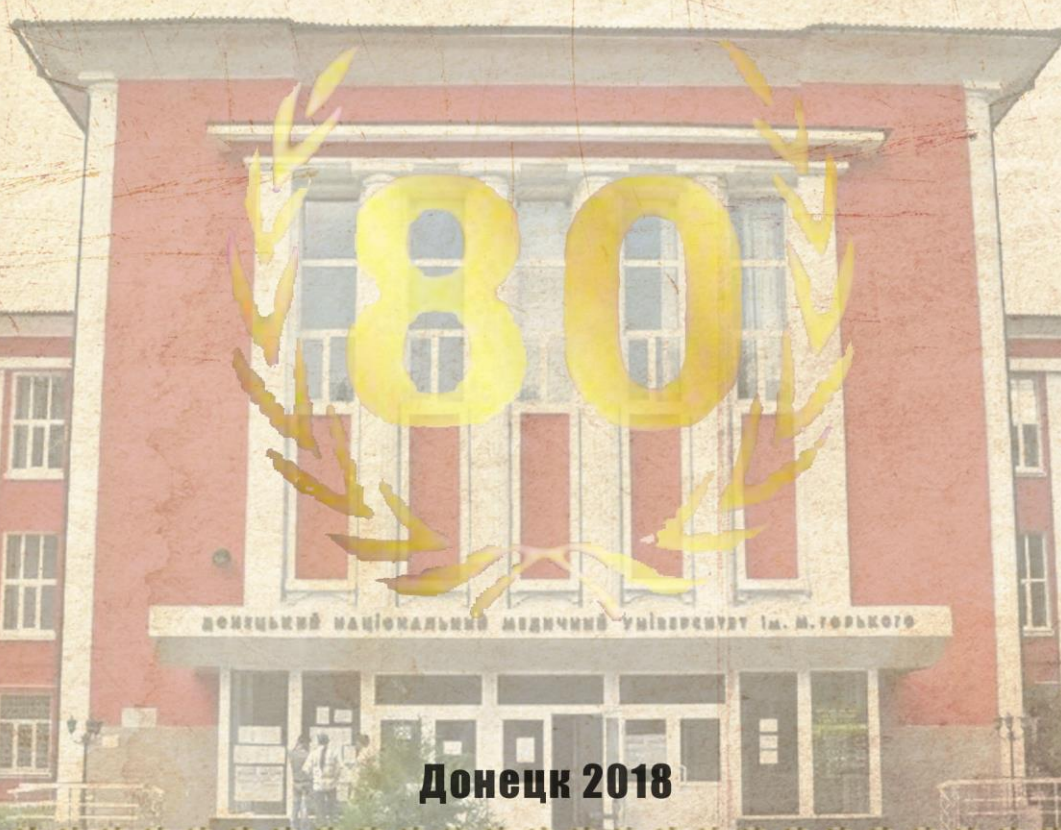
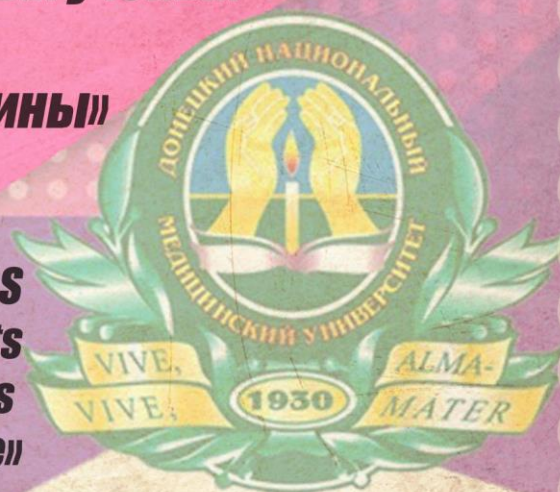


Министерство здравоохранения ДНР
ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет
имени М.Горького



**МАТЕРИАЛЫ
80-го Медицинского Конгресса молодых ученых
«Актуальные проблемы
теоретической и клинической медицины»**

**MATERIALS
of the 80-th Medical Congress for Young Scientists
«Actual problems
of theoretical and clinical medicine»**



Донецк 2018

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

A43 **Материалы** 80-го медицинского конгресса молодых ученых «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» – Донецк, 2018. – 648с.

Сборник материалов 80-го медицинского конгресса молодых ученых «Актуальные проблемы теоретической 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 ответственность авторы и научные руководители.
Адрес редакции:

83003, г. Донецк, проспект Ильича, 16
Тел.: (062)344-43-14 E-mail: sno@dnmu.ru



Игнатенко Григорий Анатольевич
Ректор, д.мед.н., профессор, член-корр. НАМНУ

«...Выражаю благодарность организаторам данного мероприятия – «Обществу молодых ученых и студентов», особенно хочу отметить важность и необходимость проведения подобных, в первую очередь познавательных, заседаний, ведь в наше нелегкое для медицины время, крайне необходим обмен опытом, распространение и внедрение в клинику передовых разработок, а также продвижение самих молодых ученых, которых в данный момент не хватает. Однако, несмотря на временный дефицит последних, не могу не упомянуть успехи студентов, только прибывших с Всероссийской олимпиады по хирургии им. Перельмана, которые уверенными победами и почетными призовыми местами, доказали высокое качество образования в ДонНМУ им. Горького.

Подводя итог, хочу акцентировать внимание на стратегии развития науки, как важном факторе укрепления национальной безопасности, еще раз подтвердить необходимость и особую важность данной цели.

Желаю удачи и творческих успехов присутствующим молодым ученым и участникам конкурса...»

Из речи ректора Г.А Игнатенко на конкурсе
«Лучший молодой ученый»
25 апреля 2018 года

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

80-й Международный медицинский конгресс молодых ученых «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» – итог научной жизни учебного года. В нем представлены победители различных номинаций и секций, которые в течение года усердно занимались научной работой, систематизировали и обобщали имеющийся опыт, делали первые попытки постановки экспериментов, чтобы предложить собственное видение медицинских проблем.

Научно-исследовательская работа охватывает большое количество студентов на кафедрах университета. НИРС проводится в форме реферативных работ, самостоятельного описания препаратов, участия в предметных олимпиадах, студенты под руководством преподавателей привлекаются к выполнению исследовательской научной работы, итогом которой является представление и защита своих данных в виде докладов на кафедрах, а также выступления на научных студенческих конференциях университета и за его пределами.

Наши студенты выступали за пределами родной Республики. Это происходило в городах РФ:

- ✚ **В Астрахани:** I Межрегиональная конференция молодых кардиологов Южного и Северо-Кавказского Федеральных округов «ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА»: *Шевякин Данил Владимирович*, студент 1 медицинского факультета; *Писарев Ярослав Игоревич*, студент 1 медицинского факультета; *Залюбовская Любовь Витальевна*, студентка 1 медицинского факультета; *Кузьменко Василий Витальевич*, клинический ординатор ЦГКБ №3; *Ковальчук Наталья Олеговна*, Институт неотложной и восстановительной хирургии им В.К. Гусака, отделение кардиохирургии, врач функциональной диагностики, кардиолог. Здесь участники заняли 3-е место.
- ✚ **В Москве:** 1) 8-ой Всероссийский диабетологический Конгресс с международным участием «Сахарный диабет — пандемия XXI века»: *Роговая Юлия Дмитриевна*, студентка 1 медицинского факультета; *Глушиц Светлана Юрьевна*, студентка 1 медицинского факультета; *Залюбовская Любовь Витальевна*, студентка 1 медицинского факультета.
2) 20 конгресс педиатров России с международным участием "Актуальные проблемы педиатрии": *Рыбалко Александр Игоревич*, студент 3 медицинского факультета; *Токарева Мария Александровна*, студентка 3 медицинского факультета; *Завертайло Алексей Сергеевич*, студент 3 медицинского факультета; *Гончаров Кирилл Александрович*, студент 3 медицинского факультета; *Калмыкова Юлия Юрьевна*, студентка 3 медицинского факультета
- ✚ **В Питере:** «Инновации в практическом здравоохранении» совместно с пленумом Правления РОЭХ: *Писарев Ярослав Игоревич*, студент 1 медицинского факультета; *Попова Полина Григорьевна*, студентка 1 медицинского факультета; *Коломийчук Артур Борисович*, студент 1 медицинского факультета; *Гужова Екатерина Александровна*, врач-интерн, 2 группа ДРЦОМид; *Арзуманян София Камовна*, студентка 1 медицинского факультета; *Клочков Михаил Михайлович*, студент 2 медицинского факультета.

Дорогие участники, поздравляем Вас с победами! Спасибо за то, что благодаря Вашему труду о нашем университете узнают в городах Федерации, как об одном из лучших учебных заведений, в котором развивается одна из важнейших отраслей жизни людей – наука. Желаем Вам дальнейших успехов в развитии науки!

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Писарев Ярослав Игоревич — председатель Совета СНО ДонНМУ

Арзуманян София Камовна — заместитель председателя Совета СНО

Коломийчук Артур Борисович — секретарь Совета СНО

Самерок Станислав Иванович — член Совета СНО

Ежов Денис Андреевич – член Совета СНО

Солоп Инна Владимировна – член Совета СНО

ОГЛАВЛЕНИЕ

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА.....	11
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА	11
ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА И МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ	26
БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ.....	33
ГИСТОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ И ЭМБРИОЛОГИЯ	41
ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ.....	51
РУССКИЙ И ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫКИ	66
ФИЛОСОФИЯ.....	77
МЕДИЦИНСКАЯ БИОЛОГИЯ.....	84
МЕДИЦИНСКАЯ ФИЗИКА, МАТЕМАТИКА И ИНФОРМАТИКА	98
МИКРОБИОЛОГИЯ, ВИРУСОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ.....	110
ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ	
АНАТОМИЯ	122
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ	133
ПАТОФИЗИОЛОГИЯ	142
ФИЗИОЛОГИЯ	157
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА.....	179
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ	179
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ	230
ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ.....	234
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ	236
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ	240
НЕВРОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА.....	251
НЕЙРОХИРУРГИЯ	265
ОФТАЛЬМОЛОГИЯ	277
ОНКОЛОГИЯ.....	286
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ.....	292
ПЕДИАТРИЯ.....	317
ПРОПЕДЕВТИЧЕСКАЯ И ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА	340

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ	352
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА.....	377
УРОЛОГИЯ	382
ФТИЗИАТРИЯ И ПУЛЬМОНОЛОГИЯ.....	392
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАТОЛОГИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ	400
НЕТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА.....	410
ХИРУРГИЯ.....	416
ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ И ХИРУРГИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ ФИПО	462
ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА.....	466
МАЛАЯ АКАДЕМИЯ НАУК.....	473
СТОМАТОЛОГИЯ	482
ОБЩАЯ СТОМАТОЛОГИЯ	482
ОТРОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ.....	486
СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	492
СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ	501
СТОМАТОЛОГИЯ ФИПО	506
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ.....	509
ФАМАЦЕВТИЧЕСКИЕ НАУКИ	522
ФАРМАКОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ.....	522
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ХИМИЯ	531
УПРАВЛЕНИЕ ЭКОНОМИКИ ФАРМАЦИИ, ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ	549
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КРАЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ	582
ГИГИЕНА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ	589
ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ	589
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	614

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные
проблемы теоретической и клинической медицины»

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ	618
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ	621
ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.....	639

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР

Кафедра анатомии человека

Зав. кафедрой – проф. Басий Р.В.

Абрамова Е.А, Мартынова М.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ С ПСИХОДИНАМИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Научный руководитель – доц. Бешуля О.А.

Цель: изучить взаимосвязь антропометрических данных с психодинамическими свойствами личности.

Материалы и методы: Были обследованы 40 студентов (50% женщин и 50 % мужчин) первого курса ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького», в возрасте от 17 до 20 лет. Для оценки психодинамических свойств личности использовалась методика диагностики психодинамических свойств личности Б.Н. Смирнова, которая позволяет оценить базовые психодинамические личностные свойства, обеспечивающие специфику деятельностного личностно-группового стиля. Также были исследованы антропометрические показатели студентов, такие как: рост, вес, индекс массы тела (ИМТ). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием коэффициента корреляции Спирмена, пакета прикладных статистических программ «MedStat» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты: Среди обследуемых были выявлены студенты с выраженным дефицитом массы тела (7,5% человек), недостаточной массой тела (25%), нормальной массой тела (37,5%), предожирением (7,5%) и ожирением первой стадии (22,5%).

По результатам исследования стало известно, что среди респондентов 25% личностей с очень высокой экстраверсией, 35% с высокой экстраверсией, 22,5% со средним показателем экстраверсии, и 17,5% с высоким показателем интроверсии.

Очень высокий показатель ригидности был выявлен у 15% респондентов. Высокий – у 27,5%, средний – у 50% и высокий уровень пластичности у 7,5%.

У 12,5% студентов была выявлена очень высокая эмоциональная возбудимость. У 22,5% – высокая эмоциональная возбудимость. 32,5% обладают средней возбудимостью, 25% имеют высокую эмоциональную уравновешенность и 7,5% студентов обладают очень высокой эмоциональной уравновешенностью.

2,5% студентов имеют очень быстрый темп реакции. У 35% - быстрый темп реакции. У 37,5% – средний темп, 22,5% обладают медленным темпом реакции, а 2,5% - очень медленным.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

У 5% студентов выявлена очень высокая активность, у 12,5% – высокая. 27,5% проявляют среднюю активность, 22,5% – низкую, а 32,5% – очень низкую.

В ходе исследования было выявлено отсутствие взаимосвязи ИМТ с такими психодинамическими свойствами, как ригидность, эмоциональная возбудимость и темп реакций и активность. Однако была выявлена взаимосвязь индекса массы тела с таким свойством темперамента, как экстраверсия, и у мужчин, и у женщин. Также обнаружена взаимосвязь индекса массы тела с активностью у респондентов женского пола.

Выводы: У студентов с ожирением первой стадии и предожирением наблюдалась более выраженная экстраверсия, в то время как у студентов с выраженным дефицитом массы тела и недостаточной массой наблюдалась интроверсия. Исследование также показало, что у женщин с ИМТ выше нормы уровень активности очень высокий и высокий. Между остальными психодинамическими свойствами личности и антропометрическими данными не было выявлено сильной и средней корреляционной взаимосвязи.

Аврамова С.К., Поздняков Н.С.

ВАРИАНТЫ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель - доц. Руденко М.Г.

Цель: Ведущее направление медицины – кардиохирургия, требует восполнения данных об особенностях кровоснабжения сердца.

Материалы и методы: Для рассмотрения данной темы были изучены 25 изолированных препаратов сердца, на которых были отпрепарированы венечные артерии и крупные сосуды.

Результаты: Известно, что питание сердца осуществляется правой и левой венечными артериями, которые берут свое начало от луковицы аорты. Наполнение венечных артерий кровью происходит во время диастолы, так как именно в это время входные отверстия венечных артерий, расположенные рядом с устьем аорты не закрываются створками полулунного клапана.

Левая венечная артерия располагается между левым ушком сердца и начальной частью легочного ствола, где и делится на огибающую и переднюю межжелудочковую ветви. Передняя межжелудочковая ветвь направляется к верхушке сердца по передней межжелудочковой борозде. Огибающая ветвь следует на заднюю поверхность сердца, проходя под левым ушком в венечной борозде.

Правая венечная артерия берет своё начало в правом аортальном синусе, огибая правый край сердца, ложится в заднюю межжелудочковую борозде, где будет разделяться на 2 части. Одна из них – большая, которая проходит по задней межжелудочковой борозде до верхушки сердца, где образует анастомоз с ветвью левой венечной артерии. Вторая – огибающая ветвь правой венечной артерии будет проходить в венечной борозде, где также будет образовываться анастомоз, но уже с другой ветвью левой венечной артерии.

Рассмотрев варианты разветвления/стволов венечных артерий, можно выделить 3 типа ветвлений. Магистральный тип ветвления наиболее распространен. Он встречается практически в 50% случаев из рассмотренных, тогда как рассыпной можно увидеть только в 37%, а переходной еще реже – 13% случаев рассмотренных. Переходной тип можно отличить, увидев деление основного ствола левой венечной артерии на постоянные

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

ветви – огибающую и переднюю межжелудочковую. Рассыпной тип представляет деление основного ствола на межжелудочковую, огибающую, диагональную и добавочную диагональную ветви практически на одном и том же уровне.

Количество артерий, питающих сердце может снижаться до 1 или увеличиваться до 3-4 шт за счет добавочных венечных сосудов.

Выводы: Рассмотрев варианты кровоснабжения сердца, становится ясным тот факт, что левая венечная артерия питает значительно больший участок как по объему, так и по значимости. Однако это может меняться в зависимости от типа кровоснабжения у каждого отдельного случая. Важно выяснить из какого ствола начинается задняя межжелудочковая артерия. И при установлении факта отхождения её из правой венечной артерии, можно уверенно говорить об правовенечном типе кровоснабжения, что является наиболее распространенным (70% случаев).

Горбачева Е.А.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ

Научный руководитель - проф. Р.В. Басий

Последние десятилетия коренным образом изменился образ нашей жизни: с одной стороны – уменьшение двигательной активности в связи с автоматизацией процессов, развитием компьютерной техники, транспорта, с другой – повальное увлечение спортом и физической культурой. Все вышесказанное нацеливает на поиск эффективных методик лечения и реабилитации людей, имеющих повреждения мышц, фасций, связок и сухожилий.

Цель: изучение анатомо-физиологических основ метода кинезиотейпирования, изучение эффекта тейпирования на реабилитацию таких состояний, как: нарушения осанки различного типа у подростков, болевой синдром при спортивной травме крупных суставов, сухожилий и связок.

Материалы и методы: было изучено 50 случаев патологии опорно-двигательного аппарата, являющихся показаниями для наложения кинезиотейпа: 30 случаев нарушения осанки различного типа у подростков. При этом, до и после наложения тейпа измерялся острый угол, образованный линией, проведенной между остистыми отростками позвонков, и линией, проведенной через нижние углы лопаток, 20 случаев спортивной травмы связок, сухожилий мышц, суставов. В качестве механизма контроля за эффективностью кинезиотейпирования респондентам предлагалось ответить на краткий опросник оценки боли Brief Pain Inventory.

Результаты: Изучение методик наложения тейпов показало, что практически всегда для уменьшения болевого синдрома тейп накладывается параллельно волокнам подлежащей мышцы или по ходу волокон сухожилия. Однако, некоторые авторы утверждают, что эффект данного метода основан на эффекте «плацебо», поскольку по плотности тейп сравним с кожей и ни о каком более грубом воздействии не может идти речь.

На первом этапе исследования был оценен эффект тейпирования по коррекции нарушенной осанки. Медиана значений угла между вышеописанными линиями до наложения тейпа составила $75,5^{\circ} \pm 1,256$, а на 8-11-й день ношения - $81^{\circ} \pm 1,051$.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Далее, была оценена эффективность действия кинезиотейпа на болевой синдром при спортивной травме крупных суставов, связочного аппарата. Медианы значений баллов, выставленных обследуемыми, свидетельствуют о том, что уровень боли, который испытывают респонденты, снизился незначительно: разница между медианами всех значений составляет 0,5 балла.

Выводы: Анализ результатов кинезиотейпирования показал, что наложение тейпа оказалось эффективным для коррекции нарушенной осанки. Однако, для уменьшения болевого синдрома при спортивной травме метод оказался не настолько эффективен, насколько его представляют пациенты и адепты кинезиологии, а широкое распространение данной методики стоит отнести на счет широкой рекламной компании и интереса к новым методикам и способам лечения, которые не сопряжены с болезненными процедурами и неудобством.

Ежов Д.А

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗОНЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО РИСКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Научный руководитель - доц. Довгялло Ю.В.

Одним из самых опасных интраоперационных осложнений хирургического остеосинтеза при переломах плечевой кости является кровотечение, поэтому врач должен четко представлять какие существуют варианты индивидуальной изменчивости вхождения диафизарной артерии, поскольку ее ход, расположение и диаметр наиболее переменчивы, какие отделы плечевой кости кровоснабжаются лучше всего.

Цель: определить зону хирургического риска плечевой кости.

Материалы и методы: в соответствии с целью и задачами работы было исследовано 30 плечевых костей контрлатеральных сторон из архива кафедры анатомии человека. Регистрировали следующие параметры: длина плечевой кости (см); наименьшая окружность хирургической шейки плечевой кости (см); расстояние от верхушки большого бугорка проксимального эпифиза плечевой кости до питательного отверстия диафиза (см); сегмент плечевой кости согласно универсальной классификации «Эсперанто», в которой расположено питательное отверстие диафизарной артерии (номер); количество питательных отверстий в расчете на 1 см² на поверхности хирургической шейки плечевой кости, большого и малого бугорка, медиального и латерального надмыщелков, ямки локтевого отростка. На основании полученных путем измерения данных рассчитывали следующие коэффициенты: толстотно-длиннотный указатель плечевой кости; коэффициент питательного отверстия.

Результаты: Случаев низкого вхождения артерии обнаружено 13%, среднего вхождения – 60%, высокого вхождения диафизарной артерии – 27%, в большинстве случаев артерия входит в плечевую кость в ее средней трети, однако, минимальное значение индекса КПО составило 39,13%, а, значит, следует помнить о том, что питательная артерия может располагаться довольно высоко, в «зоне доступности» при операциях остеосинтеза, протезирования плечевого сустава и т.д. В трех случаях обнаружено два питательных отверстия диафизарной артерии, в одном случае – три питательных отверстия, что необходимо учитывать при хирургических вмешательствах. Для унификации определения места вхождения диафизарной артерии в плечевую кость было определена локализация ее питательного отверстия по универсальной классификации

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

сегментов плечевой кости «Эсперанто». Оказалось, что в третьем сегменте питательное отверстие локализуется в 7% случаев, в четвертом сегменте – в 40 % случаев, в пятом сегменте - в 47 % случаев, в шестом – всего в 6 %.

Установлено, что количество питательных отверстий в области малого бугорка и хирургической шейки плечевой кости достоверно больше, чем количество питательных отверстий в области большого бугорка и латерального надмыщелка, но при этом, достоверно не отличается от количества питательных отверстий в области ямки локтевого отростка.

Выводы: Наиболее обильно кровоснабжается малый бугорок плечевой кости и область хирургической шейки, что следует учитывать при проведении вмешательств в этой области: эндопротезирования, введении спиц для остеосинтеза, накостной фиксации отломков и т.д. В отдельных случаях может быть несколько диафизарных артерий (2-3), входящих в плечевую кость на разном уровне, которые также могут служить источником интраоперационных кровотечений.

Иванищенко Н.О., Зарицкий Б.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВЫНОСЛИВОСТИ СПОРТСМЕНОВ ММА

Научный руководитель – доц. Бешуля О.А.

Цель: Определить взаимосвязь показатели выносливости спортсменов ММА и их антропометрических характеристик.

Материалы и методы: Для измерения были взяты такие антропометрические параметры как рост, вес, индекс массы тела, характеристики выносливости в виде коэффициента выносливости и тесты на определение силовой выносливости. Для расчёта коэффициента выносливости были обследованы спортсмены ММА (ММА — Mixed Martial Arts, смешанные боевые искусства) по показателям частоты сердечных сокращений и пульсового давления. Спортсмены также выполняли тест силовой выносливости. Тест заключался в выполнении за две минуты максимально возможного количества упражнения типа “Бёрпи”, “Бёрпи” это упражнение из дисциплины кроссфит, которое предполагает выполнение за один цикл сразу нескольких движений из различных позиций.

Результаты: Обследование и измерения параметров выносливости спортсменов показали, что все они имели показатели индекса массы тела в пределах нормы (для своей весовой категории) и высокий уровень физической выносливости, однако была установлена взаимосвязь. Чем больше значение индекса массы тела — тем ниже коэффициент выносливости.

Выводы: Спортсмены ММА имеют высокие показатели силовой выносливости и коэффициента выносливости, индекс массы тела также находится в норме (для своей весовой категории). Однако исследование показало, что у спортсменов имеющих больших значениях индекса массы тела — коэффициент выносливости ниже.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Кириленко И.В.

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ ПЕРЕШЕЙКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель – асс. Селиванова Е.С.

Цель: изучить особенности анатомии перешейка щитовидной железы у мужчин и женщин, определить у какого процента людей может выявляться его отсутствие.

Материалы и методы: в качестве материалов использовалась научная медицинская литература (за период 2000-2018гг). Полученные данные обрабатывались с помощью электронных таблиц Microsoft®Excel 2013.

Результаты: в ходе исследования выполнен анализ статистических данных по толщине перешейка щитовидной железы у мужчин и женщин. Выбрана следующая возрастная категория лиц: от 18 до 50 лет.

У лиц женского и мужского пола возрастом 18-25 лет толщина перешейка щитовидной железы находится в пределах от 3,7 до 6,5 мм. У представителей возрастной категории 26-36 лет толщина варьирует от 4,0 до 6,5 мм. К возрасту 37-50 лет перешеек имеет толщину 5,3 до 7,2 мм. Минимальная толщина, выявленная в ходе исследования – 3,7 мм. Максимальная – 7,2 мм. Нормы УЗИ показателей: от 4,0 до 7,0 мм.

У 5% населения перешеек щитовидной железы может отсутствовать. Из них 3% - женщины, 2% - мужчины. Отсутствие перешейка не влияет на клинические функции щитовидной железы.

Выводы: перешеек щитовидной железы имеет различные размеры в зависимости от возрастной категории исследуемых. У мужчин и женщин значимой разнице в показателях толщины перешейка не выявлено. Данная анатомическая часть щитовидной железы может отсутствовать у представителей обоих полов.

Королева Т.А.

АНОМАЛЬНОЕ ОТХОЖДЕНИЕ ЛЕВОЙ ВЕНЕЧНОЙ АРТЕРИИ ОТ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Научный руководитель - проф. Васильев В.А.

Цель: выявить анатомические особенности отхождения левой венечной артерии от легочного ствола, установить клинические проявления и методы хирургической коррекции порока.

Материалы и методы: проанализированы 5 отечественных и зарубежных источников с аномальным отхождением левой венечной артерии.

Результаты: При пороке сердца одна из венечных артерий начинается не от аорты, а от легочной артерии, в которой содержится венозная кровь. Данная аномалия во внутриутробном периоде не имеет проявлений в связи с особенностями кровоснабжения плода: через открытый аортальный проток в аорте и легочной артерии, благодаря этому поддерживается давление и уровень содержания кислорода в крови.

Однако, после рождения миокард левого желудочка получает артериальную кровь через мелкие коллатерали. Поэтому в крови наблюдается снижение уровня кислорода, что приводит к ишемии. Выживаемость зависит от степени развития анастомозов и от типа кровоснабжения сердца (высокий уровень при правом типе). У больных данным заболеванием первые признаки появляются на 3-м месяце жизни, сопровождается вялостью, одышкой, тахикардией, бледностью, повышенной потливостью. В дальнейшем

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

может развиваться обширный передний инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, стенокардия, формируются аневризмы, возможна внезапная смерть при выполнении физической нагрузки. Во время инструментальных исследований наблюдается увеличение размеров сердца влево, приглушенность тонов, систолический шум.

Основным методом хирургической коррекции является прямая реимплантация левой венечной артерии в аорту с восстановлением нормальной системы кровотока с участием 2 венечных артерий.

Выводы: Аномалия отхождения левой венечной артерии от легочного ствола является редкой патологией, однако имеет высокие показатели смертности: 2/3 больных умирают в возрасте до 1 года. Поэтому очень важно диагностировать данное заболевание на ранних этапах, своевременно провести хирургическое вмешательство, так как медикаментозное лечение и проведение оксигенотерапии не являются эффективными.

Кулиш А. И., Мирошниченко А. А.

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ.

Научный руководитель – проф. Басий Р.В.

Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) - это порок, который возникает в результате замедления процесса закрытия плевроперитонеального канала или несостоятельности диафрагмы, что приводит к нарушению деления грудной клетки и брюшной полости, а также к смещению внутренних органов: желудка, селезенки, кишечника и печени в грудную полость. Грыжевые органы сдавливают средостение и легкие, что мешает работе сердца, а так же вызывает легочную гипоплазию различной степени тяжести. Поэтому необходимо вовремя диагностировать и выбрать наиболее оптимальный метод хирургического лечения с целью сохранения жизни пациенту. ВДГ выявляется в одном на каждые 2000-4000 живорождений и составляет 8% всех врожденных аномалий. Изолированная диафрагмальная грыжа чаще наблюдается у мальчиков (соотношение мужского и женского пола 1.5:1).

Цель: изучить доступную литературу по вопросу классификации врожденных диафрагмальных грыж, методах антенатального и постнатального хирургического лечения.

Материалы и методы: в соответствии с целью работы изучена отечественная и зарубежная литература по теме исследования.

Результаты: По строению грыжевого мешка выделяют: истинные и ложные диафрагмальные грыжи. По локализации различают:

1. Грыжа диафрагмальная задняя или грыжа собственно диафрагмы (грыжа Богдалека) (61%).
2. Грыжа пищеводного отверстия (16%).
3. Грыжа диафрагмальная передняя или ретростеральная (грыжа Ларрея, грыжа Морганьи).
4. Грыжа френикоперикардальная. Встречается редко.

Постнатальные вмешательства: проведение оперативного вмешательства в экстренном порядке (без достижения стабилизации показателей) приводит практически к

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

100% летальности. Описаны успешные результаты лечения даже после 7-10 дневной подготовки. Хирургический доступ может быть торакальным или абдоминальным. При торакальном доступе возможно осмотреть гипоплазированное легкое и с меньшими техническими трудностями ушить диафрагму или выполнить ее пластику. При ложных диафрагмальных грыжах и тяжелой гипоплазии обоих легких в литературе появились сообщения о возможности выполнения трансплантации легкого у новорожденных.

Аntenатальные вмешательства: операцию следует выполнять между 20-й и 30-й неделями гестации, так как в более поздние сроки возрастает риск преждевременных родов, а легкие имеют меньше времени для нормального развития. Ход операции: через разрез в матке извлекают левую ручку плода, выполняют торакотомию через небольшой разрез по средней подмышечной линии и ушивают дефекта в диафрагме. В последнее время появилось описание еще одной методики внутриутробной профилактики гипоплазии легких при диафрагмальной грыже - внутриутробная окклюзия трахеи, однако этот метод был пока еще использован только в эксперименте, но ее авторы считают, что подобная процедура позволяет легким лучше развиваться.

Выводы: Данные, полученные в ходе работы могут быть полезны врачам - неонатологам, для определения нормы и патологии, а так же детским хирургам для выбора эффективного оперативного вмешательства.

Маковецкий В.В

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБЪЕМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛЮДЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА.

Научный руководитель – асс. Доколин Е.Н.

Цель: Анализ и установление референтных значений общего объема щитовидной железы у населения репродуктивного возраста Донецкой Народной Республики при помощи методов ультразвуковой диагностики, а также установление взаимосвязи этого объема с полом и другими анатомо- и морфо-физиологическими показателями.

Материалы и методы: Исследование проводилось с участием около двухсот клинически эутиреоидных лиц. В процессе исследования был использован В-режим ультрасонографии, чтобы точно измерить объем щитовидной железы за счёт совокупности объема правой и левой долей органа, вычисленные при помощи формулы для вытянутого эллипсоида. Также были высчитаны референтные величины для объема щитовидной железы. Для определения связи с разнообразными факторами был использован тест корреляции Пирсона.

Результаты: Ультразвуковое исследование щитовидной железы считается очень результативным методом для анализа и оценки её размеров. Оценивание линейных размеров и объема щитовидной железы является важной в некоторых патологических ситуациях, таких как диффузный и узловой зоб, йодная недостаточность и т.д. Данное исследование предоставляет возможность выяснить эффективность лечения некоторых патологических ситуациях.

Также при ультразвуковом исследовании можно выявить такие патологические образования, как узелки, рассчитать их размеры.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Нами была изучена связь суммарного объема щитовидной железы с полом, возрастом, весом, ростом, площадью поверхности тела, а также индексом массы тела.

Выводы: По результатам нашего исследования объем щитовидной железы у населения Донецкой Народной Республики значимо меньше, чем объем в западных популяциях других стран (согласно эталонным значениям ВОЗ/ISSIDD). Объем щитовидной железы лучше коррелирует с площадью поверхности тела человека, затем по тесноте взаимосвязи выступают вес и индекс массы тела. При этом параметры площади поверхности тела будут лучшей рекомендацией для использования в клинической практике с целью оценки объема щитовидной железы.

Марущенко М., Иванова Ю., Шелудько А.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ГРЫЖ

Научный руководитель - асс. Мурейси К.А.

Цель: Установить виды и причины формирования черепно-мозговых грыж, методы диагностики и лечения.

Материалы и методы: Проанализированы и отобраны данные 10 источников отечественной и зарубежной литературы об образовании дефектов, их видах и факторах риска развития. В работе были использованы описательный метод, анализа и синтеза.

Результаты: Установлено, что возникновение грыж связано с аномалией закладки нервной системы и не зарращения костей черепа в эмбриогенезе. Среди причин, вызывающих черепно-мозговые грыжи, отмечают инфекционные и другие заболевания матери во время беременности. Большое значение имеет наследственность. В ходе исследования получены статистические данные ВОЗ, согласно которым частота встречаемости черепно-мозговых грыж составляет 1: 8000 новорождённых. Выделяют варианты грыж по локализации: передние они же сагиттальные (свода черепа), задние грыжи или основания черепа (базилярные). Наиболее часто возникают передние грыжи, расположенные в местах эмбриональных щелей. Содержимым грыж могут быть либо оболочки мозга и ликвор, либо же могут содержать мозговое вещество, а в некоторых случаях и часть расширенного желудочка мозга (арафии, дизрафии). Классификация грыж по внутреннему содержимому: менингоцеле (истинная мозговая грыжа), энцефалоцеле (содержимым грыжевого мешка являются мозговые оболочки и измененная мозговая ткань) и энцефалоцистоцеле (наиболее тяжелая форма, при которой содержимым грыжевого мешка является мозговое вещество с частью расширенного желудочка мозга.). Современными методами диагностики являются: рентгенография, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, пункция содержимого грыжевого выпячивания. Единственным методом лечения является хирургическое вмешательство. Среди них 2 основных вида оперативного вмешательства: интракраниальное и экстракраниальное. Проводится в возрасте от 1 до 3 лет. При быстром прогрессировании и угрозе перфорации грыжевого мешка оперативное лечение проводится в любом возрасте, включая период новорождённости. При своевременном лечении прогноз в большинстве случаев благоприятен.

Выводы: Этиология черепно-мозговых грыж зависит от ряда факторов, которые в совокупности могут нарушать процессы закладки органов ЦНС и сращения костей черепа

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

между собой и приводит к гидроцефалии, а так же к ряду осложнений, которые трудно поддаются лечению. Поэтому так важна своевременная диагностика и оперативное лечение.

Осечкин И.А.

АНОМАЛИЯ ЭБШТЕЙНА

Научный руководитель – проф. Васильев В.А.

Цель: установить комплекс эмбриональных нарушений сердец детей при аномалии Эбштейна в постнатальном эмбриогенезе.

Материалы и методы: использованы 15 отечественных и зарубежных литературных источников, где описаны особенности анатомических изменений при аномалии Эбштейна.

Результаты: Основной признак аномалии Эбштейна - это эмбриональные нарушения при формировании трикуспидального клапана. Он развивается в результате «расслоения» стенки правого желудочка, и в итоге ведет к высвобождению внутреннего слоя мышцы желудочка. Данный процесс останавливается тогда, когда миокард желудочка достигает атриовентрикулярного соединения. Лепестки вышеназванного клапана патологически изменены и смещены в правый желудочек к верхушке сердца, где соединяются приточная и трабекулярная части желудочка, в следствии этого возникает недостаточность легочного кровотока. Створки чаще всего связаны друг с другом, поэтому очень трудно разграничить каждую из них, также они прикрепляются не к фиброзному кольцу, а отходят от эндокарда правого желудочка. Чаще всего вниз смещается деформированный септальный лепесток, который нередко представляет собой эндокардиальный валик и располагается на стенке правого желудочка и межжелудочковой перегородки. Стенка предсердной части правого желудочка истончена, ее толщина составляет 1-3 мм., а миокард правого предсердия гипертрофирован из-за увеличенного количества крови в полости. Аномалия Эбштейна в большинстве случаев сопутствуют другие врожденные пороки сердца, такие как незаращение овального окна или вторичный дефект межпредсердной перегородки (в 83% случаях); вторичный дефект межжелудочковой перегородки, клапанный, надклапанный и подклапанный стеноз легочной артерии, открытый артериальный проток, стеноз или недостаточность митрального клапана (в 10% случаях); коарктация аорты детского типа. При гистологическом изучении миокарда, взятого из различных отделов сердца, отмечается утолщение эндокарда и эпикарда в области правых предсердий и желудочков.

Выводы: 1. Патогенез аномалии Эбштейна заключается в нарушении процесса "расслоения", а именно он остается незавершенным и никогда не достигнет фиброзного кольца трикуспидального клапана.

2. Патологическое прикрепление лепестков к фиброзному кольцу, а также их деформация влечет за собой формирующуюся недостаточность клапана которая ведет к шунту крови с правого предсердия в левое предсердие через врожденный дефект межпредсердной перегородки.

3. Вследствие адаптационного увеличения массы миокарда правого предсердия возможно появление фиброзной ткани, которая станет причиной диффузного кардиосклероза и огромного веса сердца.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

4. Значительная вариабельность сопутствующих пороков является затруднением при выборе подходов оперативного вмешательства.

Салоникиди А.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Научный руководитель - проф. Басий Р.В.

В последнее время стало популярно пользоваться «социальными сетями». Использование социальных сетей в образовательном процессе позволяет обеспечить коммуникацию между студентами и совместную работу в интерактивном режиме при подготовке к занятиям, обмен информацией, сбор и накопление данных по интересующей тематике.

Цель: оценка эффективности использования социальных сетей в образовательном процессе студентов медицинского университета.

Материалы и методы: Для решения поставленной задачи проведено анонимное анкетирование среди студентов медицинских факультетов 3-5 курсов. Анкеты анкетам включали вопросы использования социальных сетей в различных аспектах.

Результаты: В анкетировании приняли участие 90 студентов 3-5 курсов медицинских факультета ДонНМУ им.М.Горького. Результаты показывают, что все опрошенные студенты имеют постоянный доступ к сети Интернет и в процессе обучения используют материалы информационно-образовательной среды (ИОС) ДонНМУ. Все респонденты пользуются социальными сетями, наибольшее количество - социальной сетью ВКонтакте (98,9%), на втором и третьем местах Facebook (27,8%) и Одноклассники (23,3%). Около трети опрошенных пользуются несколькими сетями.

98,9% студентов посещают социальные сети хотя бы 1 раз в день, затрачивая от 0,5 до 3 часов. Целью посещения у 88,8% респондентов является общение, у 84,4% - получение информации, относящейся к учебному процессу, 85,5% - развлечения.

Необходимостью пользоваться социальными сетями 84,4% опрошенных назвали выяснение и уточнения домашнего задания, 28,8% пытаются получить информацию от однокурсников по теоретическим вопросам изучаемых дисциплин, 55,5% ищут помощи при решении тестов, реже ситуационных задач. 57,8% студентов считают целесообразным использование социальных сетей для подготовки.

К достоинствам социальных сетей отнесли доступность и привычную среду обитания студентов (96,6%), возможность передачи знаний от однокурсников (73,3%), оперативность коммуникации и информация об изменениях в объеме изучаемого материала, требований кафедр к уровню и объему подготовки (51,1%), доступность в любое время (90,0%), комфортность общения (78,9%).

Недостатками социальных сетей 11,1% респондентов считают отвлекающими избыток информации, переключение внимания на другие вопросы, 13,3% достаточно традиционных методов обучения.

Выводы: Использование социальных сетей в процессе обучения в дополнении к ИОС значительно повышает эффективность подготовки к занятиям. Несомненными преимуществами является привычная среда, своя «территория», наличие форума, возможность создания групп, возможность совместной работы и помощи друзей.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Скорик П.О.

ПЛОСКОСТОПИЕ, АНАТОМИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Научный руководитель - доц. Васильева Л.В.

Цель: изучить нормальную и патологическую анатомию стопы при плоскостопии, методы диагностики и лечения плоскостопия.

Материалы и методы: Проанализированы 18 отечественных и зарубежных источников, в которых описаны изменения стопы при плоскостопии, использовались материалы по теме «Плоскостопие» из учебников и медицинских пособий по ортопедии, статистические данные Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) по частоте заболеваний плоскостопием.

Результаты: В ходе исследования были получены статистические данные ВОЗ, согласно которым плоскостопием страдают от 40-80 % населения Земного шара, среди них абсолютное большинство (до 90%) составляют женщины. При дальнейшем исследовании были изучены причины возникновения приобретенного плоскостопия, которое среди населения встречается более часто. Были выделены следующие варианты приобретенного плоскостопия: травматическое, паралитическое, рахитическое, статическое. Каждый из этих вариантов может встречаться у человека в любом возрасте. Также было изучено врожденное плоскостопие, которое встречается наиболее редко и является результатом нарушения развития стопы в пренатальном периоде.

Были изучены методы классификации плоскостопия по опущению сводов стопы и влияние каждой степени на работу опорно-двигательного аппарата не только стопы, но и организма в целом. Изучены современные методы диагностики плоскостопия, которые включают в себя: подометрию, подографию, электромиографию, рентгенологическое исследование стопы. В современной ортопедии используются компьютерно-аппаратные комплексы SEMJA, BIODEx, HOPA, в основе которых лежит компьютерная обработка информации и получение графико-математических показателей стопы (формы, индекса стопы, ширины и длины).

Получена информация о современных методах лечения, которые применяются при различных степенях плоскостопия. Среди них: ортопедические стельки (не позволяют болезни прогрессировать), массаж, физические упражнения (наиболее эффективны при I степени), физиотерапевтические процедуры (ударно-волновая терапия, электрофорез) и хирургическое вмешательство, которое применяется при неэффективном консервативном лечении, тяжелом течении плоскостопия с грубыми осложнениями.

Выводы: Этиология плоскостопия может быть различна, и зависит от ряда факторов, которые совокупно патологически изменяют стопу, лишают ее амортизационных и рессорных способностей, из-за чего возникает ряд осложнений, которые трудно поддаются лечению. Поэтому, одна из самых главных задач в борьбе с плоскостопием – это его предупреждение: формирование правильной походки, применение ортопедических стелек, избегание длительного ношения обуви на высоком каблуке и правильное чередование физической нагрузки на ноги.

Хрюкалова Д.Ю.

АНОМАЛИЯ РАЗВИТИЯ И АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА ПРИ ТЕТРАДЕ ФАЛЛО

Научный руководитель - проф. Васильев В.А.

Цель: Проанализировать эмбриональные нарушения анатомических структур сердца при тетраде Фалло у детей.

Материалы и методы: проанализированы 12 источников отечественной и зарубежной литературы, в которых описаны анатомические изменения сердца с тетрадой Фалло у детей.

Результаты: Тетрада Фалло относится к сложным врожденным порокам сердца и характеризуется наличием декстропозицией аорты с присутствием дефекта межжелудочковой перегородки, сужением аортального конуса и гипертрофией миокарда правого желудочка. В основе эмбриональных нарушений сердца при тетраде Фалло лежит ротация артериального конуса против часовой стрелки. В результате этого феномена аортальный клапан сохраняет свою эмбриологическую позицию и остается правее легочного. Ротация артериального конуса обуславливает переднее и левое смещение легочного конуса. Этими факторами и объясняется некоторое удлинение легочного конуса с передним смещением аортального клапана относительно предсердно-желудочковых отверстий, что обуславливает сужение легочного конуса, в результате чего развивается непропорционально расширенная аорта и гипоплазированный легочной ствол.

Ротация артериального конуса против часовой стрелки одновременно ведет к ротации перегородки артериального конуса, что наряду с параллельным передним смещением не позволяет ей соединиться с межжелудочковой перегородкой и с бульбо-вентрикулярной складкой.

Существует несколько классификаций тетрады Фалло. С учетом характера обструкции выводного тракта правого желудочка анатомические варианты тетрады Фалло представлены четырьмя типами: I тип тетрады Фалло – эмбриологический. Обструкция обусловлена смещением конусной перегородки кпереди и влево или (и) ее низким расположением. Зона максимального стеноза соответствует уровню разграничительного мышечного кольца. Фиброзное кольцо легочного клапана практически не изменено или умеренно гипоплазировано. II тип тетрады Фалло – гипертрофический. В основе обструкции лежит смещение конусной перегородки кпереди и влево или (и) ее низкое расположение, а также выраженные гипертрофические изменения ее проксимального сегмента. Зона максимального стеноза соответствует уровню отверстия выходного отдела правого желудочка и разграничительного мышечного кольца. III тип тетрады Фалло - тубулярный. Обструкция вызвана неравномерным разделением общего артериального ствола, в результате чего легочный конус оказывается резко гипоплазированным, суженным и укороченным. При данном типе тетрады Фалло может иметь место гипоплазия фиброзного кольца или клапанный стеноз легочного ствола.

IV тип тетрады Фалло - многокомпонентный. Причина обструкции - значительное удлинение конусной перегородки или высокое отхождение перегородочно-краевой трабекулы модераторного тяжа. При этом может быть тетрада Фалло со стенозом легочной артерии, или с атрезией легочной артерии, или в сочетании с атриовентрикулярным септальным дефектом, а также тетрада Фалло с отсутствующим

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

клапаном легочной артерии. Сужение артериального конуса правого желудочка при переходе в легочной ствол, может сопровождаться как клапанным стенозом, так и подклапанным сужением. В целом в любом из этих случаев затруднен выход венозной крови в малый круг кровообращения.

В результате этого возникает гипертрофия миокарда правого желудочка, в связи с попыткой максимально преодолеть затрудненный отток крови из правого желудочка. Через дефект межжелудочковой перегородки происходит сброс крови из правого желудочка в левый, так как давление при этом превышает таковое в левом желудочке. Насыщение венозной кровью большого круга кровообращения приводит к пороку сердца синего типа.

Выводы: К тетраде Фалло приводят сложные эмбриональные нарушения при развитии анатомических структур сердца на этапах пренатального онтогенеза.

Чевычелов Г.А., Шеменова А.С.

ВАРИАНТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ КОНЕЧНЫХ ОТДЕЛОВ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО И ГЛАВНОГО ПРОТОКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель - асс. Селиванова Е.С.

Цель: изучить особенности выхода конечных отделов общего желчного и протока поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку.

Материалы и методы: анализ медицинской литературы по данной тематике за период 2010-2017гг. Полученные сведения обрабатывались с помощью электронных таблиц Microsoft®Excel 2013.

