следующие группы биологически активных веществ: алкалоиды (кофеин, теобромин и теофиллин), фенольные соединения (танин и катехины), эфирные масла.

Флавоноиды – основной компонент экстракта чая, они обладают широким спектром биологического действия. В частности они проявляют антиоксидантную активность. Антиоксиданты защищают клеточные

структуры от повреждения их свободными радикалами, тем самым предохраняя организм человека от болезней. Увеличение образования свободных радикалов происходит в организме при физической нагрузке, стрессе, воспалении, курении, из-за неблагоприятной экологической обстановки. При этом важную роль играет употребление пищевых антиоксидантов. Механизм антиоксидантного действия флавоноидов заключается в том, что они являются ловушками свободных радикалов благодаря наличию гидроксильных групп в своей структуре, а также связывают металлы переменной валентности, активирующие свободнорадикальные реакции (хелатирующее действие).

По вышеописанной методике определено количественное содержание флавоноидов в чае «Royal» ($5,54 \pm 0,01\%$) и в чае «Принцесса Ява» ($0,999 \pm 0,002\%$).

Выводы. Установлено, что заварной чай содержит большее количество флавоноидов в сравнении с пакетированным. Это свидетельствует о большей его пользе для организма. Таким образом, предпочтение при выборе и покупке будет отдано чаю с торговым названием «Royal».

Пустовит Я. В., Митроченко М. К.

ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ РАБОТНИКОВ АПТЕЧНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Научный руководитель – доц. Грищенко И. И.

Цель исследования. Проанализировать нормативно- правовую базу по вопросам оплаты труда фармацевтических работников ДНР и выделить особенности в определении заработной платы работникам аптечных организаций.

Материалы и методы. Закон ДНР «О бухгалтерском учете и финансовой отчетности» (1); приказ МЗ ДНР, министерства труда и социальной политики «Об упорядочении условий оплаты труда работников учреждений здравоохранения и учреждений социальной защиты населения» (2), Закон ДНР «Об отпусках» (3).

Результаты. Ст. 17 Закона «О бухгалтерском учете» гласит, что финансовая отчетность экономического субъекта является коммерческой тайной, кроме случаев, предусмотренных законодательством.

Приказ (2) в разделе 1 «Общие положения» поясняет, что надбавка обязательного характера за «Почетное звание Украины» оплачивается в случае присвоения ее не позднее 07.04.14 г. Также приказ (2) устанавливает ставки почасовой оплаты труда. Раздел 2 приказа (2) поясняет, что должностные оклады фармацевтических работников, работающих в составе госпиталей, специальных отделений в составе больниц, обслуживающих участников боевых действий, повышаются на 15 %. Приказ (2) раздел 4 «Надбавки» п. 4.1. «Надбавки за продолжительность непрерывной работы» говорит, что время пребывания военнослужащих в плену засчитывается в стаж непрерывной работы.

Закон ДНР «Об отпусках» (3) ст. 5 говорит, что ежегодный основной оплачиваемый отпуск предоставляется работникам продолжительностью 28 календарных дней. Ст. 10 Закона (3) говорит, что продолжительность основного и дополнительных оплачиваемых отпусков работников исчисляется в календарных днях и максимальным пределом не ограничивается.

Выводы. Анализ нормативно-законодательной базы, регулирующей учет и оплату труда, показывает ее практическую направленность, сведение в минимальном количестве документов норм, регламентирующих данные вопросы.

Савенок В.К.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО РЫНКА АНТИНЕОПЛАСТИЧЕСКИХ

Зав. кафедрой и научный руководитель – доц. Бухтиярова И.П.

Цель исследования. Проанализировать состояние регионального рынка антинеопластических лекарственных средств.

Материалы и методы исследования. Анализ состояния рынка антинеопластических лекарственных средств проводили по данным системы исследования «Фармстандарт» компании «Морион» за 2015 год.

Результаты исследования. Согласно анатомо-терапевтической классификации в состав группы антинеопластических лекарственных средств (ЛС) (L01) входят 5 фармакотерапевтических подгрупп первого уровня: алкилирующие соединения (L01A), антиметаболиты (L01B), алкалоиды растительного происхождения (L01C), цитотоксические антибиотики и родственные препараты (L01D) и прочие антинеопластические средства (L01X).

На первое января 2016 года на фармацевтическом рынке ДНР зарегистрировано 59 международных непатентованных названий (МНН) антинеопластических ЛС, с учетом разных форм выпуска и доз их количество составило 302 ЛС. Наибольший удельный вес в группе (L01) занимает подгруппа первого порядка «Прочие антинеопластические средства» (L01X) – 30%, наименьший – алкилирующие соединения (L01A) – 8%.

В результате исследования было установлено, что география предприятий производителей антинеопластических ЛС, которые применяются для лечения злокачественных новообразований в Донецкой области, достаточно широка и насчитывает 20 стран. Среди них лидерами по количеству выпускаемых ЛС являются: Швейцария, Германия, Израиль, США, Исландия. Следует отметить, что сегодня на отечественном фармацевтическом рынке основной ассортимент антинеопластических ЛС формируется за счет зарубежных

препаратов, на долю которых приходится около 92% ЛС. Поставщиками противоопухолевых ЛС на рынок являются 44 фармацевтических производителя, из которых 37 компаний из стран Европы и США и 7 – из Украины.

Лидерами среди производителей по количеству поставляемых антинеопластических ЛС на рынок Донбасса являются: Medac (Германия) – 52 ЛС, Roche и Sandoz (Швейцария) – 47 и 13 ЛС соответственно, Teva (Израиль) – 30 ЛС, Actavis group (Исландия) – 27 ЛС. На долю пяти крупнейших в Европе фармацевтических компаний производителей антинеопластических ЛС приходится 76% от общего количества зарубежных препаратов на рынке Донбасса.

Антинеопластические ЛС, производимые в Украине, составляют всего 8% в общем ассортименте препаратов для лечения злокачественных новообразований на фармацевтическом рынке Донбасса. Среди таких компаний первые позиции занимают: «Биолек» и «Корпорация Артериум», которые поставляют на рынок 74% препаратов от общего количества украинских противоопухолевых препаратов.

Выводы. На фармацевтическом рынке Донбасса представлено 59 МНН антинеопластических ЛС, которые применяются для лечения злокачественных новообразований различной этиологии. В ассортименте противоопухолевых ЛС преобладают зарубежные препараты, и их доля составляет 92%. Основными поставщиками антинеопластических ЛС на рынок Донбасса являются фармацевтические предприятия: Medac (Германия), Roche и Sandoz (Швейцария), Teva (Израиль), Actavis group (Исландия).

Стреблянская Т.А., Виноградова Н.А.

ПОИСК ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ДОНБАССА, ОБЛАДАЮЩИХ АНТИДИАБЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ

Научный руководитель – Тюрина С.В.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ лекарственных растений Донбасса, обладающих антидиабетической активностью и выявить наиболее перспективные виды для разработки и улучшения состава известных фиточаев.

Материал и методы. Критический анализ разносторонних публикаций по исследуемой теме, в том числе авторефератов, монографий, руководств, обобщенных обзоров, диссертационных исследований, а также научных и журнальных статей. Использовались сравнительные и аналитические методы исследования сырья.

Результаты. Сахарный диабет является приоритетом первого порядка среди проблем, стоящих перед медицинской наукой и здравоохранением всех экономически развитых стран. Заболеваемость сахарным диабетом носит характер нарастающей пандемии и характеризуется высокой степенью инвалидизации больных. В связи с этим актуальным является вопрос о поиске новых эффективных противодиабетических средств с минимальными побочными эффектами. Одним из направлений поиска являются лекарственные растения и их композиции, действующие вещества которых обладают гипогликемическим, гиполипидемическим и антиоксидантным действием.