Результаты: при изучении литературных источников информации получены и сгруппированы основные сведения вариантного расположения общего желчного протока и главного протока поджелудочной железы (вирсунгов проток) в тонкой кишке с учетом того, что санториниевый проток имеет отдельный выход в малый дуоденальный сосочек, на 2 см выше фатерова соска.

Выделено 4 основные возможные выхода исследуемых протоков.

1й вариант: протоки открываются в двенадцатиперстную кишку, не доходя до места выхода, образуют общее расширение (имеет название ампулы). Этот тип имеет место в 56% и является наиболее часто встречающимся.

2й вариант: вирсунгов и общий желчный проток соединяются на относительно небольшом (0,7-1,2 см) расстоянии от двенадцатиперстной кишки, при этом не образуя ампулу. Процентная встречаемость расположения – в 34%.

3й вариант: оба протока открываются в двенадцатиперстную кишку отдельно. Этот вариант встречается в исключительно уникальных случаях, в литературных источниках его принимают за аномалию. В процентном соотношении – 4% встречаемости.

4й вариант: общий желчный и вирсунгов протоки сливаются друг с другом на большом расстоянии (2,0-2,3см) от большого дуоденального соска (6% случаев).

Выводы: Вариабельность расположения конечных отделов протоков обусловлена анатомическими особенностями строения системы пищеварения и индивидуальными особенностями организма. Выделение объема желчи и панкреатического сока не зависит от варианта расположения протоков. Но особенности открытия конечных отделов протоков имеют важное место в диагностике в хирургической и онкологической практике.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Чучко В.П., Аптекарь И.Е.

ФОРМА И ПОЛОЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНСТИТУЦИИ

Научный руководитель – асс. Селиванова Е.С.

Цель: выявить зависимость особенностей формы и вариантов положения желудка у людей различных типов конституции средней возрастной группы.

Материалы и методы: в качестве материалов использовалась научная медицинская литература (за период 2003-2018 гг). Полученные данные обрабатывались с помощью электронных таблиц Microsoft®Excel 2013.

Результаты: в процессе изучения литературы определены 4 группы взрослых людей(возрастом от 25 до 65 лет) женского и мужского пола, которым присущи следующие типы телосложения: астенический (группа №1), гиперстенический (группа №2), нормостенический (группа №3).

У группы №1 в 89% случаев нижний полюс желудка занимает положение на уровне последнего поясничного позвонка и может варьировать в своей топографии до первого крестцового позвонка. Подобная форма желудка описывается в литературе как «длинный» желудок.

У группы №2 в 94% желудок имеет форму «крючка». Пилорическая часть (пилорическая пещера и начальный отдел пилорического канала) занимает свое положение в области второго поясничного позвонка (иногда может доходить до третьего поясничного позвонка, но не ниже).

У группы №3 в 85% форма желудка определена как «рог». Пилорическая часть располагается по косой нисходящей линии и занимает уровень последнего грудного и первого поясничного позвонков.

Выводы: у людей с различными типами конституции четко прослеживается взаимосвязь между различными формами желудка, вариантами топографического положения и определением полюсов желудка. Несоответствие данной взаимосвязи может прослеживаться при аномалиях желудка и требует диагностического исследования с уточнением строения органов пищеварительной системы с точки зрения анатомии.

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА И МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский
университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Кафедра военной медицины и медицины катастроф
Зав. кафедрой – Мамедов В.Ш.

Буряк К.В., Лукашенко М.В.

К ВОПРОСУ О ПРИНЦИПАХ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ ПРИ
ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ МИРНОГО ВРЕМЕНИ.

Научный руководитель – Мамедов В.Ш.

Цель. Определение общих и отличительных черт в организации и оказании медицинской помощи при стихийных бедствиях и в районах боевых действий

Материалы и методы. Анализ литературных источников по данной проблеме

Результаты. В последние десятилетия значительно повысилась опасность возникновения крупных катастроф, сопровождающихся массовыми человеческими жертвами. Поскольку речь идет об очагах массовых санитарных потерь, и в частности потерь хирургического профиля, вполне закономерна постановка вопроса об использовании организационных и лечебно-тактических принципов, утвердившихся в военно-полевой хирургии. Следует сразу оговориться, что экстремальные ситуации, рассматриваемые медициной катастроф, имеют существенные отличия: во-первых, боевые действия во время войны ведутся, как правило, на территории, предварительно освобожденной от населения, и ранеными чаще всего являются физически крепкие люди молодого и среднего возраста. При стихийных же бедствиях среди пострадавших находятся дети, старики, женщины, в том числе больные. Во-вторых, при оказании помощи раненым все военные подразделения имеют штатный состав медицинской службы, которая организует эвакуацию раненых с этапа на этап. При стихийных бедствиях условия организации медицинской помощи иные. В зоне катастрофы разрушается или временно парализуется вся социальная инфраструктура, и планомерное оказание помощи удастся организовать лишь после прибытия туда дополнительных сил и средств медицинской службы и проведения тщательной рекогносцировки. Различия в организации помощи пострадавшим в районе аварии (стихийного бедствия) и раненым на поле боя проявляются уже с самого начала работы по ликвидации последствий. Нахождение раненых на местности при ведении боевых действий обычно известно (оборонительные сооружения, техника, поле боя), а розыск пострадавших при катастрофах требует участия специальных подразделений горноспасательных групп, отрядов саперов, пожарников и т.д. В-третьих, передовые военные медицинские части и учреждения в период войны работают как этапы медицинской эвакуации. В медицинских отрядах, выдвигаемых для оказания помощи в район катастроф и стихийных бедствий, положение другое. Здесь наряду с тяжело пострадавшими, подлежащими эвакуации в крупные стационарные лечебные учреждения после оказания необходимой помощи на

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

месте, появляется множество пострадавших относительно легкой степени тяжести. Опыт свидетельствует о высокой значимости одного из главных принципов военно-полевой хирургии – медицинской сортировки раненых.

Выводы. Несмотря на существенные отличия в условиях оказания медицинской помощи раненым на войне и пострадавшим в крупных катастрофах, многие организационные и лечебно-тактические принципы, разработанные и утвердившиеся в военной медицине, могут быть эффективно использованы в медицине катастроф.

Васильченко Т.А., Гасендич Р.С.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ – РАЗДЕЛ

Научный руководитель – Мамедов В.Ш.

Цель. Изучить значение военной эпидемиологии в условиях локальных военных конфликтов и нестабильного санитарно-гигиенического обеспечения войск

Материалы и методы. Анализ литературных источников по данной проблеме

Результаты. Существенный раздел военной эпидемиологии составляют особенности возникновения, распространения и ликвидации эпидемических заболеваний в случае искусственного создания противником эпидемического процесса при применении им бактериологического (биологического) оружия.

Войны, особенно большие, создают предпосылки для возникновения и распространения инфекционных заболеваний, как среди гражданского населения, так и в войсках. Среди гражданского населения первостепенное значение приобретают миграционные процессы, переуплотнение ряда районов эвакуируемыми контингентами, снижение материального уровня жизни и др. На возникновение и распространение инфекционных заболеваний в войсках во время войны решающее влияние оказывают следующие факторы: пополнение, прибывшее из неблагополучных по инфекционной заболеваемости мест; размещение войск в случайных непригодных помещениях, ранее занимавшихся противником постоянное перемещение в ходе боевых операций; ведение наступательных и оборонительных боев в эндемичных районах и неблагополучных в эпидемическом отношении населенных пунктах; высокая скученность и большие затруднения в соблюдении правил личной гигиены; влияние различных неблагоприятных метеорологических факторов; текучесть личного состава войск из-за боевых потерь; возможность применения по войскам оружия массового поражения. Таким образом, боевая эпидемическая обстановка в войсках в мирное и военное время резко отличаются друг от друга.

Войны текущего столетия, ухудшая эпидемические ситуации по многим инфекционным заболеваниям, в ряде случаев создавали условия, которые существенно изменяли классические представления об эпидемиологии некоторых болезней. Возникали необычные пути передачи инфекций, не свойственные данным регионам в обычных условиях.

Выводы. Подытоживая сказанное, отметим, что в прошлых войнах, особенно во время Великой Отечественной и локальных военных конфликтов современности, военной медициной накоплен огромный материал, свидетельствующий об особенностях эпидемического процесса в военно-полевых условиях. Кроме того, наличие у вероятного противника оружия массового поражения выдвигает на первый план фактор времени,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

устраняющий «подготовительный период». Тем не менее, не должна снижаться боеготовность и санитарно-эпидемиологическая настороженность медицинской службы.

Васильченко Т.А., Морозова М.С., Обмачевская К.Г.

К ОЦЕНКЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ В ЗОНЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Научный руководитель - Щербина Ю.Г.

Цель: изучить и правильно оценить эпидемиологическую картину, определить степень эпидемиологической опасности заболеваний инфекционного генеза в сложившейся ситуации для корректировки предупредительных мер и для эпидемиологического прогноза в зоне чрезвычайной ситуации.

Материалы и методы: материал для исследования был взят из литературных источников, отражающих уровень и динамику эпидемиологической опасности заболеваний инфекционного генеза при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.

Результаты: в сложившейся общественно-социальной ситуации существует тенденция возрастания профессионального интереса к медицинскому обеспечению ликвидации чрезвычайных ситуаций. В зонах вооруженных локальных конфликтов и террористических актов могут появляться эндемические инфекционные заболевания, способные вызывать эпидемические вспышки. Инфекцию могут заносить спасатели и другие участники ликвидации чрезвычайных ситуаций, а, как известно, возбудители особо опасных инфекций высокоустойчивы и высоковирулентны во внешней среде, они длительно выживают на продуктах питания, предметах быта и в воде.

В ходе проведенного обзора научной литературы, мы проанализировали множество методов оценки степени эпидемиологической опасности инфекционных заболеваний в зонах чрезвычайных ситуаций. Сложность оценки объясняется многофакторностью эпидемического процесса, из которых трудно извлечь детерминанты и точно определить влияние конкретного фактора на прогрессию процесса. Мы выделили методику, достаточно удобную в пользовании и не требующую сложных математических вычислений. Расчет санитарных потерь определяется по формуле: $C_n = K * I(1 - H) * (1 - P) * E$, где

C_n - санитарные потери населения, чел.; K - численность зараженного и контактировавшего населения, чел.; I - контагиозный индекс, H - коэффициент неспецифической защиты; P - коэффициент специфической защиты (коэффициент иммунности); E - коэффициент экстренной профилактики (антибиотикопрофилактики). Методика позволяет определить, имеется ли риск занесения и распространения заболевания среди населения, живущего на данной территории, способна ли местная система здравоохранения справиться с той или иной чрезвычайной ситуацией из-за возможного отсутствия или недостатка медицинского обеспечения.

Вывод: исходя из полученных результатов исследований, можно заключить, что степень опасности процесса необходимо определять по эндемичности, размером зоны эпидемии и необходимости в силах и средствах системы здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы. Пользуясь этой методикой и определив степень эпидемической опасности заболевания инфекционного генеза, можно сделать заключение

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

и определить направления деятельности сил и средств медицинской службы, определить, есть ли необходимость в эвакуации пострадавшего населения и введении карантинных и изоляционно-ограничительных мероприятий, что в итоге позволит уменьшить общее число пострадавших в чрезвычайной ситуации эпидемического характера.

Васильченко Т.А., Гасендич Р.С.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВОЙСК В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Научный руководитель - Мамедов В.Ш.

Цель: изучить организационные аспекты медицинского обеспечения войск в вооруженных конфликтах.

Материалы и методы: проведен анализ современных военно-медицинских литературных источников и исследований по данной проблеме.

Результаты: анализируя факторы разнообразия условий и характера военных конфликтов, мы пришли к выводу о значительной вариабельности величины и структуры санитарных потерь в различных военных событиях. Догматизм в фундаментальных понятиях, нарушает целостность традиционных подходов к организации и тактике применения сил медицинской службы, в принятии организационных решений они приводят к несогласованности действий, и в конечном итоге на театре военных действий производится неэффективная организация медицинской помощи. От уровня и характера взаимосвязи зависят принципы лечебно-эвакуационного обеспечения, они представлены в виде двух групп. Общие принципы организации лечебно-эвакуационной системы - эшелонирование, приближение, специализация медицинской помощи, лечение легкораненых «на месте» определены в первую группу. Вторая группа отражает принципы применения сил и средств медицинской службы в бою, применения всех разновидностей маневра, усиления, создания резерва. При решении проблемы качественного оказания первой медицинской помощи в передовом районе главной задачей является приближение к раненому неотложной помощи. Изучение этого вопроса показывает, что обязательными элементами первой и доврачебной помощи должны быть реанимационные мероприятия: проведение инфузионной терапии тяжелораненым при кровопотере, искусственная вентиляция легких при асфиксии. Развитие системы медицинской эвакуации за счет широкого использования санитарных средств является важнейшим направлением для реализации главной задачи качественного оказания первой медицинской помощи в передовом районе

Выводы: при рассмотрении в данной работе общих принципов организации лечебно-эвакуационного обеспечения в свете современных взглядов на возникновение и развитие локальных вооруженных конфликтов мы не касались целого ряда проблем медицинского обеспечения. Однако ясно, что в локальных войнах и вооруженных конфликтах, как правило, привлекаются не все мобилизационные ресурсы страны, а резерв медицинской службы составляют, прежде всего, силы и средства постоянной готовности.

Ермаков И.Р., Андреев Р.Н.

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ЗАЩИТЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

Научный руководитель – Мамедов В.Ш.

Цель. Анализ организационных аспектов защиты лечебно-профилактических учреждений в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.

Материалы и методы. Изучены источники литературы по данной проблеме.

Результаты. Важная роль в выполнении задач медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях (ЧС) принадлежит объектам здравоохранения: больницам, поликлиникам, станциям переливания крови, санитарно-эпидемиологическим учреждениям, аптекам и медицинским складам. Устойчивость функционирования здравоохранения как целостной системы в масштабе района, города, области, республики обеспечивается путем решения конкретных задач по устойчивой работе каждого отдельно взятого объекта здравоохранения путем организации четкого взаимодействия между ними и взаимодействия с другими службами ГО, обеспечивающими в той или иной степени работу учреждений и формирований здравоохранения. Мероприятия по повышению устойчивости работы объектов здравоохранения не могут быть выполнены одновременно ни с точки зрения их целесообразности, ни с точки зрения экономических возможностей. Они должны иметь четкое подразделение на мероприятия первой и второй очереди с учетом специфики каждого объекта здравоохранения. При этом необходимо иметь в виду, что вопросы устойчивости работы объектов здравоохранения должны отражать их деятельность в мирное время при возникновении экстремальных условий, связанных с стихийными бедствиями и авариями и в военное время при возникновении очагов поражения.

Для всех объектов здравоохранения можно сформулировать общие вопросы, по которым оценивается устойчивость их функционирования в экстремальных условиях мирного и военного времени. К числу этих общих вопросов относятся: анализ исходных данных по характеристике объекта, которые обуславливают состояние его устойчивости работы; прогнозирование возможного воздействия на объекты поражающих факторов при возникновении катастроф в мирное время и современных видов оружия в ходе войны; оценка готовности объекта к работе в экстремальных условиях мирного и военного времени с учетом особенностей региона, города и прогнозируемой обстановки при возникновении катастроф в мирное и военное время; определение перечня мероприятий, повышающих устойчивость работы объекта и сроков их проведения; определение критериев восстанавливаемости и возобновления работы объекта, подвергшегося воздействию поражающих факторов.

Вывод: Повышению устойчивости функционирования объектов и всей системы здравоохранения способствует совершенствование его материально-технической базы, повышение квалификации медицинских работников, внедрение новейших достижений медицинской науки.

Коваленко А.И.

О ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОМ АСПЕКТЕ ПРОБЛЕМЫ ШОКА

Научный руководитель – Мамедов В.Ш.

Цель. Анализ военно-медицинского аспекта проблемы шока

Материалы и методы. Изученные источники литературы по данной проблеме

Результаты. Как в военное, так и в мирное время, в связи с частыми обширными травмами и кровотечениями, обостряется проблема шока, которая является одной из сложнейших задач медицины катастроф. При этом особую актуальность имеет ее военно-медицинский аспект.

В связи с этим уместно провести анализ результатов лечения шока в годы Великой Отечественной войны, а также сопоставить результаты терапии шока в более современный период.

По данным авторов А. И. Карамьяна (1947) и М. А. Баренбаума (1945) летальность при шоке в годы ВОВ составляла от 21,5% до 45%, что связывали с острой нехваткой времени на проводимое лечение и, главным образом, с поздним поступлением раненых. Последнее подтверждается тем, что только 14,6% среди них были доставлены в военный госпиталь в течении первых 6 часов после ранения, а остальные 85,4% позже (Шульцев Г. П., 1953).

Установлено также, что от сроков поступления в лечебное учреждение зависит и преобладание компонентов геморрагического или травматического шока. В этом можно убедиться, проанализировав данные Я. Л. Рапопорта (1947) – причиной смерти на поле боя у 28,4% раненных стали кровотечения, а травматический шок с или без кровопотери – только у 3,4%. В госпиталях эти показатели составили 35,8% и 28,1% соответственно. Можно сделать вывод, что в первые часы после ранения у большинства пострадавших преобладает геморрагический шок, а позже – травматический. К сожалению, раннее лечение шока не всегда было выполнимой задачей, в связи с трудностями быстрой эвакуации раненых в лечебные учреждения в условиях войны, хотя это могло бы повысить их выживаемость путем только возмещения кровопотери.

Опыт военно-полевой хирургии показывает, что у большинства пострадавших шок развивается на поле боя, и при этом значительная часть раненых поступает в лечебное учреждение в его позднем периоде. Благодаря современной организации скорой медицинской помощи постарались решить эту проблему. Станции скорой помощи в крупных городах действуют достаточно быстро, доставляя пораженных с тяжелыми травмами на ранних этапах, и поэтому зачастую удается предупредить опасные последствия даже массивных острых кровопотерь (по данным Горбашко А. И. 1992). Однако около 25% пациентов по некоторым причинам поступает в лечебные учреждения в позднем периоде. Как видим, если проблема лечения шока существует даже в специализированных учреждениях при своевременном поступлении пострадавших, то это говорит о сохраняющейся остроте данной проблемы в военно-полевой хирургии и в медицине катастроф в целом. Это связано с тем, что организационные принципы медицинской помощи в военной медицине не отличаются от таковых в медицине катастроф. Для них характерен охват помощью всех нуждающихся в условиях острого дефицита времени, а не сосредоточение на «максимальной терапии» отдельного человека.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. Нужны целенаправленные клинические и экспериментальные исследования по разработке новых принципов патогенетически обоснованной терапии в каждом периоде шока любой этиологии.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР

Кафедра биологической химии

Зав. кафедрой - доц. Турсунова Ю. Д.

Архипова К. Д.

ПРЕИМУЩЕСТВА ТАНДЕМНОЙ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ В МАССОВОМ СКРИНИНГЕ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ ОБМЕНА

Научный руководитель – асс. Миронова К. А.

Цель. Изучить сущность метода тандемной масс-спектрометрии (ТМС) и определить преимущества этого метода перед другими биохимическими методами диагностики наследственных болезней обмена (НБО).

Материал и методы. Исследованы 9 литературных источников о методе ТМС, которая является современной технологией диагностики наследственных болезней обмена.

Результаты. Масс-спектрометрия (МС) – это физико-химический метод, основанный на ионизации молекул изучаемого вещества (аналита) с последующим разделением ионов по величине отношения массы к заряду (m/z) с целью определения химической структуры образца. Тандемный масс-спектрометр (ТМС) – это два масс-спектрометра, последовательно соединенных через «камеру соударений».

НБО – обширный класс редких моногенных болезней, суммарная частота которых высока – не менее чем 1:5000 живых новорожденных. Многие НБО поддаются лечению, для некоторых возможна полная клиническая коррекция, но, лишь в случае своевременного обнаружения патологии. Точная диагностика возможна только с помощью лабораторных методов, так как клиническая картина для многих наследственных болезней обмена неспецифична.

Среди основных проблем диагностики НБО можно выделить следующие: проблемы специфичности – говоря о ТМС, детекция методом селекции масс позволяет добиться более надежных и достоверных результатов; низкие пределы количественного анализа – селективность масс-спектрометра позволяет снизить пределы обнаружения и количественного анализа; дефицит антител – ТМС не требует антител для разработки новых тестов.

Преимущества ТМС в сравнении с иммунохимическими методами: обладает высочайшей чувствительностью, специфичностью и селективностью, может определить структурные компоненты в концентрации до 10^{-21} грамма; позволяет анализировать большее число метаболитов, следовательно, выявлять большее число наследственных нарушений обмена веществ; требует меньше времени для проведения анализа; имеет возможность объединять разные классы аналитов в одном анализе.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

С 2006 года в России массовый обязательный скрининг включает 5 наследственных заболеваний – это галактоземия, муковисцидоз, адено-генитальный синдром, фенилкетонурия, врожденный гипотериоз.

Отчет по скринингу методом ТМС от 01.05.2013 – 11.11.2014, проведенный на новорожденных и пациентах НПЦ ПЗДП (Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков) Департамента здравоохранения в Москве исходя из 132325 образцов крови информирует о том, что были установлены границы нормальных показателей для аминокислот и ацилкарнитинов; подготовлен раздел «Наследственные болезни обмена» для компьютерной базы данных «Неонатальный скрининг».

Выводы. Несмотря на то, что тандемная масс-спектрометрия во многих странах лишь начинает приобретать массовость в диагностике наследственных болезней обмена, по многим критериям аналогов ТМС на данном этапе в точной постановке диагноза НБО нет.

Бородина И.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕДАКТИРОВАНИЯ ГЕНОМОВ

Научный руководитель – доц. Турсунова Ю.Д.

Биохимические процессы на генетическом уровне всецело влияют на жизнедеятельность организма. Геном как совокупность наследственного материала лежит в основе гисто- и органогенеза, а также особенностей видообразования и метаболизма. Многие патологии связаны с нарушением последовательности в геномных локусах. Актуальность вопросов об исправлении подобных нарушений и коррекции генетических дефектов не вызывает сомнения. Ученые-генетики всего мира разрабатывают методы редактирования генома, однако единой технологии, отличающейся стабильностью и эффективностью, в настоящее время не существует.

Целью данной работы является обзор литературных данных, посвященных исследованию целевого влияния на геном высших организмов и его изменения.

Согласно литературным данным, все способы редактирования геномов высших организмов условно можно разделить на две группы: 1) неосознанные методы, к которым относят спонтанные и случайные индуцированные мутации, вызванные воздействием физических или химических факторов (например, радиации); 2) осознанные, или целевые методы, способные вносить целенаправленные изменения в геном и имеющие предсказуемый эффект. К последней группе относятся повышение ploидности растений колхицинированием, редактирование геномов химерными олигонуклеотидами, а также геномные коррекции с помощью мегануклеаз и ZF нуклеаз («цинковых пальцев») и другие.

В 2011г. методом года стала TALEN технология (Transcription Activator Like Effector Nucleases/associated), основанная на использовании нуклеаз, способных узнавать определенные последовательности нуклеотидов в нуклеиновых основаниях. Однако данная технология остается достаточно трудоемкой и ее на второй план отодвинула передовая CRISPR/Cas технология (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats).

Известно, что в генах бактерий и архей имеются короткие палиндромные кластерные повторы, разделенные спейсерами. От нескольких десятков таких повторов до

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

трех сотен составляю CRISPR-кассету. Данные перемежающиеся организованные повторы лежат в основе механизма защиты бактерий от проникновения чужеродной ДНК. Процесс приобретения иммунной защиты у бактерий и архей происходит в три этапа: адаптация, транскрипция, интерференция. В результате возникает особый комплекс, состоящий из трех компонентов: 1) РНК, включающей спейсер из CRISPR-кассеты; 2) транс-активирующей РНК; 3) ассоциированной с CRISPR-кассетой нуклеазы (Cas). Комплекс узнает ДНК-мишени и целенаправленно разрезает их в нужном месте.

Объединив вышеперечисленные молекулы, ученые получили единую направляющую, или гидовую, РНК, дающую возможность создавать генно-инженерные конструкции для редактирования геномов различных организмов.

Таким образом, лидером среди методов редактирования геномов является технология CRISPR/Cas, которая применяется в генной инженерии для модификации метаболических путей, а также открывает возможности для развития новых биотехнологических стратегий и применения их в медицине для лечения разнообразных заболеваний.

Королева Т.А., Жуля В.Р.

ФЕРМЕНТЫ МЕТАБОЛИЗМА 5-ФТОРУРАЦИЛА - КРИТЕРИИ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ХИМИОТЕРАПИИ ФТОРПИРИМИДИНАМИ

Научный руководитель – доц. Бакурова Е.М.

Цель: Рассмотреть противоопухолевые препараты фторпиримидиновой группы, изучить особенности действия 5-фторурацила в опухоли.

Материал и методы: Были рассмотрены и изучены медицинские журналы и пособия по химиотерапии антиметаболитами фторпиримидиновой группы.

Результаты: Современные противоопухолевые препараты насчитывают сотни лекарственных средств, включающих несколько групп соединений. Однако, ведущими для лечения солидных раков молочной железы, желудка, кишечника и др. являются фторпиримидины. К данным препаратам можно отнести: кселоду, 5-фторурацил (5-FU), тегафур, фуртулон и др. Конечным результатом действия фторпиримидинов является угнетение пролиферации и гибель клеток опухоли. Следовательно, чувствительной к фторпиримидинам будет опухоль с большим количеством делящихся клеток, имеющая высокую интенсивность пролиферации. Действие 5-фторурацила связано с его активным потреблением по "запасному пути синтеза" пиримидиновых нуклеотидов и переходом в 5-фтор-дезоксидУМФ (5-FdУМФ) или в 5-фторУМФ (5-FУМФ).

5-FdУМФ - конкурентный ингибитор тимидилатсинтазы(ТС). Фермент катализирует синтез de novo, нуклеотида дезоксиТМФ. Известно, что от концентрации дезоксиТМФ зависит скорость синтеза ДНК. Следствием этого является угнетение синтеза ДНК, что приводит к подавлению пролиферации клеток.

5-FУМФ активно используется в синтезе РНК. Модифицированная им РНК менее стабильна, нарушен ее процессинг, а главное, нарушается трансляция белков в опухоли, что ведет к гибели опухолевой клетки.

Усиление активности и стабильности комплекса 5-фторурацила и ТС обеспечивается фолиатом кальция. 5-FU метаболизируется опухолью до 5-FУМФ и 5-фторуридинтрифосфата при участии ферментов "запасного пути синтеза" уридина и

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

тимидина - уридинфосфорилазы (УФ) и тимидинфосфорилазы (ТФ). Ферментом катаболизма 5- фторурацила является дигидропиримидиндегидрогеназа (ДПД).

Внутриопухольный метаболизм 5-фторурацила и его производных связан с индивидуальными особенностями метаболизма тимидина и уридина. Также известно, что активность ТФ связана с интенсивностью пролиферации клеток и их апоптозом. Поэтому определение ее активности в тканях позволит индивидуально решать вопрос по выбору химиопрепаратов.

Вывод: Определение особенностей активности ТФ, УФ, ДПД в биопсийном материале до начала химиотерапии поможет уточнить особенности пролиферации и апоптоза конкретной опухоли, возможность создания длительной терапевтической концентрации в ткани опухоли. Следовательно, исследование особенностей метаболизма опухоли поможет индивидуализировать химиотерапию препаратами группы фторпиримидинов.

Лобань Е.А

СИНДРОМ ТУРЕТТА И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТ

Научный руководитель – асс. Миронова К.А

Цель: Изучить влияние дополнительного железа на уменьшение тяжести тиков у детей с синдромом Туретти.

Материалы и методы: Научная литература, статистические данные из карт пациентов (n=57) из Национальной детской больницы (Nationwide Children 39 Hospital, г.Колумбус, штат Огайо).

Результаты: По данным медицинских карт Национальной детской больницы штата Огайо в исследование были включены пациенты моложе 18 лет с подтвержденным диагнозом синдром Туретта за период с 2009 по 2015гг. Синдром Туретта представляет собой серьезное неврологическое расстройство. Первые проявления заболевания отмечаются в возрасте 2-5 лет, обычно до предела 20 лет. Заболевание сопровождается произвольными движениями, тиками. Нервный тик – это быстрое, произвольное, стереотипное сокращение мышц. Больной человек далеко не всегда может контролировать эти действия. Вместе с произвольными движениями наблюдаются и голосовые нарушения. Они тоже возникают в форме приступов. Для исследования были выбраны пациенты сдававшие анализ крови на ферритин. Ферритин — сложный белковый комплекс (железопротеид), выполняющий роль основного внутриклеточного депо железа у человека и животных. Структурно состоит из белка апоферритина и атома трехвалентного железа в составе фосфатного гидроксида. Одна молекула ферритина может содержать до 4000 атомов железа. Ферритин находится в клетках печени, селезенки, костного мозга, ретикулоцитах, и в небольших количествах — в сыворотке крови, где он выполняет функцию транспорта железа. Концентрация ферритина зависит от запасов железа, в связи с этим данный показатель используют для диагностики и мониторинга дефицита или избытка железа. Он является главным участником метаболизма железа. Известно, что свободные атомы железа токсичны для организма. Благодаря ферриту цитозольные запасы железа поддерживаются в растворимой и нетоксичной форме. Обычный уровень растворимости железа низок: 10^{-18} М, ферритин увеличивает его до 10^{-4} М, что в сто триллионов раз выше. Именно в форме ферритина

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

депонируется железо (до 30%, хотя расходуется только 0,1%), которое при необходимости используются на нужды организма.

В пилотном исследовании американских ученых были включены мальчики и девочки (2:1), средний возраст детей при первом визите в клинику был $9,6 \pm 2,9$ лет. Через 12 месяцев в первой подгруппе пациентов с железодифицитом, не было назначено железо, из-за чего тяжесть тика увеличилась от 2,36 балла до 2,70 балла. Вторая подгруппа получала железо в последствии чего тяжесть тиков уменьшилось с 2,70 до 1,90 баллов. Третья подгруппа также получала железо, но изначальный исходный уровень ферритина у них был достаточен, в результате чего наблюдалось снижение оценки тяжести тиков с 2,40 до 1,95 баллов. И в четвертой подгруппе, у таких же детей, но не получавших железо, оценка за год не изменилась – 2,88 балла.

Выводы: Ферритин как основной участник метаболизма железа, участвует в увеличении растворимого уровня железа в крови, процентность которого воздействует на выраженность тиков и других проявлений синдрома Туретта. При получении дополнительного уровня железа, отслеживалось понижение тяжести тиков. Когда при недостатке железа в крови пациента с синдромом Туретта, можно увидеть повышение тиков на 0,5 -1 балл.

Марьенко К. Ю., Филиппаки И.В.

АНТИОКСИДАНТНОЕ И ПРООКСИДАНТНОЕ ДЕЙСТВИЕ ВИТАМИНА С И МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ НА РОСТ И РАЗВИТИЕ ОПУХОЛИ

Научный руководитель – асс. Филиппаки И. В.

Цель. Изучить антиоксидантное и прооксидантное влияние мочево́й кислоты и витамина С на рост и развитие опухолей.

Материалы и методы. Аналитический обзор литературных данных.

Результаты. Л. Пакером, «отцом теории антиоксидантов», было замечено, что более 70% людей умирают преждевременно от заболеваний, связанных с недостаточной компенсацией свободных радикалов (СР) антиоксидантами (АО). СР повреждают здоровые клетки и вызывают мутации в их ДНК. Образование данных мутаций способствует превращению здоровой клетки в раковую.

Витамин С и мочево́я кислота (МК) как одни из наиболее сильных АО помогают организму бороться со свободнорадикальным окислением (СРО). Считается, что АО является полезным, если находится в организме в достаточно высокой концентрации. Около 99% профильтровавшейся МК реабсорбируется почками, что свидетельствует о важности данного метаболита в организме человека. Имеются данные, что действие МК зависит от её концентрации: при высоких концентрациях является антиоксидантом, а при низких – прооксидантом.

Существует предположение, что МК в качестве АО может замещать аскорбиновую кислоту. При этом совместно они усиливают действие друг друга в борьбе с гидроксильными радикалами. Витамин С препятствует окислению и разрушению витамином Е и А, являясь важным АО плазмы крови, защищающим липиды от СРО. Витамин С называют «ловушкой радикалов» и относят к АО немедленного действия.

Локализация и концентрация МК и витамина С могут быть важными факторами их двойственного действия, однако их антиоксидантные свойства играют важную роль при

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

росте и развитии опухолей. Возможно, усиленный прием АО, способен снизить частоту мутаций, вызванных СР, и уменьшить риск заболевания раком или лимитировать СРО в делящихся тканях опухоли.

МК - сильнодействующий эндогенный АО, который обладает противоопухолевым и связывающим действием, направленным на клетки, и снижает риск появления и развития доброкачественных и злокачественных опухолей.

Таким образом, МК является защитным фактором от СРО и служит точным маркером биологического феномена, тесно связанным с прогрессированием опухоли, и при этом не является непосредственной причиной развития процесса.

Выводы

1. Мочевая кислота и витамин С являются важными антиоксидантами организма, способными предотвращать разрушительное действие свободных радикалов.

2. Мочевая кислота способна замещать аскорбиновую в качестве антиоксиданта, являясь основным эндогенным антиоксидантом организма, при этом данные метаболиты усиливают действие друг друга в борьбе с нежелательным свободнорадикальным окислением СРО.

3. Благодаря своим антиоксидантным свойствам мочевая кислота и витамин С способны снижать частоту мутаций вызванных свободнорадикальным окислением, тем самым уменьшая риск образования и развития опухоли.

Пасечник Т.А., Миронова К.А.

АНАЛИЗ ИННОВАЦИОННЫХ ПУТЕЙ РЕШЕНИЯ ИММУНОДЕФИЦИТА В МАЛИГНИЗИРОВАННОЙ ТКАНИ, ОПОСРЕДОВАННОГО АДЕНОЗИНОМ

Научный руководитель – доц. Миронова К.А.

Цель. Известно, что аденозин, образующийся в опухолевых клетках, подавляет функции иммунных эффекторных клеток. Однако при этом он усиливает активность Т-клеток-супрессоров. Целью данной работы явился анализ литературных данных, касающихся исследования инновационных подходов к лечению иммунодефицита в малигнизированной ткани, вызванного избыточным количеством аденозина.

Материалы и методы. Результаты исследований, опубликованных в монографиях и статьях ведущих специалистов в данной области.

Результаты. На основании изучения современных литературных источников, были определены следующие направления в решении данной проблемы:

- 1) удаление внеклеточного аденозина посредством блокады ферментов NAD⁺нуклеотидазы и эктонуклеотидной пиррофосфатазы. Эти ферменты являются мишенями для иммунной терапии с использованием специфичных антител;
- 2) предотвращение накопления внеклеточного аденозина при помощи блокаторов обратного захвата аденозина с использованием следующих лекарственных препаратов: папаверина, пентоксифиллина, пропентиофиллина, бензодиазепина, фенотиазина, фенитоина, пропентиофиллина, пиромидина;
- 3) десенсибилизация аденозиновых рецепторов (A₂AR и A₂BR) при помощи больших доз кофеина, теофиллина, тиобромина и карбамазепина;
- 4) использование ипимибулаба для инактивации иммунотоксического вещества, образующегося в опухолях и связывающегося со специфическим антигеном

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

(CTLA-4-антигеном), локализованным на иммунокомпетентных цитотоксических клетках. Это приводит к устранению блокирующего действия опухолевого токсина, который является лигандом для антигена иммунокомпетентных клеток (CTLA-4-антигена);

5) использование пембролизумаба для десенсибилизации рецептора, принимающего участие в запрограммированной гибели клетки (PD1 – рецептора).

Выводы. На основании изучения имеющихся литературных источников были сформулированы основные направления инновационных методик преодоления иммунодефицита, опосредованного влиянием аденозина в малигнизированной ткани. Обобщены данные о существующих лекарственных препаратах, которые можно использовать в комплексном лечении иммунодефицита, опосредованного аденозином, в малигнизированной ткани.

Слюсарев В.В.

ПОРФИРИЯ

Научный руководитель – доц. Землякова Л.Ф.

Цель. Порфирии человека являются заболеваниями, обусловленными выраженными дефицитами ферментов в биосинтетическом пути гема. Их классифицируют на гепатические или эритропоэтические, в зависимости от основного места синтеза порфиринов или их исходных веществ. Патогенез наследственных Порфирий печени в настоящее время определен на молекулярном уровне. Целью данного исследования является изучение нарушения порфиринового обмена и связанные с ними патологические состояния.

Материалы и методы. Информация, содержащаяся в настоящем докладе основана на научных статьях в журналах, индексируемых в базах данных в pubmed-medline; Большой медицинской энциклопедии (т.20); статьях журнала «Наследственные метаболические болезни» («Journal of Inherited Metabolic Disease»); Роберт Марри «Биохимия человека» т.1.

Результаты . Порфирии – группа заболеваний, наследственных или с наследственной предрасположенностью, вызванных дефицитом ферментов в синтезе гема. Для каждого типа порфирии характерен набор экскретируемых с мочой порфиринов и их предшественников. Это обуславливает появление определенных симптомов, что позволяет точно определить диагноз больного.

Два признака клинической картины встречаются отдельно или комбинированно: острые угрожающие жизни нейро-висцеральные приступы и/или кожные симптомы.

В основе перемежающейся острой порфирии лежит нарушение активности фермента синтазы уропорфириногена I и повышение активности фермента синтазы аминолевулиновой кислоты (повышение активности АЛК-синтазы и частичное блокирование уропорфириноген-1-синтазы приводит к значительному накоплению АЛК и порфобилиногена). Это сопровождается острыми болями в животе, рвотой, запором, сердечно-сосудистыми нарушениями, а также нервно-психическими расстройствами.

Лекарственные препараты и стероидные гормоны, метаболизм которых требует участия гемсодержащих белков, таких, как цитохром P-450, могут ускорять наступление обострения. Соединения, индуцирующие порфирию в процессе метаболизма, повышают

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

потребление гемовых белков и тем самым снижают внутриклеточную концентрацию гема. Обострение заболевания проявляется после приема ряда лекарственных препаратов (барбитуратов, анальгина и т.д.), под влиянием женских половых гормонов, поэтому у девушек заболевание проявляется чаще, чем у мужчин.

Выводы. Пациенты с перемежающейся острой порфирией экскретируют с мочой большие количества порфобилиногена и аминолевулиновой кислоты, что является одним из клинических признаков при диагностике данного заболевания. Оба этих соединения бесцветны, но порфобилиноген на свету и воздухе самопроизвольно образует два окрашенных продукта — порфобилин и порфирин. Это является причиной потемнения мочи при ее стоянии на свету при доступе воздуха. У больных не накапливаются ни порфирины, ни порфириногены, так как метаболическое нарушение синтеза гема происходит на стадии, предшествующей образованию первого порфириногена (уропорфириногена).

Токсическое действие аминолевулиновой кислоты проявляется в демиелинизации нервного волокна за счет нарушения активности Na – K АТФазы. Следствием этого является полиневропатия.

ГИСТОЛОГИЯ, ЦИТОЛОГИЯ И ЭМБРИОЛОГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, ДНР
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии
Зав. кафедрой – проф. Баринов Э.Ф.,

Балькина А.О.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ АГРЕГАТОВ ТРОМБОЦИТОВ И ЛЕЙКОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С УРОЛИТИАЗОМ

Научный руководитель – проф. Баринов Э.Ф.

Цель. Проанализировать формирование тромбоцитарно-лейкоцитарных агрегатов у пациентов с уролитиазом в фазу рецидива и ремиссии.

Материалы и методы. В исследовании были проанализированы данные 48 пациентов с уролитиазом на этапе госпитализации. Были определены группа контроля – пациенты в фазу ремиссии (n=21); а также исследуемая группа - пациенты в фазу рецидива (n=28). Для изучения формирования тромбоцитарно-лейкоцитарных агрегатов (ТЛА) использовали стандартную методику забора, фиксации и окраски (по методу Паппенгейма) периферической крови. Методом световой микроскопии при увеличении $\times 40$ подсчитывалось число клеточных агрегатов. За ТЛА считалась кооперация 1 и более лейкоцитов и тромбоцитов. Подсчет производился на 100 лейкоцитов и выражался в процентном соотношении. Статистический анализ с помощью пакета программ Medcalc Software 2010. Точечная оценка величин оценивалась путем расчета среднего арифметического признака, стандартной ошибки (m), доверительный интервал показателя. Показатели валидности рассчитывались в опции Diagnostic test. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. Формирование ТЛА у пациентов контрольной группы отмечалось на уровне $1,23 \pm 0,24\%$ (95% ДИ 0,72% - 1,73%). При анализе распределения было выявлено, что у 70% пациентов в фазе ремиссии диапазон формирования ТЛА составил от 0 – 2 %. Для сравнения в исследуемой группе данный показатель был равен $2,8 \pm 0,54\%$ (95% ДИ 1,72% - 4,04%). Данные статистические отличались ($P = 0,01$). 50% пациентов фазы рецидива продемонстрировали формирование ТЛА на уровне от 1 – 3%, 30 % пациентов - 3-5% и лишь у 20 % пациентов формирование ТЛА было на уровне 5 – 8%. Чувствительность ТЛА, как лабораторного маркера, у пациентов в фазу рецидива составил 35,29% (95% ДИ 14,21% - 61,67%), для специфичности процент был равен 92,3% (95% ДИ 74,87% - 99,05%). Для фазы ремиссии чувствительность ТЛА составила 92,3% (95% ДИ 74,87% - 99,05%), а специфичность - 35,29% (95% ДИ 14,21% - 61,67%). Критерий Фишера был на уровне $p = 0,04$.

Выводы. На сегодня нет четкого референтного интервала формирования ТЛА. при различных процессах их количество может быть переменным. Характерно, что для пациентов с уролитиазом ТЛА формировались активнее в фазу рецидива, чем ремиссии. Обращает на себя внимание также и переменность количества агрегатов в группах –

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

возможно предположить индивидуальную реактивность у пациентов. Интересным фактом является и высокая специфичность данного показателя в острую фазу воспаления. Остается дискуссионным вопрос рассмотрения ТЛА как маркер инициации воспалительного ответа, а не активного процесса с проявленной клинической и лабораторной симптоматикой.

Прыткова А.А.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Научный руководитель – асс. Балыкина А.О.

Цель: проанализировать вариабельность лейкоцитарных индексов в группе беременных с наличием бактериальной инфекции и группы контроля.

Материалы и методы: Исследованию подвергались беременные с экстрагенитальной патологией, а также не имеющие ее. При изучении обменных карт было выявлено наличие инфекции бактериального генеза. Проводилось разделение на группу I - контроль (n=58), группу II – с наличием бактериальной инфекции (n=58). На основании лейкоцитарной формулы проводился подсчет: а) лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) (референтный интервал (Р.И.) по данным литературных источников - 0,3-1,5 у.о.); б) лимфоцитарного индекса интоксикации (ЛфИИ, Р.И. - 1-1,5 у.е.) и в) реактивного ответа нейтрофилов (РОН, Р.И. ≤ 15 у.е.). Статистическая обработка результатов проводилась в MedCalc Software 2010. Статистическая значимость была на уровне $P \leq 0,05$.

Результаты: В процессе анализа маркеров эндогенной интоксикации показатель ЛИИ у I группы составил $1,3 \pm 0,1$ у.е., в то время как у II группы $1,6 \pm 0,1$ у.е. При сравнении данных групп были выявлены статистически значимые различия ($P = 0,01$). ЛфИИ у I группы составил $2,8 \pm 0,2$ у.е., а у II группы $3,1 \pm 0,2$ у.е.. В ходе сравнения I и II группы по данному показателю, не было выявлено статистически значимых различий ($P = 0,06$). В процессе анализа РОН у I группы было получено $42,0 \pm 7,2$ у.е., а у II группы $51,0 \pm 7,3$ у.е. При сравнении данных значений было выявлено статистически значимое различие ($P = 0,04$).

Выводы: таким образом, можно сделать выводы: а) все лейкоцитарные индексы в исследуемых группах отличаются от референтных интервалов; б) статистически значимые различия наблюдаются при сравнении ЛИИ и РОН между группой исследования и контроля. ЛИИ широко используется в клинических исследованиях для оценки терапевтического лечения и составления прогнозов выздоровления и осложнений у пациентов. Так при бактериальных типах инфекции показатели ЛИИ повышаются, а при вирусных заболеваниях – понижаются. В данном случае в группе I, показатель находится в пределах нормы, а в группе II он повышен, что является диагностически значимым маркером эндогенной интоксикации. РОН находится выше референтного интервала в двух группах. Но при этом наблюдается существенная разница по показателям: в группе II он значительно выше, чем в группе I, что подтверждает адаптационную реакцию нейтрофилов в организме беременных.

Ратуш А.В.

ВЛИЯНИЕ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА НА ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОКАЛОВИДНЫХ КЛЕТОК

Научный руководитель – асс. Балыкина А.О.

Цель. Изучить морфологические и функциональные свойства бокаловидных клеток (БК) при влиянии дисбактериоза толстого кишечника, а так же проанализировать причины патологических процессов кишечника, связанных с нарушением нормальной функции БК.

Материалы и методы. С помощью анализа зарубежных и отечественных литературных источников было выявлено, что неправильное питание, стрессы, пренебрежение обработкой пищевых продуктов перед употреблением, длительный приём антибиотикотерапии могут нарушить естественный баланс микрофлоры кишечника, а так же нормальную функцию его клеток. Такие сбои в работе могут привести к развитию дисбактериоза, а в дальнейшем - к развитию хронического энтероколита, сепсиса, перитонита и др. Поэтому, понимание строения, функции и состава слизи, выделяемого БК, является актуальным в изучении данного вопроса.

Результаты. При изучении БК и их слизистого секрета было выявлено, что их основной функцией является выделение слизи, которая выполняет барьерную функцию. Важную роль в слизистом барьере играет, так же кишечная микрофлора. Она представлена кишечными палочками, энтерококками, бифидобактериями и ацидофильными палочками, которые в условиях нормально функционирующего кишечника способны подавлять рост вредных микроорганизмов. При ослаблении иммунитета, при попадании в организм какой-либо кишечной инфекции может развиваться дисбактериоз. Дисбактериоз кишечника – это нарушение баланса кишечной микрофлоры с увеличением числа патогенных бактерий, выделяющих токсины. Как механизм защиты, БК толстого кишечника выделяют гораздо большее количество слизи, чем при нормальных условиях. Данный механизм сможет создать защиту для клеток эпителия, но так как нормальная микрофлора уже нарушена, патогенная бактерия не сможет быть уничтожена. В результате обильного выделения слизи, происходит истощение БК.