В ходе исследования выполнен сравнительный анализ лекарственных растений Донбасса, обладающих антидиабетической активностью. Наиболее часто в составе фиточаев встречаются фасоль обыкновенная (анаболическое действие), черника обыкновенная, аралия манчжурская и заманиха высокая (инсулиноподобное действие), бузина черная и брусника обыкновенная (мочегонное действие), лопух большой и горец птичий (стимулируют регенерацию β -клеток поджелудочной железы). Многие из этих растений не произрастают на территории Донецкой области, поэтому необходима модернизация известных сборов с использованием растений нашего региона. Для дальнейшего исследования будет заготовлено лекарственное растительное сырье, выращенное на территории Донецкого Ботанического сада, и содержащее горечи, эфирные масла, полисахариды, флавоноиды (полынь эстрагон, скорцонера испанская, иссоп лекарственный, монарда гибридная, виды котовника, базилик обыкновенный, спаржа лекарственная, зизифора пахучковидная, зубровка душистая, рута душистая, виды рода шелковица и другие). В дальнейшем на их основе планируется разработка и внедрение новых авторских прописей антидиабетических фиточаев, применение которых позволит существенно улучшить состояние больных сахарным диабетом: снизить уровень сахара, нормализовать показатели углеводного обмена и снизить риск осложнений.

Выводы. По результатам анализа установлено, что на основе сырьевой базы растений Донбасса, возможна разработка лекарственных средств для последующего использования в качестве профилактики и лечения сахарного диабета.

Чепижко О. В., Виноградова Н. А.

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ИРГИ

Научный руководитель – Попович В.П.

Цель исследования. Род ирга (*Amelanchier L.*) объединяет 25 видов. Одним из перспективных видов этого рода является ирга круглолистная (*Amelanchier ovalis Medik.*) семейства Rosaceae, которая широко распространена в Донецкой области. Поэтому целью нашего исследования было изучение количественного состава биологически активных веществ листьев, веток, плодов ирги круглолистной.

Материал и методы. Для исследования использовали листья, ветки, плоды ирги круглолистной, собранные в 2015 году. Сушили листья и ветки в сушилке при температуре 60-70 °С. Количественное содержание аскорбиновой кислоты определяли титриметрическим методом, полисахариды весовым методом по ГФ XI.

Результаты исследования. В результате исследования состава сырья ирги круглолистной установлено, что исследуемые объекты содержат высокое содержание полисахаридов: в ветках – 5,2%, в листьях и плодах – 4,4% и 4,2%. Наибольшее количество аскорбиновой кислоты наблюдалось в плодах – 0,2 %, наименьшее в ветках и листьях – 0,13% и 0,14% соответственно.

Выводы. Таким образом, необходимо выделить и исследовать такие фракции полисахаридов: водорастворимые полисахариды, пектиновые вещества, гемицеллюлозу А и Б. Учитывая качественный состав, возможно фракционировать полисахариды и использовать в основе препаратов противовоспалительного, мягчительного, отхаркивающего действия или задерживающих развитие гипергликемии.

НЕТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА

Донецкий национальный медицинский университет г. Донецк,
ДНР Кафедра нетрадиционной медицины
Зав. кафедрой – д. мед. н., проф. Т.В. Кулемзина

Госман Д.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ КОЛЕННОГО СУСТАВА У СПОРТСМЕНОВ СИЛОВЫХ ВИДОВ

Курс нетрадиционной медицины Научные

руководители: д.мед.н., проф. Кулемзина Т.В., асс. Криволап Н.В.

Цель: Определить возможности применения антигомотоксических препаратов для лечения травм коленного сустава у спортсменов силовых видов спорта.

Материал и методы. 15 спортсменов силовых видов спорта – 9 мужского и 6 женского пола в возрасте 18 – 25 лет с жалобами на боль в коленном суставе при сгибании, дискомфорт при ходьбе и подъеме по лестнице. Закрытое повреждение мышечно-связочного аппарата коленного сустава было получено в результате спортивной деятельности. Спортсмены были разделены на две группы методом случайной выборки: основная группа (8 человек) получала внутримышечные инъекции Диклофенака по 75 мг 1 раз в сутки в течение 3-х дней. Спортсмены контрольной группы (7 человек) получали инъекции Траумель С и Цель Т по 1 ампуле (2,2 ml) периартикулярно № 5 в виде коктейля 2 раза в неделю в точки проекции латеральных связок и связок надколенника.