Выводы. БК играют большую роль в нормальном функционировании толстого кишечника. С их помощью продуцируется слизь – муцины. Слизь, благодаря химическому составу, играет важную роль в создании барьера между клетками эпителия и пространством толстого кишечника. Так же, БК с помощью слизи осуществляют защиту стенки толстого кишечника при проникновении в него патогенной микрофлоры. Агрессивное воздействие патогенных микроорганизмов может вызвать истощение БК и, как следствие, нарушение слизистого барьера. Это, в свою очередь, приводит к такой проблеме как – дисбактериоз.

Реутова Н.О.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АГРЕГАТОМЕТРИИ ДЛЯ АНАЛИЗА АДРЕНОРЕАКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Научный руководитель – проф. Баринов Э.Ф.

Цель. Анализ стандартных показателей агрегации тромбоцитов (АТц), отражающих адренореактивность, у пациентов с хроническим обструктивным пиелонефритом (ХОПН).

Материал и методы. Исследованы кривые агрегации, зарегистрированные у 74 пациентов с ХОПН на этапе госпитализации. Богатую тромбоцитами плазму получали из периферической крови путем центрифугирования. Содержание тромбоцитов в пробе составляло 200000 ± 20000 /мкл. Для стимуляции тромбоцитов *in vitro* использовали адреналин (5 мкМ) в эффективной концентрации (EC50), вызывающей максимальную амплитуду АТц в диапазоне $50 \pm 5\%$. Регистрация агрегации осуществлялась с помощью агрегометра фирмы Chrono-Log (США). Анализу подвергнуты моно- и двухфазные агрегатограммы, на которых автоматически определялись параметры: Amplitude (максимальная амплитуда агрегации, %); Slope (наклон кривой, % мин); Area under curve (AUC, площадь под кривой, U), Lag-time (задержка начала агрегации, сек). Статистическая обработка проводилась в MedCalc.

Результаты. Исследование кривых агрегации позволило выделить среди пациентов группы с различной адренореактивностью: в 73,8% случаев амплитуда АТц снижена до $19,3 \pm 1,6\%$, в 16,5% отмечалось повышение до $66,2 \pm 2,2\%$, в 9,7% – нормореактивность с амплитудой на уровне $49,1 \pm 1,5\%$. Причина гетерогенности результатов может заключаться в индивидуальной адренореактивности. Slope, демонстрирующий скорость механизмов, обеспечивающих инициацию агрегации, составил $21,1 \pm 1,8\%$. Выявлена высокая положительная связь показателя с амплитудой АТц ($r=0,806$; $P<0,0001$), что свидетельствует о влиянии скорости механизмов образования агрегатов на величину АТц. AUC отражает максимальное количество Тц, принимающих участие в формировании агрегатов, для пациентов составил $107,1 \pm 8,9$ U. Показатель также находился в высокой положительной зависимости с амплитудой АТц ($r=0,956$; $P<0,0001$), что демонстрирует влияние количества вовлекаемых в процесс агрегации тромбоцитов на максимальное формирование агрегатов. Значение Lag-time, который воспроизводит скорость активации α_2 -адренорецепторов, составило $25,2 \pm 1,7$ сек. Анализ выявил низкую отрицательную связь Lag-time с амплитудой АТц ($r=-0,250$; $P=0,0344$), из чего следует: чем короче период активации рецепторов, тем результативнее осуществление механизмов АТц.

Вывод. В результате исследования агрегатограмм пациентов с ХОПН выявлена вариабельность адренореактивности. Анализ показателей АТц демонстрирует возрастание силы проагрегантной активности при ускорении активации адренорецепторов и механизмов инициации образования агрегатов, вовлечении большего количества активных клеток.

Хрюкалова Д.Ю

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ИЗМЕНЕНИИ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ЕГО РЕЦЕПТОРОВ С АДФ ПУТЕМ АКТИВАЦИИ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО КАСКАДА РЕАКЦИЙ

Научные руководители – асс. Балыкина А.О., асс. Фабер Т.И.

Цель: Проанализировать механизм действия и влияние агониста АДФ на функциональное состояние тромбоцитов.

Материалы и методы: проанализированы 20 источников современной зарубежной и отечественной литературы, в которых описаны особенности механизма активации тромбоцитов при действии АДФ.

Результаты. Тромбоциты представляют собой фрагменты мегакариоцита костного мозга, лишенные ядра, имеющие диаметр 2-4 мкм, толщину 0,5–0,75 мкм и объем 7–8 мкм³. Они постоянно циркулируют в крови в концентрации 200-300 тыс. на микролитр. Основная роль тромбоцитов – участие в системе гемостаза, путем осуществления ангиотрофической, ангиоспастической, адгезивно-агрегационной, коагуляционно-тромбоцитарной и репаративной функций. Наиболее важное значение тромбоциты имеют в клеточном механизме гемостаза, который обеспечивает агрегацию форменных элементов крови, их прикрепление к эндотелию сосудов и выделение из них веществ, активирующих каскадный процесс свертывания крови за счет плазменных факторов гемостаза. Для осуществления этой функции у тромбоцита имеются специфические рецепторы, внутриклеточные структуры и сеть сигнальных путей, управляющие ответом тромбоцитов на действие различных раздражителей.

Физиологические стимуляторы активности тромбоцитов можно разделить на две группы: слабые (АДФ в концентрации менее 1 мкМ, вазопрессин, адреналин, серотонин) и сильные (тромбин, коллаген, тромбоксан А₂, фактор активации тромбоцитов) агонисты.

При активации тромбоцитов в его плотных гранулах начинает секретироваться и высвобождаться пуриновый нуклеотид АДФ, выброс которого может происходить и при разрушении клеток сосудистого эндотелия. На поверхности тромбоцитов существует несколько типов пуриновых рецепторов: P2X₁, P2Y₁ (160 на неактивном тромбоците) и P2Y₁₂ (745 на неактивном тромбоците), при чем АДФ является физиологическим агонистом для рецепторов P2Y₁ и P2Y₁₂, а в период активации тромбоцитов происходит увеличение количества этих рецепторов за счет экспонирования их клеткой из α-гранул тромбоцита.

Во время стимуляции P2Y₁ ассоциированного с G_q-белком происходит активация фосфолипазы Cβ₂ (ФЛСβ₂), небольших белков G RhoA, киназ Rac и Src. При активации эффекторный фермент ФЛСβ₂ расщепляет мембранный фосфолипид-фосфоинозитолдифосфат (ФИФ₂) с образованием двух вторичных месенджеров: инозитолтрифосфата (ИФ₃) и диацилглицерид (ДАГ). ИФ₃ мигрирует к плотной тубулярной системе и активирует выход ионов кальция, которые взаимодействуют с кальцийсвязывающим белком кальмодулином. Са²⁺ и кальмодулин подавляют полимеризацию тубулина микротрубочек, и как следствие изменяется форма тромбоцита, так же запускают процесс сокращения актомиозинового комплекса, что приводит к сокращению тромбоцита – эти механизмы обеспечивают подтягивание гранул к стенке и секрецию их содержимого. ДАГ активирует протеинкиназу C, которая запускает

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

внутриклеточные механизмы снижения концентрации свободных ионов кальция в цитоплазме тромбоцита. Эти механизмы включают фосфорилирование и последующее ингибирование активности рецептор-управляемых кальциевых каналов плазматической мембраны. К примеру, ПкС фосфорилирует фермент 3-фосфомоноэстеразу, которая участвует в метаболизме 1,4,5-инозитолтрифосфата до инозитолдифосфата.

Связывание АДФ с рецептором P2Y₁₂ приводит к активации Gi-белка, который распадается на субъединицы G α и G $\beta\gamma$, активирующие различные сигнальные пути контролируемые ряд биологических процессов, таких как агрегация тромбоцитов, индуцированная АДФ, мобилизация Ca²⁺ из депо, секреция веществ из α -гранул и плотных гранул, прокоагулянтная активность тромбоцитов, продукция тромбосана A₂, рост тромба и его стабильность, а также различные процессы фосфорилирования белков. Кроме того, сигнальный путь P2Y₁₂ — Gi может привести к активации рецепторов фибриногена и агрегации тромбоцитов путем взаимодействия с сигнальными путями, ассоциированными с белками G_{12/13} или G_z. Рецептор P2Y₁₂ также вносит вклад в формирование тромбоцитарно-лейкоцитарных агрегатов, опосредованных экспрессией P-селектина на поверхности тромбоцитов, в результате чего тканевый фактор экспонируется на поверхности лейкоцитов. Gi₂ несет ответственность за опосредованное АДФ торможение аденилатциклазы (АЦ) (путем ограничения действия веществ, стимулирующих АЦ (простоциклин и др.)) и последующее уменьшение продукции цАМФ. Снижение цАМФ влияет на формирования тромбоцитарных агрегатов и приводит к ингибированию ПкА. Свободные субъединицы G $\beta\gamma$ могут активировать целый ряд различных клеточных эффекторов. Классический сигнальный путь — субъединица $\beta\gamma$ активизирует фосфо-инозитид-3-киназу (PI3K), что приводит к активации MAP-киназ (MAPKs), и в дальнейшем к синтезу тромбосана A₂ и секреции гранул. PI3K посредством протеинкиназы Akt способствует активации рецепторов GPIIb/IIIa

Вместе Gi белки ассоциированные с PAR1 тромбина, P2Y₁₂ АДФ и G α белки ассоциированные с PAR1 и PAR4 тромбина, P2Y₁₂ АДФ активируют SFK (Src family kinase) Lyn-киназу, которая запускает путь химических реакций, ведущих к секреции α -гранул и синтезу ТХА₂. SFK активирует PI3k и Akt-киназу, которая активирует NO-синтазу. Далее активируются cGMP-зависимая протеинкиназа (PKG), ведущая к ингибированию тромбоцитов и секреции α -гранул. А затем активируются MAPKs (mitogen-activated protein kinases), которые в свою очередь тоже приводят к секреции α -гранул и синтезу тромбосана A₂.

Выводы. АДФ взаимодействуя с рецепторами на тромбоците запускает каскад внутриклеточных реакций, который играет важную роль в механизме осуществления тромбоцитами агрегационной и прокоагулянтной активности.

Юрьева А.С.

РОЛЬ СЕМЕЙСТВА МОЛЕКУЛ КЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ В МЕЖКЛЕТОЧНЫХ КОММУНИКАЦИЯХ.

Научный руководитель – асс. Балыкина А.О.

Цель. Изучение строения, механизмов взаимодействия, особенностей функционирования молекул клеточной адгезии различных классов в процессах межклеточной коммуникации.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материал и методы. Был проведен анализ отечественных и зарубежных литературных источников. Выявлено, что межклеточные взаимодействия, обеспечивают нормальное функционирование клеток всего организма, ежедневно нуждающихся в обмене информацией друг с другом. Именно благодаря клеточной сигнализации, которая возможна благодаря молекулам клеточной адгезии, возможна регуляция клеточного развития, организация их в ткани, контроль процессов роста и деления, координация экспрессии генов и др.

Результаты. В настоящее время среди молекул клеточной адгезии выделяют четыре суперсемейства: **а) селектины** - участвующие в воспалительных реакциях и контроле миграции и роллинга лейкоцитов; **б) интегрины** - семейство включает в себя более 20 представителей, обеспечивающих в основном взаимодействие клеток с гликопротеидами межклеточного матрикса, факторами свертывания крови, компонентами системы комплемента; **в) кадгерины** - опосредуют высокоселективное распознавание, влияют на перегруппировку клеток и изменение контактов между ними на различных стадиях эмбрионального развития, участвуют в передаче сигнала нейронами; **иммуноглобулины** - данное семейство включает в себя основные белки эндотелиальных клеток: ICAM (intercellular cell adhesion molecules, межклеточные белки клеточной адгезии) и VCAM (vascular cell adhesion molecules, белки адгезии клеток сосудов). Они распознают интегрины лейкоцитов и на поверхности эндотелиоцитов опосредуют гетерофильное связывание с последними. Многие другие белки Ig – семейства, например, как NCAM (neural cell adhesion molecule, молекула адгезии нервных клеток), участвуют в гомофильном связывании.

Выводы. Нарушение продукции или строения хотя бы одной молекулы клеточной адгезии может повлечь за собой необратимые последствия в межклеточных коммуникациях, что станет губительным фактором для всего организма. А детальное понимание механизмов процесса сигналинга в норме открывает новые возможности в предотвращении развития многочисленных патологий.

**ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск, ЛНР
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии
Зав. кафедрой - проф. Кащенко С.А.**

А.А. Захаров, С.Н. Семенчук, Б.Е. Татаринов, В.С. Омельченко

**ОСОБЕННОСТИ МОРФОСТРУКТУРЫ СЕМЕННЫХ ПУЗЫРЬКОВ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ИММУНОСУПРЕССИИ**

Научный руководитель – проф. Кащенко С.А.

Цель работы: установить морфометрические изменения семенных пузырьков крыс репродуктивного периода в условиях длительной системной иммуносупрессии.

Материал и методы. Исследование выполнено на 60 белых беспородных крысах репродуктивного периода, полученных из вивария лабораторных животных ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки». Иммуносупрессивное состояние моделировали путем введения циклофосфамида в дозировке 1,5 мг/кг массы тела внутримышечно десятикратно. Крыс выводили из эксперимента путем декапитации под эфирным наркозом на 1, 7, 15, 30 и 60 сутки после окончания введения препаратов. Органы взвешивали на торсионных весах, вычисляли относительную массу, определяли длину, ширину и толщину с помощью штангенциркуля. Объем органа устанавливали методом вытеснения воды в градуированном цилиндре, содержащем дистиллированную воду. На микроскопическом уровне в органах исследовали высоту и ширину эпителиоцитов, их объем, а также больший и меньший диаметры и объем ядер клеток. Объемные показатели рассчитывали по формуле объема вытянутого эллипсоида вращения.

Результаты исследования. Статистически достоверное уменьшение всех изучаемых органометрических параметров происходило как на ранних (7, 15 сут.), так и поздних сроках наблюдения (30 сут.). Микроморфометрические показатели после применения циклофосфамида также снижались относительно данных контрольных групп в аналогичные сроки. Размеры ядер и их объем уменьшались на 7, 15 и 30 сутки: больший и меньший диаметры ядра статистически значимо уменьшались на 3,99%, 4,98%, 8,38% и 3,22%, 6,56%, 8,06% соответственно. Показатели объема ядра эпителиоцитов семенных пузырьков животных контрольных групп достоверно превышали данные экспериментальных крыс в те же сроки на 7,07%, 11,02% и 15,77%. На 1 и 60 сутки статистически значимых различий между изучаемыми параметрами установлено не было.

Выводы. Статистически достоверные изменения органометрических показателей органа отмечаются как на ранних (7, 15 сут.), так и поздних сроках наблюдения, что свидетельствует о непосредственном влиянии циклофосфамида на биосинтетические процессы в органе. Микроморфометрические изменения, а также результаты цито- и кариометрии подтверждают органометрические данные и свидетельствуют о развитии локальных нарушений морфогенеза семенных пузырьков, обусловленных дисрегуляцией эндокринно-иммунного гомеостаза органа.

**Медицинская академия им. С.И. Георгиевского -
структурное подразделение ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И.
Вернадского», г. Симферополь, РФ.**

Кафедра гистологии и эмбриологии

Зав. кафедрой. - проф. Шаповалова Е.Ю.

Кафедра патологической анатомии с секционным курсом

Зав. кафедрой - доц. Кривенцов М.А.

Ислямова Э.А., Меркотан Е.А.

**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ
ПОДАГРЫ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ**

Научные руководители: доц. Шелепа Е.Д.; асс. Мостюк Е.М.

Целью работы стало изучение основных клинических и гистологических проявлений подагры на примере больных ревматологического отделения КРУ КБ им Н.А.Семашко.

Материалы и методы. Материалом для анализа послужили архивные ретроспективные обезличенные данные историй болезни кафедры внутренней медицины № 2. – (в количестве № 20). Методы исследования: гистологический, аналитический - изучение данных историй болезни, работа с литературой.

Результаты. Клиническая картина подагры проявляется рецидивирующим артритом, преимущественно суставов кистей, сходным по проявлениям с инфекционно-аллергическим полиартритом, и поражением почек с развитием почечной недостаточности. Возможно развитие кардиоваскулярных эффектов. Основным морфологическим проявлением подагры является отложение в различных тканях организма кристаллов уратов, в основе которого лежит накопления солей и уменьшение их выведения. Характерный для болезни патоморфологический комплекс — это так называемый подагрический узелок — тофус, выявляемый в разнообразных тканях и органах. При гистологическом исследовании кристаллы уратов имеют форму кривых, прямых и S-образных тонких игл, которые располагаются в виде глыбок, дисков и лучей. Отложения солей мочевой кислоты могут вызвать локальный некроз тканей. Вокруг этого участка развивается воспалительная реакция с гистиолимфоцитарным инфильтратом, большим количеством плазматических и гигантских клеток, содержащих фагоцитированные кристаллы. По периферии воспалительного инфильтрата образуется соединительнотканная капсула. Для почки при подагре характерно скопление кристаллов мочевой кислоты в канальцах и собирательных трубочках, с obturацией их просвета.

Выводы. Таким образом, достоверным диагностическим признаком подагры является выявление кристаллов моноуратов натрия в наиболее доступных для исследования средах - синовиальных жидкостях или обнаружение тофусов в тканях различных органов, что на 100% подтверждает достоверность поставленного диагноза. Следует учесть и принять как данность, что диагноз подагры говорит о неизбежности и необходимости пожизненного лечения, так как это системное хроническое заболевание.

Меркотан Е.А., Ислямова Э.А.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Научные руководители: доц. Шелепа Е.Д.; асс. Мостюк Е.М.

Целью данной работы стало изучение клинико-морфологического симптомокомплекса системной красной волчанки (СКВ) на примере больных ревматологического отделения.

Материалы и методы. Основу исследования составили результаты наблюдения 10 больных системной красной волчанкой, находившихся на лечении в ревматологическом отделении КРУ КБ им Н.А.Семашко. Материалом исследования послужили архивные ретроспективные обезличенные данные историй болезни кафедры внутренней медицины N 2. Методы исследования: гистологические, изучение историй болезни, работа с литературой. Для подтверждения диагноза использовались критерии Американской ревматологической Ассоциации (1982г.).

Результаты. Морфологические признаки СКВ чрезвычайно разнообразны, как и клинические проявления. Преобладают фибриноидные изменения в стенках сосудов микроциркуляторного русла, происходит кариорексис, появление волчаночных клеток и антинуклеарного (волчаночного) фактора, вакуолизация ядер; характерны интерстициальные воспаления всех органов, васкулиты и полисерозиты. При данной заболевании тяжело поражаются кожа, сосуды и почки. Для клинической картины больных СКВ с подострым течением характерен кожный синдром по типу «бабочки» красного цвета с синюшным оттенком в области переносицы. Возможны и другие кожные проявления в виде толстых чешуйчатых пятен на коже («дисковидная волчанка»), гнездная аллопеция и др. В почках развивается волчаночный нефрит с образованием «проволочных петель», формирование «полулуний», пролиферация эндотелиальных, а также мезангиальных клеток, лимфоцитарная инфильтрация, гиалиновые тромбы и появляются гематоксилиновые тельца. Сосуды микроциркуляторного русла подвергаются значительным изменениям именно возникают воспаления артериол, капилляров, венул. В крупных сосудах развивается эластофиброз. В сердце у 50% больных СКВ развиваются эндокардит Либмана-Сакса, при этом поражаются створки и хорды клапанов. В миокарде-паренхиматозная жировая дистрофия, реже диффузный пролиферативный интерстициальный миокардит. В иммунокомпетентной системе (костный мозг, селезенка, лимфатические узлы) обнаруживаются явления плазматизации, гиперплазии тимуса; в селезенке типичным проявлением является периартериальный "луковичный" склероз, атрофия лимфоидных фолликулов, генерализованная лимфаденопатия.

Выводы. Осложнения при СКВ обусловлены в основном диффузным волчаночным нефритом, ведущим к развитию почечной недостаточности, морфологическим проявлением которого является «сморщенная почка». В настоящее время почечная недостаточность является основной причиной смерти больных СКВ. Следовательно, прогноз при системной красной волчанке - неблагоприятный, но продолжительность жизни больных значительно увеличивается после своевременного лечения кортикостероидами и иммунодепрессантами.

ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР

Кафедра иностранных языков,
Зав. кафедрой – доц. Пузик А. А.

Bulgakova E., Kolganova Ia.

THE IMPACT OF CELL PHONES ON THE DEVELOPMENT OF PATHOLOGICAL CHANGES IN VISION IN SCHOOL-AGE CHILDREN

Scientific supervisor - senior lecturer Zhdanova E .

Purpose: to study the positive and negative sides of using a cell phone to reduce its harmful effects on health.

Materials and methods: The device emits electromagnetic waves. And constantly conducted experiments show that when using phones more than one, two hours a day, the risk and development of the formation of cancer tumors in the hemisphere to which the phone is most often applied and electromagnetic waves produced by the phone can adversely affect our memory, hearing, vision and cause a headache. During the study we used various methods of clinical observation, I-net search, research of journalistic and scientific resources, work with literature, questionnaires, analysis, and generalization.

Results: the mobile device emits electromagnetic waves. The experiments carried out by scientists show that when using phones more than one, two hours a day, the risk and development of the formation of cancer tumors in the hemisphere to which the phone is most often applied and electromagnetic waves produced by the phone can adversely affect our memory, hearing, vision and cause a headache. In our study we proved: 1.) Most children have vision problems. 2.) The majority of the knowledge has decreased over the past 5 years. 3.) Most of the time, teens spend behind a cell phone. 4.) After using computers and cell phones, students experience various kinds of ailments, such as fatigue, pain, dry eyes, and low vision.

Conclusions: the findings showed that the screen radiation of the phone is very low. It's not about radiation at all, but just in these smallest screen sizes. Our eye is designed in such a way that it is extremely difficult for him to focus his eye on the smallest object. The eye muscle has to make superhuman efforts to transmit a clear picture to our brain, especially if it concerns mobile chat or mobile games, when the voltage reaches the limit with the maximum possible time with the phone in hand. Recent research on this issue has shown that enough two-hour communication (in a row) a day with your mobile friend, so that after a year your eyesight fell by 12-14%.

Дзябко П.В

ОСОБЕННОСТИ ПОЭТИЧЕСКОГО ПЕРЕВОДА. ПЕРЕВОДЧЕСКИЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ

Научный руководитель - Мариненко Л.А.

Цель: изучение характерных признаков, методов, и формулировок, используемых поэтами-переводчиками, для передачи смысла, подтекста, а также чувств и настроений оригинала поэтических произведений; определение воздействий творческой индивидуальности автора на творческую актуализацию переводчика; определение возможности создания универсальных принципов поэтического перевода.

Перевод поэтических текстов, как разновидность художественного перевода, один из самых сложных видов перевода. Помимо собственного смысла поэтический текст содержит еще и скрытую подтекстовую информацию. Ее возникновение может быть обусловлено определенными словосочетаниями и выражениями, которые несут в себе важную смысловую нагрузку.

Проблема поэтического перевода на английский язык является до сих пор актуальной, что связано и с развитием новых подходов и методов перевода поэтических произведений. Несмотря на то, что аспекты данной проблемы многократно изучались, остается неясным ряд вопросов: прежде всего, как формируется в сознании переводчика тот или иной выбор художественного образа, что является приоритетным при окончательном редактировании текста-перевода, какова роль интонации, психологии и музыкальной структуры стиха оригинала.

Материалы и методы: метод сплошного обследования, метод интервьюирования, сравнительный и сопоставительный анализ, системы, приемов, закономерностей и способов перевода произведений русских поэтов-классиков 19 века на английский язык. Для проведения анализа использовались стихотворные произведения, а также научные труды отечественных и зарубежных ученых-переводчиков.

Результаты: были решены основные задачи, рассмотрена проблема перевода стихотворных произведений, выявлены основные особенности перевода поэтического текста, выяснены проблемы, с которыми сталкиваются современные авторы-переводчики.

Выводы: перевод поэзии относится к специальной проблематике, следовательно, имеет ряд задач, которые необходимо решить при выполнении переводческого процесса. Одной из самых первых является сложность связать лексику и структуру оригинала и перевода, связать общность содержания оригинала и перевода по сравнению со всеми иными переводами, признаваемыми эквивалентными. К сожалению, поэты-переводчики отдают предпочтение не смыслу стихотворного произведения, а его настроению и глубине чувств. Однако особо ценным является перевод, который максимально приближен к оригиналу, который сохраняет структурные аспекты, особенности языка оригинала, а также использующиеся в нем конструкции.

Исследование в этой области, сопоставительный анализ существующих переводов, обобщение опыта переводческой практики наиболее талантливых переводчиков в разных странах могут способствовать росту переводческой культуры и дадут возможность определить как причины успехов и достижений, так и найти ответ на вопрос, почему труд многих переводчиков оказался напрасным.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Dotsenko A.K., Chrapovitsky K.D., Mozgovoy I.S.

METHODS OF PHANTOM PAINS TREATMENT

Scientific adviser - Chudin A.G., Senior lecturer

Purpose of the study. To investigate the phantom pains of a traumatically amputated limb and methods of their cupping.

Materials and methods. Construction of a special box with a mirror and studying.

Results. Phantom pains are poorly understood, such pain is of incredible intensity and weakly subjected to cupping both by pharmacological and surgical methods of treatment. This kind of sensation is associated with the appearance of a pathological connection between the absent limb and the brain. Normally, each area of the skin is projected onto a specific area of the brain, this kind of conformism is called the Penfield map. After the loss of the limb, the impulse originating in the anterior parts of the brain entering the parietal lobes can not be adequately analyzed and compared with the information received from the muscles, joints and other receptors, since limbs are not corny. In this situation, the brain falsely interprets the absence of a signal and the pulse recirculates exciting different brain structures, involving a false perception of a non-existent limb. When connecting hippocampal structures, the brain reproduces the pain sensations experienced by the patient at a critical time of injury. Especially it is degenerate in people who have lost body parts during combat operations, loud signals will subsequently actively promote the appearance of traumatic pains in the phantom and the appearance of a phantom as such. Nearby sites, the Penfield map projections, are trying to "invade unoccupied territory". For example, nerve fibers that go from the skin of the face, under normal conditions entering the front of the cortex, grow thousands of new nerve branches that move into the part of the cortex that displays the hand, creating new healthy synapses. This explains why when touching a specific area of the patient's face, he felt a touch on the corresponding site on the phantom limb. Traditional methods of treatment are practically not effective, and surgical methods have fully proved their inefficiency. To reduce the intensity of pain or total recovery from the phantom, you need to change the areas of the cerebral cortex. Only one property of the brain can cope with this - plasticity. When stimulating mirror neurons, the pain will decrease as neurons of the unaffected side take on the function of the affected, and the zone of the missing limb will be replaced by the zone of a healthy limb and the pain will disappear. In systematic studies, the sensations of the phantom can disappear at all, without subsequent appearances. In our study, to stimulate mirror neurons, we used a specially designed mirror box. The patient placed the stump of the patient's arm on one side of the vertically arranged mirror, and the second healthy arm on the other side. Then the patient looked at the reflection of the hand in the mirror, while trying to clap hands or other synchronous action, performing it realistically and in the brain, mirror neurons are actively stimulated. At this time, the patient should look at the reflection of the saved hand in the mirror. As practice showed, after mirror therapy in all patients there was either a decrease in phantom pain, or its relief for a certain period, and in some even complete disappearance.

Conclusion. Phantom pain is difficult to stop. There are many ways to treat phantom pains, but the most effective way is mirror therapy, stimulation of mirror neurons is able to completely eliminate phantom pains, which is especially necessary for people who lost their limbs in the introduction of hostilities.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Kavun A.

CRISPR

Scientific adviser - Agafonova E.I., Senior lecturer

The purpose of the given research is to focus the attention upon the CRISPR - Clustered Regular Interspaced Short Palindromic Repeats, evaluate its significance of this problem because the settlement of the problem is only a theory but in the nearest future it can become increasingly commonplace.

Materials and methods. The statistics on the topic was taken from the Internet. It is based on up-to-date research in the given field.

The war between bacteria and viruses is the oldest war on the planet. Since its inception, viruses transcribe their genetic code to DNA or RNA bacteria, turning them into "factories" producing their own kind. Often bacteria in this fight lose, but if they still survive, they are able to further use of their most perfect weapon against viruses - the adaptive immune system CRISPR.

CRISPR retains in its structure spacers, or more accessible - sections of genes, those viruses with which it or its descendants have already encountered. When the virus attacks again CRISPR creates a track-RNA, and connects it to the CAS9 protein, which constantly examines all the genetic material of the cell until it finds a 100% similar fragment, then removes it thereby depriving the viability of virus and thus protecting bacterium.

This discovery was made in 2007 by a group of researchers headed by Philip Horvath. But a real scientific revolution took place in 2008, when it was found out that the CRISPR system is programmable. This marked the beginning of the development of CRISPR-based methods of genetic engineering.

Nowadays this method is the most accurate and cheap way of changing the gene. If earlier the study took years and colossal funds, now everything takes a few weeks, and costs are reduced by about 90%. But the most important is that this method invariably works with any microorganisms, plant cells, animals and even humans.

Results. The latest research shows that CRISPR can help us cope with any retro viruses that hide inside the human genome. So laboratory studies have confirmed the effectiveness of its use to remove the HIV virus from the cells of mice. With the development of this technology, we can treat even hereditary diseases.

Conclusion. But why should they stop on this? It is obvious that this technology will help us create a perfect person. If we have already modified our immunity, then why not give the human body phenomenal intelligence, strength and longevity. Improving our metabolism can cope with one of the most common diseases of our time - obesity. Now these are only theories, but in the near future - this can become increasingly commonplace.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Patskan S. I.

ALTERNATIVE MEDICINE AS A METHOD OF TREATMENT

Scientific adviser - Agafonova E.I., Senior lecturer

The purpose of the given research is to focus the attention upon the application of alternative medicine in the modern world, evaluate its significance and highlight its main problems.

Materials and methods. The bulk of the material presented in the report is based on the results of up-to-date research. All the data are taken from the sources referring to international organizations.

Results. Alternative medicine is very popular in our time. But there are different views. WHO has 3 strategic objectives:

- 1) the creating a knowledge base for active management of alternative medicine
- 2) strengthen quality control, safety, proper application and efficacy of alternative medicine
- 3) integration of services of untraditional medicine

Though, there are some problems of alternative medicine.

First, it is the fraud. And there are no state control and regulation. As a result, there is a huge market of suspicious products.

Secondly, the non-traditional medicine is the initial stage of the development of medicine, which means that it has incorporated various traditions, beliefs and simply mistakes of antiquity.

The method of acupuncture is used to relieve pain or for treatment. The effectiveness of acupuncture is confirmed by a number of health organizations. The researchers criticize these statements. Recent tests have proven short-term relief of certain types of pain and nausea. Other effects are attributed to the placebo effect.

Chiropractic tries to diagnose and treat people by manipulating their musculoskeletal system. It uses manual therapy, including manipulation of the spine, joints and soft tissues.

As for magnetotherapy, medical experts call magnetic therapy pseudoscientific method and argue about the lack of clinical evidence of its effectiveness.

Substances synthesized by many plants are used for maintaining the health of humans and animals. But some herbs can cause serious harm to the body. And there might be allergic reactions.

Conclusion. It may be concluded that nowadays the use of alternative medicine cannot be regarded as the effective method of treatment of diseases. In spite of the fact that sometimes one can manage to get good results, there are still some risks and possible complications.

Rodriguez H.D.

THE PECULIARITIES OF THE ENGLISH PHRASEOLOGICAL UNITS WITH SOMATIC HEART ELEMENT

Scientific adviser - Eromiants I.S., Senior lecturer

The purpose: to describe phraseological units with heart element, to establish the meanings that are more often included in such phraseological units, to determine the place and significance of these phraseological units in the language system.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Materials and methods. The research material consisted of about 200 phraseological units with heart element selected by the continuous sampling method from American English Idioms, English Idioms, Longman Dictionary of English Idioms, Richard A. Spears American Idioms Dictionary. In our study we used following methods of linguistic research: synchronous-comparative, the method of phraseological descriptions.

Results. We summarized the information on the phraseological units with heart element, gave them a clear definition, correlated them with the specific functions of the language, identified those features that showed the phraseological units in terms of their structural-semantic and functional-stylistic features.

Conclusions. In the linguistic picture of the English world several concepts and qualities that embodied the accepted social assessment of the corresponding phenomenon and reflect the cultural representations and traditions associated with somatic phraseological units were pointed out. The English and Russian phraseological units with the "body part" component have an increased phraseological equivalence. This is due to the fact that the nuclei (i.e., the words - the names of parts of the body) are included in the high-frequency and native vocabulary of each language and have a high phrase-forming activity, which increases the degree of interlanguage equivalence. Being part of the phraseological systems of the English and Russian languages, somatic phraseological units possess an increased phraseological equivalence, which distinguishes them from the total number of phraseological units.

Our analysis has shown that the somatic element "heart" is basically the organ of such feelings as sincerity, love, and pain. This phraseological unit is often used to characterize personal inner world. We also note that the word heart in both peoples symbolizes feelings, kindness, and love. Meanwhile, the Russians often use the word "soul", and the English - "heart".

Despite the different ways of thinking, we have found a significant similarity of these phraseological units. Most of the English and Russian somatic phraseological units with the heart component coincide in meaning. Among the English phraseological units a large number of tracing ones, mainly from the French literature and modern vocabulary including popular songs etc. The research has shown that somatic phraseological units have different meaning values that do not always coincide with the meaning of the associated language, but, as far as the component "heart" is concerned, in English it acts basically as an identifier of the Russian word "soul".

Савченко А. Э., Голубенко К. А.

ОСОБЕННОСТИ МАШИННОГО ПЕРЕВОДА МЕДИЦИНСКИХ ТЕКСТОВ

Научный руководитель - Жданова Е. В.

Цель. Обобщение основных проблем перевода медицинской документации в контексте языковой пары: английский язык – русский язык, выявления основных причин возникновения данных проблем на основе анализа материалов, представляющих как цельные синтаксические конструкции, так и отдельные лексические элементы. Стоит отметить, что машинный перевод вышеуказанных источников является приемлемым только как вспомогательный инструмент высококвалифицированного переводчика, имеющего широкие знания в области переводимого материала и специальной терминологии, однако даже тогда специалист может столкнуться с некоторыми трудностями.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы. Материалом исследования послужил анализ так называемых межъязыковых омонимов, слов, одинаковых по произношению, но разных по значению: *angina* – стенокардия, но не ангина, как могло бы показаться; *cellulitis* – флегмона, часто ошибочно переводимое как «целлюлит». Следует отметить, так же, достаточно распространённый приём транслитерирования некоторых терминов, отсутствующих в русском языке.

Например, *ang. pool* - фактически имеет значение «содержание», «скопление», «месторасположение», однако не переводится на русский, так как контекст переводимой конструкции уже будет подразумевать данное значение:

Результаты: Буквальное переводение источников так же может нарушить результат и привести к тому, что ключевая мысль того или иного предложения будет смещена, либо полностью недоступна для понимания, так как в рассматриваемой языковой паре различные способы подчеркивания ее. В завершение приведем наглядный пример в виде отрывка медицинской научно-публицистической статьи и сравним машинный перевод и работу специалиста:

Оригинальный фрагмент:

«In out-of-hospital cardiac arrest, dispatcher-assisted chest-compression-only bystander CPR might be superior to standard bystander CPR (chest compression plus rescue ventilation)».

Машинный перевод фрагмента:

«При внебольничной остановке сердца с помощью диспетчерской помощи CPR может быть лучше стандартной CPR (компрессия грудной клетки и спасательная вентиляция)».

Корректно переведенный фрагмент:

«При внегоспитальной остановке сердца сердечно-легочная реанимация (СЛР) без искусственного дыхания (только непрямой массаж сердца [НМС]) не менее эффективна, чем традиционная СЛР.»

Выводы. Работа в области межъязыковой интеграции отечественной медицины требует дальнейшего развития, с использованием теории терминоведения и перевода и глубочайших познаний иностранного языка во избежание любых ошибок в процессе профессиональной деятельности переводчиков.

Северина Л.К.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ В НЕМЕЦКОЙ ФРАЗЕОЛОГИИ

Научный руководитель – доц. Пузик А.А.

Фразеология современного немецкого языка давно привлекает внимание лингвистов, особенно интересно изучать устойчивые выражения, в основу которых положены термины, связанные с человеческим телом.

Цель. Анализ структурных и семантических особенностей устойчивых выражений немецкого языка с анатомическими терминами.

Материалы и методы. Материалом исследования послужила выборка фразеологических единиц немецкого языка из современных фразеологических и толковых словарей. Применялись такие методы, как метод компонентного анализа, элементарные приемы математического метода, метод сплошной выборки.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты. Человек всегда рассматривал окружающий мир с точки зрения своего тела, именно поэтому на протяжении длительного времени формировались устойчивые выражения, которые передают определенные эмоции, переживания или черты характера, связанные с определенными частями тела человека.

Так, например, термин «голова», как компонент фразеологического оборота, обозначает мыслительную деятельность, состояние, ум, характер: *den Kopf voll haben* – иметь много хлопот (состояние); *den Kopf haengen lassen* – «повесить голову», пасть духом (состояние). Термин «нос» рассматривается как черта характера, эмоция: *die Nase hoch tragen* – «задирать нос», загордиться (эмоция); *seine Nase ueberall hineinstecken* – «всюду совать свой нос» (любопытство). Термин «рот», как часть устойчивого выражения, указывает на чувства, эмоции и состояния, связанные с речью или с пищей: *jemandem den Mund stopfen* – заткнуть кому-либо рот (заставить молчать); *er ist nicht auf den Mund gefallen* – он за словом в карман не лезет.

Названия человеческих органов во фразеологических оборотах используются для описания сытости (желудок), или возможности глубоко дышать (легкие), например: *ein voller Bauch studiert nicht gern*- сытое брюхо к учению глухо; *aus voller Lunge schreien* – кричать во все горло.

Выводы. Анализ структуры и семантики фразеологических единиц с анатомическими терминами показывает, что структурно данные фразеологизмы построены в рамках частотных структурных моделей фразеологии немецкого языка. Установлено, что анатомические термины в составе фразеологических единиц способны более точно и ярко передать эмоции, переживания, черты характера и состояние человека.

Simonov A.

CONCEPT OF GLAUCOMA

Scientific adviser - Omelchenko E.M., lecturer

The purpose: To show the essence of glaucoma. To study the forms of glaucoma, its types, to consider indications for treatment.

Material and methods: domestic and foreign literature on the topic of the study. Descriptive method was used in the work.

Results: Glaucoma is an eye disease with an almost asymptomatic course, in which the optic nerve and retina damage with a characteristic loss of the visual fields, usually associated with increased intraocular pressure, without treatment leading to blindness. There are two main forms of glaucoma: open-angle and closed-coal. In addition, there are congenital glaucoma, juvenile, various forms of secondary glaucoma. The increased intraocular pressure can permanently damage vision in the affected eye(s) and lead to blindness if left untreated. It is normally associated with increased fluid pressure in the eye (aqueous humour). The term “ocular hypertension” is used for people with consistently raised intraocular pressure (IOP) without any associated optic nerve damage. Conversely, the term 'normal tension' or 'low tension' glaucoma is used for those with optic nerve damage and associated visual field loss, but normal or low intraocular pressure. The nerve damage involves loss of retinal ganglion cells in a characteristic pattern. The many different subtypes of glaucoma can all be considered to be a type of optic neuropathy. Raised intraocular pressure (above 21 mmHg or 2.8 kPa) is the most important and only modifiable risk factor for glaucoma. Untreated glaucoma can lead to permanent damage of

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

the optic nerve and resultant visual field loss, which over time can progress to blindness. An acute attack of glaucoma is an attack that occurs as a result of a sharp increase in intraocular pressure (IOP), which causes a violation of the blood circulation of the eye and can lead to irreversible blindness. There is pain in the eye, in the corresponding half of the head, especially at the nape, nausea, and often vomiting, general weakness. Acute attack of glaucoma is often mistaken for migraine, hypertensive crisis, poisoning. Intraocular pressure can be reduced with medications, usually eye drops. Both conventional and laser operations can be used to treat glaucoma. Surgery is preferable to therapy for people with congenital glaucoma. As a rule, these operations are a temporary solution, since no cure for glaucoma has been found.

Conclusion: Over time, the disease becomes chronic. This type of glaucoma occurs with a progressive rise in intraocular pressure (IOP), sub acute attacks and an increasing blockade of the anterior chamber angle. These processes naturally end in the development of glaucoma atrophy of the optic nerve, loss of visual functions.

Fateev R.

THE IMPORTANCE OF HEALTHY LIFESTYLE IN EVERYDAY LIFE

Scientific adviser - Kovtun I.V., Senior lecturer

The purpose of the given research is to focus the attention upon the healthy lifestyle, evaluate its significance in the pace of modern life.

Materials and methods. The statistics on the topic was taken from the Internet. It is based on up-to-date research in the given field.

Results. In today's world, unfortunately, there are very few perfectly healthy people. According to our statistics, only 5% - 10% of all pupils and students are healthy children and adolescents. Therefore, the problem of maintaining a healthy lifestyle is very important nowadays. After all, our health and our life is the most valuable thing. Our health, our family's health and the health of the whole nation depends on what kind of lifestyle we choose. There are some rules of healthy lifestyle.

Physical activity is very important for the healthy lifestyle. For good health you should do exercises for 30 minutes a day. Don't read or watch TV when you eat. Eat your food slowly and carefully. Drink a lot of water. Drink at least two liters of water every day. Drink fruit juice. It is useful for you. Vitamins are very important. People need vitamins to stay healthy. There are a lot of vitamins in fruit and vegetables. There are about 10 major vitamins. You can find them in some food. Vitamin A is in green and yellow vegetables, milk and eggs. Vitamin B is in fish, meat, cabbage. Vitamin B1 is in meat, porridge and bread. Vitamin C is in every fruit and vegetable. You can find it in strawberry, oranges, onions, cabbage.

Vitamin D is in eggs. People can get it from sunlight. To be healthy and strong we should: go for a walk every day; sleep eight or nine hours a day; use your computers only 1 hour or less a day. You shouldn't smoke. You shouldn't drink alcohol. To keep fit and healthy go in for sport.

But health is not just the absence of disease. In addition to the physical component, there are also the mental and social components of the concept of "health". To be healthy, a person should be happy, have a life purpose, work that brings pleasure; feel the support of relatives and friends; feel joy, benefiting society. All this is very important for a full sense of health.

Therefore, each of us needs to make his right choice in life, determine life priorities, choose a favourite profession, an occupation for the soul.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Conclusion. It may be concluded that to keep healthy, we should: eat useful food full of vitamins; go in for sport: swimming, skiing, tennis, football, hockey; not to eat fast food: hamburgers, chips, crisps and cakes.

As we can see, everyone can lead a healthy lifestyle. It is only necessary to make the right choice. And we, medical students, see the primary task for ourselves in promoting healthy lifestyles among those around us.

Fedko V.G.

LA SURPRODUCTION DU CORTISOL EST UN FACTEUR DU RISQUE DE L'ATHÉROSCLÉROSE

Le superviseur scientifique – Kovtun I.V., le professeur de français

Objectif des recherches. Déterminer la liaison pathogénique entre la surproduction du cortisol et le développement de l'athérosclérose.

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

Résultats. Aujourd'hui, la question du développement de l'athérosclérose sous l'influence des corticostéroïdes est très actuelle. D'une part, un excès de cortisol contribue à la surproduction du cholestérol, mais aussi provoque l'inhibition des facteurs athérogènes, en retardant l'infiltration des parois vasculaires des lipoprotéines de faible densité. D'autre part, le cortisol est un facteur expliquant l'apparition de l'hypertension résistante. Le processus de l'athérosclérose dépend de la hauteur de pression artérielle (PA). L'effet de ce hormone stéroïde sur le métabolisme lipidique possède une importance secondaire. Dans ce cas, la raison de l'hypertension c'est l'augmentation de la résistance périphérique qui est combinée avec le type hypokinétique de la circulation. La surproduction du cortisol potentialise l'effet des catécholamines et augmente l'activité du système sympathico-surrénalien. La quantité excessive de ce hormone élève l'activité de l'ATPase sodium-potassium de myocytes et contribue au vasospasme, ce qui augmente encore la PA. La hypertension résistante soutient en raison du facteur hémodynamique. La perméabilité vasculaire augmente dans des endroits qui sont les plus soumis à la pression ou la friction du sang, ce qui contribue à la filtration intensive du plasma avec les lipoprotéines à travers les membranes. L'hyperlipidémie qui est provoquée par la surproduction du cortisol est un des facteurs contribuant à l'athérosclérose. Ce-ci est associé avec le ralentissement de l'entrée des lipoprotéines dans les tissus et leur circulation prolongée dans le sang. Transformation des lipoprotéines de faible densité devient plus faible parce que l'activité de la lipase, qui facilite leur utilisation par le foie, diminue. En outre, l'excès de glucose provoque la glycosylation des lipoprotéines, ce qui rend impossible leur transport aller-retour vers le foie. Tout cela renforce la capture récente par les macrophages avec la formation de plaques d'athérosclérose.

Conclusions. Il est prouvé que l'excès du cortisol est un facteur directe de risque pour le développement de l'athérosclérose en raison de la modification du métabolisme des lipides. En plus c'est un facteur indirecte en raison de la modification de la paroi vasculaire sous l'influence de l'hypertension.

Fedko V.G.

LA DÉPRESSION EST LA RAISON DE FREINAGE DU PROCESSUS DE LA NEUROPLASTICITÉ ET LE FACTEUR DU DÉVELOPPEMENT DE L'APOPLEXIE ISCHÉMIQUE

Le superviseur scientifique – Kovtun I.V., le professeur de français

Objectif des recherches. Déterminer l'effet de la depression chronique sur le développement de l'apoplexie ischémique

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

Résultats. Le problème du développement de l'apoplexie ischémique en raison de la depression chronique possède une grande importance aujourd'hui. La depression est inscrite en protocoles européens médicaux internationaux comme un facteur de risque du développement des aigüés ischémiques. L'impact durable de la depression existant depuis longtemps est réalisée principalement par l'hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, qui repose sur la violation de la réaction du cortisol en réponse au stress. Corticotrophines, entrants directement dans le sang sous l'influence de l'hormone de l'hypothalamus en raison de la réaction de l'écorce des amygdales du cerveau, augmente la production du cortisol. En outre, la depression chronique provoque la perte de la rétroaction négative par les récepteurs du cortisol au hypothalamus, ce qui augmente de plus en plus la production du cortisol. Une augmentation chronique de ceux-ci dans le sang contribue à la sélection du facteur neurotrophique (BDNF), dont l'expression est considérablement réduite grâce à la liaison entre le niveau de BDNF dans l'hippocampe avec le cortisol. La diminution de BDNF provoque la violation de la différenciation des neurones, ainsi que la déstabilisation des contacts synaptiques. La réduction du nombre de synapses est associée avec la potentialisation qui apparaît dans les neurones de l'hippocampe. Le niveau normal de BDNF accélère l'ouverture de NMDA récepteurs et augmente la transmission des récepteurs AMPA. C'est pourquoi la depression contribue à la baisse de la neuroplasticité du cerveau et augmente le risque d'apoplexie. En plus le cortisol augmente l'activité du système sympathique, celui-ci contribue au processus de la rénine, celui-ci amène à l'hypertension.

Conclusions. La depression chronique est le facteur de risque d'apoplexie. La réduction du facteur neurotrophique influence négativement non seulement au processus de la neuroplasticité, mais aussi sur la récupération des fonctions neurologiques dans la période post-apoplexie.

Ходюш Е.В.

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Научный руководитель - Мариненко Л.А.

Цель. Изучение некоторых особенностей овладения английской медицинской терминологией.

В последнее время всё больше и больше молодых специалистов изучают иностранные языки, первенство занимает английский язык, который является международным.

В изучении медицины английский язык играет достаточно важную роль, ведь известно, что более пятидесяти процентов общедоступной информации, имеющейся в сети – воспроизведена на этом международном языке. По этому факту мы можем

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

понять, что владение этим языком позволяет одним из первых узнать о новых достижениях в научном мире, и просто расширить кругозор, что весьма немаловажно для медиков.

Материалы и методы. Материалами для изучения являлись тексты и статьи связанные с медицинской темой из учебной литературы и оригинальных медицинских журналов. Методы: библиографический, анализ, работа с источниками Интернета и электронными ресурсами.

Будущие специалисты-медики должны уметь пользоваться научной и профессиональной литературой на родном и иностранном языках. Чтение научной литературы по специальности на иностранном языке предполагает владение специальной терминологией. Термины - это слова или словосочетания, которые выражают научные понятия свойственные отдельной отрасли человеческого знания. Примеры медицинской терминологии в английском:

- an intensivist – реаниматолог;
- a nephrologist – нефролог;
- a neurologist – невропатолог;
- a sleep disorders specialist - специалист, который лечит расстройства сна;
- a sports medicine specialist - спортивный врач.

Не стоит забывать, что английский язык, как и многие другие связан с латинским. Латинский язык могут учить будущие деятели правовой сферы, филологи, лингвисты и конечно медики. Знание этого языка позволяет выйти на новый уровень в медицине – от перевода отдельных слов, до понимания сложных терминологических элементов.

Примеры английских медицинских терминов латинского происхождения:

- abdomen – the region of the body of a vertebrate between the thorax and the pelvis;
- appendix – a vestigial pouch-like process extending from the lower end of the cecum;
- aorta – the largest artery in the body;
- nucleus – a part of the cell containing DNA and RNA and responsible for growth and reproduction;
- tonsillitis – inflammation of the tonsils, sore throat;
- vena – a blood vessel that carries blood from the capillaries to the heart;
- variola – smallpox;
- virus – a non-cellular microorganism.

Результаты. В ходе составления тезисов смогла обобщить материал имеющийся из разных источников, удалось установить определённую зависимость в знания иностранного языка и качеством выполняемой работы, понять необходимость знания иностранных терминологических элементов.

Выводы. Можно сказать, что знание английского языка значительно расширяет поле рабочей деятельности в любой профессии, что немало важно в рабочем процессе и весьма может сказаться на качестве основного результата, которого хочет добиться любой специалист.

Изучение языка – это трудоемкая и очень обширная работа, но как говорят: «Цель оправдывает средства».

Shevchenko A.A.

THE STUDY OF REGULATION OF SLEEP CYCLES

Scientific adviser - Kolesnikova E.Yu., Senior lecturer

Purpose: to develop the best methods for reducing the phase of sleep and increasing the period of wakefulness for a modern busy person without negative impact on the health.

Objects and methods: the subject of the study is the sleep cycle, the effectiveness of its phases and the concept of the short sleep. Before the beginning of the experiment it is necessary to find the period of the day in which a person needs sleep most of all. This time interval for each person is individual. To carry out the experiment it is necessary to keep up support cheerfulness during the day. After 12:00 a.m. the main task is to fix the period in which the greatest wants of sleep reveal itself. After studying the obtained data, it is necessary to draw up a schedule and find the most critical periods. It is proved that the wants of sleep come in a fit and last for 20-30 minutes. Then you must choose the two longest attacks of wants of sleep and make up an individual schedule. To reduce the level of fatigue, you need to sleep at these intervals for 1-2 hours. There is a perception that the active lifestyles become the cause of high fatigue, but this fact is incorrect. The increase in fatigue is more typical for people with passive and inactive work. Also it is necessary to pay attention to the regular daily routine. If every day you go to bed at the same time, it will reduce fatigue by 5-10%, while sleep will be reduced by 45 minutes. Another important factor of sleep is the environment. Extraneous noise, light sources and any other stimuli make sleep more sensitive, superficial and longer. The quality of sleep is sharply reduced and leads to constant fatigue and exhaustion. It shortens the period of wakefulness and negatively affects health. To control irritants it is necessary to close the curtains tightly, use ear plugs that protect against extraneous sounds. In Japan the special capsules for ideal life conditions have already been created. Being in this cell for 50 minutes provides vivacity for the rest of the time, while the sleep period is reduced by 12.5%. If you feel tired you will sleep for 20 minutes and the effectiveness will increase during the waking period. More often a longer sleep in an unsuccessful period leads to increased fatigue and fatigue rate. For achievement of good results it is necessary to drop all harmful habits, such as smoking, alcohol and exclude products which contain caffeine. For maintenance of cheerfulness you will drink plenty of water and green tea.

Results: with the proposed methods, the period of wakefulness increases by 25-30%, while the sleep will take only 8.5% of the day, and the waking period - 91.5%. This experiment does not have the negative impact on the body, but only is the rational use of our functional resources. At the end of the experiment the period of wakefulness will be increased, the period of sleep will grow short, the efficiency of person activity will be increased and fatigue will be reduced considerably.

Shkirenko V., Shahramanyan K.

THE IMPACT OF STRESS ON STUDENTS' TRAINING

Scientific adviser - Kolesnikova E.Yu., Senior lecturer

The purpose: to study the stress factors affecting students' training at higher educational institutions. Analysis and identification of negative and positive consequences arise as a result of stressful situations.

Material and methods: the literature sources have been studied, the received information about the impact of stress on the life and training of students has been systematized.

Results. The impact of stress is a very unpleasant thing. It breaks attention, memory, organization and integration of thinking, and the long-term impact of stress literally kills brain cells and damages its main structures related to memory. Scientists claim that those who often experience stress during their life are more likely to suffer from Alzheimer's disease and other forms of dementia. Every student knows that studying goes hand in hand with stressful situations, and on the eve of the exams the intensity of the psychological and physical load increases greatly. Naturally, all conflicts and sleepless nights have a negative impact on health. Our body and brain respond to stress with a help of a complex set of hormones and neurotransmitters, among which there is a cortisol – the main hormone, that is responsible for the reaction to stress, and that directly affects the functioning of the heart, lungs, blood circulation, metabolism, the immune system and the skin. Today a whole scientific branch is engaged in mitigating the effects of negative stress. However, the fact that negative stress not only affects the health and the immune system, but also disrupts cognitive functions, is still ignored. It reduces our ability to think, solve problems, recognize familiar combinations of elements and relationships. The reason for this is that the body, emotions and intellect work in an indissoluble unity, and a decrease of the level of cognitive functioning is an automatic way of behavior of any student in the situation when he has to "survive". A new experiment of German scientists suggests that stress activates the human brain to use more complex processes during studying. During the study, psychologists found that the absence or presence of stress is connected with the use of different parts of the brain and various strategies in the learning process. As it turned out, stress forces the brain to work in a more rigid mode and use a more complex approach to the learning process. Labor productivity increases with stressful situations, but only by one point. When the level of stress becomes too large, productivity becomes lower. It was recorded that people who do not experience stress, use a thoughtful training strategy, while people who are under the influence of stress rely more on their intuition. It demonstrates that stress has an effect on what kind of brain memory system will be used.

Conclusion. During the study of literature sources, it was found that stress can be a risk for a health. We are often advised to avoid it if we want to live a long, happy and productive life. But also researches show that some kinds of stress can be very useful for work. There is eustress - positive stress and accordingly distress. It is important to push yourself, but do not cross the line. And only you know where it lies.

Shcheglova A.

AUTOLOGOUS BLOOD AND RETRANSFUSION

Scientific adviser - Omelchenko E.M., lecturer

The purpose. To make an analysis of the technique of the autologous blood transfusion and its usefulness.

Materials and research methods. Articles, clinical cases of the given problem were researched in the Internet.

Results. Autologous blood transfusion is the collection of blood from a single patient and retransfusion back to the same patient when required. This is contrast to allogenic blood transfusion where blood from unrelated/ anonymous donors is transfused to the recipient. The

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

primary driving forces for the use of autologous blood transfusion are to reduce the risk of transmission of infection and to protect an increasingly scarce resource.

There are 3 methods of autologous transfusion: cell salvage, preoperative autologous donation and acute normovolaemic haemodilution.

Cell salvage is the most important and commonly used technique. It means that blood is collected from suction, surgical drains or both and retransfused back to the patient after filtration or washing.

Preoperative autologous donation is common in parts of Europe and the US. The patient is required to present to a Blood Service for repeated blood donation of 450 ml blood every few days prior to elective surgery. This process commences up to 5 weeks prior to surgery allowing to collection of up to 4 units of blood.

Acute normovolaemic haemodilution is performed in the anesthetic room shortly after induction of anaesthesia. A large-bore cannula is inserted to allow the collection of 15-20 ml/kg of blood prior to surgery. Blood volume is restored with crystalloid or colloid. The collected blood is carefully labelled and kept with the patient in the operating room at all times. The blood is transfused back to the patient at the end of surgery once haemostasis is achieved.

Advantages are reduced risk of transmission of infection, reduced risk of transfusion reaction, eliminates immunosuppression, febrile and allergic reaction. This may decrease the risk of postoperative infection and recurrence of cancer.

Disadvantages: unused blood is wasted and cannot be returned to the donor pool, requires complex specialized equipment, not all patients are able to tolerate the preoperative donation process.

Conclusion: Autologous blood transfusion, when used appropriately, can provide a safe alternative to allogenic blood transfusion. Cell salvage is emerging as the preferred technique for autologous transfusion and an increasing amount of evidence is accumulating with respect to the efficacy and safety of the technique. However, the use of autologous blood is not without risk, complications and cost and therefore should only be considered in situations where there is high incidence of blood loss/transfusion.

РУССКИЙ И ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫКИ
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Кафедра русского и латинского языков
Зав. кафедрой – проф. Калинин В.М.

Харахордин С. С., Мартынова М. А.

НАЗВАНИЯ ФОБИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Научный руководитель – доц. Косенкова-Дудник Е.А.

Цель. Сделать выборку медицинских, реально существующих и подтверждённых фобий, определить их приблизительное количество и происхождение, обратить внимание на синонимические названия фобий и омонимы, рассмотреть новые названия, которые появились в последнее время.

Материалы и методы. Были проанализированы письменные источники (словари клинических терминов, энциклопедии, научные статьи), а также данные о зарегистрированных в Международной классификации болезней фобические тревожные расстройства.

Результаты. Путем отбора и анализа данных было установлено, что большинство названий фобий греческого происхождения. Такой способ образования фобий является типичным для клинических терминов: начальный терминологический элемент, обозначающий страх перед чем-то + *phobos* (греч. “страх”), например: *ablutophobia* (греч. *ablutio* – умывание) – страх перед купанием, стиркой, умыванием; *gelotophobia* (греч. *gelos* – “смех”) – боязнь оказаться объектом юмора или насмешек. Не очень большая часть названий образована при помощи начальных терминологических элементов латинского происхождения: *lagerophobia* (лат. *lager* – “бок”) – страх у больных поворачиваться на бок в связи с травмами грудной клетки, *vertigophobia* (лат. *vertēre* – “поворачиваться”) – страх головокружения как симптом болезни мозжечка. Следует отметить, что названия фобий латинского происхождения не относятся к психическим нарушениям.

Существует много синонимических названий страхов: *agriophobia* (греч. *agora* – “площадь”) – боязнь переходить дорогу или улицу, также используется название *dromophobia* (греч. *dromos* – “путь, бег”). Не следует путать с *agrophobia* – боязнь открытых пространств, раньше эту болезнь называли *ochlophobia* или *demophobia* (греч. *ochlos* – “толпа” и *demos* – “народ”). *ailurophobia* (греч. *ailuros* – “кошка”) – боязнь кошек, синонимами этой болезни являются: *galeophobia* и *gatophobia* (греч. *galen* – “мелкий хищник” и *gat* – “кошка”).

Существуют интересные омонимические названия, например, *hypsoophobia* (греч. *hypos* – “высокий”) – боязнь высоты и *gypsophobia* (от греч. *gypso* – “минерал”), из которого делается повязка при травмах; *batophobia* – боязнь высоты и высоких объектов; *bathophobia* – боязнь глубины.

Выводы. В результате исследований было выяснено, что множество фобических расстройств имеют большое количество синонимов, это связано с тем, что в греческом языке существует много слов, сходных по значению друг с другом. В данной работе были

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

представлены не все существующие и подтверждённые фобии, а лишь самые известные из них. Было также установлено, что всего существует примерно 40 000 известных науке фобий, но все они являются частными случаями других заболеваний. Например, *hippophobia* – боязнь лошадей, является частным случаем *zoophobia* – боязни животных.

Вербовая Е.П.

АНАЛИЗ НЕТИПИЧНЫХ ОШИБОК СТУДЕНТОВ ПРИ ПЕРЕВОДЕ ЛАТИНСКИХ ТЕРМИНОВ НА РУССКИЙ ЯЗЫК (НА ПРИМЕРАХ КЛИНИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ)

Научный руководитель – доц. Косенкова-Дудник Е.А.

Цель. Проанализировать примеры нетипичных переводческих ошибок из контрольных работ студентов-первокурсников, дать их психолингвистический анализ, сформулировать причины перековеркивания смысла при переводе латинских терминов на русский язык.

Материалы и методы. С целью изучения неклассических ошибок при переводе медицинских терминов были проанализированы контрольные работы студентов-первокурсников.

Результаты. Всего было пересмотрено и проанализировано 307 контрольных работ студентов по разделу «Клиническая терминология».

Так, в контрольных работах студентов (в единичных случаях): *sialadenitis* (воспаление слюнных желёз) переводится как *воспаление слюны*, *cholaemia* (желчь в крови) – *воспаление желчи*, *fractura colli dentis* (перелом шейки зуба) – *перелом зубного ряда*. Определить причину таких ошибок довольно трудно – не всегда удаётся понять, почему возникает несоответствие.

Не игнорируя известные классификации переводческих ошибок, так называемые «перлы» студентов-медиков, возникшие при переводе латинских клинических терминов на русский язык, можно разделить на несколько групп:

– перевод по аналогии с русским языком: *anamnesis vitae et morbi* (припоминание жизни и болезни) обнаруживается сходство слова *morbus* (болезнь) с русским прилагательным *мёртвый*, что приводит к странному умозаключению – *припоминание живого и мёртвого*.

– перевод по аналогии с изучаемым иностранным языком: *typhloptosis* (опущение слепой кишки), где усматривается сходство с английским *teeth* (зубы) и получается довольно странный вариант перевода – *зубное воспаление*.

– буквальный перевод: *chlorodontia* (окрашивание зубов в зеленый цвет) переводится как *зеленозубость* или *зеленозубие*.

– вольный перевод: *analgesia* (обезболивание) воспринимается как сходный со словом *anus* (задний проход) и переводится как *развитие заднего прохода*.

– излишнее домысливание: *erythrophobia* (боязнь красного) – *боязнь красных кровяных телец*.

– невнимательное переписывание друг у друга: *расширение* вместо рассечения *брюшной полости (laparotomia)*.

Выводы. Основной проблемой является отношение студента к языку и положительная или отрицательная установка на речь на этом языке. Во французской

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

филологии существует превосходное выражение *langue de plaisir* – на языке должно быть приятно говорить. Таким образом, если у студента есть желание и мотивация изучать латынь как язык профессиональной терминологии и понимать смысл тех или иных названий, то подобных ошибок можно избежать.

Гилова А.А.

АНАЛИЗ И КЛАССИФИКАЦИЯ ТЕРМИНОВ, ОБОЗНАЧАЮЩИХ ЦВЕТ В КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Научный руководитель – доц. Косенкова-Дудник Е.А.

Цель Систематизировать термины, обозначающие цвет в клинической терминологии.

Материалы и методы. В работе применялись следующие методы: описательный метод; метод анализа клинических терминов; метод классификации.

Результаты. Был сделан анализ около 1000 клинических терминов и в результате чего выделены следующие категории обозначений цвета, применяемых в клинической терминологии:

– термины, которые содержат указание на цветовую гамму, как в латинском, так и в русском термине (*tumor albus* – белая опухоль – резкий отек и побледнение тканей, окружающих пораженный сустав, при туберкулезном артрите (чаще коленного сустава);

– термины, которые не указывают на цвет, а подразумевают только его изменение (*petechiae* – *петехии* – небольшие фиолетовые или красные пятна на коже, которые возникают вследствие повреждения кровеносных капилляров под кожей);

– термины, которые содержат обозначение цвета только при переводе на русский язык (*acne comedonica* – *комедон* – *чёрные угри*);

– термины, указывающие на патологические состояния, признаком которых является либо проявление, либо изменение нескольких цветов (*porphyria erythropoëtica congenita* – *врожденная эритропоэтическая порфирия* – начальным признаком заболевания является красный цвет мочи, характерны повышено развитый волосяной покров, розовато-коричневое окрашивание зубов);

– термины-эпонимы – термины, в состав которых входят фамилии ученых (*Дюбрея предраковый меланоз* – *melanosis circumscripta praecancerosa* – медленно растущая опухоль кожи, имеющая коричневую или черную окраску, склонная к малигнизации);

– термины, которые связаны с цветовосприятием (*chromatopsia* – *хроматопсия* – искажение цветоощущений, характерное восприятие лишь одного из основных цветов.).

Выводы. В процессе работы были определены основные признаки, на базе которых мы попытались систематизировать термины, обозначающие цвет. Употребление цветообозначений в клиническом пространстве очень актуально, ведь цвет – одна из неотъемлемых категорий состояния организма и играет немаловажную роль при диагностировании, как заболеваний, так и стадии его развития.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Гуджало В.А.

OMNIUM ARTIUM MEDICINA NOBILISSIMA: ДЕВИЗЫ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ДНР И ЛНР.

Научный руководитель – Якобчук А.В.

Цель. Проанализировать особенности выбора и функционирования девизов высших медицинских учебных учреждений Российской Федерации, медицинских университетов ДНР и ЛНР. Установить источники происхождения девизов.

Материалы и методы. В работе над темой был использован метод сплошной выборки, описательный и статистический методы. Материалом послужили девизы медицинских учебных учреждений на латинском и русском языках.

Результаты. В результате проведенного исследования было рассмотрено около 30 девизов медицинских вузов Российской Федерации, медицинских университетов ДНР и ЛНР. Было выявлено, что подавляющее большинство девизов традиционно заимствованы из латинской фразеологии. Наиболее часто в качестве девизов используются латинские фразеологизмы: *Labore et scientia, humanitate et arte* (Самарский государственный медицинский университет); *Medicina ars nobilissima* (Первый Санкт-петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова); *Omnium artium medicina nobilissima* (Рязанский государственный медицинский университет); *Primus inter pares* – девиз Первого московского государственного медицинского университета им. М.Сеченова объясняется тем, что большинство других медицинских вузов России были основаны выпускниками этого университета. Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки избрал своим девизом старейший из принципов медицинской этики, обычно приписываемый Гиппократу *Noli nocere*. Также часто используются девизы собственного сочинения, переведенные на латинский язык: *Symbolum sanitatis* (Волгоградский государственный медицинский университет), *Cognitio, verum, perfectum* (Курский государственный медицинский университет). На гербе Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького начертан девиз, который представляет собой первые строки гимна университета – *Vive, vive, Alma Mater!* Реже используются девизы на русском языке: *Ответственность. Гуманизм. Профессионализм.* (Воронежский государственный медицинский университет).

Выводы. Наличие символики учебного учреждения (герб, гимн, девиз) свидетельствует об образовательных и воспитательных традициях университета. Девизы медицинских учебных заведений чрезвычайно разнообразны, но, как и прежде наиболее популярны латинские фразеологизмы, восходящие к античным авторам и литературным источникам на латинском и древнегреческом языках.

Ильяшенко А.А.

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ НАЗВАНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВЕ ГРЕКО-ЛАТИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Научный руководитель – Мишина Н.В.

Цель. Выявить особенности словообразования терминов, обозначающих психические расстройства и состояния, наиболее часто встречающихся в словарях медицинской терминологии.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы. Произведена выборка терминов из письменных источников (словарь психиатрической терминологии, справочная литература по психическим расстройствам etc.). Был применен метод морфологического и семантического анализа.

Результаты. В ходе исследования было выделено 20 наиболее часто употребляемых терминоэлементов, служащих для образования клинических терминов. Как правило, это терминоэлементы, выражающие желания –*bulia*, навязчивое стремление к чему-либо –*mania*, болезненное влечение, склонность к чему-либо –*philia*, страх, болезненное отвращение –*phobia*, или указывающие на расстройства умственной деятельности –*phrenia* и эмоциональной –*thymia*. Вышеперечисленные терминоэлементы могут образовывать термины с разными значениями: *oligophrenia* – отсталость умственного и физического развития, *nymphomania* – чрезмерное половое влечение у женщин, *erotophobia* – боязнь секса. Также в проведенном исследовании было определено, что наиболее продуктивным способом словообразования является приставочный и основосложение: *dysbulia* – нарушение чувства воли, *abulia* – отсутствие чувства воли, *hyperbulia* – усиление чувства воли, *paraphilia* – достижение полового удовлетворения с помощью необычных стимулов; *homophilia* – эмоциональное тяготение к лицам собственного пола, не имеющее выраженной эротической окраски.

Выводы. В профессиональной терминологии психиатрии наблюдается определённый состав терминоэлементов, выражающих психические расстройства и состояния. Наиболее распространёнными способами словообразования являются приставочный и основосложение. В отличие от лексического состава терминов других разделов медицины, в психиатрии редко употребляются суффиксы, указывающие на воспалительный процесс в организме и хирургические вмешательства. Это указывает на одну из особенностей психиатрии, как науки.

Крайник И. О.

ИМЕНА СОБСТВЕННЫЕ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ (НА ПРИМЕРАХ БОТАНИЧЕСКИХ НАЗВАНИЙ РАСТЕНИЙ)

Научный руководитель – доц. Косенкова-Дудник Е.А.

Цель. Изучение имен собственных применительно к ботаническим названиям лекарственных растений в разделе “Фармацевтическая терминология”.

Материалы и методы. В работе применялись описательный метод и метод анализа ботанических наименований лекарственных растений.

Результаты. Были проанализированы названия лекарственных растений, на основании чего были даны истоки формирования их ботанических наименований. Изучая различные источники в области фармакогнозии, мы пришли к выводу, что названия лекарственных растений определялись строением их частей, географией произрастания, фамилией ученого, впервые их описавшего, именем античных богов и т.д. Приведем некоторые примеры:

– *Acorus calamus L.* – *Аир болотный*. Родовое название *Acorus* – происходит от греческого *Acoron* (душистый корень). Видовое название – *calamus* - от индийского *calama* и арабского *kaljam* (тростник, обитающий в

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

воде). Кроме того, *oculus* переводится как глаз, зрачок, так как в старину этим растением лечили глазные болезни.

– *Arachis hypogaea L.* — *Арахис подземный, земляной орех*. *Arachis* образовано от греческого *arakhos* или *ara-chos* (орех). Так Теофраст называл какое-то бобовое растение. Название связано с греческого *arakhion* (паутина), т. к. поверхность плодов как будто покрыта паутиной. Видовое название — *hypogaeus* — подземный от греческого *huro* (под), *Gaea* (Гея, богиня земли; земля). Отцветшие цветки внедряют пестики в землю, где и вызревают плоды.

– *Panax ginseng C.A. Mey.* – *Женьшень обыкновенный*. Родовое название – *Panax* – от *panacea*: *pan* (все) и *acos* (исцеляю), то есть “всёисцеляющий”. Это название дал растению Карл Линней в 1753 году. Видовое – *ginseng* – от китайского названия корня *jen* (человек) и *chen* (корень), то есть, “корень, похожий на фигуру человека”. И от – *ginseng* – по латински *chin-seng* (человек-корень).

Выводы. Изучая названия (“имена”) лекарственных растений, мы пришли к выводу, что не существует отдельной науки, занимающейся данной проблемой. Собственные имена изучает ономастика. Она подразделяется на: антропонимику (изучающую собственные имена людей), зоонимику (изучающую имена животных и их клички), астрономику (изучающую названия космических объектов или отдельных небесных светил) и т.д. В доступной нам литературе мы не нашли определения ботаниконимики. Мы будем продолжать постижение названий лекарственных растений. Однако уже на данном этапе мы рискуем предположить что такой раздел ономастики как ботаниконимика имеет место на существование.

Марущенко М. М.

ЭКОНОМИКА В МЕДИЦИНЕ. ПРИМЕНЕНИЕ АССОЦИАТИВНОГО МЕТОДА ДЛЯ ПОНИМАНИЯ И УСВОЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ

Научный руководитель – Парамонова Т.И.

Цель. Осуществить выборку экономической и медицинской лексики, которая позволит применить ассоциативный метод для понимания и усвоения экономических терминов в последующем изучении экономических дисциплин студентами-медиками.

Материалы и методы. Исследование проводилось на материалах учебных пособий для медицинских вузов «Теоретические основы экономики здравоохранения», «Основы экономики и системы учета в фармации», учебника «Менеджмент и маркетинг в фармации». В процессе исследования применялся ассоциативный метод и метод частотного анализа.

Результаты. Отобрано около 200 единиц экономических терминов. Установлено, что более 50% названий экономического и медицинского содержания можно привести в качестве следующих параллелей: *vena portae* (анат.) – импорт, экспорт, реэкспорт; *imago, inis f* (биол.) – имидж; *corpus, oris n* (анат.) – корпорация; *In corpore* (мед. фразеология) – корпоратив; *Divide in partes aequales* (рец.) – дивиденд; *rhizoma, atis n* (рец.) – риск; *musculus-rotator* (анат.) – ротация; *mors, mortis f* (клин.) – амортизация; *tactus, us m* (клин.) – контакт; *curriculum vitae* (фразеология) – конкуренция; *venter, tris m* (анат.) – инвентаризация; *ordinator, oris m* (клин.) – координация; *glomus, eris n* (анат.), *glomerulonephritis, itidis f* (клин.) – ингломерат, конгломерат; *Recipe* (рец.) – концепция;

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

path-/pathia (клин.) – эмпатия; *manus, us f* (анат.) – менеджмент; *modus vivendi* (клин. фразеология) – модель, моделирование; *ductus, us m* (анат.) – продукция, продуктивность; *frons, ntis f* (анат.) – фронтальный; *status idem* (клин. фразеология) – статистика, статус; *margo, inis m* (анат.) – маржа, маржинальный; *liber, era, erum* (анат.) – либеральный etc.

Выводы. Установлено, что около 100 экономических названий студент-медик может усвоить после I курса обучения, применяя метод ассоциаций с медицинскими терминами, знакомыми из курсов анатомии человека, биологии и латинского языка.

Саплина Е. В.

ЭПОНИМЫ В АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Научный руководитель – Якобчук А.В.

Цель. Проанализировать употребление эпонимов в анатомо-гистологической терминологии, установить их происхождение и особенности функционирования в современном профессиональном языке.

Материалы и методы. Произведена выборка терминологических единиц, обозначающих названия анатомических образований и сформированных на основе имен собственных. Использованы учебники латинского языка, анатомический атлас, словари медицинской терминологии. Был применен описательный и этимологический методы исследования.

Результаты. В ходе работы было исследовано и проанализировано 120 терминологических единиц. В результате исследования было выявлено, что большинство терминов-эпонимов (имена собственные) в латинской анатомо-гистологической терминологии названы по имени ученого, впервые описавшего образование: Виллизиев круг (*circulus Willisii*) – артериальный круг большого мозга (*circulus arteriosus*) назван в честь английского врача Томаса Уиллиса; гайморова пазуха (*sinus Highmori*) – верхнечелюстная пазуха (*sinus maxillaris*). Свое название этот парный орган получил по имени хирурга и анатома Натаниэля Гаймора, который впервые представил описание заболеваний в этих костных полостях; Дугласов карман/ Дугласово углубление/Дугласово пространство (*cavum douglassi/fossa douglasi*) – прямокишечно-маточное углубление (*excavatio rectouterina*) было названо по фамилии английского хирурга и анатома Джеймса Дугласа; островок Лангерганса (*insula langerhansi*) – панкреатический островок из инсулоцитов. Пауль Лангерганс, немецкий анатом и гистолог, будучи студентом-медиком, описал скопления клеток в поджелудочной железе, отличавшиеся от окружающей ткани, названные впоследствии его именем. Также часто при формировании анатомо-гистологических терминов использовались образы, заимствованные из античной мифологии: атлант (*atlas, antis m*) – первый шейный позвонок назван по имени мифического титана Атланта, держащего небесный свод на своих плечах; ахиллово сухожилие/ахиллесова пята (*tendo Achillis*) – сухожилие трехглавой мышцы голени, прикрепляющейся к пяточному бугорку (*tendo calcaneus*). Анатомическое образование названо в честь мифического героя Троянской войны Ахилла (Ахиллеса), единственной уязвимой частью тела которого была пятка.

Выводы. В анатомо-гистологической терминологии термины-эпонимы (названные в честь ученых или образованные в результате метафорического переноса особенностей героев античной мифологии на анатомические образования) используются наряду с

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

терминами, непосредственно описывающими топонимию. Вследствие своей образности они часто используются в профессиональном языке врачей.

Стефано Е.А.

VIS MEDICATRIX VERBI: ВЕРБАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТ АНТИЧНОСТИ ДО СОВРЕМЕННОСТИ.

Научный руководитель – Якобчук А.В.

Цель. Описать развитие вербальных методов лечения от античности до современности; представить картину изменения представлений о целесообразности и методологии использования слова, религии, магии, палиндрома и психотерапии в медицине.

Материалы и методы. В процессе исследования был использован описательный метод; материалами выступили литературные источники, статьи по сходным темам, научные работы, авторефераты диссертаций и т.д.

Результаты. В ходе проведенного исследования была изучена «эволюция» основных вербальных методов лечения в различные эпохи. Было отмечено, что в большинстве случаев представления о вербальных методах лечения развиваются вместе с эпохой, однако, существуют методы, развитие которых осуществляется более интенсивно (психотерапия), другие же методы проходят ступени развития медленнее (магия, шаманизм). Причиной этого является бóльшая или мёньшая актуальность исследуемого метода, а также степень заинтересованности общественности в развитии данного направления. В ходе работы были отмечены и описаны основные этапы развития методов; ключевые исторические события, способствовавшие их развитию или, наоборот, действовавшие угнетающе; были изучены труды ученых различных эпох, занимавшихся изучением данного метода. Мы проанализировали возникновение и функционирование техник гипноза (лат. *haustus*), магических формул – *abracadabra*, заклинаний (часто на латинском языке), католических молитв, которые читались для исцеления от различных заболеваний; феномен палиндрома – *sator, arepo, tenet, opera, rotas* (использовался как талисман во время эпидемий); *otium, talju, illi, ujlat, muito* (делает человека спокойным и безмятежным). Была проведена оценка уровня использования вербальных методов лечения старшим медицинским персоналом в повседневной практике (к примеру, каждый врач должен быть еще в некотором роде и психотерапевтом). Некорректное поведение младшего, среднего и старшего медицинского персонала может привести к развитию у пациента ятрогенных заболеваний, чему может способствовать также и неправильное, извращенное применение вербальных методов.

Выводы. Историю и этапы развития вербальных методов лечения целесообразно изучать совместно с развитием определенной эпохи. Вербальные методы в медицинской практике являются важным аспектом лечения, особенно важно это помнить врачам различных специальностей. Грубость, некорректные слова, действия или же бездействие могут привести к развитию у пациента осложнения психического спектра – ятрогенному заболеванию, которое осложнит течение основного заболевания.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Сухорукова Я.Ю., Шлепакова А.С.

НАРОДНЫЕ НАЗВАНИЯ ДЕТСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научный руководитель – Элизбарашвили Л.Г.

Цель. Проанализировать научные и народные названия детских заболеваний и определить источники их происхождения.

Материалы и методы. Материалом исследования послужила выборка терминов из словаря медицинской терминологии, энциклопедический словарь, анкетирование населения и медицинского персонала.

Результаты. В ходе работы было отобрано 30 терминов, обозначающих научные названия наиболее часто встречаемых детских заболеваний. К ним были подобраны аналоги, употребляемые в повседневной речи людей, которые не являются специалистами-медиками. Часто подобные названия отражают описание симптоматики, способа заражения или происхождения, локализации воспалительного процесса или просто в качестве сокращения для удобства употребления в речи. Народные названия часто описывают такие симптомы как характерный цвет воспаленных участков, зуд, визуальное сходство с плодами и семенами, повреждениями кожи растениями: эксудативный диатез (*diathesis exsudativa*) – золотуха; скарлатина (*scarlatum*) – пурпурная лихорадка; корь (*morbilli*) – корюха; уртикария (*urticaria*) – крапивница; парша/фавус (*favus*) – парша, шелудь; кандидоз (*candidosis*) – гуньба. Метафоризация по способу передачи вируса: ветряная оспа (*varicella*) передается воздушно-капельным путем – летячка, лопуха. По локализации воспалительного процесса: дифтерия (*diphtheria*) – глотошная болезнь; эпидемический паротит (*parotitis epidemica*) – заушница.

Выводы. В результате проведенного исследования мы пришли к выводу, что в повседневной жизни люди, не имеющие медицинского образования, в основном пользуются народными названиями детских заболеваний, поскольку они образные, легко запоминающиеся, краткие и удобны в употреблении. В основном они формируются на основе характера симптоматики, локализации или способу распространения.

Харахордин С. С., Мартынова М. А.

НАЗВАНИЯ ФОБИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Научный руководитель – Косенкова-Дудник Е.А.

Цель. Сделать выборку медицинских, реально существующих и подтверждённых фобий, определить их приблизительное количество и происхождение, обратить внимание на синонимические названия фобий и омонимы, рассмотреть новые названия, которые появились в последнее время.

Материалы и методы. Были проанализированы письменные источники (словари клинических терминов, энциклопедии, научные статьи), а также данные о зарегистрированных в Международной классификации болезней фобические тревожные расстройства.

Результаты. Путем отбора и анализа данных было установлено, что большинство названий фобий греческого происхождения. Такой способ образования фобий является типичным для клинических терминов: начальный терминологический элемент, обозначающий страх перед чем-то + *phobos* (греч. “страх”), например: *ablutophobia* (греч. *ablutio* – умывание) – страх перед купанием, стиркой, умыванием; *gelotophobia* (греч. *gelos* – “смех”) – боязнь

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

оказаться объектом юмора или насмешек. Не очень большая часть названий образована при помощи начальных терминоэлементов латинского происхождения: *lagerophobia* (лат. *lager* – “бок”) – страх у больных поворачиваться на бок в связи с травмами грудной клетки, *vertigophobia* (лат. *vertēre* – “поворачиваться”) – страх головокружения как симптом болезни мозжечка. Следует отметить, что названия фобий латинского происхождения не относятся к психическим нарушениям.

Существует много синонимических названий страхов: *agirophobia* (греч *agora* – “площадь”) – боязнь переходить дорогу или улицу, также используется название *dromophobia* (греч *dromos* – “путь, бег”). Не следует путать с *agrophobia* – боязнь открытых пространств, раньше эту болезнь называли *ochlophobia* или *demophobia* (греч. *ochlos* – “толпа” и *demos* – “народ”). *ailurophobia* (греч *ailuros* – “кошка”) – боязнь кошек, синонимами этой болезни являются: *galeophobia* и *gatophobia* (греч *galen* – “мелкий хищник” и *gat* – “кошка”).

Существуют интересные омонимические названия, например, *hypsoophobia* (греч. *huros* – “высокий”) – боязнь высоты и *gypsophobia* (от греч. *gypso* – “минерал”), из которого делается повязка при травмах; *babophobia* – боязнь высоты и высоких объектов; *babhophobia* – боязнь глубины.

Выводы . В результате исследований было выяснено, что множество фобических расстройств имеют большое количество синонимов, это связано с тем, что в греческом языке существует много слов, сходных по значению друг с другом. В данной работе были представлены не все существующие и подтверждённые фобии, а лишь самые известные из них. Было также установлено, что всего существует примерно 40 000 известных науке фобий, но все они являются частными случаями других заболеваний. Например, *hippophobia* – боязнь лошадей, является частным случаем *zoophobia* – боязни животных.

Червоня А.Н.

БИБЛЕЙСКАЯ СИМВОЛИКА В БОТАНИКЕ (НА МАТЕРИАЛЕ ЛАТИНСКОГО, РУССКОГО И АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКОВ).

Научный руководитель – Якобчук А.В.

Цель. Рассмотреть особенности этимологии названий растений, основой которых стали библейские образы. Исследование проводилось на материале латинского, русского и английского языков.

Материалы и методы. В процессе исследования был использован метод сплошной выборки, историко-этимологического анализа, описательный метод. Материалом исследования послужили словари лекарственных растений на латинском, русском и английском языках.

Результаты. В ходе проведенного исследования было рассмотрено 30 названий лекарственных растений, которые основаны на библейских образах или упоминаются в библейских текстах. Многие названия растений на латинском языке основаны на образах из Нового Завета: *Passiflora* (страстоцвет) символизирует наглядное воплощение страстей Христовых от лат. *passio, onisf* – страдание и *flos, oris m* – цветок; *Angelicaarchangelica* или *Angelicaofficinalis* (дягель или дудник лекарственный) происходит от лат. *angelus, im* – ангел, божий вестник и *archangelus, i m* – архангел, старший ангел. Согласно легенде архангел Михаил дал монахам совет жевать корни этого растения, чтобы защититься от

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

чумы. В русской православной традиции был особенно популярен образ Святого Петра, покровителя пастухов и земледельцев. *Петров кнут* - цикорий (лат. *Cichorium*) обычно зацветал к середине июля, день апостолов Петра и Павла. По легенде Святой Петр ходит по полям, размахивая веточками цикория и разгоняя насекомых, которые могут навредить зерновым. Цветки *дурмана* или *трубы архангела*, англ. angel`strumpet (лат. *Datura*) по форме напоминают духовой инструмент трубу. В английском языке название растения *Joshuatree* (лат. *Yuccabrevifolia*), произрастающего в пустыне Мохаве, на юго-западе США, произошло от имени ветхозаветного вождя иудейского народа Иисуса Навина. Такое название ему дали первопроходцы-мормоны. Раскидистыми ветвями оно напоминало им пророка, машущего руками в направлении обетованной земли. Название *Potmarigold* (лат. *Calendula*) связано с образом Девы Марии.

Выводы. Многие ботанические названия основаны на библейской символике, поскольку христианская культура дает обширную образную базу для образования имен на русском, английском и латинском языках. Особенно часто библейские образы встречаются в народных названиях лекарственных растений.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», ДНР

Кафедра философии и социально – гуманитарных дисциплин

Зав. Кафедрой – к.филос.н. Смеричевский Э.Ф

Башкатова Н.А., Орлов Д.О.

ОСОБЕННОСТИ И ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Научный руководитель. – доц. Огородник И.С.

Цель. Целью работы является изучение и определение особенностей и принципов медицинской этики.

Материалы и методы Научные статьи, монографии по данной проблеме, метод анализа, сравнения, описания.

Результаты. В различных отделениях лечебно-профилактических учреждений находятся больные самого различного профиля — с патологиями сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем, желудочно-кишечного тракта и так далее. Как правило, тяжелые заболевания требуют продолжительного лечения. Смена привычного жизненного ритма, длительная разлука с близкими, а также беспокойство за состояние собственного здоровья вызывают у пациентов комплекс различных психогенных реакций, которые могут усложнить течение основного соматического заболевания. В результате, ухудшается психическое состояние больных, сопровождающееся личностной реакцией в виде беспокойности и эмоциональной нестабильности. На фоне возможных психогений больного, в адрес лечащего врача может поступать множество просьб, жалоб, обращений, заявлений о нарушении медицинских обязанностей. К изъяснениям пациентов необходимо относиться терпимо, проявлять психологический подход, который является одним из важнейших аспектов терапевтического лечения.

Медицинская этика имеет как минимум четыре основных принципа: «не навреди», «делай благо», уважение автономии пациента, справедливость. Каждый медик обязан соблюдать данные принципы в своей повседневной деятельности. «Не навреди» – первый принцип, требующий от медицинского работника сделать все возможное, чтобы не нанести пациенту никакого вреда либо свести его к минимуму. «Делай благо» подобно принципу «не навреди», различие заключается в том, что второй принцип подразумевает не только избежание самого вреда, но необходимость активных действий по его предотвращению и/или исправлению. Уважение автономии пациента означает, что больной самостоятельно должен принять решения относительно своего лечения или обследования, при этом он не имеет права требовать сделать это за него вторых или третьих лиц. Перед каждой манипуляцией врач обязан просить согласия у пациента на ее проведение. Следующим принципом является справедливость. Врач не должен участвовать в дискриминации пациентов, распространять их личную информацию. Данный принцип применяется в отношении справедливого распределения ограниченных ресурсов среди социальных групп (например, нахождение фамилии пациента в листе ожидания на трансплантацию необходимого органа).

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Соблюдение принципов медицинской этики, а так же добросовестное и чуткое отношение медицинского персонала – залог скорейшего выздоровления пациентов.

Выводы. Положительный исход лечения во многом зависит от личностных и профессиональных качеств врача. Настоящий врач тот, кто умеет подстраиваться под темперамент и историю каждого больного: внимательно выслушает, просто и доходчиво объяснит, проявит терпение, чуткость и сострадание – сможет показать отношение, которое подразумевает не обязанность, а действительное участие в судьбе пациента. Придерживаясь принципов медицинской этики, врач не только внушает к себе доверие больного и уверенность в правильном лечении, но повышает шансы на благоприятный исход заболевания.

Бодня В.Д, Конопля Е.О.

РОЛЬ СУБКУЛЬТУРЫ В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ

Научный руководитель – доц. Огородник И.С.

Цель. Изучить влияние субкультур на развитие личности подростков в современном обществе.

Материалы и методы. Проведен анализ развития личности подростка под влиянием субкультур. Использовались источники литературы и интернет-источники. Изучены общие принципы и характеры её влияния в обществе.

Результаты. В современном мире одной из самых актуальных проблем общества является влияние различных субкультур на развитие личности в подростковом возрасте. Что же представляет собой субкультура? Это часть общества, которая имеет свои ценностные установки, а так же обладает определенным поведением. В процессе познания мира подростки пытаются понять, как он устроен и свое предназначение в нем. В силу своей несформированности их поиски часто приводят к экспериментам, следствием которых являются такие проблемы как подростковая наркомания и алкоголизм. Из этого следует сделать вывод, что субкультура оказывает как положительное, так и отрицательное влияние. В случае положительного влияния можно рассмотреть такие аспекты как адаптация к жизни и реализация подростками своих желаний. Каждый ребенок индивидуален и по-разному выражает свои желания. В подростковом возрасте обычные человеческие потребности могут приводить к специфическим проявлениям поведения, которые также присущи группе лиц, находящихся в этой среде. Отрицательное же влияние субкультур может проявляться в жестокости и нетерпимости к определенным группам сверстников, оно может изменять мировоззрение подростка, таким образом, настраивая его против других, не разделяющих его интересов, членов общества. Для каждой субкультуры обязательными являются как определенные законы поведения, так и соответствующие правила, диктующие особый внешний вид. Очень часто это приводит к непониманию, как со стороны окружающих, так и стороны своих родителей, что заставляет подростков все больше времени проводить в кругу своих сверстников-единомышленников, нежели своих близких. Жестокость поведения в этих субкультурах может явиться ответом на несправедливые осуждения взрослых, которые противоречат их интересам на данный момент. Вследствие этого они могут делать свой внешний вид более броским, что свидетельствует о бунтарстве против общепринятых норм. Именно таким

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

образом подростки хотят доказать свою значимость и самоутверждение в кругу семьи. Родителям же в таком случае следует понять, что вовлечение их чада в определенное молодежное движение явление абсолютно нормальное. Ни в коем случае не стоит запрещать ему выглядеть, так как он хочет, а наоборот больше наблюдать за ним, разговаривать, общаться с его друзьями, чтобы избежать ситуаций, угрожающих их жизни.

Вывод. Каждый подросток подвержен влиянию со стороны субкультур, и только родные и близкие вправе помочь ему не потерять себя и найти свое место в современном обществе.

Гуртовая О.С.

АНТИКУЛЬТУРА: БОЛЕЗНЬ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Научный руководитель – доц. Огородник И.С.

Цель. Анализ антикультуры как системы идей, определяющих ценностные ориентации и социальные установки общества

Материал и методы. Изученные источники литературы по данной проблеме

Результаты. Антикультура – общественные явления, идеи, направленные против принципов гуманизма. Мишенью антикультуры является каждый из нас, а ее действие разрушает личность, сознание и душу человека. Порой люди ошибаются, путая антикультуру с культурой. Ее основными чертами являются: - пропаганда аномального в виде философии абсурда, психоделической философии, романтизации психических расстройств; - направленность к тематике смерти, произведениям искусства (книгам, фильмам) повествующих об ужасах, катастрофах, насилии - отдаление от старой культуры, «осовременивание» ее, нарушение баланса между традициями и новаторством в пользу последнего. Примерами антикультуры является расизм, терроризм, фашистская политика. Таким образом, она не учит доброте и состраданию, ей чужды этические убеждения. Целью же является «ампутация» нравственности при помощи искажения сознания, поощрение антиморальности. Формируя новую личность, посредством антикультуры закладываются такие качества, как инфантилизм, потребительность, антигуманизм и конформизм. Культура – это система всех духовных достижений человечества, характеризующая людей, как общественно развитых существ. Она объединяет не только прошлое, настоящее, но и стремится в будущее. Она словно верхний покров «тела» Вселенной, что появился вместе с человеком и развивается с ним. Ее признаками являются сотворенность человеком, ценностное содержание и направленность на благо человечества. Приобщение к культуре – длительный и сложный процесс. Антикультура же отражает те предметы материальной культуры, наносящие вред людям: оружие, наркотики, алкоголь. Она, в отличие от положительной культуры, примитивна и доступна, а для ее восприятия не нужны усилия. Культура сама подделывается под примитивные вкусы отсталых слоев населения, опускается, упрощаясь и деформируясь до уровня примитивизма, умной массе же преподносится глупость под видом культуры. Можно сказать, что антикультура – это неразвитость духовных установок, ценностных ориентиров, вкуса, проявляющаяся в пошлости. Люди склонны оценивать ее как нормальную, соответствующую условиям своей среды. Антикультура является демонстративным отрицанием собственных культурных ценностей и норм. Развитие

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

антикультуры имеет под собой стойкий фундамент, который заключается в следующих важных общественных явлениях: падение уровня и качества образования у населения, снижение чтения книг, навязывание мнения в средствах массовой информации, насилие в обществе, повсеместная реклама и других.