Результаты исследования: антигомотоксические препараты были выбраны с учетом их способностей стимулировать собственные защитные силы организма, улучшать трофику тканей, оптимизировать репаративные процессы и восстанавливать функции поврежденного органа или системы. Вид препарата и его лекарственная форма подбирались в соответствии с принципами гомеопатологии (т. н. синдромальный подход) с учетом современных методов диагностики. Среди преимуществ – данные препараты практически не имеют противопоказаний и побочных эффектов, не входят в список запрещенных ВАДА допинговых средств. Оценка результатов лечения проводилась после окончания назначенного курса лечения. Спортсмены обеих групп наблюдения отметили уменьшение болевых ощущений в коленном суставе при сгибании, ходьбе и подъем по лестнице перестали приносить дискомфорт. Через месяц после окончания курса лечения 3 спортсмена основной группы (37,5%) отметили возобновление дискомфорта при сгибании коленного сустава в процессе тренировочной и соревновательной деятельности. В контрольной группе ухудшения состояния не отмечалось ни по истечении 1 месяца, ни по истечении 3 месяцев после проведенного курса лечения.

Через 3 месяца интенсивной тренировочной деятельности 4 спортсмена основной группы наблюдения (50%) были вынуждены вновь обратиться за медицинской помощью, так как у них появились болевые ощущения при движении в коленном суставе. Также следует отметить, что в основной группе 2 (25%) спортсменов отмечали обострение хронического гастрита на фоне применения Диклофенака, относящегося к нестероидным противовоспалительным препаратам (НПВП), что сопровождалось появлением изжоги, болью в эпигастральной области после еды. В основной группе побочных эффектов применения антигомотоксических препаратов зафиксировано не было.

Выводы:

1. В ходе данной работы было выявлено, что применение антигомотоксической терапии оказывает более мягкий и возмездный по сравнению с традиционным применением нестероидных противовоспалительных средств.

2. У пациентов с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта применение антигомотоксической терапии более целесообразно, так как не оказывает раздражающего действия на слизистую оболочку желудка, в отличие от традиционной группы НПВП.

3. Антигомотоксические препараты доступны, более безопасны, эффективны и оказывают более стойкое терапевтическое воздействие.

Сидорова В.В.

ОБ ИЗУЧЕНИИ ТРАДИЦИОННОЙ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ ЗАПАДНЫМИ ВРАЧАМИ

Курс нетрадиционной медицины Зав.

курсом – д. мед. н., проф. Т.В. Кулемзина

Научный руководитель: д. мед. н., проф. Т.В. Кулемзина

Цель исследования: Обосновать необходимость изучения традиционной китайской медицины врачами, получившими высшее медицинское образование, основанное на традиционных западных подходах.

Материал и методы: Анализ публикаций, посвященных традиционной китайской медицине и ее применению врачами различных медицинских специальностей.

Результаты: С каждым годом во врачебной деятельности появляются множество проблем: чем больше создается медикаментозных препаратов, тем более извращенная и непредсказуемая становится реакция организма человека на них, излечение одной патологии зачастую провоцирует возникновение другой. Древнеримский философ Сенека по этому поводу говорил: «Ничто так не препятствует здоровью, как частая смена лекарств». Возникновению такой ситуации способствовало то, что формирование западного эмпирического опыта было основано на использовании причинно-следственного подхода к болезни и методов прямого воздействия на орган, при этом представляя человека автономным феноменом, стирая его индивидуальность и отделяя от природы. Западная медицина рассматривает человека как систему с пирамидальным принципом построения: низший – это физическое тело, высший – психика или сознание человека. Болезнь изначально поражает физическое тело, что приводит к угнетенному состоянию сознания. При этом болезни физического и психического уровня лечат, отделяя друг от друга. Традиционная китайская медицина выделяет четыре уровня: физическое тело, меридиональную систему, эмоции и психику. При этом болезнь, чаще зарождается на эмоциональном уровне, приводя к нарушению циркуляции энергии по каналам организма, трансформируясь в патологию физического тела. Гармония высших уровней обуславливает гармонию низших уровней. Согласно этим понятиям мышление, чувства и тело человека находятся в неразрывной связи между собой. Каждый орган и функция связаны друг с другом. В лечении особую роль отводят коррекции психологического состояния, окружения, привычкам, подбирают питание согласно сезонности, определяют лучший для пациента вкус, запах, цвет. В связи с этим, сформировался своеобразный подход, который учитывает не только человека и его болезнь, но и циклические изменения в природе, рассматривая при этом человека как микрокосмос в составе макрокосмоса. Возможность воздействия методов традиционной китайской медицины на весь организм в целом приводит к регуляции внутренних процессов, мобилизации различных адаптационных и компенсаторных резервов. Малое количество побочных эффектов, в том числе аллергий, практически отсутствие противопоказаний, быстрое получение положительного эффекта, способствует улучшению прогноза выздоровления, обеспечивая выраженный адаптогенный и профилактический эффект. Учитывая широкую распространенность методов традиционной китайской медицины в мире (более чем в 135 странах), и обращаемости населения (от 43 до 69% по данным статистики США и России) при желании и заинтересованности в них, могут быть использованы врачами различных медицинских специальностей при лечении пациентов.