Выводы. Таким образом, антикультура отрицательно влияет на ценностные ориентации и социальные установки. Под ее влиянием формируется безнравственная личность, поскольку она запечатлена во всех видах деятельности общества. Каждый выбирает свой путь, но нужно помнить об истинной традиционной культуре.

Ермаков И.Р. Внуков И.И.

“ПРОЕКТ ВЕНЕРА” ЖАКА ФРЕСКО – ГРАМОТНО ПОСТРОЕННОЕ ОБЩЕСТВО

Научный руководитель – доц. Смеричевский Э.Ф.

Цель. Установить значимость распространения рассматриваемого проекта для развития современного общества.

Материалы и методы. Мультимедийные материалы, мемуары, текст публикаций и опубликованная книга «Все лучшее, что не купишь за деньги» были выложены в сеть для осведомления общества о проекте и его идеях.

Результаты. Жак Фреско — рационализатор, основатель Проекта Венера, и его соавтор Роксана Медоуз, их проект-это план для создания инновационной мировой цивилизации, базирующейся на научном подходе и процветании человечества, заботе об экологии.

Суть проекта – представить обществу широкий спектр возможностей, на основании достижений науки и техники, которые приведут к новой мировой истории.

Путем внедрения ресурсо-ориентированной экономики и множества инновационных, экологических технологий, направленных на благо всего человечества.

Задачи Проекта Венера снизить и ликвидировать голод, преступность, коррупцию, решить жилищный вопрос и другое, которые насущны и сегодня.

Проект Венера предполагает создание целостной социальной и экономической системы, где автоматизация, роботизация и технические инновации будут рационально встроены во все сферы общества и приведут к повышению качества жизни, а не на рост частной прибыли.

Тематические парки проекта, будут не столько развлекать, сколько предоставлять информацию о будущем общества, где жизнь основана на гуманном и уважительном отношении не только друг к другу, но и к природе. Проектный город предоставит жителям «разумные» дома; высокоэффективные, экологические транспортные системы, которые быстро улучшат качество жизни.

Краткий перечень предложений проекта:

- природные ресурсы – достижение всех людей, а не узкого круга людей и стран;
- разрушение искусственных (территориальных, национальных, расовых) границ, разобщающих людей;
- установление ресурсо-ориентированной экономической системы;
- контроль численности населения планеты, посредством регулирования рождаемости и высоко образованности населения;

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

- модификация мегаполисов, систем сообщения, промышленности всех типов за счет инновационного подхода «синергии» всех научных отраслей;
- обмен технологиями, без ограничений патентного права;
- создание и внедрение чистых источников энергии с возобновляемым потенциалом;
- продукция наивысшего качества;
- поощрение творческого и полезного потенциала человека;
- избавление от пережитков прошлого (национализм, фанатизм, патриотизм) посредством высокого уровня образования;
- ликвидирование «расслоения» общества;

Выводы: «Проект Венера» – потенциально успешная схема построения развитой цивилизации за счет навязывания верных ценностей и научного мировоззрения. Интегрирование технологий и инноваций во все сферы деятельности человека увеличит его личное время, которое будет направлено на саморазвитие. В то же время произойдет переход человеческого мышления на новый «созидательный» уровень. Изменение в распределении ресурсов обеспечит потребности всего населения без принуждения его к работе, войн и расслоения общества.

Пасечник Т.А.

ФИЛОСОФИЯ И МЕДИЦИНА. К 80-ЛЕТИЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАФЕДРЫ ФИЛОСОФИИ И СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫХ ДИСЦИПЛИН.

Научный руководитель – доц. Огородник И.С.

Цель. Выявление роли изучения философии и социально-гуманитарных дисциплин для высшего профессионального медицинского образования на основании анализа 80-летней деятельности кафедры.

Материалы и методы. Материалы экспозиции истории университета, посвященные кафедре социально-гуманитарных дисциплин, монографии и статьи преподавателей

Результаты. Кафедра философии и социально-гуманитарных дисциплин основана И.И.Довгим в 1938 г. (тогда – кафедра марксизма-ленинизма). Деятельность кафедры направлена на формирование у студентов философского подхода к изучению дисциплин медицинского профиля на основании теории познания. На решение этой задачи направлены монографии проф. М.М. Морозова и доц. Ю.М. Стемпурского «Диалектико-материалистический анализ основных понятий биологии и медицины» и «Диалектико-материалистический анализ основных методов исследования в биологии и медицине», которые были рекомендованы как учебные пособия для медицинских высших учебных заведений Министерством высшего и среднего специального образования УССР. Вторым приоритетом является развитие у студентов диалектического подхода как метода получения достоверных исходных данных для сбора анамнеза, составления истории болезни и установления диагноза и прогноза лечения. На протяжении многих лет поддерживаются международные связи кафедры с ведущими учреждениями высшего профессионального образования: в период с 1975 по 1980 годы разрабатывались учебные материалы «Методологические основы формирования коммунистического мировоззрения у студентов-медиков», совместно с кафедрой марксизма-ленинизма Магдебургской медицинской академии; с 2014 г. – ежегодные публикации в сборнике «THE GENESIS OF

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

GENIUS» (Швейцария), участие в многочисленных конференциях, среди которых «International scientific and practical Web-congress «Economics, law, society: resume of 2016»(Winterthur)» (Швейцария). Многолетнее сотрудничество связывает кафедру и Институт философии НАН Беларуси. С целью всестороннего развития будущих врачей коллективом кафедры были созданы программы интеграции с теоретическими направлениями специализированной врачебной подготовки студентов, раскрыты основные вопросы философии касательно теории бытия и теории познания в согласовании их с вопросами медицины. Были разработаны основные направления в учебной работе для формирования у будущих врачей целостного, всеобъемлющего и многомерного взгляда на возникающую проблему профессиональной направленности, развития абстрактно-логического мышления

Выводы. Был проведен анализ деятельности кафедры социально-гуманитарных дисциплин, отмечены успехи и определены основные направления будущей работы.

Скляр Е.В., Мурзенко Е.Г.

ОДИНОЧЕСТВО В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Научный руководитель – доц. Огородник И.С.

Цель. Определить воздействие феномена одиночества на мир будущей жизни человека и спрогнозировать последствия проблемы.

Материалы и методы. Проведён философский анализ одиночества в человеческом обществе с помощью использования источников литературы и интернет-источников. Оценено «обострение» явления одиночества, как социальная проблема общества в современном мире.

Результаты. Одиночество рассматривается как негативное состояние организма, при котором происходит упадок социальных отношений и связей духовного мира человека. Одиночество – тяжёлое психологическое состояние, итогом которого у человека наблюдается тяжёлое эмоциональное состояние и плохое настроение. Основными причинами этого являются: внутренняя скованность, низкая самооценка, коммуникативная неумелость, семейная причина, страх быть отвергнутым, неуверенность в своих желаниях. Также можно отдельно выделить основную причину одиночества – развитие информационных технологий. Интернет в наше время заменяет многим реальную жизнь, следствием чего мы можем наблюдать коммуникативную деградацию, порождающую главным образом такие социально негативные явления, как изолированность, страх взаимоотношений с себе подобными. Результатом выше указанного является психические расстройства, утрата положительных человеческих свойств, а также зачастую может приводить к деградации личности, и в результате к деградации самого общества.

Выводы. Одиночество человека в современном обществе, прежде всего, будет связано с кризисом культурных и духовных ценностей, появлением информационных технологий, которые в настоящее время становятся всё более актуальными, потому что определенные удобства получения информации и коммуникативных связей, ускоряют данные процессы. Но это имеет и негативные последствия: отрыв от коллектива, разрыв межличностных отношений и т.п., что способствует одиночеству и усугубляет кризис личности.

Стефано Е.А.

**ЮНГИАНСКИЙ ПОДХОД В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ:
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И ИХ СПЕЦИФИКА.**

Научный руководитель – доц. Огородник И.С.

Цель. Обозначить спектр и специфику психологических проблем человека, на решение которых направлена аналитическая терапия К.Г.Юнга и юнгианский подход в целом.

Материалы и методы. Литературные источники, автобиографии, научные работы отечественных и зарубежных психологов, исследующих применение юнгианского подхода в современной психотерапии.

Результаты . Терапия К.Г.Юнга направлена на достижение Самости (т.е., постижение своего бессознательного и потенциала, заключенного в бессознательном; использование этого потенциала в реальной жизни). Согласно юнгианской терапии, бессознательное, как система, живет в равновесии и стремится к поддержанию баланса. Проблемы клиента возникают из-за нарушения равновесия его психики, т.е., нарушения стабильности непосредственно в бессознательном, между компонентами, его составляющими, или же нарушения связей психики человека с окружающим миром. В ответ на подобные нарушения психика мобилизует остальные свои части (комплексы). Комплексы несут в себе эмоциональную нагрузку, зачастую ту, которую сознание не может воспринять в силу провокационности эмоции, или же потому, что данная нагрузка противоречит моральным установкам, ценностям человека. Поэтому вытесненная информация находит свое проявление во снах, оговорках, воспоминаниях, эмоциях, инстинктивных импульсах и фантазиях, а также в поведении. Психологи юнгианского направления верят, что, распознав (с помощью терапевта) свои комплексы, сделав их осознанными и установив над ними контроль Эго, клиент избавится от своих проблем. Как и в традиционном психоанализе, в юнгианстве большое внимание уделяется переносу (трансферу) – отношениям между психотерапевтом и клиентом, отражающими привычные для клиента способы взаимодействия со значимыми для него людьми. Важным элементом юнгианской терапии является работа клиента вне встреч с терапевтом – анализ собственных сновидений, реализация творческих порывов (к примеру, рисование картин, изображающих образы его бессознательного, создание скульптур, отражающих жизнь его внутренней Вселенной). Вектор терапии направлен на снятие внутренних барьеров клиента, избавление его от комплексов, помощь в движении личности в сторону индивидуализации, в сторону непрерывного процесса осознания клиентом своей уникальности и развития своих творческих способностей.

Выводы. Юнгианская психотерапия ставит перед собой целью помощь в обретении человеком собственной целостности, в поиске себя; психотерапия стремится к обучению человека черпать энергию и потенциал для работы из своего бессознательного, предварительно изучив его, тщательно обработав. Специфика психологических проблем, которые помогает решить юнгианская психология, заключается в возможности их преобразования в потенциал для работы над собой и достижения Самости – архетипа, который К.Г.Юнг выделял в качестве центрального

МЕДИЦИНСКАЯ БИОЛОГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР

Кафедра медицинской биологии

Зав. кафедрой – доц. Степанова М.Г.

Булавинцева К. В., Корсун А.А.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ЭТИОЛОГИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Научный руководитель – к.б.н. Степанова М.Г.

Цель: изучить вклад генетической составляющей в формировании синдрома поликистозных яичников (СПКЯ).

Материал и методы: анализ данных отечественной, зарубежной литературы и интернет источников.

Результаты: В настоящее время, благодаря усовершенствованию лабораторных, инструментальных методов обследования больных СПКЯ (синдром Штейна—Левенталя) значительно изменились представления о происхождении данной патологии. На сегодняшний день, СПКЯ рассматривают как мультифакториальную патологию, в возникновении которой важную роль играют наследственные факторы, связанные с нарушениями на генетическом уровне. Прогресс в области молекулярной биологии послужил основой для поиска дефектов генов, которые могли бы быть ответственны за развитие СПКЯ. Исследования, проведенные в ряде стран (Великобритания, Австралия, Греция и др.) показали, что ключевые гены, играющие роль в развитии СПКЯ, представлены двумя основными группами. В первую группу включены гены, контролирующие метаболические процессы обмена глюкозы и, соответственно, состояния гиперинсулинемии и инсулинорезистентности, которые наблюдаются у подавляющего большинства женщин, страдающих данной патологией. К этой группе относят ген *INS* (ген инсулина), который находится в районе p15.5 11 хромосомы. Ген *PPAR γ 2*, кодирует рецептор, активирующий пролиферацию пероксисом (РАПП). Этот ген расположен в районе p25 3 хромосомы. Во вторую группу включены гены, отвечающие за синтез, превращение в активную форму и транспорт стероидных гормонов, а также индивидуальную чувствительность тканей к андрогенам. К данной группе относят гены: *CYP11A* (15q24) - ген кодирует фермент, который лимитирует скорость реакции образования прегненолона из холестерина в яичниках и надпочечниках; *AR* (Xq12-13) - андрогеновый рецептор, активируемый тестостероном или дигидротестостероном; *SHBG* (17p12-13) - ген кодирует глобулин, связывающий половые гормоны (ГСПГ); *SRD5A2* (2p23) - ген кодирует фермент 5-альфа-редуктазу 2 (принимает участие в стероидогенезе).

Дефекты в работе генов этой группы приводят к нарушению чувствительности андроген-зависимых тканей, процессов стероидогенеза и повышению продукции андрогенов и их свободных форм.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы: Таким образом, согласно результатам многих исследований, можно утверждать, что генетическая предрасположенность может играть важную роль в развитии СПКЯ.

Гниденко Н.А., Гусаренко С.С.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Научный руководитель – доц. Степанова М.Г.

Цель изучить современные методы генной терапии сахарного диабета.

Материалы и методы. Проведен анализ литературы отечественных и зарубежных авторов по разработке новых методов проведения генной терапии сахарного диабета.

Результаты. На сегодня сахарный диабет является одним из самых распространенных заболеваний. По данным ВОЗ (за 2016 г.) 422 млн. человек во всем мире страдает этим недугом. Сахарный диабет I типа обусловлен разрушением эндокринных бета-клеток (островков Лангерганса) поджелудочной железы, и, как следствие, критическим снижением уровня инсулина в крови. Одним из перспективных научных направлений является разработка лечения сахарного диабета с использованием методов генной инженерии. Новая терапевтическая схема разработана американскими учеными из Медицинского Колледжа Бэйлора (Baylor College of Medicine, США). Цель их исследования заключалась в поиске механизмов на генном уровне подавления выработки ауто-антител, повреждающих бета-клетки поджелудочной железы и восполнение дефицита бета-клеток. Разработанная генная вакцина включает 3 гена. Первый – нейрогенин 3, отвечающий за формирование островков Лангерганса, второй – бетацеллюлин, кодирующий ростовой фактор, стимулирующий рост этих островков. С помощью внедрения этих двух генов в организм модельных животных ученым удалось вырастить новые островки Лангерганса в печени мышей. Что касается третьего гена, то ранее ученые комбинировали нейрогенин-3 с геном интерлейкина-10, чей белковый продукт ослабляет иммунные реакции. Такая терапевтическая схема оказалась эффективной только в 50% случаев. В новом исследовании ученые решили использовать ген CD274 или PD-L1 (programmed cell death 1 ligand-1), подавляющий развитие иммунных реакций. Такая терапия оказалась эффективной в 78% случаев. Внимание обратили на ген, который кодирует пептидный гормон глюкагоноподобный пептид-1 (ГПП-1). Он снижает аппетит и помогает регулировать уровень сахара в крови, вызывая высвобождение инсулина. Однако, "работает" ГПП-1 очень короткий промежуток времени (период полураспада активной формы составляет менее двух минут). Чтобы преодолеть это препятствие, исследователи использовали метод CRISPR. В итоге отредактированный ген, кодирующий ГПП-1, "заставил" последний оставаться активным намного дольше. Ген вводили в культуры стволовых клеток мышей и создавали на их основе кожный имплантат, который снова вживляли мышам. В итоге модифицированный гормон попадал в кровь животных. Никакого отторжения не наблюдалось. Аналогичный эксперимент провели с клетками кожи человека. После тех же манипуляций их пересадили лысым грызунам, и эффект сохранился. Это доказывает, что созданная генная вакцина может подойти для лечения человека. Отмечается, что отредактированный ген

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

сохраняет гормоны ГПП-1 стабильно активными в течение трёх месяцев и более. Таким образом, новый способ станет весьма удобной заменой традиционным инъекциям инсулина.

Выводы. В настоящее время разрабатываются методики генной терапии сахарного диабета на модельных животных, которые в перспективе могут быть использованы для лечения человека.

Ежов Д.А.

ЭПИГЕНЕТИЧЕСКАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ГЕНОМА ЭУКАРИОТ

Научный руководитель – доц. Мехова Л. С.

Клетки организмов дифференцируются в результате активации и инактивации генов, которая происходит под влиянием как генетических, так и эпигенетических процессов, в основе которых лежат механизмы контроля экспрессии генов. На эпигенетическую регуляцию (включение и выключение определенных генов) действуют факторы окружающей среды (загрязнение окружающей среды, облучение, температура, стрессы, питание, наличие симбионтов и др.), которые меняют активность гена без изменений его структуры в ДНК и стабильно наследуется после исчезновения фактора, вызвавшего это изменение. Эпигенетические факторы обратимы и играют большую роль в сохранении здоровья целых поколений.

Цель исследования: изучить эпигенетические модификации генома и их роль в онтогенезе человека.

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

Результаты. Показано, что эпигенетические изменения, вызываемые факторами среды, могут привести к серьезным сбоям в функционировании генов. Такие изменения были обнаружены как на уровне отдельных генов, так и на уровне генных сетей, контролирующих развитие систем и органов. К одним из основных механизмов эпигенетической регуляции относят метилирование ДНК, модификацию гистонов и геномный импринтинг.

Метилирование ДНК осуществляется в промоторах генов и в транскрибируемых участках. Это *обратимая* химическая реакция, в результате которой метильная (CH₃-) группа присоединяется к цитозину ДНК с образованием метилцитозина. Метилирование и деметилирование ДНК влияет на регуляцию активности генов: если к гену присоединяется метильная группа (метилирование), он *неактивен*, при её отделении от гена (деметилирование), он *активизируется*. У молодых клеток степень метилирования ДНК высокая, а у дифференцированных – низкая. Метилирование ДНК способно изменить долговременную память индивидуума.

Модификация гистонов включает ряд процессов, освобождающих ДНК, накрученную на октамер гистонов. Гистоны модифицируются благодаря *ацетилированию*, присоединению к его «хвосту» ацетильной группы (остатка CH₃CO). В результате чего положительный заряд гистона меняется на нейтральный и связь с отрицательно заряженными фосфатными группами в ДНК распадается, гистон отсоединяется от ДНК, а его место занимают факторы, запускающие транскрипцию.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Геномный импринтинг – механизм, обеспечивающий дифференциальную моноаллельную экспрессию генов в зависимости от родительского происхождения. Установлено, что во многих случаях вклад одного из родителей значительно отличается от вклада другого, вплоть до дифференциального отключения материнских либо отцовских аллелей. В основе этого явления лежит маркирование локусов хромосом одного из родителей, приводящее к выключению экспрессии расположенных в них аллелей. Большинство импринтированных генов обеспечивает рост и развитие эмбриона и плаценты, а также клеточную пролиферацию в постнатальном онтогенезе. Около 70% импринтированных генов экспрессируется с отцовской аллели и лишь 30 % – с материнской. Нарушение функционирования этих генов сопровождается патологическими состояниями организма.

Выводы. Эпигенетические процессы, с одной стороны, обеспечивают адаптационную пластичность организма, с другой – могут запускать опухолевую трансформацию, старение организма, аутоиммунные нарушения и наследственные болезни.

Ильяшенко А.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Научный руководитель – доц.Мехова Г.А.

Цель. Изучить особенности течения ВИЧ-инфекции у населения г. Горловка.

Материалы и методы. Проанализированы данные 620 историй болезни пациентов, находившихся на лечении по поводу ВИЧ-инфекции в инфекционном отделении № 2 Городской больницы № 3 г. Горловка с 2013 по 2017 гг.

Результаты. В последние годы наблюдается рост заболеваемости ВИЧ-инфекции во всем мире, что делает данную проблему актуальной для изучения. В 2017 году общее число случаев ВИЧ-инфекции среди граждан России достигло 1114815 человек (в мире – 36,7 миллионов ВИЧ-инфицированных, в т.ч. 2,1 млн. детей). Из проанализированных данных виден рост заболеваемости в течение последних лет – 2013 г. – 161 (25,9%) человек, 2015 г. – 206 (33,2%) человек, 2017 г. – 253 (40,8%) человека. На стационарном лечении находились лица в возрасте от 20 до 70 лет. Максимальное число пациентов поступало в возрасте от 31 до 40 лет – 286 (46,1%) человек. Мужчин – 328 (52,9%), женщин – 292 (47,1%). На госпитализацию больные направлялись инфекционистом ЦПС или по самообращению. У преобладающего большинства пациентов диагностирована 3 (141 больной – 22,7%) и 4 клиническая стадия заболевания (439 больных – 70,8%), что связано с поздним обращением больных в медицинское учреждение и отказом от наблюдения в ЦПС. У всех пациентов отмечалась лихорадка, лимфоаденопатия и истощение. Кандидоз ротоглотки диагностирован у 253 (40,8%) человек, анемия – у 187 (30,2%) человек. В большинстве случаев течение ВИЧ-инфекции сопровождалось развитием различных оппортунистических заболеваний, среди которых отмечен рост впервые диагностированного туберкулеза у 46 (7,4%) пациентов (2015 г. – 18 (8,7%) человек, 2017 г. – 28 (11,1%) человек) и хронического вирусного гепатита С у 164 (26,4 %) пациентов (2013 г. – 38 (23,6%) человек, 2015 г. – 54 (26,2%) человек, 2017 г. – 72 (28,5%) человека). В 2017 году были впервые зарегистрированы 6 (2,4%) случаев токсоплазмоза.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Также у 108 (17,4%) пациентов течение болезни осложнялось бронхитом и пневмонией у 117 (18,9%) больных. При этом отмечено незначительное снижение числа летальных исходов (2013 г. – 15 (9,3%) человек, 2017 г. – 16 (6,3%) человек).

Вывод. ВИЧ-инфекция характеризуется многолетним течением, ослабляет иммунный статус пациента, в результате чего развиваются тяжелые оппортунистические заболевания, такие как туберкулез, гепатит С, пневмония, кандидоз пищевода, отягощающие течение заболевания и приводящие к летальному исходу. Для профилактики ВИЧ-инфекции необходимо вести разъяснительную работу среди населения и выявлять заболевание на ранних стадиях.

Кавун А.О.

МЕТОДЫ РЕДАКТИРОВАНИЯ ГЕНОМА

Научный руководитель – доц.Мехова Г.А.

Цель. Изучить и проанализировать сведения о современном состоянии технологий редактирования генома.

Материалы и методы. Изучены современные данные литературы и Интернет - источников.

Результаты. В настоящее время определены роль ДНК, РНК и белков в наследственности и изменчивости, расшифрован геном человека, активно применяются в геномной инженерии ферменты нуклеазы («цинковые пальцы»), химерные нуклеазы TALENs, изменяющие ген. Однако в геномной медицине методы редактирования генома претерпевают смену парадигмы. Новейшим инструментом, позволяющим изменять ДНК в живых клетках, стала система CRISPR/Cas (Clustered Regular Interspaced Short Palindromic Repeats - короткие палиндромные повторы, регулярно расположенные группами), состоящая из двух частей: некодирующей РНК (sgRNA) и нуклеазы Cas9. В ее основе лежит защитная система бактерий против вирусов. В бактериальном геноме участки ДНК содержат спейсеры (CRISPR-кассеты), комплементарные последовательностям геномов вирусов, ранее поражавших клетку. Со спейсеров транскрибируются короткие некодирующие РНК (crRNA), состоящие из спейсера и части палиндромного повторяющегося участка. Рядом со спейсерами расположены гены, кодирующие CRISPR сопряженные белки Cas9 – ферменты-нуклеазы, способные разрезать ДНК вируса. При внедрении РНК-гидов в белок Cas9, последний обезвреживает заданный чужеродный генетический материал. Проникая в клетку, ДНК вируса рекомбинирует с нуклеотидной последовательностью CRISPR-кассеты, с которой синтезируются crRNA, распознающие ДНК конкретного вируса. В случае повторной вирусной атаки crRNA в комплексе с tracrRNA и белками Cas начинает разрушать вирусную ДНК. В процессе работы CRISPR выделяют 3 этапа: адаптация, экспрессия и интерференция. Во время адаптации копируется участок генома вируса, для вставки в иммунологическую память – CRISPR. Для предотвращения совпадения спейсера с участком ДНК носителя, приводящим к гибели клетки, в геноме предусмотрены специальные Chi-сайты, отличающие свой геном от чужого. CRISPR передается при делении клетки. При экспрессии синтезируется гид РНК (cr-РНК), нацеливающая белок Cas9 на фрагменты мишени. На стадии интерференции белок Cas9 находит участок ДНК, комплементарный cr-РНК, связывается с ним и выпускает эндонуклеазу – белок, расщепляющий фосфодиэфирные связи в

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

полинуклеотидной цепи, тем самым приводя к деактивации чужеродного генома. Совместно с CRISPR/Cas в клетку можно поместить донорную молекулу ДНК, исправляя различные генетические нарушения в живых клетках.

Вывод. Открытие системы CRISPR-Cas привело к формированию нового метода в работе с геномом, как прокариот, так и эукариот. Простота, эффективность и экономичность этого метода сделала его главным инструментом в генной инженерии на текущее время.

Корсаков Ф.А.

АНАЛИЗ ГИПОДОНТИЙ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СИНДРОМАХ

**Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия**

Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово, Россия

Научный руководитель - д.б.н., проф. Начева Л.В.

Цель провести анализ гиподонтий при различных генетических болезнях или синдромах и показать тип их наследования.

Результаты и При анализе генетических заболеваний, нас интересовало состояние зубочелюстной системы, в частности наличие гиподонтий. При синдроме Криста-Сименса наиболее характерно как полное отсутствие молочных и постоянных зубов, так и частичное, которые имеют гипоплазии и по форме напоминают штыри с атрофированной десной вокруг. Тип наследования этого синдрома рецессивный Х-сцепленный, а это значит, проявляется только у мальчиков. Синдром Виткопа или зубо-ногтевой синдром характеризуется дисплазия ногтей с гиподонтией, то есть уменьшением количества зубов и гипоплазией. Наследуется с. Виткопа аутосомно-доминантно с варибельной экспрессивностью и соответственно может проявляться в равной степени, как у мальчиков, так и у девочек. Возможно проявление гиподонтии и такой же тип наследования при синдроме Марфана. К аутосомно-доминантному типу наследования относится и синдром Ван дер Вуда, для которого характерна частичная гиподонтия, являющаяся одним из самых распространенных зубных проявлений у детей с этим синдромом; чаще всего у детей отсутствуют боковые резцы на нижней челюсти. Но наряду с этим для этого синдрома характерны признаки: заячья губа и волчья пасть. Аутосомно-доминантный тип наследования описан при синдроме Ригера, при этом выявляются аномалии зубов - микродонтия и гиподонтия. Синдром Маршалла имеет аутосомно-доминантное наследование с проявлением аномалий зубов (адентией, гиподонтией, удвоением зубов, микродонтией). Синдром Берлина впервые описал израильский дерматолог в 1961 году Berlin Chaim, при этом им установлено, что одной из патологий является позднее развитие молочных и постоянных зубов с явлениями гиподонтии. Синдром наследуется аутосомно-рецессивно.

Вывод. Выявлено, что для большинства наследственных синдромов человека характерна патология зубочелюстной системы, связанная с полной или частичной гиподонтией и преимущественно аутосомно-доминантным типом наследования. Другие типы наследования не всегда поддаются клиническому наблюдению и генетическому анализу из-за недостатка возможностей изучения наследственной патологии у человека.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Корсаков Ф.А., Майорова В.А.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО И ТЕХНИЧЕСКОГО ВУЗОВ ПО ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЕ ПОЛСТИ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово, Россия

Научный руководитель - проф. Начева Л.В.

Цель - провести анкетирование и выявить уровень знаний студентов медицинского и технического вузов по личной гигиене полости рта.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование участников нескольких групп из двух вузов – медицинского КемГМУ и технического профиля (КемТИПП). Состав групп определялся в случайном порядке. В анкете было по 30 вопросов. Статистические данные были обработаны в программах Microsoft Office Excel. Выборка опрошенных респондентов составила сто человек возраста 17-21 лет.

Результаты. При оценке степени влияния состояния зубов на организм мнение опрашиваемых КемТИППа разделилось: «Да, влияет – 86%», «Нет, никак не влияет – 4%», «Нейтрально – 10%». Мнение же студентов медицинского вуза о том, что состояние зубов имеет большое значение и действует на организм, увеличилось лишь на 10%.

На вопрос «Знакомы ли вы с правильной последовательностью чистки зубов» опрашиваемые в КемТИППе ответили: «Да – 74%», «Нет – 26%». Ответы студентов КемГМУ составили «Да – 92%», «Нет – 8%». Интересны ответы на вопрос «Как часто вы меняете щётку?» у студентов КемТИППа: «Раз в месяц – 32%», «Раз в три месяца – 44%», и разное - 42%; у студентов КемГМУ «Раз в месяц – 20%», «Раз в три месяца – 64%», разное – 16%.

Вывод. Анализ анкетирования показал, что по всем вопросам студенты технического вуза были менее осведомлены о гигиене полости рта и ещё меньше о профилактических мерах, что указывает на необходимость проведения комплекса санитарно-просветительских мероприятий в рамках программы «Здоровый образ жизни» среди вузов не медицинского профиля.

Кривцун А. А., Иващенко А. С.

ЭТИОЛОГИЯ ШИСТОСОМОИДНОГО ДЕРМАТИТА ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель – доц. Степанова М.Г.

Цель: изучить влияние церкарий трематод птиц семейства Schistosomatidae на организм человека.

Материал и методы: аналитический обзор литературных данных.

Результаты. Ряд трематод семейства Schistosomatidae являются возбудителями зоонозных гельминтозов птиц. Эти паразиты имеют сложный жизненный цикл со сменой хозяев. Промежуточным хозяином являются моллюски родов *Lymnaea*, *Planorbis*, а дифинитивным – различные виды водоплавающих птиц. Инвазионная стадия для птиц – церкарии. В некоторых случаях эта личиночная стадия трематод может перкутанно проникать в кожу человека. Установлено, что вызывать патологические реакции у человека способны около 20 представителей семейства шистосоматид. На территории Донбасса чаще встречаются два вида – *Trichobilharzia ocellata* и *Tr. stagnicolae*. Риск

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

заражения церкариозом увеличивается на мелководье, особенно часто отмечается в июле, при максимальном прогревании воды.

Проникая в организм человека, церкарии погибают в результате развивающихся иммунологических реакций. При этом у пострадавшего в большинстве случаев развиваются местные реакции – зуд и покраснение кожи, проявляющиеся в течение 10-15 минут после инвазии, через 1-1,5 часа появляется сыпь, иногда отеки. В редких случаях возможно развитие сильных аллергических реакций, вплоть до асфиксии и остановки сердца.

Клиническая картина шистосомоидного дерматита напоминает аллергические реакции и требует дифференциальной диагностики. Обычно сбора анамнеза и визуального осмотра оказывается достаточно для постановки диагноза, лабораторные исследования не требуются. В редких случаях назначается ультразвуковое исследование кожи и подкожной жировой клетчатки.

Статистика заболеваемости ведется спорадически и не во всех регионах. Так, по данным Национального парка «Нарочанский» (Беларусь) за период наблюдения с 1995 по 2006 годы с симптомами аллергодерматита церкариозного происхождения было выявлено 4737 человек, в том числе доля детей среди заболевших составляла от 36% (в 1998 году) до 83,4% (в 2005 году).

Вывод: На сегодняшний день из-за резкого увеличения численности водоплавающих птиц, а также обильного загрязнения водоемов, что создает благоприятные условия для развития моллюсков рода *Lymnaea*, создается новая медико-экологопаразитологическая проблема, которая приводит к увеличению числа инвазий человека.

Для борьбы с распространением шистосомоидного дерматита возможно применение таких методов, как уничтожение моллюсков – промежуточных хозяев трематод, дегельминтизация птиц, а также использование препаратов, защищающих кожу человека от проникновения церкариев.

Нестерок Ю.А.

МОРФОЛОГИЯ ПЕЧЕНИ ЗОЛОТИСТЫХ ХОМЯКОВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ОПИСТОРХОЗА ЭРЛИМОМ

Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово, Россия

Научный руководитель – проф. Начева Л.В.

Цель – изучить морфологию печени хозяина (золотистых хомяков) после лечения Эрлимом описторхоза в эксперименте.

Материалы и методы. Для лечения сирийских хомяков с экспериментальным описторхозом использовали антигельминтик Эрлим. Материал забирали при вскрытии животных, фиксировали в 10% нейтральном формалине, обрабатывали по общепринятым гистологическим методам, заливали в парафин, Срезы, толщиной 5-6 мкм, окрашивали гематоксилин-эозином и по Селье. Гистологические препараты изучали в световом микроскопе.

Результаты. Дистрофические процессы после лечения Эрлимом проявлялись реакцией компенсации. Клеточные дистрофии носили обратимый характер; снижалась выраженность «баллонной» дистрофии. Гепатоциты приобретали нормальную

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

полигональную форму и базофильность ядер, наблюдалось восстановление трабекул. Определялась митотическая активность гепатоцитов (наличие двуядерных клеток). Наблюдалось повышение тканевой реактивности и усиление тинкториальных свойств гепатоцитов. Синусоиды не были расширены. Гиалиноз в межклеточных пространствах в печени не обнаруживали. Гепатоциты имели небольшое количество неравномерно распределенного гликогена в виде зёрен, явление углеводной дистрофии в целом снижалось. Некробиотические явления в ткани печени не выявлялись. В междольковых пространствах и в области триады печени соединительнотканые волокна были в виде тонких тяжей, фиброзные изменения не определялись. После воздействия эрлимом явления вакуолизации гепатоцитов в печени были значительно снижены. Капиллярная инъеция была ослаблена. В клетках печени выявлялись зёрна гликогена разной величины, располагающиеся хаотично в цитоплазме гепатоцитов, межклеточных пространствах и вдоль перегородок долек печени.

Вывод. Морфология печени золотистых хомячков после лечения описторхоза Эрлимом в эксперименте характеризовалась реакциями компенсаторного плана, наблюдалось значительное уменьшение дистрофических процессов, повышение пролиферации, фиброзные явления не выявлялись.

Проценко О. И.

ЭСТЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ЮНОШЕЙ

Научный руководитель – доц. Мехова Г.А.

Цель. Изучить эстетические аспекты здоровья юношей.

Материал и методы. Материалом исследования служили анонимные анкеты, посвященные субъективному отношению к своему здоровью 110 молодых людей 15 – 17 летнего возраста, проживающих в г. Донецке. Полученные данные подвергались статистической обработке.

Результаты. Анализ, проведенный этологами, показал, что существуют универсальные для любых культур критерии красоты, которые являются показателем качественного генома. В первую очередь – это кожа, без сыпи, рубцов и пятен, хорошо сложенное тело и здоровье.

Анализ полученных данных показал, что меньше половины опрошенных юношей (46,9%) регулярно занимались спортом. Равнодушными к физической активности оказались 53,1% молодых людей, ссылаясь на нехватку времени для посещения спортзала. У юношей наблюдались изменения массы тела, как следствие малоподвижного образа жизни: избыточный вес - у 14,8% юношей, ожирение I степени – у 7,4%, недостаточная масса тела – у 6,2% молодых людей. Настораживающие данные получены при выяснении возраста первой дегустации алкоголя. Подавляющее большинство (90%) опрошенных юношей впервые попробовали алкоголь и закурили в 13-летнем возрасте. Среди опрошенных юношей почти треть курит сигареты (32,1%). Отметим, что не курят, но могут снимать нервное напряжение с помощью кальяна больше половины парней (56,7%). И только 11,2% молодых людей не курят вообще. Парадоксально выглядит тот факт, что почти половина юношей, регулярно занимающихся спортом, курит (46,1%). Кожные проблемы в виде повышенной сальности, различного рода высыпаний на лице, спине, груди и плечах обнаружены у 74% опрошенных юношей. Проводимое исследование

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

выявило, что юноши, имеющие вредные привычки, чаще отмечали эстетические проблемы кожи. Так у половины респондентов, периодически употребляющих алкоголь, отмечены кожные проблемы (51,8%). У курильщиков эстетические проблемы кожи встречались чаще – в 84,6% случаев. Нами отмечено, что юноши занимающиеся спортом, реже имели эстетические проблемы кожи (64,1%), чем лица, равнодушные к спорту (76,1%).

Выводы: Данные проведенного исследования показали, что малоподвижный образ жизни и приобретенные вредные привычки в юном возрасте способствуют ухудшению здоровья, внешними проявлениями которого являются: нарушения массы тела (22%) и кожная патология (74%). Благоприятно влияют на эстетические аспекты здоровья юношей регулярные занятия спортом, отсутствие вредных привычек и правильное питание. Учитывая вышесказанное, на сегодняшний день целесообразно разрабатывать и внедрять программы по здоровому образу жизни, а также повсеместно пропагандировать здоровый образ жизни среди молодежи.

Рамошкайте М. С.

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНАЦИЯ НЕСОВЕРШЕННОГО АМЕЛОГЕНЕЗА

Научный руководитель – доц. Степанова М.Г.

Цель: определить генетические детерминанты и принципы наследования форм несовершенного амелогенеза (НА), оценить их профилактическое значение.

Материалы и методы: контент-анализ и систематизация научно-методической литературы и информационных ресурсов сети Интернет по вопросу особенностей наследования различных форм несовершенного амелогенеза.

Результаты: Проведенный нами анализ данных литературы показал, что среди наследственных заболеваний зубов 25 % приходится на долю генетически обусловленных аномалий формирования эмали. В данную нозологическую группу входят 15 форм несовершенного амелогенеза (НА). Это самостоятельные малые генетические аномалии формирования эмали молочных и постоянных зубов, не связанные с генерализованными и соматическими заболеваниями, распространенность которых характеризуется высокой вариабельностью от 1:14000 (США) до 1:800 (Швеция), а экспрессивность зависит от типа наследования. Проведенные во многих странах исследования определяют НА, как тяжелое генетически гетерогенное заболевание, этиологическими детерминантами, которого являются мутации в одном из локусов X-хромосомы (p21.1 – 22.3) и 4 аутосоме (4q21), кодирующие синтез белков матрицы эмали (амелогениновый и эмалиновый гены соответственно) в трех стадиях ее пренатального формирования (секреторной, минерализации, матурации). Указанные мутации, лежат в основе диспластических нарушений изменений структуры и химического состава эмали и наследуются в соответствии с законами Г. Менделя: аутосомно-доминантному (АД); аутосомно-рецессивному (АР); сцепленному с полом доминантному (ХД) и рецессивному (ХР). Для большинства форм НА присущ АД тип наследования, который предполагает равновероятные фенотипические проявления мутации у пациентов обоих полов в больших группах родственных между собой людей и объясняет высокую пенетрантность указанных аномалий. Диагностическое значение имеют спектр и специфика патогенеза

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

аномалии, зависящие от стадии формирования эмали, на которую повлияла мутация. Это детерминирует полиморфизм фенотипических вариантов НА, выражающийся в нарушениях структуры эмали (гипопластические формы), минерализации (гипокальцификационные формы) и созревания (гипоматурационные формы). Клиническая картина полиморфизма НА проявляется изменением количества, цвета и свойств эмали, с последующей ее частичной или полной потерей. Перспективы профилактики НА ориентированы на раннее начало комплексных мероприятий с учетом генетической детерминации диагностированной формы аномалии. Понимание принципов генетической детерминации форм НА позволяет определить родственников, подлежащих профилактике, в случае диагностики у пробанда аномалии с определенным типом наследования: АД тип – сибсы пробанда обоих полов, прямые потомки, кровные родственники по вертикали и горизонтали (особенно ♂); АР тип – сибсы пробанда (особенно – следующие за ним); ХД тип, пробанд ♀ – сибсы (обоих полов), потомки (обоих полов), все ♀ пробанда по горизонтали и вертикали; пробанд ♂ – сибсы обоих полов, дочери; ХР тип, пробанд ♀ – сибсы ♀, потомки ♂; пробанд ♂ – сибсы ♂, потомки ♀.

Вывод: Несовершенный амелогенез является генетически детерминированной аномалией, связанной с мутациями в генах аутосом и половых хромосом и определяющей нарушения синтеза белков матрицы эмали на разных стадиях ее формирования. Знания механизмов и типов наследования несовершенного амелогенеза имеет важное значение в профилактике этой патологии.

Стефано Е.А., Яковецкая А.А.

ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТЕЛОМЕРОПАТИЙ

Научный руководитель – доц. Степанова М.Г.

Цель: изучить литературные данные о причинах и механизмах возникновения и развития заболеваний, связанных с дефектами теломер

Материал и методы: проведен ретроспективный аналитический обзор данных отечественных и зарубежных литературных источников.

Результаты. Теломеры – концевые участки хромосом, образованные специфической теломерной ДНК и белками-шелтеринами (TRF1, TRF2, TIN2, POT1, TPP1 и Rap1). У большинства позвоночных и человека теломеры состоят из монотонных гексамерных нуклеотидных последовательностей TTAGGG, многократно повторяющихся (сотни-тысячи раз) на каждом концевом участке хромосомы.

Теломерные последовательности не содержат генов, это специализированные сайты, выполняющие три важные функции: включение самых дистальных концов хромосом в репликацию ДНК; защита концов хромосом от дегградации и подавление слияния с другими хромосомами; облегчение спаривания хромосом в мейозе. Потеря участков теломер не влечет за собой утрату наследственной информации, но приводит к явлению репликативного старения, и клетки переходят в неделящееся состояние. В момент достижения концевыми участками критической длины клетке подается сигнал о прекращении пролиферации, что приводит к вступлению ее в фазу физиологического старения или гибели. Число возможных митозов до появления критической длины теломер называется «пределом Хейфлика». Существует два изученных механизма сохранения длины теломер. Некоторые пролиферирующие клетки предотвращают потерю теломер с

помощью теломеразы (TERT, тип обратной транскриптазы, использующей в качестве матрицы небольшие молекулы РНК (TERC)). Другие же клетки используют альтернативный механизм - сложную реакцию гомологичной рекомбинации. Дефекты теломер и несовершенные механизмы защиты от их укорочения обуславливают возникновение ряда заболеваний – теломеропатий. Эта группа заболеваний включает легочный фиброз, врожденный дискератоз, синдром Hoyeraal-Hreidarsson или Revesz и др. Так, врожденный X-сцепленный рецессивный дискератоз обусловлен дефектом гена DKC1, кодирующим белок дискератин. Этот мутантный белок, в свою очередь, не связывается с РНК-компонентом теломеразы, чем дестабилизирует теломеразный комплекс (TERT), что приводит к аномальному укорочению теломер. Клиническими проявлениями дискератоза являются аномальное изменение ногтей, пигментированная сетчатая сыпь, ороговение слизистой оболочки рта. Кроме того, развивается апластическая анемия, фиброз легких и цирроз печени. Другие причины теломеропатий, вероятно, вызваны тканеспецифическими различиями экспрессии теломеразы и особенностями поддержания клеточного гомеостаза и, возможно, нетеломерными функциями теломеразы. Редкие мутации генов, кодирующих белки-шелтерины, приводят к теломеропатиям, не изменяя способность теломеразы к восстановлению теломер. В некоторых случаях причина скрывается в регуляторных сайтах генов, которые не подвергаются скринингу. Общим в патогенезе всех теломеропатий является уменьшение длины теломер за счет снижения теломеразной активности.

Вывод. Теломеропатии – заболевания, связанные со снижением теломеразной активности и укорочением теломер в клетках. При этом похожие нарушения теломерного гомеостаза способны вызывать различные патологии.

Тюрина П. А., Ткаченко В. А.

ИММУНОЦИТОТЕРАПИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫМИ Т-ЛИМФОЦИТАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОБЛАСТОЗОВ

Научный руководитель – асс. Корсун А. А.

Цель: изучить основные принципы иммуноцитотерапии генетически модифицированными Т-лимфоцитами при лечении гемобластозов.

Материал и методы: анализ опубликованных отечественных и зарубежных результатов клинических испытаний CAR (chimeric antigen receptor).

Результаты: Иммунотерапия является одним из интенсивно развивающихся направлений противоопухолевой терапии, которая подразделяется на активную – призванную стимулировать силы собственной иммунной системы организма и пассивную, сопровождающуюся введением готовых противоопухолевых иммунных агентов (специфический и неспецифический). Научно-практический интерес представляет пассивная специфическая противоопухолевая терапия, с использованием химерных Т-клеточных рецепторов (CAR). Концепция CAR была предложена израильскими учеными в 1993 году, а с 2010 года это направление исследований активно разрабатывают ученые России.

Данный вид терапии основан на клеточных механизмах. На поверхности опухолевых клеток гемобластозов человека находят белок-антиген CD19, CD20, CD22, CD30 (корцепторы, расположенные на поверхности В-лимфоцитов) и др. Данными

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

белками иммунизируют мышей, клетки-продуценты, которых вырабатывают высокоаффинные антитела к этим белкам. Из мышинной гибридомы выделяют ген, кодирующий это антитело, соединяют его с сигнальными генами Т-лимфоцитов человека, которые изначально при помощи процедуры лейкафереза отбирают для культивирования *ex vivo* из периферической крови онкобольного и создают новый химерный ген. Полученный антигенный рецептор соединяют с геном гаммаретровируса или лентивируса, так чтобы путем обратной транскрипции происходило встраивание вектора, содержащего химерный генетический материал, непосредственно в геном Т-клетки-мишени. Это обеспечит их постоянную экспрессию. Его продукт - белок рецептор – CAR. В результате получают CAR Т-клетки, из которых отбирают CAR-позитивные клетки, размножают и активируют перед возвращением в организм пациента. При встрече CAR Т-клетки и опухолевой клетки, несущей целевой белок-мишень на поверхности, CAR Т-клетки активируются, что приводит к секреции цитокинов, пролиферативной реакции и уничтожению клетки-мишени. Преимущество данного метода иммуноцитотерапии заключается в том, что, уничтожив одну мишень, CAR Т-клетка не выходит из строя и продолжает передвигаться по организму в поисках следующей мишени. Американское общество клинической онкологии (ASCO) в ежегодном докладе отметили высокую эффективность данного метода – полная ремиссия достигается в 88% случаев, а вероятность выздоровления повышается до 70%.