Выводы: Учитывая достаточную эффективность методов, проверенных временем, высокую обращаемость и распространенность в мире, а также необходимость формирования нового комплексного взгляда на человека и его болезнь, рассматривая при этом пациента в контексте единого целого, объективной является необходимость изучения традиционной китайской медицины врачами, получившими высшее медицинское образование, основанное на традиционных западных подходах.

Синякова Т.В.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАДИЦИОННОЙ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ЛЕЧЕНИИ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Курс нетрадиционной медицины Зав. курсом

нетрадиционной медицины – д. мед. н., профессор Т.В. Кулемзина

Научный руководитель – д. мед. н., профессор Т.В.

Кулемзина, ассистент С.В. Красножон

Актуальность. Мужское бесплодие является актуальной проблемой и приобретает особую медицинскую и социальную значимость. Нарушение фертильности приводит к росту бесплодных браков, малодетных семей, разводов и ухудшению демографических показателей. Удельный вес бесплодных браков в мире достигает 15%, причем, половина из них обусловлена бесплодием мужчин. Причинами мужского бесплодия могут быть: гормональные нарушения, нарушение работы семявыносящих путей, нарушения

эякуляции, дефекты тестикул, а также их болезни, травмы, вредные привычки, иммунологические нарушения, побочные эффекты от приема лекарственных препаратов, врожденные аномалии мужских половых органов, психоэмоциональное состояние мужчины.

Цель. Изучить и оценить возможности применения традиционной китайской медицины в лечении мужского бесплодия.

Материал и методы. Анализ публикаций по применению методов традиционной китайской медицины при мужском бесплодии.

Результаты. Лечение мужского бесплодия проводится после тщательной диагностики. Установив первоначальную причину заболевания, исходя из принципов традиционной китайской медицины, ее устраняют. Большую роль при лечении мужского бесплодия играет функция почек. Они управляют кровоснабжением и циркуляцией энергии в органах половой сферы и отвечают за сексуальную энергию. При нарушении функции почек клинически могут проявляться: бледное или темное лицо, ломота и слабость в пояснице и коленях, холодные боли в пояснице и коленях, зябкость, холодные конечности, особенно нижние, слабость; импотенция, преждевременное семяизвержение, бесплодие у мужчин; учащение мочеиспускания, моча светлая, увеличение ночного диуреза, уменьшение количества выделяемой мочи, отечность.

Для решения проблемы применяется комплексная терапия, которая включает внешние методы воздействия (иглоукальвание, точечный массаж, моксотерапию) по биоактивным точкам меридиана почек, повышающие уровень энергии в организме, почках и области малого таза, а также фитотерапия.

В результате комплексного лечения мужского бесплодия методами традиционной китайской медицины: нормализуются функции почек, улучшается энергетический обмен между почками и предстательной железой, активизируется кровообращение и циркуляция энергии в области малого таза, восстанавливается нормальная работа предстательной железы, устраняется воспалительный процесс в предстательной железе, улучшается кровоснабжение и питание половых органов, восстанавливается проходимость семявыносящих путей, стимулируется сперматогенез. Как следствие – улучшается качество спермы, нормализуется формирование сперматозоидов, возрастает их активность и оплодотворяющие способности.

Выводы. Комплексное применение методов традиционной китайской медицины, позволяет в большинстве случаев успешно излечивать мужское бесплодие, полностью восстанавливая репродуктивные способности мужчины и качество жизни пациента.

Чишко В.В.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕВЕНТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТАМИ

Курс нетрадиционной медицины Зав. курсом
нетрадиционной медицины – д. мед. н., проф. Т.В. Кулемзина
Научный руководитель – д. мед. н., проф. Т.В.
Кулемзина, асс. С.В. Красножон

Актуальность. По данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируется около 15 миллионов инсультов. Актуальность изучения данной проблемы обусловлена тяжестью заболевания, ведущей в большинстве случаев к утрате трудоспособности и первичной инвалидизации и смертности пациентов. Высокая частота встречаемости инсультов, инвалидности и смертности после перенесенного инсульта, значительное «омоложение», указывают на насущную необходимость изучения этой патологии у лиц молодого, трудоспособного возраста для проведения превентивных мероприятий.

Цель исследования. Изучить причины возникновения инсульта с точки зрения традиционной китайской медицины (ТКМ).

Материал и методы. Проанализированы и изучены литературные источники и публикации, посвященные изучению методологии, а также этиологии и патогенезу развития заболеваний в ТКМ.

Результаты. В древневосточной медицине инсульт трактуется как «удар ветра», поскольку характеризуется внезапным началом и патологическими изменениями, протекающими быстро, как ветер. Несмотря на свою внезапность, болезнь является результатом длительно развивающихся в организме процессов

– от незначительных функциональных изменений до необратимого структурного поражения мозга. Как и любой недуг, кровоизлияние в мозг имеет, согласно восточной медицине, природу жара (Ян) или холода (Инь). Возникновению «горячего» инсульта (Ян) чаще подвержены холерики. Склонность к апоплексии усугубляет неправильный образ жизни и питания пациента: неумение владеть эмоциями, гневливость и раздражительность, любовь к жирным, копченым и жареным продуктам, злоупотребление табачной продукцией и спиртным, перегрев на солнце или в сауне, физические и нервные перегрузки. Все это ведет к избыточному выбросу желчи в организм, кровь становится густой и вязкой, внутренний жар и кровяное давление повышаются, увеличивается проницаемость сосудов. На этом фоне физическое перенапряжение или любой сильный всплеск эмоций может привести к инсульту, который в восточной медицине относят к категории «удар ветра». «Ветер» регулирует тонус сосудов и управляет работой сердца. Под воздействием стресса ветер приходит в резкий дисбаланс, и с силой направляет кровь и жизненную энергию в обратном направлении, в мозг. Инсульт, который имеет природу холода (Инь) возникает чаще в пожилом возрасте в связи с недостаточностью чи и крови или в результате того, что в нижнем обогревателе возникает

недостаточность, а в верхнем – избыточность, т. е. нарушается гармония инь и ян в фу-органах. Причинами этого нарушения могут быть дефицит энергии почек, чрезмерная сексуальная активность, неправильное питание, что снижает энергию селезенки, вызывает избыточное образование «слизи», которая в сочетании с «сыростью» поступает в сердце. Кроме того волнение, алкоголь, перенапряжение, стрессовые ситуации способствуют проникновению патогенного «ветра», что ведет к повышению ян-энергии печени и «огня» сердца; это заставляет чи и кровь подниматься вверх вместе со слизью, нарушая разум (сознание).

Выводы. Знания древневосточных медиков о причинах возникновения, патогенезе развития заболеваний, в частности инсультов, позволяют дополнить тактику и мероприятия по предупреждению возникновения вышеуказанной патологии для проведения превентивной реабилитации, что даст возможность снизить показатели заболеваемости, инвалидности и смертности данной категории пациентов.

Научно-практическое издание

**МАТЕРИАЛЫ 78-го
Международного медицинского
Конгресса молодых ученых
«Актуальные проблемы теоретической
и клинической медицины»**

Подписано в печать 04.05.2016. Формат 60x84/8.

Усл. печат. л. 37,66. Тираж 201 экз. Зак. № 03-05.

Отпечатано ФЛП Кириенко С.Г.

Свидетельство о государственной регистрации физического лица-предпринимателя № 15460 серия АА02 от 21.01.2016 г.

ДНР, 83014, г. Донецк, пр. Дзержинского, 55/105.