Выводы: Использование генетически модифицированных Т-лимфоцитов для лечения гемобластозов показали высокую эффективность их применения.

Яковецкая А.А., Сухорукова В.А.

ВЛИЯНИЕ МЕТЕОЗАВИСИМОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

Научный руководитель – доц. Степанова М.Г.

Цель изучить зависимость функциональных показателей здоровья студентов от метеорологических факторов.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование 60 студентов первого курса ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО в возрасте 17-18 лет. Для обработки и анализа материалов применялись методы вариационной статистики.

Результаты. В современном мире растет чувствительность к влиянию факторов окружающей среды вследствие снижения иммунитета и качества жизни. Природно-климатические условия оказывают прямое и опосредованное действие на формирование здоровья человека. Кроме того, погодные условия стали более непредсказуемыми в условиях глобального потепления и антропогенного влияния на климат в планетарном масштабе. Климатические факторы оказывают влияние на работу внутренних механизмов организма человека, поддержание гомеостаза, физиологических и психических показателей. На основе многолетних наблюдений в современной медицине описаны около десяти метеопатологических симптомокомплексов, зависящих от вида и характера хронических и острых заболеваний, пола, возраста и типа нервной системы. Патологические метеотропные реакции связаны с нарушением гомеостаза и адаптационных механизмов, что приводит к обострению болезней.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Проводилось изучение субъективных показателей метеочувствительности у студентов с помощью социологического опроса с использованием валеологической анкеты. В ходе исследования установлено, что у 56,7% студентов отмечаются метеотропные реакции в виде снижения работоспособности (73,2%), головных болей (69,1%), нарушения сна (53%), слабости (48%), боли в мышцах и суставах (41%). Нарушения сердечного ритма, расстройство работы ЖКТ, одышка встречаются гораздо реже (до 23%). Обострения хронических заболеваний наблюдаются у 19 % респондентов. Перепады настроения и раздражительность отмечаются у 34% опрошенных студентов. Перечисленные симптомы в комплексе могут свидетельствовать о развитии метеоневрозов и, в значительной степени, влиять на снижение успеваемости. На основе полученных данных выявлены определенные показатели, которые снижают метеорезистентность (устойчивость) к влиянию колебаний погодных условий. Так, у этой группы студентов отмечается несоблюдение режима дня (76%), нерегулярное питание (52%), наличие стрессов и нервного напряжения (97%), нерегулярная физическая активность (49%), авитаминозы (38%).

Вывод. Повышенная чувствительность организма к перемене погоды или метеопатия является широко распространенным проявлением нарушения адаптационных механизмов организма к изменениям окружающей среды. Анализ анкетных данных позволил установить, что среди респондентов наличие метеотропных реакций отмечалось у 56,7% студентов. Стрессы и нервное напряжение – наиболее часто встречаемый показатель, снижающий устойчивость к нестабильным погодным условиям. В зависимости от механизмов реализации метеотропные реакции проявляются различными клиническими симптомами и синдромами, которые наиболее часто приводят к снижению работоспособности и могут свидетельствовать о развитии метеоневрозов, что способствует снижению успеваемости студентов.

МЕДИЦИНСКАЯ ФИЗИКА, МАТЕМАТИКА И ИНФОРМАТИКА

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский
университет имени М. Горького», ДНР
Кафедра медицинской физики, математики и информатики
Зав. кафедрой – проф. Выхованец Ю.Г.

Слюсарев В.В.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРТОГРАДНОЙ ПОЗЫ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель – доц. Чуприна Е.И.

Цель. Изучение некоторых функций систем обеспечения вертикальной позы человека в различных условиях сенсорного контроля.

Материалы и методы. Работа выполнена при участии 5-ти студентов-добровольцев на специальном многоканальном стабилметрическом комплексе. При этом регистрировались показатели качества поддержания вертикальной позы, реографические показатели голени и др. в различных условиях сенсорного контроля (произвольная поза, а так же с закрытыми глазами и наблюдением через монитор с удержания метки положения ЦМ в центре). Кроме того, перед испытанием измерялась критическая частота слияния световых мельканий на модифицированном адаптометре АДМ-01

Результаты. Показано, что при выполнении пробы с закрытыми глазами начало смещения во фронтальной плоскости синхронизировано с увеличением амплитуды реографических кривых. В $60,7 \pm 6,0\%$ всех паттернов положения ЦМ в интервале 350 мс от начала смещения отмечалась мышечная активность голени со средним временем задержки $0,265 \pm 0,012$ с. Установлено, что в условиях визуального контроля реакции мышц голени статистически значимо меньше, чем при выполнении пробы с закрытыми глазами ($p < 0,05$). Часть паттернов реакций мышц голени не связана с перемещением положения ЦМ в какой-либо плоскости, что может свидетельствовать о существовании более сложных контуров регулирования положения ЦМ тела.

Выводы: Выявленные закономерности могут быть информативными для оценки функционального состояния человека при профессиональном отборе и повышении эффективности реабилитационных мероприятий.

Доценко А. К., Храповицкий К. Д., Мозговой И. С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА СТУПЕНЧАТОГО ТЕСТА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СПОСОБНОСТИ ОРГАНИЗМА ПЕРЕНОСИТЬ НАГРУЗКУ

Научный руководитель - Якимова К. А.

Цель. Обнаружение границы между максимальной эффективной работой и накоплением лактата в тканях при помощи ступенчатого теста. Построение тренировочного процесса в зависимости от данных основанных на измерении мощности.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материал и методы. Проведение тестирований с использованием измерителя мощности велоэргометра tacx Neo, анализ полученных результатов при помощи построения графиков в специальных программах.

Результаты. Максимальная эффективная способность организма к нагрузке очень тяжела для оценки. F_{тп} тест может быть менее эффективен для людей спринтерского профиля. Необходим специальный тест для проверки толерантности к нагрузке для корреляции процессов с мощностными показателями мы использовали ступенчатый тест-постепенное повышение сопротивления велоэргометра до максимальной средней мощности, которую может поддерживать велосипедист в течение двух минут. Тест дает четкие границы способностей сопротивления к нагрузке, переходя за рамки критической мощности видна граница максимальной интенсивности. По корреляции пульса и мощности можно выстроить различные зоны для анализа энергии процессов организма. Когда мощность превышает лактатный порог, то усталость наступает быстро, в то время как мощность чуть ниже лактата может поддерживаться длительно. Интенсивность, при которой лактат начинает накапливаться в крови человека, является лактатным порогом (ЛП). ЛП – довольно точный предсказатель способности в спорте на выносливость. Верхний предел максимального потребления кислорода (VO₂ max) определяет верхний предел аэробной энергии атлета. ЛП определяет процент или долю VO₂max, который атлет может использовать за определённое количество времени. ЛП - это единственный самый важный психологический детерминант производительности от заездов на 3 км и до длительных заездов. Особенно это верно когда ЛП выражается в данных мощности. В зависимости интенсивности теста можно разделить тренировочные зоны, которые будут соответствовать энергетическим процессам организма. Анализ времени, которое спортсмен провел в определенной зоне предназначен для количественной оценки метаболических потребностей и общей тренировочной загрузки.

Выводы. Грамотная работа и анализ с физиологических процессов в организме с использованием поверметра дает возможность максимально рационально выполнять поставленные задачи. Ступенчатый тест является хорошей альтернативой для людей, которым затруднительно хорошо выдерживать нагрузки длительно в темповом режиме, но есть потенциал для спринта и хорошей выносливости в составе группы или поддержания искусственно требуемой мощности.

Алешечкин П.А.

ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИНТЕРВАЛА QT ПО ДАННЫМ ЦИФРОВОЙ РЕГИСТРАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ

Научный руководитель – проф. Выхованец Ю.Г.

Цель. Разработка метода диагностики функциональных состояний сердца на основе оценки длительности интервала QT по данным цифровой электрокардиографии.

Материал и методы. Исследования проводились на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской, физики, математики и информатики Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. В исследованиях принимали участие 198 человек, среди которых были лица, обучающиеся на 1-м и 2-м курсах ВУЗа, а также интерны 1-2 года обучения различных специальностей, в возрасте от 17 до 29 лет. Средний возраст обследуемых составлял 20,2±0,2 (95% ДИ: 19,83-20,64) лет. Среди них

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

было 126 (63,6%) лиц мужского и 72 – (36,4%) женского пола. Регистрация электрокардиограмм осуществлялась с помощью электрокардиографа "МИДАС" ЭК1-Т (СООО "МИДА", Киев, Украина). Оцифровывание полученного сигнала проводилось с использованием аналогово-цифрового преобразователя L-Card E 14-140 (ЗАО "Л-КАРД", Москва, Россия). Для выделения и анализа интервалов QT была разработана специальная компьютерная программа.

Результаты. В результате проведенных исследований установлено, что среднее значение длительности интервала QTср. в группе у мужчин составило $0,328 \pm 0,002$ (95% ДИ: 0,325-0,332), у женщин – $0,338 \pm 0,003$ (95% ДИ: 0,332-0,343) сек. Корректированная величина интервала QTс. у мужчин была $-0,343 \pm 0,002$ (95% ДИ: 0,339-0,347), у женщин – $0,359 \pm 0,002$ (95% ДИ: 0,354-0,364) у.е. Показатель стандартизированной разницы длительности интервала QTст.р. у мужчин составил – $-3,857 \pm 0,382$ (95% ДИ: (-4,613)-(-3,102)), у женщин – $-5,693 \pm 0,511$ (95% ДИ: (-6,711)-(-4,675)) у.е. Исследованиями были установлены достоверные различия между изучаемыми группами по показателю QTср. на уровне ($p=0,004$). Корректированная величина интервала QT в двух группах находилась в пределах нормы. Межгрупповое сравнение выявило статистически значимые различия ($p<0,001$) по показателю величины QTс. Аналогичная закономерность наблюдалась и при анализе стандартизированной разницы интервала QTст.р., где различия выявлены на уровне значимости ($p=0,004$).

Выводы. На основе проведенных исследований можно сделать вывод о том, что полученные в результате цифрового анализа электрокардиограммы показатели длительности интервала QT могут эффективно использоваться в диагностике функциональных нарушений сердца. Разработанный метод цифровой регистрации и анализа электрокардиограмм позволяет более качественно проводить оценку сердечного ритма, который формируется в результате функционирования сложной саморегулирующейся нейрофизиологической системы управления, по сравнению с традиционными методами анализа.

Алешечкин П.А.

АППАРАТНО-ПРОГРАММНЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Научный руководитель – проф. Выхованец Ю.Г.

Цель. Разработка аппаратно-программного комплекса для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы человека.

Материал и методы. Исследования проведены на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской, физики, математики и информатики Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы человека был разработан аппаратно- программный комплекс позволяющий значительно расширить диагностические возможности электрокардиографии с применением стандартных электрокардиографов. Комплекс включает электрокардиограф с цифровым выходом, два монитора, аналогово-цифровой преобразователь и IBM-совместимый персональный компьютер обеспечивающей регистрацию, выделение и анализ интервала QT электрокардиограмм, комплект электродов для регистрации электрофизиологических

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

показателей. В качестве регистрирующего устройства используется сертифицированный электрокардиограф "МИДАС" ЭК1-Т (СООО "МИДА", Киев, Украина). С помощью аналогово-цифрового преобразователя L-Card E 14-140 (ЗАО "Л-КАРД", Москва, Россия) и его программного обеспечения L-Graf 2 (версия 2.34.39) осуществляется визуализация процесса цифровой регистрации электрокардиограммы, оцифровывание полученных данных (с частотой дискретизации 1000 Гц) и их сохранение на жесткий диск персонального компьютера.

Результаты. Комплекс позволяет осуществлять непрерывную регистрацию электрокардиограммы в соответствии с заданными временными значениями. Полученные после цифровой записи участки электрокардиограммы обрабатывались с помощью специально разработанной экспериментальной программы SimpleECGTool. В данной программе был применен алгоритм автоматической детекции зубцов, сегментов и интервалов, основанный на фильтрации её сигнала с помощью непрерывных и быстрых вейвлет-преобразований различной частоты. С помощью использованного алгоритма из полученного сигнала выделялась и усиливалась высокочастотная часть, содержащая QRST-комплексы электрокардиограммы. Выделенные участки фильтровались по допустимой пороговой амплитуде и продолжительности всплеска с целью исключения из анализа шумов и артефактов.

Выводы. На основе длительности интервала QT электрокардиограммы была разработана математическая модель прогноза нарушения проводимости миокарда. Предложен метод классификации функциональных состояний сердца с помощью расчета критического значения длительности интервала QT, который позволяет выявлять лиц с высоким и низким риском ухудшения функционального состояния сердца. Полученные данные были использованы при разработке мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с высоким риском нарушений работы сердца.

Борисова Я. В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННЫХ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель – доц. Никитенко С. Н.

Цель. Доказать преимущество использования искусственных нейронных сетей для моделирования при постановке диагноза.

Материал и методы. Проведено обобщение данных современной отечественной и зарубежной литературы по применению искусственных нейронных сетей для диагностики и предупреждения заболеваний у человека.

Результаты. Статистические модели позволяют определить характер связей между анализируемыми переменными. Существуют специальные формы статистических моделей, которые пытаются найти скрытые связи между включенными в анализ переменными и наблюдениями. Согласно современным тенденциям, одной из лучших форм подобных моделей является нейросетевое моделирование. Нейросетевое моделирование (ANN) - методика определения связей между набором входных параметров и зависимой переменной. Исходя из статьи Филиппо Амато, я определила, что впервые концепция была описана в 1988 году в новаторской работе (Соловиц и другие). После этого ANN стали применяться при диагностике: колоректального рака (Spelled.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

2012), поражения рассеянного склероза (Мортазави. 2012а, b), рака толстой кишки (Ahmed 2005), заболеваний поджелудочной железы (Bartosch-Härlid, 2008), гинекологических заболеваний (Siristatidis, 2010), раннего диабета (Shankaracharya, 2010).

В Чехии с помощью этой модели определяли сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Точность результатов составляла 99,2% - 99,8%. В результате анализа отечественной литературы, отметила работу Прохоренко И. О. Под его руководством были разработаны нейронные сети для прогноза развития патологий: депрессии, метаболического синдрома, остеопороза, и др. После сравнения результатов прогнозирования было отмечено высокое качество разработанных сетей. Точность прогноза составила от 66,67% до 88,89%. Таким образом, подготовленный прогноз является состоятельным, а применение нейронных сетей высокоэффективно и надежно.

Выводы. На основании анализа литературы можно сделать вывод, что математическое моделирование на основе искусственных нейронных сетей целесообразно использовать в диагностике заболеваний, поскольку данные модели дают довольно точные результаты и значительно облегчают постановку диагноза. Благодаря прогнозу развития патологии еще до развития заболеваний появилась возможность проводить раннюю профилактику данной патологии, а также прогнозировать течение уже имеющейся патологии и корректировать медикаментозные схемы лечения.

Буканов Е.К.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННЫХ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ ДЛЯ АНАЛИЗА БОЛЬШИХ МАССИВОВ ДАННЫХ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ АЛГОРИТМОВ «DATA MINING»

Научный руководитель – проф. Выхованец Ю.Г.

Цель. Оценка различных способов обучения искусственных нейронных сетей Кохонена для получения упорядоченных структурированных характеристик в мега-массивах медицинских данных.

Материалы и методы. В исследовании были проанализированы массивы медицинских данных более чем 3000 человек по сведениям из амбулаторных карт базы регистратур различных медицинских учреждений. Для реализации процесса «DATA MINING» использовалось программное обеспечение с открытым исходным кодом. Для выполнения процесса «DATA MINING» использовались основные факторы, а именно: возраст пациента, анализ крови, частота пульса, уровень холестерина, данные регистрации ЭКГ. Для накопления медицинских данных использовалась СУБД Oracle DataBase. Для классификации медико-биологических данных была использована искусственная нейронная сеть Кохонена.

Результаты. Внедрение программного обеспечения с открытым исходным кодом дало массу преимуществ и возможностей: надежность хранения медико-биологических данных, безопасность обработки данных, возможность адаптировать систему под любые требования диагностического и лечебного процесса лечебно-профилактического учреждения. Преимуществом данного метода кроме того является высокая скорость обработки, низкая погрешность вычислений, характер обучения нейронной сети.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Благодаря использованию искусственной нейронной сети Кохонена для обработки и классификации медико-биологических данных были сформированы математические модели, которые были представлены в двух видах:

- модели, предназначенные для специалистов в области «DATA MINING»;
- модели, предназначенные для пользователей медицинского персонала.

Модели предназначенные для специалистов позволяют менять сценарии анализа данных и строить свои версии моделей на основе предложенных современных алгоритмов обучения ИНС. Пользовательские модели позволяют выполнить проспективное прогнозирование или провести кластеризацию разнообразных данных без применения специализированных программных процедур изменения сценария и типологии моделей.

На основании предложенной логистической модели, состоящей из 40 факторов, массив данных был классифицирован в две группы, а именно группа здоровых и группа лиц с патологией. Чувствительность модели составляла более 92% а, специфичность порядка 85% .

Выводы. В данном случае процедура Data Mining позволяет с высокой степенью достоверности, значительно сократить время на обработку информации полученной из различных баз данных. ИНС помогает классифицировать неупорядоченные формы медицинских данных и привести в стандартный вид для решения ряда медицинских задач.

Выхованец Н.Ю.

ПОКАЗАТЕЛИ БИОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель – проф. Выхованец Ю.Г.

Цель. Разработка метода количественной оценки функциональных состояний человека с учетом показателей биологического (БВ) и психологического возраста (ПсВ) человека.

Материал и методы. Исследования проведены на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской, физики, математики и информатики Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. В экспериментальную группу вошло 160 человек (80 мужчин и 80 женщин) в возрасте от 17 до 50 лет. На основе оценки состояния здоровья по данным медицинских осмотров, а также с применением метода простой компьютерной рандомизации из нее были сформированы контрольная и опытная группы. Контрольную группу составили 40 человек (20 мужчин и 20 женщин). В нее вошли лица, у которых на момент обследования не было острых заболеваний, а также хронических заболеваний в стадии обострения. Опытная группа объединила 40 человек (20 мужчин и 20 женщин), с различными функциональными состояниями и заболеваниями. Биологический возраст человека определяли с применением прибора «БИОТЕСТ-1М». Психологический возраст определялся по стандартной методике. При проведении статистического анализа использовался пакет MedStat. Построение и анализ нейросетевых моделей проводился в лицензионном пакете Statistica Neural Networks, построение логистических моделей регрессии в пакете MedCalc .

Результаты. БВ у мужчин в контрольной группе был в пределах $(Me \pm m (25;75\%))$ от $19 \pm 0,1 (17;27)$ до $28 \pm 1,0 (26;38,9)$ лет, а у женщин - от $18,7 \pm 1,0 (16;28)$ до $32 \pm 1,5 (26;36)$ лет. В опытной группе этот показатель у мужчин составил $52 \pm 4,2$

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

(48;58,7) лет, а у женщин был в пределах от $39 \pm 2,0$ (35,7;45) до $53 \pm 3,0$ (50;56,7) лет. ПсВ у мужчин контрольной группы был в пределах от $22 \pm 1,0$ (20,4;28,7) до $29,5 \pm 1,0$ (22;40,2) лет, а у женщин - от $21 \pm 1,0$ (19;28,5) до $28 \pm 1,0$ (25,6;30,8) лет. В опытной группе этот показатель у мужчин составил $53 \pm 5,0$ (45;59) лет, а у женщин был в пределах от $38,3 \pm 2,0$ (33,9;42) до $61 \pm 3,0$ (53;63,2) лет. Установлены достоверные различия между контрольной и опытной группами по изучаемым показателям, как у мужчин, так и у женщин ($p < 0,05$).

Выводы. Наличие достоверных различий между паспортным возрастом (ПВ) и показателями БВ и ПсВ в исследуемых группах свидетельствует об ухудшении функционального состояния у лиц опытной группы. У мужчин с заболеваниями системы кровообращения отмечается рост БВ на 6,5 (95% ДИ 5,2 - 26,7) лет по сравнению с ПВ ($p < 0,05$). У женщин с заболеваниями нервной системы, напротив, БВ снизился на 11 (95% ДИ 9,6 - 12,7) лет по сравнению с ПВ ($p < 0,05$). Значительное увеличение, как и снижение БВ по сравнению с ПВ в этих группах может быть обусловлено различными функциональными или органическими расстройствами, которые могут приводить к ухудшению функционального состояния человека.

Кмытович В.Н., Денисова М.А.

ХАОТИЧНОСТЬ RR ИНТЕРВАЛОВ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

Научный руководитель – асс. Горшков О.Г.

Цель. Оценка хаотичности RR интервалов у здоровых лиц и пациентов с выраженной сердечной недостаточностью с помощью показателя Ляпунова.

Материалы и методы. Для изучения хаотического поведения RR интервалов был использован показатель Ляпунова (L), который рассчитывался с помощью метода Rosenstein M.T. приведенным в статье “A practical method for calculating largest lyapunov exponents from small data sets. Physica D: Nonlinear Phenomena 1993, 65: 117–134”. В этой публикации демонстрируется, что при значении показателя Ляпунова $L > 0$, отмечается хаотическое поведение системы, а при значении $L \sim 0$, наблюдается случайный или периодический процесс. С использованием данного показателя проведена оценка RR интервалов у 19 здоровых испытуемых и 19 пациентов с выраженной сердечной недостаточностью. Изучаемые записи RR интервалов были взяты из базы PhysioNet.

Результаты. В результате проведенных расчетов было установлено, что показатель L для RR интервалов у здоровых людей (Me (25;75%) составил 0.06 (0.06;0.07), а у лиц с выраженной сердечной недостаточностью 0.04(0.01;0.06). С помощью критерия Вилкоксона были выявлены статистически значимые различия ($p < 0.05$) между изучаемыми показателями Ляпунова у здоровых лиц и лиц с выраженной сердечной недостаточностью.

Выводы. В результате проведенных исследований было установлено, что показатели нормы имеют более высокие значения, значительно отличающиеся от нуля ($L = 0.06(0.06-0.07)$) $L > 0$. Это указывает на то, что норма представляет хаотический процесс. В то время как патология характеризуется значениями близкими к нулю ($L = 0.04(0.01-0.06)$) $L \sim 0$. Эти результаты исследований свидетельствуют о том, что патология близка по своему поведению к случайному процессу. Хаотичное поведение свидетельствует о том, что система способна к изменению для получения полезной информации. При потере хаотичности система теряет гибкость, что приводит к недостатку

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

в накоплении и генерации информации. Таким образом, наибольший показатель Ляпунова позволяет дифференцировать норму и патологию при оценке сердечного ритма.

Кононенко Л.В.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ, СОЗДАВАЕМОГО КОМПЬЮТЕРОМ, НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель – проф. Выхованец Ю.Г.

Цель. Оценка влияния электромагнитного излучения, создаваемого компьютером, на здоровье учащихся.

Материал и методы. Исследования проведены на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской, физики, математики и информатики Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. В экспериментальную группу вошли 50 человек (25 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 17 до 25 лет (учащиеся первого курса Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького). Для оценки влияния электромагнитного излучения, создаваемого компьютером была разработана специальная анкета, которая включала три основных вопроса: как часто Вы проводите время за компьютером, как много времени Вы проводите за компьютером без перерыва, нравится ли Вам работать за компьютером. После получения информированного согласия на исследования и ознакомления с сутью проводимого эксперимента проводилось анкетирование учащихся. При проведении статистического анализа использовался пакет MedStat. Описательная статистика осуществлялась с применением непараметрических критериев статистического анализа.

Результаты. При ответе учащимися на первый вопрос, были получены следующие результаты. Каждый день за компьютером проводят – 73%, несколько раз в неделю – 19%, раз в неделю – 8% опрошенных лиц. При ответе на второй вопрос установлено следующее: 30 минут – 15%, один час – 29%, около двух часов – 38%, более трех часов – 12% лиц проводят за компьютером без перерыва. Нравится работать за компьютером – 83% опрошенных лиц, не нравится – 17% лиц.

Выводы. В результате проведенных исследований установлено, что практически каждый день учащиеся используют компьютер при подготовке к занятиям. При этом за компьютером основная часть учащихся проводит более двух часов без перерыва. Как известно, длительная работа за компьютером может приводить к серьезному негативному влиянию на состояние здоровья человека. У лиц, работающих за компьютером более двух часов в день могут возникать нарушения функционирования ЦНС, болезни сердечно-сосудистой, нервной систем, заболевания опорно-двигательного аппарата. Длительная работа за компьютером может приводить к функциональным нарушениям нервной системы, что сопровождается плохим самочувствием, раздражительностью, усталостью, резью в глазах и другими неблагоприятными симптомами. Полученные результаты, свидетельствуют о необходимости разработки комплекса лечебно-профилактических мероприятий направленных на устранение негативного влияния работы за компьютером на состояние здоровья учащихся.

Лахно О.В.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель – проф. Выхованец Ю.Г.

Цель. Изучение влияния климатогеографических условий на формирование функциональных состояний организма человека на территории Донбасса.

Материал и методы. Исследования проведены на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской, физики, математики и информатики Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. На первом этапе исследований для оценки климатогеографических факторов проведена репрезентативная выборка гидрометеорологических данных из таблиц метеорологических и агрометеорологических наблюдений Государственной гидрометеорологической службы Донецкой области за период 2009-2012гг. Всего в исследованиях принимало участие более 500 человек с разным уровнем состояния здоровья, без тяжелой клинической патологии.

Результаты. Климат на территории Донбасса характеризуется значительными суточными, годовыми и абсолютными (до 83 градусов) колебаниями температуры воздуха, выраженным быстрым похолоданием и оттепелями, частыми туманами, засушливо-суховейными атмосферными явлениями, гололедными образованиями. Все это объясняется удаленностью от Атлантического океана, близостью азиатского материка, который усиливает континентальность, рельефом местности, некоторым незначительным влиянием Азовского и Черного морей. Донецкий кряж и Приазовская возвышенность вносят существенный вклад в формирование климата на этой территории. Высокая концентрация промышленного и сельскохозяйственного производства, развитая транспортная инфраструктура в Донецкой области в сочетании с высокой плотностью населения создают чрезвычайно высокую техногенную и антропогенную нагрузку на организм жителей Донбасса. Шахтные терриконы, доменные печи и отвалы горных пород, эксплуатирующиеся до настоящего времени являются дополнительными источниками повышенной радиации и выбросов вредных химических веществ, в том числе плавиковой кислоты. Непредсказуемы для здоровья населения и последствия постепенного затопления и закрытия угольных шахт региона. Все вышеперечисленные факторы климатогеографической природы в сочетании с интенсивным загрязнением окружающей среды, могут оказывать существенное негативное влияние на процессы адаптации организма человека и резко увеличивают риск формирования неблагоприятных функциональных состояний у жителей Донбасса.

Выводы. Климатогеографические факторы могут оказывать неблагоприятное влияние на формирование функциональных состояний организма у жителей Донбасса, приводя к срыву процессов адаптации и возникновению различных заболеваний. Это диктует необходимость разработки методов позволяющих проводить оценку функциональных состояний человека на основе изучения процессов адаптации к воздействию изучаемых факторов.

Саул А.С.

ИССЛЕДОВАНИЕ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ К УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Научный руководитель – доц. Прокопец В.И.

Цель. Изучение возможности оценки адаптации студентов к учебной деятельности на основе показателей простой и сложной зрительно-моторной реакции.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 30 студентов-добровольцев в возрасте от 18 до 22 лет. Оценку адаптации студентов к 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. Было проведено два обследования: в начале и конце учебного года.

Результаты. На основе кластерного анализа показателей простых ЗМР двух обследований, было выделено пять классов реакций на раздражитель. Исследования позволили установить, что показатели сложных студентов, которые относились к классу 2 существенно ниже, результатов класса 1 ($p < 0,01$). Время выполнения сложной зрительно-моторной реакции требует более высокой концентрации внимания и моделирует психоэмоциональное напряжение. Было установлено, что к концу учебного года функциональное состояние обследуемых с неустойчивыми психофизиологическими показателями ухудшалось, больше, чем у тех, показатели которых были более устойчивыми показателями. При этом было выявлено 33% студентов (лиц со стабильно высоким и выше среднего уровнем сенсомоторных реакций). Данная группа студентов обладала достаточными функциональными резервами и стрессоустойчивостью, необходимыми для обеспечения успешной учебной деятельности, как в обычных условиях, так и при повышенной учебной нагрузке. Средний уровень сенсомоторных реакций являлся устойчивой характеристикой функционального состояния для 30% обследованных студентов. Деятельность таких лиц может быть успешной при учебе в обычных условиях. Однако, при увеличении нагрузки, успешность деятельности данных студентов будет снижаться, упадет скорость принятия решений, возрастает количество ошибок. Лица, обладающие стабильно низким уровнем сенсомоторных реакций составили 17% обследованных и ниже среднего (20%). Испытуемые такого типа при выполнении учебной деятельности даже в обычных условиях не могут выполнять работу на оптимальном уровне. 60% лиц выявлено с неустойчивым функциональным состоянием ЦНС по уровню сенсомоторной реакции. Причем у 45% лиц уровень сенсомоторных реакций снижался непосредственно в конце учебного года.

Выводы. Полученные результаты обосновывают необходимость оценки динамики показателей функционального состояния студентов с целью прогнозирования возможности снижения качества и эффективности учебной деятельности. Использование данного подхода позволит не только значительно повысить успешность учебной деятельности студентов, но и сохранить их здоровье.

Скачек Д.В.

**ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ
У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ БИОЛОГИЧЕСКИМ ВОЗРАСТОМ**

Научный руководитель – доц. Тетюра С.М.

Цель. Оценка изменений показателей периферической гемодинамики у лиц с различными показателями биологического возраста.

Материалы и методы. Обследованы 138 чел., из них 91 женщина (65,9%) и 47 мужчин (34,1%) в возрасте от 26 до 72 лет. Для определения биологического возраста (БВ) применяли цитобиофизическую методику (В.А.Шахбазов, 1985). Разницу биологического (БВ) и паспортного возраста (ПВ) определяли как темп старения (ТС). Оценка состояния сердечно-сосудистой системы осуществлялась по показателям систолического (САД), диастолического (ДАД) артериального давления и частоты пульса (ЧП).

Результаты. Проведенные исследования показали, что у лиц с преждевременным темпом старения (БВ выше ПВ не менее чем на 3 года) уровень САД в среднем составлял $141,1 \pm 5,725$ (95%ДИ: 128,6 - 153,6) мм рт.ст., что статистически значимо было выше, чем у лиц с нулевым ТС (БВ выше или ниже ПВ не более чем на 2 года) ($135,2 \pm 2,521$ (95%ДИ: 130,2 - 140,3 мм рт.ст.) и с низким ТС (БВ ниже ПВ более чем на 3 года) ($122,3 \pm 3,292$ (95%ДИ: 114,9 - 129,6) мм рт.ст.) в обеих гендерных группах ($p < 0,05$).

Значение показателей ДАД и ЧП статистически значимо не отличались в группах по уровню темпа старения с учетом гендерных различий ($p > 0,05$). При этом, значения анализируемых показателей артериального давления и частоты пульса в группах, различающихся по ТС находились в пределах допустимых референтных интервалов для данной возрастной категории обследуемых.

Выводы. Состояние периферической гемодинамики у лиц с различным темпом старения характеризовалось независимыми от гендерных различий изменениями значений лишь только по уровню систолического артериального давления ($p < 0,05$). Наибольшей уровень САД ($141,1 \pm 5,725$ (95%ДИ: 128,6-153,6) мм рт.ст.) был выявлен в группе лиц, у которых значения биологического возраста превышало паспортный на 3 года и более. Средние значения диастолического артериального давления и частоты пульса в группах с разным уровнем темпов старения не имел статистически значимых различий. Абсолютная величина выявленных изменений артериального давления и частоты пульса находилась в пределах допустимых значений для лиц определенных возрастных категорий.

Фомина А.С.

**АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЯ АКТИВНОСТИ РЕГУЛЯТОРНЫХ
СИСТЕМ У ЧЕЛОВЕКА ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНОМ
НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ**

Научный руководитель – доц. Тетюра С.М.

Широкое применение общей воздушной криотерапии в медицинской практике ставит перед исследователями задачу оценки изменений функционального состояния организма в ответ на воздействие экстремально низкой температуры. Для адекватной оценки деятельности систем регуляции в настоящее время традиционно применяется исследование вариабельности сердечного ритма (ВСР) как метод изучения вегетативного

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

баланса, исследования взаимодействия симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы.

Цель. Анализ характера воздействия низкой температуры на регуляторные функции организма человека по данным изменения интегрального показателя активности регуляторных систем (ПАРС).

Материалы и методы. Исследования были проведены на базе ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр» с использованием криокамеры «Zimmer Medizin Systeme» (Германия) в качестве объекта, создающего низкие температуры от -10°C до $-110 - 113^{\circ}\text{C}$.

В исследованиях приняло участие 141 пациент (86 женщин и 55 мужчин) в возрасте от 18 до 74 лет, которые проходили восстановительное лечение в реабилитационном отделении центра. Проведение общей воздушной терапии осуществлялось по общепринятой методике [3, 4]. Контроль за параметрами ВСР по ходу курса криотерапии осуществлялось путем регистрации RR-интервалов сердечного ритма с помощью аппаратурно-программного комплекса "Кардио +".

Результаты. На основании проведенного статистического анализа показателя ПАРС было выявлено, что исходные средние значения показателя как у женщин, так и у мужчин находились в пределах значений от $2,22 \pm 0,22$ до $2,12 \pm 0,26$ ($p > 0,05$). После курсового лечения, составляющего не менее 20 ежедневных сеансов общей воздушной криотерапии, средние значения ПАРС составили у женщин $1,57 \pm 0,5$ и $1,83 \pm 0,67$ – у мужчин.

По структуре распределения пациентов в баллах ПАРС было определено, что в группе женщин до проведения курсового криовоздействия лица с 1-2 баллами составляли 65,6 %, а с 3-4 баллами – 34,4 %. В группе мужчин исходное распределение ПАРС было аналогичным: с 1-2 баллами - 60,0%, с 3-5 баллами – 40,0%. После курса криотерапевтического воздействия структура распределения пациентов по баллам ПАРС изменилась в сторону увеличения количества лиц с оптимальным или умеренным напряжением регуляторных систем: у женщин лица с 1-2 баллами ПАРС составили 85,7%, а с 3-4 баллами – 14,3%; у мужчин – лица с 1-2 баллами составили 66,7 %, а с 3-5 баллами – 33,3%.

Выводы. Таким образом, в результате проведенных исследований было выявлено, что воздействие экстремально низкими температурами в рамках криотерапевтического восстановительного лечения приводит к уменьшению напряжения регуляторных систем, которое связано с активной мобилизацией защитных механизмов, в том числе с повышением активности симпатико-адреналовой системы и системы гипофиз-надпочечники. При этом, как среди мужчин, так и среди женщин, происходит увеличение количества лиц с оптимальным (рабочим) состоянием напряжения систем регуляции, необходимым для поддержания активного равновесия организма со средой.

МИКРОБИОЛОГИЯ, ВИРУСОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии.
Зав. кафедрой – доцент Жадинский Н. В.

Баркалова Д.С., Роженко В.Ю.

МИКРОБНЫЕ И ВИРУС-АССОЦИИРОВАННЫЕ ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Научный руководитель – доц. Николенко О.Ю.

Цель: проанализировать заболевания, вызываемые различными микроорганизмами и вирусами и их лечение на основании литературных данных.

Материал и методы. Использовано 17 отечественных и 9 зарубежных публикаций, интернет-ресурсы.

Результаты. Онковирусы являются одной из причин возникновения злокачественных опухолей. Они изменяют внутриклеточные механизмы регуляции пролиферации клетки. Онкозаболевания могут вызывать многие лимфотропные вирусы, вирусы гепатита С, герпеса, хламидии, геликобактерии, микоплазмы и др.

Папилломавирусы вызывают рак шейки матки, вирусы SV-40, вирусы герпеса 4 типа (ВЭБ) вызывают лимфому, саркому различной локализации.

Лимфомы, возникающие под действием *Helicobacter pylori*, на определенных стадиях лечат с помощью антибактериальной терапии, которая назначается пожизненно. Папилломавирусная инфекция является главной причиной цервикальной неоплазии рака шейки матки. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия представляет собой обычную и раннюю манифестацию цервикальной инфекции, вызванной вирусами папилломы человека, наиболее часто типами 16 и 18 ВПЧ.

Противовирусная терапия оказывает благоприятное влияние на течение опухолей, индуцированных вирусами папилломы, герпеса 4-8 типов, вирусом иммунодефицита и др.

В опухолях мозга обнаруживаются различные вирусы, в частности, в глиомах выявляют полиомавирусы, цитомегаловирус, которые могут также обнаруживаться в клетках рака желудка, остеомы, саркомы.

При исследовании экспрессии отдельных вирусов в опухолях мозга отмечено, что наиболее часто выявляют группу полиомавирусов, состоящих из 3 возбудителей (JCV, BKV, SV-40), затем вирус герпеса 7 типа, вирус герпеса 4 типа ВЭБ.

Вирус герпеса 7 типа наиболее часто выявляют в медуллобластомах, тогда как в других опухолях, в частности, в глиомах он обнаруживается значительно реже. ВЭБ выявляют примерно с одинаковой частотой как в глиомах, так и в медуллобластомах, в менингиомах – в 2 раза чаще. Опухоли вспомогательных органов глаза, ассоциированные с хламидией (*Chlamydia psittaci*), лечат с помощью доксициклина. У большинства больных опухоль после лечения исчезает полностью.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. При своевременном выявлении возбудителя, вызывающего онкогенные заболевания и этиотропном лечении возможно приостановить опухолевый процесс, а в некоторых случаях и добиться излечения.

Бондаренко Р.В.

УЧЕБНАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ ОБЪЯСНЕНИЯ МЕХАНИЗМА ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА

Научный руководитель – доц. Жадинский Н.В.

Важными направлениями повышения качества подготовки специалистов в высшей школе являются совершенствование содержания обучения и организации учебного процесса. Необходимо активнее внедрять новые прогрессивные методы обучения студентов с применением технических средств и наглядных материалов. Важную роль в оптимизации этого направления могут сыграть имитационные учебные модели.

Цель. В данной работе была поставлена задача имитировать процессы, происходящие при проведении иммуноферментного анализа с целью облегчить усвоение учебного материала через наглядное пояснение сущности указанного исследования, широко используемого в диагностике многих инфекционных заболеваний.

Материал и методы. Для решения поставленной задачи использована теория решения изобретательских задач (ТРИЗ), предложенная Альтшуллером Г.С. с соавт., 1989; источники литературы с описанием вариантов иммуноферментного анализа.

Результаты. Предложены устройства для демонстрации иммуноферментного анализа, которые представлены имитаторами лунки, специфического антитела, специфического антигена, меченого специфического антитела с имитатором фермента, раствора ортофенилендиамина с перекисью водорода, раствора для промывания, антивидового антитела. Конструктивные особенности имитаторов позволяют наглядно демонстрировать этапы постановки иммуноферментного анализа в двух вариантах для выявления антигена в исследуемом материале и выявления антитела в сыворотке крови обследуемого. Созданная учебная модель оказывает неоценимую помощь преподавателю, расширяя его возможности, передавая особую убедительность, образность и доходчивость в подаче материала, касающегося механизма иммуноферментного анализа. Это в свою очередь будет способствовать повышению эффективности подготовки будущих врачей по дисциплине «Микробиология, вирусология».

Вывод. Разработанная учебная модель способствует повышению эффективности обучения, так как позволяет наглядно представить этапы и механизмы иммуноферментного анализа.

Гайдук А. С.

НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ КОНФОРМАЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРИОН-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ.

Научный руководитель - асс.Власенко Е.Н.

Цель: Изучить патогенез, методы диагностики, возможные способы лечения прионных заболеваний.

Материалы и методы: Произведен анализ литературы и данных ЦНИЛ ДонНМУ.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты. Прионовые болезни – особый класс летальных нейродегенеративных заболеваний, возбудителем которых является прион - низкомолекулярный белковоподобный инфекционный агент, не содержащий нуклеиновых кислот. PrP^c - мембранный белок, кодируется геном Prnp, расположенным в коротком плече 20-й хромосомы, состоит из 254 аминокислот; участвует в эндоцитозе и катаболизме клеток, в передаче нервных импульсов, регуляции циркадных циклов покоя и активности в организме в целом. Инфицирование человека патологическим белком происходит экзогенным (недостаточное обеззараживание хирургических инструментов, проведение операций трансплантации) и эндогенным (мутация гена, отвечающего за продукцию клеточного приона) путями. После внедрения в организм, патологический белок взаимодействует с нормальным физиологическим прионом, в результате чего изменяется его пространственная конфигурация. В дальнейшем, по мере накопления конформационного белка, происходит его агрегация и образование амилоидов, что приводит к гибели клетки. Вопрос диагностики прионных болезней до сих пор остаётся открытым. Основная проблема заключается в том, что патологическая изоформа приона отличается от физиологического только пространственной конфигурацией, аминокислотный состав и последовательность идентичны нормальному клеточному протеину, поэтому наш организм воспринимает его как «свой». Иммунный ответ отсутствует и, как следствие, идентифицировать возбудителя путём серодиагностики, полимеразной цепной реакции или другими лабораторными исследованиями не представляется возможным. На сегодняшний день единственными действенными методами диагностики является биопсия мозга, особенности клинических проявлений и МРТ. По сегодняшний день прионные заболевания остаются неизлечимыми, но методика лечения активно разрабатывается. Установлено, что противовирусные лекарственные вещества, пассивная иммунизация и вакцинация не эффективны. Кортикостероиды, НРА-23 (ингибитор синтеза вирусного гликопротеида) увеличивают инкубационный период, некоторые антибиотики увеличивают продолжительность жизни больных животных. Блокаторы кальциевых каналов замедляют процесс гибели инфицированных нейрональных культур. Брефелдин А тормозит синтез PrP^{Sc} в культуре клеток, за счёт разрушения аппарата Гольджи. Блокада либо делеция гена Prnp у мышей не сопровождается негативными проявлениями и не приводит к смерти животных. Напротив, особи, лишённые данного гена, не подвергаются прионным заболеваниям, так как в составе их клеток отсутствует белок, претерпевающий конформационные изменения.

Вывод. Изучение прионов – это новая область медицинских исследований. Возможно, что знания, обретенные при изучении прионов, найдут своё применение для выяснения причин остальных нейродегенеративных заболеваний (болезнь Альцгеймера, Паркинсона и другие).

Грибов В.В., Могилевская К.Э., Игошина А.В.

ВИРУЛЕНТНОСТЬ P.aeruginosa И ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ

Научный руководитель – доц. Николенко О.Ю.

Цель: проанализировать факторы вирулентности P.aeruginosa и механизмы устойчивости к антибактериальной терапии на основании литературных данных.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материал и методы. Использовано 22 отечественных и 13 зарубежных публикаций, интернет-ресурсы.

Результаты. В отделениях интенсивной терапии *P.aeruginosa* вызывает более 15% всех инфекционных осложнений. Благоприятные условия для реализации патогенных свойств бактерий создаются при нарушении целостности кожи и слизистых (тяжелые ожоги, раны, хирургические вмешательства, установка мочевого катетера, внутривенные инъекции наркотиков), при ослаблении защитных сил организма, при подавлении нормальной микрофлоры антибиотиками широкого спектра действия.

P.aeruginosa имеет многочисленные факторы вирулентности: F или GM-1 ганглиозидным рецепторам эпителия, липополисахарид клеточной стенки, который является мощным индуктором системной воспалительной реакции, капсульный полисахарид альгинат, способствующий их защите от системы иммунного ответа организма и действия антимикробных препаратов. Синегнойная палочка имеет экзотоксины A и S, цитотоксины, гемолизины термолabile и термостабильные, протеазы, коллагеназы. Одним из факторов вирулентности присущий синегнойной палочке является феномен кооперативной чувствительности («Quorum sensing»). Его суть заключается в модификации физиологических функций бактерий при изменении их численности, в результате продукции внеклеточных сигнальных молекул (аутоиндукторов), их детекции и формирование ответной реакции нового качества. Под контролем данной системы находится синтез всех экзотоксинов, а также образование биопленки.

Биопленка представляет собой несколько слоев микробных клеток, покрытых общим гликокаликсом (полимер полисахаридной природы). Большинство клеток находится в состоянии покоя и характеризуется низкой чувствительностью к воздействию антибиотиков. Периодически возникающие очаги спонтанного размножения служат источником выделения в окружающую среду свободных микробных клеток. Распространение по внеклеточным пространствам обеспечивают секретируемые белки, обладающие ферментативной активностью: протеазы, эластаза, липаза. При любой локализации первичного очага инфекции возможно развитие бактериемии, существенно ухудшающей прогноз болезни. Блокада механизмов реализации феномена кооперативной чувствительности у *P.aeruginosa* приводит к выраженному снижению вирулентности.

Образование биопленки клиническими штаммами *P.aeruginosa* характеризуется пролонгацией стадии созревания в сроки до 2-х суток культивирования с последующим быстрым ростом биомассы к 3-м суткам и дисперсией к 4-м суткам, что связано со значительной «агрессией» указанных штаммов и их потенциальной способностью к генерализации инфекционного процесса.

Универсальность синегнойной палочке придают множественные механизмы устойчивости к антимикробным средствам:

- гиперпродукция хромосомных и плазмидных β -лактамаз;
- снижение проницаемости клеточной стенки для антимикробных средств;
- активное выведение лекарственного вещества из клетки;
- изменение структуры мишени действия.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. При назначении лечения заболеваний, вызванных *P.aeruginosa*, необходимо учитывать такие факторы вирулентности, как образование биопленки и множественные механизмы устойчивости к антибиотикам.

Киселева Д.А., Грибов В.В., Селезнев Е.А.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ИМУНОПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ

Научный руководитель – доц. Николенко О.Ю.

Цель: проанализировать особенности иммунопатогенеза и современные методы лечения бронхиальной астмы на основании литературных данных.

Материал и методы. Использовано 17 отечественных и 11 зарубежных публикаций, интернет-ресурсы.

Результаты. Изменение соотношения Th1/Th2, связанные с торможением Th1-клеток, которое проявляется снижением продукции гамма-интерферона и повышением активности Th2-клеток, проявляемым увеличением продукции IL-4, IL-13 является определяющим развитие IgE-опосредуемых аллергических реакций фактором. Взаимодействие Т-хелперных лимфоцитов с В-лимфоцитами и связанная с ним активация синтеза IL-4 способствует переключению синтеза IgM на синтез IgE. Способностью переключать синтез иммуноглобулинов на синтез IgE обладает IL-13. Доказано наличие у IL-2, IL-5 и IL-6 способности повышать продукцию IgE.

У больных с atopическими заболеваниями имеет место несостоятельность Th1-клеточной системы, степень нарушений которой обуславливает тяжесть течения atopического воспаления и приводит к снижению синтеза γ интерферона.

Существует гигиеническая теория развития бронхиальной астмы у новорожденных. Основная идея заключается в том, что иммунная система новорожденного смещена в сторону Th2 и требует своевременного и должного стимулирования для формирования сбалансированного иммунного ответа. К факторам, усиливающим Th1 можно отнести естественное инфицирование определенным спектром бактерий и вирусов, оказывающих пробиотическое влияние на характер течения бронхиальной астмы через восстановление баланса Th1/Th2 клеточных популяций. Восстановление может быть затруднено из-за частого применения антибиотиков и сопутствующего изменения кишечной флоры.

Анти- IgE моноклональные антитела – перспективный метод лечения atopической тяжелой бронхиальной астмы. Омализуб (Ксолар) – инновационный препарат, представляющий собой рекомбинантные гуманизированные моноклональные антитела с блокирующим действием на IgE. Основное показание для применения данного препарата – atopическая бронхиальная астма среднетяжелого и тяжелого течения, недостаточно контролируемая применением ингаляционных глюкокортикоидов у взрослых и детей с 12 лет.

Лечение Омализубом показано в качестве дополнения к терапии ингаляционными глюкокортикоидами в сочетании с β -2-агонистами длительного действия (а также другими препаратами для контроля бронхиальной астмы на 5-й ступени терапии согласно рекомендациям GINA 2006).

Выводы. У многих пациентов с тяжелой бронхиальной астмой невозможно достичь контроля болезни. Вследствие этого возникает необходимость поиска и

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

внедрения новых эффективных путей лечения этого заболевания на основании современных данных об иммунопатогенезе бронхиальной астмы.

Ляликов С.С., Барабаш А.Е.

БИОТЕРРОРИЗМ КАК НАРАСТАЮЩАЯ УГРОЗА БЕЗОПАСНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Научные руководители- доц. Гриценко Л.З., доц. Мишин В.В.

Цель: Проанализировать данные литературы об угрозе населению биотерроризма. Изучить статистику и определить частоту использования патогенных для человечества микроорганизмов в качестве биологического оружия. Оценить негативные последствия его применения.

Материалы и методы: Был использован статистический метод исследования, проанализировано более 50 источников отечественной и зарубежной литературы, электронные и интернет-ресурсы за последние 10 лет.

Результаты: Биотерроризм в последнее время вышел на уровень одой из самых серьезных угроз безопасности населения всех стран и может оказать губительное воздействие на здоровье людей и дестабилизировать функционирование экономики. Он является действенным «рычагом» воздействия на население и руководство стран. Биологически агрессивные (военные) формы воздействия относятся к числу самых страшных средств уничтожения человеческой цивилизации и биологического мира вообще, разработанных современными учеными, в том числе и генетиками. В отличие от обыкновенных видов вооружений биологическое оружие невозможно контролировать в полной мере, особенно, если происходит заражение территории и невозможно фиксировать распространение. Деструктивно-агрессивный и неконтролируемый потенциал биологического оружия на сегодняшний день особо привлекателен для террористов, намерения которых не отличаются добропорядочностью, готовностью решить мирным путем вопросы глобального плана и пониманием ответственности за будущее всей планеты. Поражающее действие биологического оружия проявляется не сразу, а спустя некоторое время. По оценке военных специалистов ведущим методом распространения биооружия является аэрозольный метод, ибо он позволяет внезапно и незаметно заражать биологическими средствами на больших пространствах приземные массы воздуха, местность с ее населением, технику, оборудование. Существует несколько видов генов, которые, встроившись в клетку, становятся смертоносными. Такие гены запускают внутриклеточный синтез белковых веществ, которые разрушают регуляторную и защитную системы. Такими генами являются: гены апоптоза; онкогены; гены, способные посредством включения в синтез белков вызывать аутоиммунную реакцию; гены, запускающие извращенные процессы метаболизма. При использовании генетических конструкций, идентичных фрагментам человеческого генома, доказать внешнее воздействие практически невозможно. Сейчас необходимо выработать и реализовать комплексные меры противодействию биотерроризму. Однако уже существуют способы индикации и обеззараживания, как мера предупреждения биотерроризма. Известны два метода неспецифической индикации биологических агентов - контактный и дистанционный.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. Всестороннее обеспечение биологической безопасности – одна из важнейших составляющих глобальной системы безопасности. Определенные типы биоактивного материала, со станут одними из самых легкодоступных инструментов для поддержания неустойчивости и создания атмосферы страха и социальной несостоятельности. Важнейшими средствами обеспечения биобезопасности населения являются развитие новых технологий, создание технических программ в области биологической безопасности внутри страны и активное международное сотрудничество.

Ляхимец В.А., Скрябина А.А., Могилевская К.Э.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОБИОТИКОВ И ПРЕБИОТИКОВ В МЕДИЦИНЕ

Научный руководитель – доц. Николенко О.Ю.

Цель: проанализировать эффективность пробиотиков и пребиотиков при лечении различных заболеваний на основании литературных данных.

Материал и методы. Использовано 25 отечественных и 10 зарубежных публикаций, интернет-ресурсы.

Результаты. Пробиотики используют для лечения нарушения микрофлоры кишечника. Из литературных данных известно, что положительный эффект пробиотиков в лечении дисбактериоза носит временный характер. В соответствии с основным законом Г. Ф. Хильми пробиотические микроорганизмы, выращенные искусственно и поступающие в организм в составе препарата, являются малым системным образованием, которое меняет свою структуру и через некоторое время «растворяется» в существующей экосистеме. Чем выше разница между уровнем «островной биоты» и ее окружения (микроорганизмы кишечника), тем скорее происходит деградация «островной биоты» (пробиотических микроорганизмов). Законом Г. Ф. Хильми можно объяснить факт невозможности изменения уже сформировавшейся резидентной микрофлоры у лиц с дисбиотическими изменениями кишечной микрофлоры. Индивидуальные особенности основных представителей индигенной микрофлоры, несущие отпечаток видовой специфичности организма хозяина и биотопа, из которого были выделены микроорганизмы, диктуют необходимость предварительного изучения взаимоотношения микроорганизмов и создаваемых на их основе пробиотических или синбиотических препаратов с микроорганизмами индигенной микрофлоры человека, которому планируется их назначение.

Кроме пробиотиков для профилактики и коррекции микробиологических нарушений в пищеварительном тракте используют пребиотики. Их относят к различным фармакотерапевтическим группам (пищевые волокна – целлюлоза, гемицеллюлоза, пектины; олигосахариды – 2-10 углеводных остатков природного или синтетического происхождения). Пребиотики селективно стимулируют рост и развитие нормальной микрофлоры кишечника. Лактулоза и пектин – известные и широко распространенные пребиотики. Пребиотики растительного происхождения фруктополисахариды (инулин) и фруктоолигосахариды (олигофруктоза) применяются для профилактики остеопороза. Инулин и олигофруктоза улучшают метаболизм липидов, в частности, понижают содержание триглицеридов и холестерина в сыворотке крови. У пациентов, страдающих раком и полипозом кишечника, подавляются различные маркеры, связанные с этими заболеваниями. При их применении увеличивается адсорбция некоторых микроэлементов

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

в кишечнике, особенно Ca, Fe, Mg. Ферментированные пищевые волокна на основе пшеничных отрубей (Рекицен-РД), использованные пробиотическими лактобактериями и бифидобактериями в качестве субстрата обеспечивают колонизацию, рост и размножение микроорганизмов, а также сохранение их жизнеспособности в процессе хранения в течении 14 дней при температуре $(5\pm 2)^\circ\text{C}$.

Выводы. При дисбактериозах следует стимулировать восстановление собственной микрофлоры кишечника, а не полагаться только на заместительное действие поступающих извне в кишечник пробиотических микроорганизмов, которые с неизбежностью отторгаются эволюционно сложившейся кишечной микрофлорой.

Риневич Ю.С., Игошина А.В., Смирнова А.В.,

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Научный руководитель – доц. Николенко О.Ю.

Цель: проанализировать современные методы диагностики и лечения острых респираторных вирусных инфекций на основании литературных данных

Материал и методы. Использовано 10 отечественных и 14 зарубежных публикаций, интернет-ресурсы.

Результаты. Наиболее частыми возбудителями ОРВИ являются аденовирусы, риновирусы, коронарновирусы, парагриппозные вирусы. Наряду с этим с явлениями острых респираторных заболеваний (ОРЗ) протекает инфицирование энтеровирусами, в т.ч. Коксаки А и В, реовирусами, ротавирусами, рубивирусами (вирусом краснухи), морбилливирусом (вирус кори), альфагерпесвирусом (вирусами простого герпеса 1 и 2 типа), цитомегаловирусами и рядом других. Всего клиническую картину ОРВИ могут вызывать около 200 вирусов.

Для диагностики ОРВИ применяются 1) вирусологический метод – культивирование вируса на культуре клеток (метод длительный (недели) и требующий специальных условий); 2) экспресс-метод: электронная микроскопия, иммуоферментный анализ, реакция иммунофлюоресценции, радиоиммунный анализ, полимеразная цепная реакция; 3) серологический метод: реакция связывания комплемента, реакция пассивной гемагглютинации, реакция торможения гемагглютинации. Применение на амбулаторном этапе вирусологических методов диагностики ограничено из-за их высокой стоимости, а также отсутствия выбора экспресс-тестов.

Лечение ОРВИ является комплексным и состоит из этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии.

Антивирусная терапия является ключевым звеном в комплексном лечении при гриппе. Существует два поколения противогриппозных препаратов с доказанной клинической эффективностью: блокаторы M_2 -каналов (амантадин, римантадин) и ингибиторы нейраминидазы вирусов (занамавир, осельтамавир) Новый препарат Ингавирин® представляет собой низкомолекулярный пептид, подавляющий репродукцию вируса на этапе ядерной фазы и задерживающий миграцию вновь синтезированного вируса из цитоплазмы в ядро. Препарат действует на все вирусы гриппа и других ОРВИ, а соответственно лечение или профилактику можно начинать немедленно, не дожидаясь идентификации вируса.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Для лечения также применяют рекомбинантные интерфероны: Альфарон, Гриппферон, Ингарон (применяют в виде капель) и Виферон (гель, мазь, свечи).

Индукторы интерферонов (Тилорон, Циклоферон, Кагоцел, Неовир и др.) слабоаллергенны, не приводят к образованию антител к интерферону, стимулируют пролонгированную выработку организмом собственного интерферона, хорошо сочетаются с другими препаратами и к ним не формируется вирусной резистентности.

Патогенетическая терапия при не осложненном гриппе включает: антигистаминные препараты, рутозид, аскорбиновую кислоту, препараты кальция.

Симптоматическая терапия включает противокашлевые и отхаркивающие средства. При выраженной заложенности носа необходимо применение сосудосуживающих капель в течении 5-6 суток.

Выводы. Учитывая сложности в диагностике ОРВИ для лечения необходимо выбирать препараты, действующие на большинство вирусов. В тяжелых и осложненных случаях необходимо уточнение этиотропных агентов, т.е. применение вирусологических методов диагностики.

Скрябина А. А., Киселева Д.А., Грибов В.В.

НАРУШЕНИЯ В ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЕ У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОКОНИОЗОМ ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ

Научный руководитель – доц. Николенко О.Ю.

Цель: исследовать состояние оксидантно-антиоксидантной системы у горнорабочих угольных шахт, больных пневмокониозом (Пн).

Материал и методы: обследовано 137 горнорабочих угольных шахт, больных Пн, и 47 – относительно здоровых горнорабочих угольных шахт контрольной группы. Определяли уровень диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА), активность супероксиддисмутазы (СОД) и антиокислительную активность (АОА) плазмы крови больных.

Результаты. Оксидантную систему оценивали по урону ДК и МДА у горнорабочих угольных шахт, больных Пн. Уровень ДК у больных Пн был повышен до $(2,100 \pm 0,026)$ у.е./мл плазмы крови в отличие от контроля $(1,905 \pm 0,061)$ у.е./мл плазмы крови ($S=3,35$, $pS=0,00096$). Развитие заболевания влияло на уровень ДК у больных Пн ($KW=10,01$, $p=0,0015$). В это же время ДК имели положительную корреляционную связь с развитием заболевания ($r=0,2414$, $p=0,0010$). Уровень МДА у больных Пн был повышен до $(9,57 \pm 0,14)$ мкмоль/г белка в отличие от контроля $(6,12 \pm 0,23)$ мкмоль/г белка ($S=12,50$, $p<0,001$). Развитие заболевания влияло на уровень МДА у больных Пн ($KW=80,66$, $pKW<0,001$). В то же время МДА имел положительную корреляционную связь с развитием заболевания ($r=0,6797$, $p<0,001$).

Антиоксидантную систему оценивали по показателям измерения СОД и АОА плазмы крови. СОД у больных Пн была снижена до $(0,052 \pm 0,001)$ Е/мг белка в крови в отличие от контроля $(0,067 \pm 0,002)$ Е/мг белка в крови ($S=11,84$, $p<0,001$). Развитие заболевания влияло на уровень СОД у больных Пн ($KW=84,68$, $pKW<0,001$). В то же время СОД имела положительную корреляционную связь с развитием заболевания ($r=0,8865$, $p<0,001$). АОА плазмы крови больных была снижена до $(49,76 \pm 0,46)$ % в отличие от контроля $(58,81 \pm 0,74)$ % ($S=7,87$, $p<0,001$). Развитие заболевания влияло на

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

уровень АОА плазмы крови у больных Пн ($KW=60,91$, $pKW<0,001$). В то же время АОА плазмы крови имела отрицательную корреляционную связь с развитием заболевания ($r=-0,5039$, $p<0,001$).

Выводы. При исследовании ДК и МДА в сыворотке крови больных пневмокониозом горнорабочих угольных шахт было выявлено их повышение в отличие от контроля, а активность СОД и АОА были снижены. ДК, МДА и СОД имели положительную корреляционную связь с развитием Пн, а АОА – отрицательную. Развитие Пн влияло на уровень ДК и МДА, а также на активность СОД и АОА.

Смирнова А.В., Ляхимец В.А., Риневич Ю.С.

ГЕРПЕСВИРУСЫ И ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ГОЛОВНОГО МОЗГА

Научный руководитель – доц. Николенко О.Ю.

Цель: проанализировать особенности заболеваний нервной системы и головного мозга, вызываемые герпесами, на основе литературных данных

Материал и методы. Использовано 30 отечественных и 13 зарубежных публикаций, интернет-ресурсы.

Результаты. Наиболее тяжелые осложнения инфекции вируса простого герпеса (ВПГ) затрагивают ЦНС. ВПГ-1 стоит на первом месте среди причин эндемического энцефалита. Обладая нейротропизмом, ВПГ способен вызывать поражения центральной и/или периферической нервной системы.

Следствием размножения вируса в ЦНС может быть тяжелое воспаление мозга, которое в отсутствии терапии в 70% случаев приводит к смертности больного. Выявление этиологии заболевания на ранней стадии и своевременно проведенная терапия ацикловиром позволяет значительно снизить риск осложнений и смертность больных.

ВПГ-2 также может поражать центральную и периферическую нервную систему, приводя к менингиту и менингоэнцефалиту, миелитам. На долю герпетического менингита приходится 0,5-3,0% всех серозных менингитов.

Ослабление иммунитета и реактивация латентной инфекции вируса ветряной оспы в черепно-мозговых нервных ганглиях могут привести к возникновению у больного опоясывающего лишая, частым осложнением которого является постгерпетическая невралгия.

Тяжелые осложнения вируса герпеса человека (ВГЧ-6) – менингит и менингоэнцефалит.

У 1-5% заболевших лиц инфекцией, вызванной вирусом Эбштейна-Барра (ВЭБ), могут наблюдаться поражения ЦНС (патология черепных нервов, энцефалит, поражения мозжечка, судороги). У людей с выраженной иммунной недостаточностью возможно возникновение генерализованных форм ВЭБ-инфекции с поражением центральной и периферической нервной систем (менингит, энцефалит, мозжечковая атаксия, полирадикулоневрит).

Выводы. При своевременном лечении герпетической инфекции уменьшается риск развития осложнений в виде заболеваний центральной и периферической нервной системы и головного мозга.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Спицына М.А

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКЗОТОКСИНА *CLOSTRIDIUM BOTULINUM*

Научный руководитель – доц. Сыщикова О.В.

Цель. Изучить влияние экзотоксина *Clostridium botulinum* в различных областях жизнедеятельности человека.

Материалы и методы. Анализ зарубежной и отечественной научной литературы.

Результаты. Грамположительные бактерии *Clostridium botulinum* палочковидные, с закругленными концами, полиморфны. Споры расположены субтерминально и имеют вид теннисной ракетки. Капсулы не образуют. Строгий анаэроб. Лучше всего культивируется в мясных средах с рН 7,3-7,6. Культурам свойственен запах прогорклого масла. В агаре колонии выглядят как пушинки с нитевидными отростками, а в бульоне – как компактные образования на дне. Обладает большим набором сахаролитических и протеолитических ферментов.

Для обнаружения в организме одного из 7 сероваров используют биологическую, бактериологическую пробы или метод дот-иммуноанализа. При биологической пробе диагноз считается установленным, если лабораторные животные гибнут вследствие паралича. При бактериологической пробе учитываются культурологические и биохимические свойства.

Наибольшую опасность представляет не сама бактерия, а обладающий высокой антигенной активностью, специфичностью и токсичностью, экзотоксин белковой природы. Ботулотоксин уничтожает один из белков SNARE-комплекса, с помощью которого ацетилхолин высвобождается в синаптическую щель и прерывается передача сигнала мышце о сокращении, что вызывает паралич. Смертельная доза для человека составляет 0,3 мкг.

Несмотря на то, что ботулотоксин вызывает ботулизм, он используется в различных областях, включая косметологию и медицину. Соотношение использования Ботокса в России в медицине и косметологии составляет 20:80, а в США и Европе – 80:20 из-за стоимости препарата. В косметических целях применяется разбавленный ботулотоксин серовара А, что не исключает возможности заболевания ботулизмом.

В медицине ботулотоксин используется для лечения патологических состояний, вызванных спазмом мышц (блефароспазм, цервикальная дистония, локальный мышечный спазм, гемифациальный спазм) и гипергидроза. Может использоваться в неврологии.

Автором был проведен социологический опрос, в ходе которого двум группам, разделенным по возрастному признаку в соответствии с критериями ВОЗ, было предложено ответить на вопрос: «Согласились бы Вы воспользоваться косметической услугой по омоложению при помощи Ботокса?». В первой группе (подростковый возраст) «Да» ответили 31% испытуемых, из которых 14% - мужчины. Во второй группе (средний возраст) также был 31% положительных ответов. Далее испытуемым рассказали о возможности заболевания ботулизмом вследствие этой процедуры и задали тот же вопрос. В первой группе процент положительных ответов снизился до 10%, из которых 5% - мужчины, а во второй – до 14%.

Выводы. Как показывает проведенное исследование половина людей, которая хотела бы использовать ботулотоксин в косметологических целях, даже не подозревает об автоматической возможности заболеть ботулизмом.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Терещенко Д. К.

СВОБОДНЫЕ ЭЛЕКТРОНЫ В МЕТАБОЛИЗМЕ МИКРООРГАНИЗМОВ

Научный руководитель - к.б.н. Сыщикова О.В.

Цель. Поисковые исследования механизмов вовлечения свободных электронов гальванического происхождения в метаболизм бактерий.

Материалы и методы. Систематический обзор публикаций по экстраклеточному транспорту анодных и катодных электронов.

Результаты. Катаболизм клетки есть, по сути, перемещение электронов, но только электронов, высвобождаемых в процессе окисления химических веществ. Участие свободных электронов, например, гальванического происхождения, в метаболизме бактерий стало предметом исследований, когда была обнаружена способность к экстраклеточному транспорту электронов в анаэробных условиях – DBMR (Dissimilatory Bacterial Metal Reduction). Выявлено три механизма транспорта анодных электронов: прямой перенос между Outer Membrane Cytochrome и акцептором (до 15-20 Å); опосредованный, с синтезом флавинов, поставляемых клеткой во внешнюю среду; через электропроводящие выросты – пили с проводимостью металлического типа (до 10-20 мкм). Результаты исследований DBMR легли в основу МТЭ (микробных топливных элементов) и микробных электрон-проводящих цепей.

В 2010-х обнаружено поглощение клеткой катодных электронов от твердой поверхности внешнего электрода. Экспериментально доказано, что поглощение электронов основано на быстром круговороте малых метаболитов, таких как H₂ или формиат. Фермент-опосредованный перенос электронов может играть существенную роль в усилении реакции переноса электронов, как при коррозии железа в бескислородных средах (многомиллиардные ежегодные потери), так и при биоэлектросинтезе – экологически чистая технология получения химических веществ.

В 2016 г. в University of Colorado Boulder, наноструктурированный кадмиевый теллурид CdTe-2.4, как источник электронов, настроенный на получение супероксида из молекулярного кислорода, поместили в цитоплазму клетки. В экспериментах на клинических изолятах MDR (Multi drug resistance) *Escherichia coli*, *Salmonella enterica* и *Klebsiella pneumoniae*, повышение уровня ROS (Reactive oxygen species) активированными светом наноисточниками, усиливало как бактерицидные, так и бактериостатические антибиотики для различных грамотрицательных микроорганизмов.

Выводы. Исследования механизмов вовлечения свободных электронов в метаболизм микроорганизмов открыл широкий спектр их применений. Экстраклеточный транспорт анодных электронов используется для очистки сточных вод и почв от загрязнений, а также в МТЭ для генерации электричества. Поглощение клеткой катодных электронов объясняет коррозию железа в бескислородных средах, а также открывает перспективы микробиологического электросинтеза. Регулируемое увеличение внутриклеточного супероксида путем световой активации наноисточников свободных электронов в цитоплазме клетки аддитивно, а в некоторых случаях синергически повышает эффективность антибиотиков.

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Зав. кафедрой – проф. Антипов Н.В.

Бердников М.А.

ОТСУТСТВИЕ СВЯЗИ ФАСЦИИ ТОЛЬДТА С ФУТЛЯРАМИ ЯИЧКОВЫХ ВЕН КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Научный руководитель – проф. Антипов Н.В.

Цель: определить, влияет ли связь между фасциальными футлярами яичковых вен с фасцией Тольдта на развитие варикоцеле.

Материалы и методы: 116 трупов лиц мужского пола, контрольную группу составили 25 трупов. Методы исследования включали в себя анатомическое препарирование, статистический анализ с использованием критерия хи-квадрат.

Результаты: В 58,8% случаев *v. testicularis sinistra* переходила в собственно забрюшинное пространство, имея образованный внутрибрюшной фасцией футляр. В 33,3% вариантов вена переходила с мышц таза в истонченную фасцию Тольдта. В 7,8% вена переходила с мышц таза в отростки фасциального футляра мочеточника, который был фиксирован также к разрыхленной позадибодочной фасции. С правой стороны в 61,8% *v. testicularis* проходила в клетчатке собственно забрюшинного пространства. Слабо выраженная фасция Тольдта содержала *v. testicularis dextra* в 32,3%, в 25,9% вена проходила в отростках фасциального футляра мочеточника. При определении статистической значимости влияния отсутствия связи фасции Тольдта с фасциальным футляром яичковой вены на развитие варикоцеле значение χ^2 с поправкой Йейтса составляло 23,647 (без поправки 25,283), при критическом уровне 24,19, $p < 0,01$, при этом статистической значимости влияния отсутствия связи с фасцией мочеточника на развитие варикоцеле выявлено не было.

Выводы: Отсутствие связи между фасциальными футлярами яичковых вен с позадибодочными фасциями достоверно чаще приводит к формированию варикоцеле, $p < 0,01$.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Бердников М.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ 3-D ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ КАФЕДРЫ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Научный руководитель – проф. Антипов Н.В.

Цель. Оценить влияние применения интерактивных 3-D технологий в учебном процессе на освоение материала студентами.

Материалы и методы: на практических занятиях указанной кафедры 52-м студентам медицинских факультетов предлагался разбор теоретического материала с применением программного обеспечения Visible Body, затем проводилось анкетирование и анализ полученных данных.

Результаты: на указанных подвижных анатомических 3-D моделях обосновывались и указывались границы и внешние ориентиры областей, голотопия, скелетотопия, синтопия структур областей, послойное строение, в том числе сагиттальные, фронтальные, поперечные срезы, кровоснабжение, иннервация, лимфотток, и.т.д. По итогам анкетирования 74% студентов случаев отметили лучшее восприятие учебного материала, понимание типовых ситуационных задач, путей решения поставленных преподавателем задач и усвоение практических навыков, отметили высокую информативность, наглядность передачи информации. 26 % студентов отметили улучшение собственных результатов, в том числе и оценок по итогам занятий, что подтверждается результатами оценивания.

Выводы: Несмотря на высокую стоимость, подобные приложения снижают необходимость использования табличного и трупного материала на занятиях со студентами, при этом качественно повышают улучшение восприятие информации и положительно влияют на их успеваемость.

Бердников М.А., Коломийчук А.Б., Розин А.Ю.

МЕТОДИКА ВСКРЫТИЯ СЕРДЦА С УЧЕТОМ ЕГО ТОПОГРАФИИ СТРУКТУР

Научный руководитель – проф. Антипов Н. В.

Цель: Разработать оригинальную методику вскрытия сердца для одновременного его визуального, макро- морфометрического изучения, а также определения топографии и вариантного строения его коронарных сосудов.

Материалы и методы: Исследование проведено на 20 сердцах умерших людей с обычным строением сердца, из них 6 сердец детей в возрасте до 2-х лет. Методики коронароангиографии, сечения сердца, взятие блоков для дальнейшего гистотопографического изучения модифицированы соответственно цели произведенного исследования.

Результаты: При рентгеноанатомическом изучении состояния венечных артерий сердца через канюли в устья венечных артерий сердца под давлением 100мм.рт.ст. вводили рентгеноконтрастную массу и производили съемку в трех основных проекциях: передне-задней прямой и боковых. Состояние артерий перед вскрытием оценивали на снимках, потом уточняли эти сведения при помощи макро- и микропрепарирования.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Методика вскрытия сердца обеспечивает сохранение нерассеченным фиброзный скелет сердца. Стенки камер сердца на уровне правого и левого предсердно-желудочковых отверстий и стенки аорты, легочного ствола, верхней и нижней полых вен и легочных вен на уровне их отверстий также остаются не вскрытыми. При этом сохраняются непересеченными анатомическая часть проводящей системы и главные кровоснабжающие ее сосуды.

Разработанная техника вскрытия сердца обеспечивает точное сопоставление структур сердца в местах их рассечения при вскрытии и максимальную информативность при воспроизведении анатомической сущности сердца в норме на фотографиях и особенно при пороках.

Необходимым условием достоверности результатов сопоставления прижизненной и посмертной коронарографии является выполнение посмертных рентгенограмм венечных артерий точно в тех же проекциях, в которых выполнены и прижизненные коронарограммы. Учитывая это, начинают вскрытие правого предсердия разрезом его свода от отверстий верхней полых вены до отверстия нижней полых вены параллельно и непосредственно слева от пограничной борозды и продолжают до отверстия ушка правого предсердия параллельно и прямо над правой венечной артерией. Затем вскрывали левое предсердие или правый желудочек, что зависит от задач специального исследования сердца.

Выводы: Особенности разработанной методики вскрытия сердца по сравнению с другими методиками позволяют определить ее как органосохраняющую, что можно использовать в патанатомии летальных исходов в кардиохирургии, микропрепарировании частей проводящей системы или взятия блоков для дальнейшего ее гистотопографического изучения.

Васильченко А.И., Шулик А.И., Жилиев Р.А.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДОСТУПОВ К ЛОБКОВОМУ СИМФИЗУ

Научный руководитель – доц. Жилиев Р.А.

Цель: изучение топографо-анатомических особенностей доступов к лобковому симфизу, с целью повышения эффективности лечения больных при переломах костей таза.

Материалы и методы: топографо-анатомическая оценка особенностей доступов к лобковому симфизу проводилась на 6 нефиксированных трупах людей обоего пола, умерших в возрасте от 24 до 76 лет на базе Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы ДоКТМО. Все полученные данные протоколировались, обрабатывались статистически.

Результаты: Для проведения доступа к лобковому симфизу можно использовать два доступа: поперечный или продольный. При моделировании поперечного доступа разрез кожи проводили на 2 см выше лобкового симфиза, данный разрез является более косметичным, т.к. соответствует силовым линиям натяжения. Продольный срединный разрез проводится по белой линии в надлобковой области. Белая линия разделяется продольно, разделяя две головки прямой мышцы живота. Непосредственно под брюшной стенкой находится предбрюшинная жировая клетчатка проксимально и дистально от

мочевого пузыря. При острой травме мочевого пузыря будет отходить от задней поверхности симфиза, проникая в позадилобковое пространство Ретциуса, однако в некоторых случаях может отмечаться сращение мочевого пузыря с лобковой костью, обусловленное травмой, полученной ранее, при этом заднюю поверхность симфиза необходимо освобождать осторожно. Две головки прямой мышцы живота остаются прикрепленными к передней поверхности лобкового симфиза. Ретракторы необходимо разместить над верхней поверхностью средней части лобкового сочленения с каждой стороны, чтобы отвести две головки прямой мышцы живота в боковом направлении. Отслойка надкостницы вдоль верхней части симфиза, а также верхней ветви лобковой кости завершает доступ.

При необходимости произвести доступ при переломе верхней ветви лобковой кости, или при разрыве лобкового симфиза - доступ выполняется путем отвода мышц живота в боковом направлении с помощью ретракторов. Если раннее используемый разрез не дает адекватного доступа, сухожилие прямой мышцы живота может быть пересечено вблизи его точки крепления, и доступ можно продолжить в боковом направлении. По возможности, необходимо проводить доступ к боковой части верхней ветви лобковой кости, оставаясь медиальнее наружных подвздошных сосудов. Также при выполнении доступа необходимо соблюдать осторожность с целью предупреждения повреждения запирательного нерва и артерии, которые во всех случаях находились в зоне доступа.

Завершение доступа необходимо проводить путем сопоставления двух головок прямой мышцы живота вдоль белой линии и ушивания подкожно-жировой клетчатки и кожи. Если одна головка прямой мышцы живота была пересечена или паховой канал был вскрыт, то необходимо восстанавливать их анатомическую целостность.

Выводы: 1. Поперечный доступ к лонному сочленению малотравматичен и позволяет повысить эффективность лечения повреждений лонного сочленения. 2. Продольный доступ более травматичен вследствие того, что сухожилие прямой мышцы живота пересекается вблизи мест фиксации, но данное действие позволяет произвести более широкий доступ, который используется при переломах верхней ветви лобковой кости или при разрыве лобкового симфиза.

Караман А.В.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ, ЗНАЧИМЫЕ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ

Научный руководитель – проф. Антипов Н. В.

Цель: повысить эффективность оперативной помощи пациентам страдающим геморроем 3-4 стадии, с учетом морфологических особенностей кровоснабжения прямой кишки, в частности отходящих от а. rectalis superior трех ветвей, по которым формируется corpus cavernosus recti.

Материалы и методы: Обработка данных диагностических и клинических наблюдений 128 пациентов хирургического отделения Авдеевской ЦГБ в период августа 2011 по август 2014. Из 128 человек, 48% (61) составили мужчины и 52% (67) женщины. Средний возраст обеих групп составил 41 год ± 5 лет. Из общей группы которых, у 33%

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

(42) человек, наблюдалась третья стадия геморроя и 67% (68) человек с четвертой стадией.

Морфологическая оценка кровоснабжения прямой кишки из системы верхней прямокишечной артерии на двух фиксированных трупах кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии.

Все полученные данные протоколировались, обрабатывались статистически.

Результаты: По данным клинических наблюдений при первичном осмотре выявлялось увеличение геморроидальных узлов при наружном и комбинированном геморрое, параллельно у 55% (70) человек, выполнялась ректороманоскопия, по результатам которой были выявлены геморроидальные узлы в позиции 3,7,11 часов условного циферблата. Ведущий симптом заболевания всех вышеуказанных групп является кровотечение из заднего прохода. У части пациентов узлы четко не группируются, что подтверждает о рассыпном характере кавернозных тел прямой кишки. На уровне белой линии Хилтона геморроидальные узлы прерываются, определяя границу внутренних и наружных узлов. Внутренние узлы сходны с «тутовой ягодой», и легко кровоточат, главной причиной чего, является нарушение гемодинамики, а именно артериального притока и венозного оттока крови.

A.rectalis superior, имеющая продольное направление по отношению к стенке кишки (в отличие от артерий проксимальных отделов толстой кишки) является непарной подходя непосредственно к прямой кишке, она делится на три ветви, идущие по линиям, проецирующийся на 3,7,11 часов условного циферблата, где и формируется три группы кавернозных телец.

По данным наших морфологических исследований было отмечено, что венозный отток прямой кишки происходит от двух венозных систем - нижней полой и воротной вен, далее образуется три венозных сплетения — подкожное, подслизистое и подфасциальное.

В подкожном сплетении формируются наружные геморроидальные узлы. На мышечной оболочке прямой кишки расположено подфасциальное сплетение, из которого образуются верхняя и средняя прямокишечные вены.

Максимально выражено подслизистое венозное сплетение, расположенное прямо, в дистальном отделе прямой кишки, в зоне продольных складок слизистой оболочки ампулы. Вышеуказанное сплетение и образует геморроидальную зону, венозная кровь из которой оттекает по верхней прямокишечной вене в нижнюю брыжеечную артерию, в систему воротной вены, от подкожного сплетения в систему нижней полой вены по нижним и средним прямокишечным венам.

Выводы: 1. С учётом выраженного венозного сплетения и изменённого в результате кровенаполнения при проведении оперативных вмешательств в области прямой кишки хирург должен быть предельно осторожен с целью предупреждения массивного кровотечения геморроидальных узлов.

Розин А.Ю.

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ СОСУДОВ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ХИРУРГИИ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Научный руководитель - проф. Антипов Н. В.

Цель: Провести анализ и сравнение частоты встречаемости огнестрельных ранений магистральных сосудов в различных вооруженных конфликтах.

Материалы и методы: Проанализированы истории болезней и проведены оперативные вмешательства поступивших раненых с огнестрельными повреждениями магистральных сосудов за период с июня 2014 по июнь 2015 года, а также специализированная литература. Частота ранений кровеносных сосудов в Великой Отечественной Войне не превышала 1%, в современных же локальных войнах и вооруженных конфликтах повреждения магистральных сосудов встречаются у 6-9% раненых (Гуманенко Е. К.). Такая же частота отмечается и в вооруженном конфликте на Донбассе (с 2014 года). В современных условиях, по характеру повреждения преобладают осколочные ранения. Из-за поздней эвакуации и высокой частоты раневых инфекций в мировых войнах повреждения артерий в большинстве случаев перевязывались с частотой ампутаций конечностей до 50%. В настоящее же время количество ампутаций удалось значительно снизить. Также повреждение магистральных сосудов одной из главных причин летальных исходов как на поле боя, так и на первых этапах эвакуации. Наиболее часто встречаются ранения магистральных сосудов конечностей(90%), чаще повреждаются сосуды нижних конечностей(бедренная и подколенная артерии), ранение сосудов шеи встречалось в 6,5% случаев. У 90,5% раненых были выполнены реваскуляризирующие операции, лигирующие операции были выполнены у 9,5% раненых, частота первичных ампутаций- 3,2%

Результаты: Своевременная диагностика повреждений сосудов и быстрая доставка таких раненых на этап специализированной хирургической помощи дает возможность значительно уменьшить количество первичных ампутаций и увеличивает возможности для проведения реконструктивных операций на сосудах (наложение сосудистого шва, выполнение аутовенозного протезирования).

Выводы: Повреждения магистральных сосудов является одной из основных причин смертности раненых на поле боя и на первых этапах эвакуации, а также довольно часто могут приводить к ампутациям конечностей, что требует большого внимания к данной проблеме.

Самерок С.И.

ВЛИЯНИЕ ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИИ ЗАДНЕГО ФАСЦИАЛЬНОГО ЛОЖА БЕДРА НА ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ МЕТОДИКИ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Научный руководитель – проф. Антипов Н. В.

Цель: Определить особенности кровоснабжения заднего фасциального ложа бедра. Разработать рекомендации к выполнению чрескостного остеосинтеза области верхней и средней трети бедра с учетом вариантной анатомии вен заднего фасциального ложа.

Материалы и методы: В ходе исследования были препарированы 12 трупов (5 женских, 7 мужских) в возрасте от 23 до 46 лет. Выделены сосудистые пучки заднего

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

мышечно-фасциального ложа, отмеченные особенности визуализированы контрастированием, проведено фотодокументирование. Полученные данные морфометрии обработаны в статистической программе MedStat.

Результаты: В 12 случаях (100%) глубокие вены бедра, прорободающие вены с мышечными и поднадкостничными ветвями образовывали обширное венозное сплетение расположенное в глубине заднего фасциального ложа бедра по задней поверхности бедренной кости в верхней и средней её трети. Среднее расстояние от сплетения до основания малого вертела составляет $20,4 \pm 3,5$ мм. Диаметр крупных сосудов сплетения от $6 \pm 1,4$ до $8 \pm 1,7$ мм.

Согласно методике унифицированного обозначения чрескостного остеосинтеза (МУОЧО) для уровней II-VI правого и левого бедер (верхняя и средняя треть) позиции доступности – возможности минимальной травматизации сосудисто-нервных пучков - номера 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.

При проведении чрескостного элемента через венозное сплетение возможна первичная травматизация сосуда, хроническое сдавление стенки сосуда с атрофией и риском аррозивного кровотечения, риск развития воспаления и тромбоза в венах сплетения.

Исходя из этого позиции проведения 5, 6, 7 (соответствующие проведению через заднюю поверхность бедренной кости) рекомендовано считать потенциально неблагоприятными. Оптимально использование консольных монолатеральных чрескостных элементов (стержней-шурупов, консольных спиц) в позициях 8, 9, 10, 11, 12 (соответствующих переднебоковой поверхности бедра).

Выводы: Учитывая риск травматизации венозного сплетения в области задней поверхности бедренной кости, используя МУОЧО для уровней II-VI бедра, рекомендовано проводить чрескостные элементы в позиции 8, 9, 10, 11, 12 данной методики, что снизит риск внутри- и послеоперационных осложнений и ускорит процесс выздоровления пациента.

Чайка Е.А.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. ДОСТУП ПО ПФАННЕНШТИЛЮ

Научный руководитель – проф. Антипов Н. В.

Цель: Провести анализ проведения кесарева сечения при помощи доступа по Пфанненштилю.

Материалы и методы: Использованы статистические методы исследования, проанализировано 10 источников отечественной литературы, электронные и интернет-ресурсы за последние 15 лет, истории родов пациенток ДРЦОМид.

Результаты: Кесарево сечение — наиболее распространённая операция в акушерской практике. При невозможности проведения родов естественным путем, проводится данная операция, это позволит обезопасить здоровье и жизнь малыша и мамы. Высокий процент проведения кесарева сечения связан с массовым внедрением в акушерскую практику кардиомониторного контроля и доплерометрии во время беременности и в родах.

Разрез по Пфанненштилю позволяет уменьшить послеоперационные осложнения. Правильно проведенная операция квалифицированными врачами, обеспечивает доступ ко

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

всем органам полости малого таза. Женщины, которым была проведена данная операция, находятся в больнице на 1-3 дня дольше, чем те кто рожал естественным путем.

При условии того, что операция проведена правильно, восстановительный период прошел без осложнений - через 8-10 дней пациентку выписывают.

Выводы: Кесарево сечения считают сложным оперативным вмешательством. На каждом этапе проведения операции возможны осложнения. Частота проведения с каждым днем увеличивается, В России в целом процент составил 11,3%, в 2006г. — 18,7%, а в Москве показатели были равны 17,6% и 20,1%.

Шулик А.И., Жилиев Р.А.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО - МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАСШИРЕННОГО ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО ДОСТУПА

Научный руководитель –доц.Жилиев Р.А.

Цель: Совершенствование хирургических методов и повышение эффективности лечения больных с травмами и заболеваниями костей таза тазобедренного сустава.

Материалы и методы: Морфологическая оценка расширенного подвздошно-бедренного доступа проведена в эксперименте методом моделирования доступа на 6 нефиксированных трупах людей обоего пола, умерших в возрасте от 24 до 76 лет на базе республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы ДоКТМО. Все полученные данные протоколировались, обрабатывались статистически.

Результаты: Моделирование доступа проводили разрезом от задне-верхней подвздошной ости по всей длине подвздошного гребня до передне-верхней подвздошной ости, а затем вперед, латерально и вниз на переднюю поверхность бедра. Надкостница рассекалась над подвздошным гребнем. Широкую фасцию отсекали от гребня подвздошной кости. При помощи распатора ягодичные мышцы и мышцу, напрягающую широкую фасцию, отсекали от крыла подвздошной кости, в результате чего задняя часть большой ягодичной мышцы оставалась прикрепленной к крылу подвздошной кости. Чтобы освободить мышцу, напрягающую широкую фасцию, широкую фасцию рассекали в области бедра. Разрез был продлён по всей длине для выделения мышцы, напрягающей широкую фасцию. Мышца, напрягающая широкую фасцию, фиксировалась кзади, тем самым обнажая фасцию, отделяющую ее от прямой мышцы бедра, фасции при этом рассекалась продольно. Фасцию, отделяющую прямую мышцу бедра от латеральной широкой мышцы бедра, также рассекали продольно. После чего под вышеуказанными фасциями выделялись передние, огибающие бедренную кость артерии и вены, которые лигировались и пересекались. После чего апоневротические волокна, прикрывающие переднюю поверхность большого вертела - рассекались. Затем продолжали отделять большую ягодичную мышцу от крыла подвздошной кости в заднем и дистальном направлениях до большой седалищной вырезки. Стоит отметить, что к большой седалищной вырезке прилегают ягодичный нерв и сосуды, которые легко повреждаются при нарушении техники проведения доступа. Пересекали сухожилия малой и средней ягодичных мышц, грушевидной мышцы, внутренней запирательной мышцы и близнецовых мышц. Так же следует отметить, что экцизия возвратного сухожилия прямой мышцы улучшает обзор верхней части суставной капсулы. Осмотр внутренней подвздошной ямки возможен при отделении косых мышц живота от подвздошного

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

гребня, так же как при отделении портняжной мышцы и бедренной дуги от передне-верхней подвздошной ости. Разрез может быть продолжен кзади и кнутри по направлению к крестцово-подвздошной поверхности и к верхней апертуре таза. Рассечение прямого сухожилия прямой мышцы бедра в месте его прикрепления к кости обеспечивает максимальный обзор передней колонны вертлужной впадины.

Выводы: 1. Расширенный подвздошно-бедренный доступ может применяться как альтернативный доступ к наружной поверхности тазовой кости, к всей боковой поверхности крыла подвздошной кости, всей ретроацетабулярной поверхности и внутренней части тазобедренного сустава после капсулотомии вдоль вертлужной впадины.

2. При выполнении данного доступа следует соблюдать осторожность при вскрытии большой седалищной вырезки, чтобы не повредить верхний ягодичный нерв и сосуды.

ФГАОУ ВО “Российский Университет Дружбы Народов”
Медицинский Институт, г. Москва, Россия
Кафедра Оперативной хирургии и клинической анатомии им.
И.Д.Кирпатовского
Зав. кафедрой - проф. Протасов А.В.

Курихин И.В. Горшунцова Е.М.

ВЫБОР ПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА ПРИ КОРРЕКЦИИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Научный руководитель - доц. Титаров Д.Л.

Лучшим вариантом восстановления проходимости пищевода при атрезии считают использование сегментов собственного пищевода. Однако это не всегда осуществимо из-за длины дефекта или осложнений после первичной эзофаго-эзофагопластики. Альтернативой служит эзофагопластика целым желудком или выкроенной из него трубкой, фрагментом толстой или тощей кишки. Единого мнения насчет оптимального выбора замещающего органа нет.

Цель: обобщить результаты исследований, оценивающих результаты эзофагопластики при атрезии пищевода различными материалами.

Материалы и методы: анализ 15 серий наблюдений, описывающих виды эзофагопластики в педиатрии. Дети разделены на группы оперированных впервые или повторно. Виды операций: еюно- и колопластика, пластика пищевода желудочным стеблем и возведе желудка в грудную полость. Параметры сравнения - летальность, частота послеоперационных осложнений (несостоятельность и сужение анастомоза, некроз трансплантата).

Результаты: тонкокишечный трансплантат применяется редко ввиду особенностей кровоснабжения. Не всегда удаётся дотянуть петлю кишки до культи пищевода. Общее число наблюдений составило 25 случаев, несостоятельность анастомоза отмечалась в 7 из них (28%), стриктура - в 1 (4%). Послеоперационная летальность составила 8%. Достоинства метода: нет несоответствия диаметров, трансплантат дает пропульсивную перистальтику. Недостаток - метод трудоёмкий.

Колоэзофагопластика ранее имела широкое применение. Преимущества - достаточная длина и прямолинейная форма трансплантата; изъятие трансплантата не приводит к существенным функциональным нарушениям. Недостатки - ригидность трансплантата и вялая перистальтика. Всего описано 188 случаев колопластики в связи с атрезией пищевода. Осложнения: некроз трансплантата - 7 случаев (3,7%), сужение - 19 случаев (10,1%), несостоятельность анастомоза - 17 случаев (9%). Летальность составила 5,3%.

После работ Spitz за рубежом самой распространенной заменой прямого эзофаго-эзофагоанастомоза стала гастропластика. Описано 237 пациентов с атрезией пищевода, у которых для реконструкции был использован возведённый в грудную клетку желудок. Состоятельность шва контролировалась особенно тщательно, учитывалось даже не требующее лечения подтекание, регистрируемое только рентгенологически. Оно

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

отмечалось в 39 случаях (16,5%). Также отмечался стеноз - 45 случаев (18,9%). Зато некрозу подвергся лишь 1 (0,4%). Летальность составила 5,9%. Возведение желудка может выполняться лапароскопически. Описано 24 таких операции по поводу атрезии пищевода. Основные осложнения: подтекание - 5 (20%) и сужение - 2 случая (8,3%). Преимуществом метода является раннее восстановление образа жизни.

В качестве метода эзофагопластики предлагают пластику выкроенной из большой кривизны желудка трубкой, но серия наблюдений, касающихся атрезии пищевода, еще мала.

Выводы: достоверной разницы между гастро- и колоэзофагопластикой не выявлено. Выбор операции зависит от умений хирурга. За рубежом предпочитают гастропластику.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Кафедра патологической анатомии
Зав. кафедрой - проф. Василенко И.В.

Буренкова К.Ю.

НЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПАПИЛЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Научный руководитель - доц. Колесникова И.А.

Цель: Анализ и изучение морфологических особенностей биоптатов шейки матки с дисплазией при папилломовирусной инфекцией (ПВЧ).

Материалы и методы: Материалом для исследования послужили инцизионные биопсии шейки матки (2591), взятые при кольпоскопии у больных гинекологического отделения ДОКТМО в возрасте от 20 до 50 лет за период с 2013 по 2017 гг. Все кусочки ткани шейки матки были фиксированы в 10% водном растворе нейтрального формалина, изготавливались серийные парафиновые срезы и окрашивались гематоксилином и эозином. Для удобства статистического анализа больные были разделены на 4 группы: 1гр.- 20-30 лет, 2гр.- 31-40 лет, 3гр.- 41-50 лет, 4 гр.- более 50-ти лет.

Результаты: Дисплазия многослойного плоского эпителия шейки матки-патология строения, дифференцировки и созревания клеток, морфологически проявляющаяся гипер- и паракератозом, акантозом, нарушением слоя эпителиального пласта и полярности расположения клеток. При этом происходит изменение размеров и формы ядра, увеличение ядерно- цитоплазматического индекса, возникновение митозов преимущественно в базально- и парабазальных слоях. Для определения степени выраженности дисплазии используется классификация Richart (1968), согласно которой слабая дисплазия обозначается как CIN I (цервикальная интраэпителиальная неоплазия), умеренная- CIN II, тяжелая- CIN III. В категорию CIN III входит и преинвазивный рак. Неоспоримым этиопатогенетическим фактором считается инфекция, вызываемая вирусом папилломы человека. ВПЧ обладает цитопатическим действием, вызывая койлоцитоз клеток с признаком ядерной атипии. По данным нашего исследования было выявлено, что среди всех возрастных групп за 5 лет выявлено 200 (7,7%) случаев дисплазии из общего количества биопсии шейки матки, которые сопровождалась наличием койлоцитов- в 118 (59%) случаях, что говорит о поражении ВПЧ. Так наиболее часто неопластические изменения шейки матки встречалась в возрасте от 20 до 40 лет (1 и 2 группы), причем в этих возрастных группах чаще изменения были в виде CIN II и CIN III (до 30% случаев) с наличием в многослойном плоском эпителии койлоцитов (до 40% случаев). Исходя из результатов исследования становится понятным тот факт, что дисплазия шейки матки является довольно распространенным явлением. Отмечаются высокие показатели поражения шейки матки у женщин репродуктивного возраста, что свидетельствует об опасности для молодых особ, планирующих беременность.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы: Таким образом, данное исследование подтвердило влияние ВПЧ на развитие диспластических процессов в шейке матки, что соответствует данным мировой литературы. В сложных диагностических случаях необходимо иммуногистологическое исследование ткани шейки матки.

Владимирова Д.С., Глянцев С.С., Глянцев В.С., Рязанцев А.А.
**МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ БЕСПЛОДИИ**

Научный руководитель - проф.Василенко И.В.

Цель: Проблема бесплодия является одной из наиболее острых в современной репродуктологии. Тема исследования недостаточно проработана в современной медицинской литературе, что дополнительно обуславливает ее актуальность и научную значимость иммуногистохимической характеристики эндометрия у пациенток с бесплодием.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов гистологического и иммуногистохимического исследования пациенток с бесплодием. Показанием к выполнению гистероскопии с морфологическим и иммуногистохимическим обследованием эндометрия являлось несоответствие эхографической картины фазе цикла, отсутствие его структурности, нечеткость контуров. При гистероскопии оценивали состояние слизистой цервикального канала; форму и размеры полости матки; наличие или отсутствие деформации полости; высоту, равномерность и окраску эндометрия, наличие или отсутствие очаговой патологии эндометрия; визуализацию устьев маточных труб и их состояние; в некоторых случаях было возможным визуализировать наличие эндометриозных ходов. У женщин в репродуктивном возрасте, эндометриоз может быть первичной причиной бесплодия. В матке в норме эндометрий четко отграничен от миометрия. Но по не выясненной причине у женщин участки эндометрия с железами, становятся изолированными и располагаются глубоко в миометрии. Под микроскопом обнаруживают гнезда типичной стромы эндометрия, имеющие неправильную форму, содержащие или не содержащие железы, располагающиеся в толще миометрия и удаленные на 2—3 мм от базального слоя слизистой оболочки. Если эти гнезда участвуют в менструальном цикле, то со временем это может привести к бесплодию. В большинстве случаев микроскопическое распознавание эндометриоза не вызывает проблем. Оно основано на наличии триады признаков: желез и стромы эндометрия, а также отложений гемосидерина.

Результаты: Изучение генеративной функции у женщин репродуктивного возраста показало, что эндометриоз – не только препятствует беременности, но и является фактором повышения риска ее прерывания на ранних сроках. Высокий процент выкидышей при этом заболевании обусловлен двумя факторами:

- повышение сократительной активности миометрия, что вызвано усиленным образованием простагландинов в очагах эндометриоза;
- частой сопутствующей недостаточностью лютеиновой фазы.

Выводы: Анализ полученных результатов позволяет нам сделать вывод, что лечение женщин с бесплодием вследствие эндометриоза возможно только в виде

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

симптоматической терапии, направленной на купирование выраженных симптомов при данном заболевании, таких как кровотечение и боль, вследствие приёма антифибринолитиков и нестероидных противовоспалительных. Учитывая выше сказанное, преимущественным лечением пациенток с эндометриозом является хирургическая операция, после перенесения которой процент рецидива остаётся достаточно высоким до 50%. Обязательным пунктом в обследовании женщин с патологией эндометрия является гистероскопия как достоверный и доступный метод оценки состояния эндометрия.

Калиновская Я.Д., Клеванова Е.В.

ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РАКА ЛЁГКИХ

Научный руководитель – проф. Василенко И.В.

Цель: Выявить и изучить взаимосвязь между показателями иммуногистохимии у пациентов с раком лёгких.

Материалы и методы: Литература о раке лёгких, литература о иммуногистохимии, стекла и маркеры иммуногистохимии больных раком лёгких.

Альциановый синий; Маркеры: виментин, десмин, глиальный фибриллярный кислый протеин, CK18, α гладкомышечный актин,

Е-кадгерин, AE1 и AE2, D2 (40), Cerb2, Bcl-2, S100, Ki67, CD3, CD4, CD8, CD18, CD20, CD31, CD34, CD45, CD68.

Результаты: В наши дни исследования иммуногистохимии проводятся для определения отсутствия или наличия в клетках различных точек приложения. Данный анализ и показатели исследований позволяет выявить и изучить тканевое строение, происхождение и структуру тканевых и клеточных элементов, выявить какую-либо патологию, установить точный диагноз (в клинике), увидеть ответные реакции на лечение, и, по необходимости, откорректировать методики лекарственной терапии.

Нами были изучены несколько случаев рака лёгких. В результате сравнения материалов мы собрали данные, которые подтверждают важную роль иммуногистохимии в медицине.

Выводы: При гистогенетическом изучении микропрепаратов пациентов, больных раком лёгких, с помощью специфических маркеров, были выявлены опухолевые клетки, клетки, не соответствующие типичному строению лёгких, а также, расшифрован состав иммуноклеточного инфильтрата. В обоих случаях обнаружались клетки железистого эпителия, десмин, виментин, α гладкомышечный актин и т.д. (в норме в ткани лёгкого не должны присутствовать). Исследование позволяет определить патологические признаки, соответствующие определённому заболеванию. Т.е. иммуногистохимия, основанная на реакции антиген плюс антитело, способствует постановке точного диагноза, выявлению этиологии опухолевых клеток, заключению о характере клеточного инфильтрата, а также изучению иммунной реакции организма в ответ на антиген. Это подтверждает важность, актуальность и преимущества данного метода исследования в области медицины.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Косов А.А., Погребняк Т.И.

МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

Научный руководитель - проф. Шевченко Т.И.

Цель: Разработать простой, надежный, доступный для повседневного практического использования экспресс-метод дифференциальной диагностики фазы развития патологического процесса для индивидуального выбора метода лечения пациентов с болезнью Пейрони.

Материалы и методы: Материалом исследования послужили 30 оперативно удаленных фиброзных бляшек у пациентов с болезнью Пейрони.

Результаты: Единственным приемлемым критерием для разделения наблюдений на группы оказались результаты поляризационнооптического исследования фиброзной бляшки. При исследовании гистологических препаратов фиброзных бляшек, окрашенных гематоксилином и эозином, в обычном свете не было выявлено никаких принципиальных различий их строения. В гистологических препаратах, изготовленных с применением рутинных гистологических, гистохимических, иммуногистохимических методик, были изучены количественные характеристики васкуляризации, клеточности, интенсивности и качественного состава клеточных инфильтратов в самой фиброзной бляшке и по её периферии.

В первой группе наблюдений (яркое двойное лучепреломление фиброзной ткани бляшки) доминирующими являются признаки острого иммунопатологического процесса ввиду преобладания в составе клеточной популяции тканевых базофилов и плазматических клеток, являющихся эффекторами реакций гиперчувствительности немедленного типа.

Во второй группе наблюдений (слабое двойное лучепреломление) преобладают В-лимфоциты, которые не дифференцируются в плазматические клетки, а также Т-лимфоциты и макрофаги, которые обеспечивают реализацию реакций гиперчувствительности замедленного типа.

Выводы: Поляризационнооптическое исследование биоптата фиброзной ткани бляшки может быть использовано в качестве экспресс-метода диагностики, позволяющего с высокой степенью достоверности определить стадию и степень активности патологического процесса при болезни Пейрони, решить вопрос о целесообразности и эффективности хирургического лечения конкретного пациента.

Утверждение основывается на том, что с различиями поляризационнооптической картины фиброзной ткани бляшки коррелируют такие параметры тканевой архитектоники как степень васкуляризации, пролиферативной активности мезенхимальных и иммунокомпетентных клеток, качественный состав клеточного инфильтрата.

Наиболее важным является определение этих характеристик по периферии фиброзной бляшки на границе ее с пещеристой эректильной тканью, поскольку именно эта область служит зоной роста, новообразования соединительной ткани, о чем свидетельствует преимущественная локализация в этих участках виментин-положительных фибробластов.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Немченко М.М.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКСОМЫ СЕРДЦА

Научный руководитель - доц. Колесникова И.А.

Цель: Установить морфологические особенности миксомы сердца, провести статистический анализ с целью диагностики и дифференциальной диагностики миксомы сердца.

Материалы и методы: Были изучены 22 случая миксом сердца, оперативно удаленных в ДоКТМО и ИНВХ им. В.К. Гусака с 2011 по 2017 года. Опухоли были исследованы микроскопически при окраске гематоксилином и эозином для выявления характерных веретенновидных клеток, по Ван-Гизону для выявления мышечных и коллагеновых волокон, при окраске суданом III для выявления липидов.

Результаты: Миксома сердца — истинная доброкачественная, наиболее часто встречаемая опухоль сердца, большинство случаев диагностики которой являются спорадическими, а этиология до сих пор остается точно неизвестной.

Данная опухоль чаще встречалась у женщин (15 случаев, или 68%) старше 45 лет (100%), что можно объяснить поздним обращением за врачебной помощью при нарастании симптомов хронической сердечной недостаточности. Частота встречаемости заболевания (по данным ДоКТМО и ИНВХ им. В.К. Гусака) составила 0,04% (22 случая на 53960 аутопсий).

По данным ВОЗ миксома чаще локализуется в левом предсердии в области овальной ямки (89,3%), реже в правом предсердии (7,5%) и очень редко может располагаться в левом или правом желудочках (1,4%). Все миксомы, по данным аутопсий ДоКТМО и ИНВХ им. В.К. Гусака, локализовались в левом предсердии. Новообразования определялись в виде одиночного или множественных узлов округлой формы, слизистой, мягко-эластической консистенции, красно-коричневого цвета, размеры в среднем варьировали от 2 до 5 см. К ткани сердца прикреплялись с помощью ножки. При микроскопии гематоксилином и эозином определялось небольшое количество клеток, в частности характерных веретенноподобных и гигантских клеток с оксифильной или слабобазофильной цитоплазмой. При окраска по Ван Гизону вокруг клеток - скопления многочисленных коллагеновых волокон. При окраске суданом III определялись липидные включения в цитоплазме.

Кардиальные опухоли — достаточно редкая патология, 50% из них приходится на миксому сердца, доброкачественное, не рецидивирующее новообразование. Также миксому следует дифференцировать с миксоподобными заболеваниями, пороками сердца (особенно митральным стенозом), другими полиповидными опухолями (ангиосаркомой, липомой и др.) и пристеночными тромбами в стадии организации.

Выводы: По данным исследования выяснили, что миксомы сердца, в основном, локализируются в левом предсердии. Опухоль поражает чаще женщин старше 45 лет, хотя встречается практически в любом возрасте, в том числе и у детей от 8 лет. Опухоль не метастазирует и может не вызывать клинических проявлений, однако опасна своими осложнениями.

Пшеничный Б.С.

НЕЙРОБЛАСТОМА У ДЕТЕЙ: МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И СТАТИСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Научный руководитель – доц. Колесникова И.А.

Цель: Установить морфологические и статистические особенности различных типов нейробластомы (НБ) у детей путем гистологического, иммуногистохимического и статистических исследований.

Материалы и методы: Было проанализировано 24 наблюдения, как на секционном материале, так и оперативно удаленных нейробластом у детей за период с 2010 по 2013 г. Все опухоли были изучены микроскопически при окраске гематоксилином и эозином, в сложных диагностических случаях проведено иммуногистохимическое исследование с маркерами: S100, S100A6 (Calcyclin), нейрофиламенты (NF), хромогранин, синаптофизин, нейронспецифическая энолаза (NSE). Для статистического анализа пациенты разделены на 6 возрастных группы: 1 группа – дети до 1 года; 2 группа – дети от 1 до 2 лет; 3 группа – от 2 лет до 4; 4 группа – 5 – 7 лет; 5 группа – от 8 до 11 лет; 6 группа – старше 11 лет.

Результаты: Нейробластома (симпатогониома, симпатобластома) — незрелая опухоль из симпатических нервов, развивается из нейробластов, мигрировавших на ранних этапах эмбриогенеза из нервного гребешка. По Международной классификации патологии нейробластомы (INPC) выделяют следующие подтипы: недифференцированный (нейропиль в опухоли четко не распознается), плохо дифференцированный (опухоль состоит из менее 5% ганглиоподобных дифференцированных клеток), дифференцированный (опухоль состоит из более чем 5% ганглиоподобных дифференцированных клеток). Среди всех изученных нами опухолей у детей за период 2010 – 2013 нейробластома занимала 3-е место после саркомы и нефробластомы и составила 18%. Выявлена мужская доминанта: в 67% опухоль выявлена у мальчиков, тогда как у девочек всего в 33% случаев. Наиболее часто НБ развивалась в 1 возрастной группе – 8 случаев (33%), на втором месте – 4 группа – 6 случаев(25%), и 3 группа – 6 случаев(25%), на третьем месте – 6 группа – 3 случая(12%). По локализации НБ забрюшинного пространства составила 15 случаев (63%), заднего средостения – 5 случаев (21%), шеи справа – 2 случая (8%), правого надпочечника – 1 случай (4%), брюшной полости – 1 случай (4%). Микроскопически в 11 случаях (46%) наблюдался недифференцированный тип опухоли, в 10 случаях (42%) – плохо дифференцированный, в 3 случаях (12%) – дифференцированный тип НБ.

Выводы: Таким образом, НБ является наиболее частой экстракраниальной солидной опухолью детского возраста, составляя 7–7,8% от всех злокачественных новообразований (ЗН), что соответствует данным литературы. Микроскопическое строение нейробластомы сложно и отражает процесс созревания опухоли. В большинстве случаев для точной верификации диагноза необходимо проведение ИГХ-исследования.

Скороход А. М.

АМЕБИАЗ КИШЕЧНИКА (СОБСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Научный руководитель - доц. Пискунова Н.В.

Цель: Изучить клинико-морфологические проявления амебиаза кишечника.

Материалы и методы: анализ наблюдения амебиаза кишечника.

Результаты: Амебиаз - протозойная болезнь человека, вызывается *Entamoeba histolytica*, с развитием геморрагически-язвенного колита, частым осложнением которого являются абсцессы различных органов. Заражение происходит алиментарным путем инцистированными амебами, защищенными от действия желудочного сока особой оболочкой, которая расплавляется в слепой кишке, где и наблюдаются обычно наиболее выраженные изменения. Заболевание встречается в странах с жарким климатом, поэтому случай амебиаза в ДНР представляет интерес, являясь очень редкой патологией.

У больного 78 лет на основании жалоб, объективного и лабораторного обследования в клинике диагностирован криптогенный цирроз печени. При вскрытии обнаружен хронический амебиаз кишечника. В стенке слепой кишки глубокая язва с подрытыми краями диаметром 2см, края и дно черного цвета, подлежащим инфильтратом глубоких слоев кишки, представленным серовато-белесоватыми крошковатыми массами. При микроскопическом исследовании в слепой кишке - глубокая хроническая язва с крупным гнойно-некротическими очагами, расплавлением ткани и выраженным отеком, наличием амебных цист и множественных мелких кальцификатов. В печени картина хронического гепатита со значительным количеством сегментоядерных лейкоцитов в инфильтрате, начальными признаками цирроза. Амебиаз кишечника явился причиной хронического гепатита с начальным циррозом печени и последующим развитием печеночно - почечной недостаточности. Имеется расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов. Так как, при жизни больного основное заболевание не выявлено, адекватное лечение не проводилось, что привело к смерти больного.

Выводы: Таким образом, данное наблюдение представляет большой практический интерес, знание этой патологии необходимо врачам всех специальностей для своевременной диагностики его и правильного лечения.

Сорокопуд Е.П.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЛЕГКОГО

Научный руководитель – проф. Василенко И.В.

Цель: анализ результатов иммуногистохимического исследования рака легкого.

Материалы и методы: Срезы после парафиновой проводки окрашивались гематоксилином и эозином, применены иммуногистохимические методы исследования с использованием моноклональных антител к CD-3, CD-4, CD-20, CD-8, CD-34, CD-68, D2-40, C-erbB-2 Cyt-18 Ki-67, S-100, Vimentin, хромогранину А, высокомолекулярному цитокератину (HMW). Оценивали количество опухолевых клеток в препаратах и их процентное соотношение с остальным клеточным материалом.

Результаты: Метод световой микроскопии позволил в наблюдении определить гистологический тип опухоли, который соответствовал мелкоклеточному раку. В препаратах с клеточным материалом отмечалось наличие мелкоклеточного рака легкого с

характерными опухолевыми клетками, тесно прилежащими друг к другу. Опухолевые клетками мелкоклеточного рака легкого располагались небольшими группами, скоплениями и цепочками; ядра располагались в клетке эксцентрично и занимали большую часть цитоплазмы, имели овальную или круглую форму; хроматин ядер интенсивно окрашен, сетчатый, мелкопетлистый; цитоплазма скудная, базофильная; нуклеолы плохо просматриваются. Уточняющие иммуногистохимические реакции с CD-3, CD-4, CD-20, CD-8, CD-34, CD-68, D2-40, CerbB-2 Cyt-18 Ki-67, S-100, Vimentin, хромогранином А, высокомолекулярным цитокератином (HMW) использовали для дифференциальной диагностики, что позволило повысить ее точность, а также оценить реакцию иммунной системы на опухоль. Так для мелкоклеточного рака легкого отмечалась отрицательная реакция с высокомолекулярным цитокератином (HMW), но она необходима для диагностики плоскоклеточного рака, что очень важно в ходе дифференциальной диагностики для возможности подбора индивидуальной терапии пациентам с местнораспространенным и метастатическим раком легкого, у которых цитологический материал, полученный при бронхоскопии из мокроты или плевральной жидкости являлся единственно доступным морфологическим материалом для исследования.

Выводы:

1. В результате выполненной работы установлено, что использование иммуногистохимического исследования материала рака легкого с наличием достаточного количества клеток опухоли является полноценным высокоинформативным материалом для повышения точности диагностики.
2. Иммуногистохимическое выявление Т и В лимфоцитов, макрофагов, позволит оценить иммунную реакцию организма на опухоль.
3. Использование результатов анализа подобного иммуногистологического исследования материала рака легкого позволит индивидуализировать терапию пациентам с опухолевым процессом.

Швороб Д.С.

ОРГАНОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНЫХ МАКРОФАГОВ. РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Научный руководитель – проф. Шевченко Т.И.

Цель: Описать качественные и количественные характеристики сердечных макрофагов. Доказать важность наличия сердечных макрофагов в проводящей системе сердца, а также их роль в регуляции сердечной деятельности.

Материалы и методы: Проведен аналитический обзор последних достижений в изучении органоспецифических функций сердечных макрофагов. Изучены протоколы патологоанатомического исследования 10 больных с аритмиями.

Результаты: Строение сердца всегда казалось относительно однотипным – сократительные, проводящие кардиомиоциты, окруженные вспомогательными клетками: эндотелиоцитами, фибробластами и макрофагами. Было неясно, находятся макрофаги по всему сердцу однородно или скапливаются только в проводящей системе сердца. С помощью конфокальной микроскопии было обнаружено, что пейсмекерные и проводящие кардиомиоциты в АВ-узле часто переплетались с макрофагами, а их количество было

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

примерно таким же, как во всем левом желудочке. На наличие соединений между макрофагами и кардиомиоцитами точно указывают данные иммунофлюоресцентной микроскопии, с помощью которой были выявлены точечные коннексин 43-содержащие щелевые контакты. Их преимущество состоит в способности распространять электрический импульс и координировать синхронное сокращение сердечной мышцы. О способности проведения электрического импульса на мембране сердечного макрофага указывал более отрицательный потенциал покоя, чем у одиночных клеток, а также синхронно возникающий потенциал действия, при возникновении импульса на связанном кардиомиоците. У связанных с макрофагами кардиомиоцитов скорость реполяризации также возрастает, причем чем с большим числом макрофагов связан кардиомиоцит, тем быстрее он реполяризуется. Эти изменения в итоге облегчают проводимость по АВ-узлу. В эксперименте, при удалении сердечных макрофагов в АВ-узле, полная блокада развивалась на третий день. Инъекции лекарственных препаратов не устраняли блокаду АВ-узла, что означало, что данная блокада не была результатом нарушения вегетативной регуляции сердца. Вышеперечисленные данные свидетельствуют о том, что сердечные макрофаги АВ-узла участвуют в дополнительных коннексин 43-независимых задачах, которые могут быть связаны с проводимостью.

Выводы: Клинически блокада АВ-узла является общим показанием к постановке кардиостимулятора, однако до сих пор 60% случаев АВ-блокады происходят по неизвестным причинам. Изучение функции сердечных макрофагов в обеспечении нормальной сердечной проводимости, создание математической модели прогнозирования может помочь в правильной интерпретации патологии заболеваний и создании новых терапевтических стратегий, которые сосредоточены на модулировании макрофагов.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Кафедра патологической физиологии
Зав. кафедрой - проф. Крюк Ю.Я.

Беспалов А.С., Пономаренко Т.В.

ПАТОЛОГИЯ ВЫРАБОТКИ АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ ОЖОГАХ

Научный руководитель – доц. Стрельченко Ю.И.

Альдостерон является одним из главных веществ, оказывающих влияние на поддержание водно-солевого гомеостаза. В связи с чем невозможно заняться изучением ожоговой патологии, не сказав о её взаимосвязи с альдостероном.

Цель: поиск теоретического обоснования влияния альдостерона на организм при термических повреждениях, ожогах.

Материалы и методы: изучение отечественной и зарубежной научной литературы, белые беспородные крысы-самцы с поверхностными ожогами.

Результаты: С учетом современных представлений о механизмах регуляции инкретии альдостерона можно считать, что причиной увеличения инкретии его корой надпочечников в периоде ожогового шока является падение объема циркулирующей плазмы и объема внеклеточной жидкости. Однако в силу проведенных экспериментов, говорить о постоянном и абсолютном повышении альдостерона во время ожога пока рано, ввиду некоторых затруднений по отношению к индивидуальному выбросу адреналина в ответ на стрессовую ситуацию организма и его воздействия на надпочечники, а так же к подсчётам и практическим вычислениям.

Выводы: Таким образом, при нанесении ожога на тело, происходит утрата организмом определённых минералов, в связи с болевым эффектом и стрессом оказанным на организм - выработка адреналина, воздействие на надпочечники, включение РААС, для гомеостаза организма, задержка и ускоренная выработка в организме Na и K, для поддержания водно-солевого баланса, который, нарушается при термическом поражении.

Воронцова К.В., Волк Е.В.

ЭЛЕКТРОТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ (ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

УЗ «Брестская областная больница», г. Брест, Республика Беларусь

Кафедра патологической физиологии, зав. кафедрой – проф. Висмонт Ф. И.

Научный руководитель - доц. Чантурия А. В.

Постоянно растущее использование электроэнергии создаёт условия для учащения случаев поражения электрическим током – электротравмы. Число пострадавших от электричества составляет 2-3 человека на 100 000 населения в год.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Электрический ток, взаимодействуя с телом человека, способен вызывать ряд патологических изменений в работе различных систем: нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной. Патогенез этих нарушений достаточно сложный. Имеют место комплексные и сочетанные повреждения, возникают глубокие ожоги, которые часто являются причиной инвалидизации и смерти.

Цель: Выявить и изучить особенности клинической картины у пациентов с электротравмой.

Материал и методы. Были проанализированы 53 медицинские карты стационарных пациентов ожогового отделения и отделения реанимации и интенсивной терапии УЗ «Брестская областная больница» в период с 2014 по 2017 годы включительно. Полученные результаты были обработаны методами непараметрической статистики.

Результаты и их обсуждение. Среди выбранных медицинских карт у 23 пациентов установлена электротравма со специфическими клиническими проявлениями и формированием электрических петель тока.

Выявлено: наличие меток тока (точки входа и выхода электрического тока), преобладание изменений со стороны нервной системы (ретроградная амнезия, кратковременная потеря сознания и судороги во время получения травмы, развитие энцефалопатии), системы крови (сгущение крови, повышение количества альбуминов, увеличение концентрации глюкозы), и, особенно, сердечно-сосудистой системы (изменения ЭКГ и УЗИ сердца: тахикардия, аритмия, экстрасистолия, ишемия, очаги гипокинеза, нарушения проводимости и реполяризации, блокады, гипертрофия).

Пик изменений со стороны сердечно-сосудистой системы и системы крови отмечается на 2-3 день после получения травмы. У оставшихся 27 пациентов имели место электротермические ожоги пламенем кожных покровов различной степени и глубины поражений. 3 пациента, пострадавших от воздействия электрического тока, погибли в отделении реанимации в результате возникновения и нарастания симптомов полиорганной недостаточности.

Выводы: 1. Электрический ток, имеющий способность превращаться в другие виды энергии, обладает значительным повреждающим действием на организм. 2. Отмечается комплексность и полисистемность повреждающего действия. 3. Среди патологических изменений в исходе электротравмы на изученном материале, наряду с глубокими ожогами, установлено преобладание отклонений со стороны центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы и системы крови.

Дёмочкина Е.А.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА

Научный руководитель - доц. Стрельченко Ю.И.

На сегодняшний день современная медицина сочетает в себе поиск инновационных технологий и внедрение уже существующих методик и инструментария с целью повышения качества медицинского обслуживания. Применение в кардиологической практике МР-томографа - одного из самых эффективных методов диагностики в различных направлениях медицины - не является исключением.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Цель: проанализировать целесообразность использования МРТ в диагностике сердечных патологий.

Материалы и методы: данные исследований пациентов на базе кардиохирургического отделения ДОКТМО, изучение отечественной и зарубежной научной литературы.

Результаты: Обзор тематических медицинских источников позволяет выделить МРТ-методику как уникальную возможность достоверного исследования центрального органа сердечно-сосудистой системы, оценивая не только его морфологию, но и функциональные свойства, сопряженные с различного рода патологиями. Среди достоинств данного метода исследования выделяются следующие: отсутствие ионизационной нагрузки на пациента и медицинского работника, неинвазивность, постобработка данных о состоянии органа, возможность оценки кровотока без применения контраста, детализация клапанных структур. В то же время имеются и некоторые недостатки, такие как наличие ряда противопоказаний (присутствие в организме исследуемого искусственного водителя ритма, металлических пластин) и относительно высокая стоимость.

Возможности МРТ находят свое применение в диагностике кардиомиопатий, миокардитов, ИБС, выявлении патологий клапанного аппарата сердца а также новообразований в самом органе.

Выводы: МРТ сердца существенно повышает точность диагноза, может с успехом применяться в кардиохирургии в послеоперационном периоде, расширяет возможности исследования, однако не может претендовать на первостепенный метод в постановке диагноза ввиду ряда своих особенностей.

Дудка М.Р., Шаповалов А.С.

ИЗМЕНЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПОЛЯРИЗОВАННОГО СВЕТА ПРИ ОЖГОВОМ ПОВРЕЖДЕНИИ

Научный руководитель – доц. Пищулина С.В.

Цель: Изучить особенности цитокинового профиля при воздействии поляризованного света у животных с экспериментальным ожоговым повреждением.

Материалы и методы: Моделирование дозированного ожога производилось открытым пламенем на половозрелых беспородных крысах-самцах. Все экспериментальные исследования проводили с соблюдением требований Хельсинской декларации, принятой Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации (2008 г.). Воздействие поляризованного света осуществлялось аппаратом Биоптрон-компакт (Zepher-Bioptron AG, Швейцария). Животные были разделены на группы: контрольную группу составили 15 интактных животных, 1-ю экспериментальную группу составили 35 животных, которых наблюдали в течение 14 суток после моделирования ожогового повреждения, 2-ю группу составили 35 животных, которые после термического повреждения подвергались воздействию поляризованного света. В сыворотке крови животных изучали уровень цитокинов ИЛ-1, ИЛ-8, ФНО- α , а также матриксной металлопротеиназы ММР-9 и ингибитора ТИМР-1 ().

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты: При термической травме быстро запускается воспалительный процесс вследствие взаимодействия между поврежденными клетками эпидермиса, резидентными макрофагами, эндотелиальными клетками и фибробластами. Свидетельством активной реакции является резкий рост уровня провоспалительных цитокинов. У животных обеих экспериментальных групп после нанесения термического повреждения повысился уровень провоспалительных цитокинов ИЛ-1, ИЛ-8 и ФНО- α . Однако динамика цитокинов отличалась как в течение периода наблюдения, так и в экспериментальных группах. Наиболее значительным повышением ИЛ-1 у животных 1-й группы характеризовались 3-7 сутки наблюдения – до 225 % ($p < 0,05$), пик повышения ИЛ-8 также наблюдался на 7-е сутки, в то время как уровень ФНО- α имел наибольшие значения в течение 1-х суток наблюдения с последующим снижением. У животных 2-й экспериментальной группы существенных отличий от 1-й группы в динамике цитокинов в течение 1-х суток не наблюдалось, но в последующем периоде наблюдения был отмечен менее значительный прирост цитокинов. Так при использовании поляризованного света у животных наблюдалось возвращение уровня ИЛ-8 и ФНО- α к контрольным значениям уже на 10-е сутки, Уровень ИЛ-1 оставался повышенным на 51,5 % по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$), но на 58 % был ниже значений 1-й экспериментальной группы ($p < 0,05$). Состояние межклеточного матрикса изменяется как в ходе термического повреждения, так и в последующем при развитии процессов вторичной альтерации, экссудации и пролиферации. Матриксные металлопротеиназы выделяются под воздействием цитокинов различными клетками: нейтрофилами, макрофагами, эндотелиоцитами. Уровень ММР-9 был повышен после термической травмы у животных обеих экспериментальных групп, но в последующем наблюдался дальнейший рост ММР-9 у животных 1-й экспериментальной группы, с превышением в 2,7 раза на 7-е сутки наблюдения. ТИМР-1 специфический ингибитор ММР-9, повышение его уровня наблюдалось также уже с 1-х суток наблюдения. От степени повышения матриксных металлопротеиназ зависит не только степень деградации межклеточного матрикса, но и активность регенераторных процессов, ангиогенез. Чрезмерное повышение ММР-9 не способствует быстрому заживлению, повышение ТИМР-1 направлено на предупреждение чрезмерного повышения ММР-9, усиливающего деструктивные процессы в зоне повреждения.

Выводы: Проведенные исследования показали, что использование поляризованного света при экспериментальном ожоговом повреждении уменьшает степень активности провоспалительного цитокинового каскада, что проявляется нормализацией регенеративных процессов в том числе и путем регуляции ММР-9 и ТИМР-1.

Мельник И.В.

ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ОЖГОВОЙ ТРАВМЕ

Научный руководитель - доц. Пищулина С.В.

Цель: изучить нарушения со стороны ЦНС при экспериментальном ожоговом повреждении.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы: исследование проводилось на беспородных крысах-самцах, интактная группа – 10 особей, экспериментальные группы по 10 животных: 1-я группа без использования поляризованного света, 2-я группа с воздействием поляризованного света с помощью аппарата «Биоптрон-компакт». Все эксперименты были выполнены с соблюдением правил, соответствующих Европейским принципам по защите животных при проведении экспериментов (Страсбург, 1985).

Результаты: анализ полученных данных показал, что в 1-е сутки после ожоговой травмы наблюдается угнетение когнитивных функций в обеих экспериментальных группах в сравнении с интактными животными, уменьшение количества пересеченных квадратов на 72,5 % ($p < 0,05$) - в 1-й и 72 % ($p < 0,05$) - во 2-й группе, количество осмотренных отверстий снизилось на 82,9 % и 76,4 % ($p < 0,05$ в обоих случаях), норковый рефлекс (НР) удлинился в 1-й группе в 3,5 раза, а во 2-й – в 1,8 раза ($p < 0,05$), а количество удачных входов в рукава уменьшилось в 4,3 раза ($p < 0,05$) в 1-ой и в 3,2 раза ($p < 0,05$) во 2-й группе. Но уже с 3-го дня показатели ориентировочно-двигательной активности (ОДА) стали существенно отличаться в экспериментальных группах: количество пересеченных квадратов и осмотренных отверстий начинают в 1-ой группе снижаться на 61,6 % ($p < 0,05$) и 64,2 % ($p < 0,05$), а во 2-ой лишь на 48,6 % ($p < 0,05$) и 56,9 % ($p < 0,05$) от контрольной группы. НР в 1-ой группе превышал значения контрольной группы на 81,5 % ($p < 0,05$), тогда как во 2-ой группе – на 39,9 % ($p < 0,05$). Данные восьмирукавного радиального лабиринта (ВРЛ) в 1-й группе были меньше контрольных значений в 3,3 раза, а во 2-ой группе – в 2 раза ($p < 0,05$). К концу 1-ой недели данные ОДА были снижены на 54,5 % ($p < 0,05$) в 1-ой группе, а во 2-ой – на 31,7% ($p < 0,05$). Длительность НР оставалась повышенной и превышала контрольные показатели на 61,1% ($p < 0,05$) в 1-ой группе и на 26,2% ($p < 0,05$) во 2-ой группе животных. Количество удачных входов в рукава достигло в 1-ой группе 46,7% ($p < 0,05$) и во 2-ой – 83,1% ($p < 0,05$). На 10-е сутки количество пересеченных квадратов составило 53,6 % в 1-ой группе и 82,6 % во 2-ой группе по сравнению с контрольным уровнем, количество осмотренных отверстий составило 50,4% от контрольных значений в 1-ой группе и достигло исходных значений во 2-ой группе животных. НР превышал контрольные показатели на 42,8 % ($p < 0,05$) в 1-ой группе и на 15,1 % во 2-й группе. Количество успешных входов в ВРЛ в 1-ой группе составило 55,8% ($p < 0,05$) от контрольных значений, а во 2-ой практически вернулось к норме, достигнув 96,1%. Через 14 суток после ожоговой травмы показатели ОДА практически достигли контрольного уровня в обеих экспериментальных группах. Исследования НР к концу второй недели в 1-ой группе оставались повышенными лишь в 1-й группе животных – на 20,8 % ($p < 0,05$). Показатели ВРЛ в 1-ой группе достигли 63,6 % ($p < 0,05$) от исходных, а во 2-ой нормализовались, достигнув 98,7%. При ожоговом повреждении наблюдается реализация стрессовой реакции и активация свободно-радикального окисления. Комплексное воздействие на нейроны болевой импульсации, оксидативного стресса, микроциркуляторные нарушения вероятно и обуславливает наблюдаемые изменения в ЦНС.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы: под воздействием поляризованного света снижается интенсивность повреждающих факторов, что способствует более раннему восстановлению неврологического статуса.

Москалева А.В., Мышкина Н.А., Ситдилов И.И.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ФАРМАКОПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва", Медицинский институт, г. Саранск, Российская Федерация.

Кафедра нормальной и патологической физиологии с курсом гигиены, заведующий кафедрой – к.м.н., доц. Русейкин Н.С.; научный руководитель – д.м.н. Власова Т.И.

Введение. В основе ишемической болезни сердца (ИБС) лежит ишемия, приводящая к мембранеструктурным процессам (МДП), одним из механизмов которых является перекисное окисление липидов (ПОЛ). Выраженность МДП от активности антиоксидантной системы (АОС), потенциал которой определен генотипом.

Цель. Выявление генетических факторов риска ИБС, на основании чего разработка схем лечения и профилактики осложнений ИБС.

Материалы и методы. В основу работы положены исследования 80 пациентов с ИБС (42 больных с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения (СН); 38 больных с диагнозом: ИБС. Инфаркт миокарда (ИМ)). За контрольные значения взяты результаты исследования 20 здоровых добровольцев. Об активности ПОЛ судили по определению в плазме крови содержания первичных и вторичных продуктов ПОЛ. Активность АОС изучали, путем определения активности ферментов АОС: супероксиддисмутазы (СОД), каталазы и глутатионпероксидазы (ГП). Полиморфизм генов ферментов АОС изучали при помощи ПЦР.

Были выделены пациенты с генетически обусловленной предрасположенностью к тяжелому течению ИБС, из которых сформировали 2 группы: I - контрольная (n=19); II - основная (n=19). Пациентам II группы, помимо стандартной терапии, проводимой пациентам I группы, вводили парентерально реамберин.

Результаты. Было выявлено достоверное усиление ПОЛ при разных формах ИБС, более выраженное у пациентов, перенесших ИМ. Изучение активности СОД выявило ее достоверное снижение относительно контроля, более выраженное у пациентов с ИМ, по сравнению с больными СН. Достоверных отличий в активности каталазы и ГП в группах пациентов с различной степенью тяжести ИБС выявлено не было.

Наиболее значимой мутацией в гене SOD2, кодирующем СОД, является замена (С47Т), снижающая активность фермента. Выявлено, что частота встречаемости патологического аллеля С47Т (Ala16Val) в группе больных ИБС на 45 % ($p < 0,05$) выше показателей контроля, причем у пациентов с ИМ мутантный аллель встречался достоверно чаще, чем у пациентов со СН. Участие мутантного аллеля гена каталазы и ГП в формировании патологического фенотипа при ИБС не подтверждено.

Применение реамберина способствовало повышению активности АОС у пациентов с тяжелыми формами ИБС, что выражалось в повышении активности СОД и ГП плазмы

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

крови, снижении интенсивности ПОЛ относительно группы сравнения. На конечном этапе наблюдения регистрировали уменьшение показателей продуктов ПОЛ до уровней, сопоставимых с группой пациентов без генетически обусловленной слабости АОС.

Выводы. Риск развития тяжелых форм ИБС, таких как ИМ, повышается при наличии мутаций в гене СОД. Результаты исследования применения реамберина в терапии ИБС свидетельствуют о рациональности и необходимости дополнения существующих схем терапии пациентов с ИБС метаболическими препаратами с целью снижения выраженности явлений ПОЛ и МДП в организме как профилактики развития ИМ, что особо значимо для пациентов, имеющих генетически обусловленный дефект АОС.

Пономаренко Т.В., Стрельченко Ю. И.

НОВЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Научный руководитель - доц. Стрельченко Ю.И.

Часто встречающиеся нарушения менструального цикла ($68 \pm 9,39\%$ анкетированных женщин) и, как следствие, – развитие бесплодия в связи со стрессовой ситуацией нашего региона, обусловленной военной обстановкой.

Цель: Усовершенствовать патогенетическую диагностику нарушений менструального цикла с помощью построения диагностических алгоритмов, отображающих физиологические, а также патофизиологические механизмы менструального цикла.

Материалы и методы: анкетирование 50 женщин и ретроспективный анализ 50 историй болезней женщин с нарушениями менструального цикла.

Результаты: В результате анкетирования мы получили следующие показатели, а именно: 72% женщин предъявляли жалобы на неправильный характер менструаций, на боли различной локализации (в том числе болезненность молочных желёз), нарушение мочеиспускания, 68% жаловались на появление отёчности, 52% - на слабость, сонливость, повышенную утомляемость, 48% - на раздражительность, 20% на появление жажды и 8% жаловались на диспепсические расстройства. Среди женщин 24% имели в анамнезе болезни половых органов и 76% - экстрагенитальную сопутствующую патологию.

В целом, $68 \pm 9,39\%$ [ДИ: 24-72] опрошенных женщин имели жалобы, опосредованно указывающие на нарушения менструального цикла.

В связи с этим, мы провели ретроспективное исследование историй болезней и выявили у женщин дисбаланс показателей лабораторных анализов. И получили: 68% случаев повышение уровня Пролактина, 72% - Простагландинов, 76% - Альдостерона, 52% - дисбаланса содержания витаминов и микроэлементов. В 76% историй было зафиксировано повышение артериального давления.

В целом, нарушения показателей лабораторных анализов наблюдалось у $68,8\% \pm 4,45\%$ женщин.

Проведя непараметрический анализ полученных жалоб, клинических и лабораторных исследований (так как выборка отличалась от закона нормального распределения, Критерий W Шапиро-Уилка, $W = 0,774$, мы установили, что $70 \pm 6,97\%$

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

[ДИ: 52-72] обследованных и опрошенных женщин города Донецка имеют нарушения менструального цикла.

После этого мы провели корреляционный анализ по Спирмену и обнаружили следующие корреляции: повышенный уровень пролактина положительно коррелировал с жалобами на раздражение ($R=1$), болезненность молочных желез ($R=0,635$) и отёками ($R=0,548$), повышенный уровень простагландинов положительно коррелировал с болями ($R=1$), нарушениями менструации ($R=0,533$) и диспепсическими проявлениями ($R=0,475$), повышенный уровень Альдостерона положительно коррелировал с полиурией ($R=0,477$), жаждой ($R=0,546$), астенией ($R=0,457$) и повышением артериального давления ($R=1$).

Выводы: На основании жалоб, клинических и лабораторных исследований, что позволило нам впервые описать патогенез нарушений менструального цикла, а также установленных корреляций, - мы построили диагностические алгоритмы, позволяющие установить патогенетический диагноз. Данный алгоритм позволит подобрать индивидуальную патогенетическую коррекцию нарушений менструального цикла.

Ситдиков И.И., Аль-Кубайси Ш-А.С., Москалева А.В.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ТРОМБОГЕМОМОРРАГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва", Медицинский институт, г. Саранск, Российская Федерация.

Кафедра нормальной и патологической физиологии с курсом гигиены, заведующий кафедрой – к.м.н., доц. Русейкин Н.С.; научный руководитель – д.м.н. Власова Т.И.

Острый тяжелый панкреатит (ОТП) занимает одно из ведущих мест в структуре ургентной патологии. Отчасти, тяжесть патологии обусловлена высокой частотой развития тромбогеморрагических осложнений (ТГО).

Цель. Установить роль полиморфизма генов GРIІа и РАІ-1 в патогенезе коагулемических расстройств при ОТП, оценить эффективность метаболического препарата ремаксол в коррекции данных патологических явлений.

Материалы и методы. Основу работы составляют исследования 60 больных с ОТП. За контрольные значения взяты результаты исследования 45 здоровых добровольцев. Изучали полиморфизм генов GРIІа и РАІ-1 с помощью ПЦР. Состояние коагуляционно-литической системы плазмы крови осуществляли, используя тромбозластограф TEG® 5000 (USA). Была сформированы группы пациентов с ОТП: I (n=15) – аллель С GРIІа, традиционная терапия; II (n=14) – аллель С GРIІа, дополнительные инфузии ремаксол; III (31) – группа пациентов с генотипом ТТ GРIІа (без мутантного аллеля), традиционная терапия.

Результаты. Выявлено, что частота встречаемости аллеля С гена GРIІа рецептора, который располагается на тромбоцитарной поверхности и увеличивает агрегацию тромбоцитов, повышая риск развития тромбозов, была на 32% выше у больных с ОТП по сравнению с контролем. Также выявлено, что носители мутантного генотипа (5G/4G и

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

4G/4G) гена PAI-1 (белка-ингибитора активатора плазминогена) при ОТП встречаются достоверно чаще (на 35% по сравнению с группой контроля).

По данным тромбоэластографии у пациентов с ОП наблюдались выраженные изменения системы гемостаза в виде гиперкоагулемии (по сравнению с нормой увеличение R (реактивное время) на 43,2-59,3% ($p<0,05$), МА (максимальная амплитуда - отражает тромбоцитарную активность) – на 19,1-24,9% ($p<0,05$) и др.) и угнетения фибринолиза (снижение EPL по сравнению с нормой на 39,1-79,2 % ($p<0,05$), что указывает на низкую скорость лизиса тромба и риск развития тромбоза). Выраженность данных изменений была большей в выборке генетически ассоциированных пациентов.

Данные изменения коррелировали с усилением липидмодифицирующих процессов в плазме крови и в тромбоцитах при достоверном снижении их собственной антиоксидантной защиты и были более выраженными у генетически-ассоциированных пациентов.

При использовании стандартной комплексной терапии был зарегистрирован медленный регресс коагулемических расстройств преимущественно у пациентов III группы.

Применение ремаксола достоверно способствовало выраженному улучшению всех изученных нами показателей системы гемостаза уже со 2-3 суток терапии у пациентов II группы в сравнении с I группой.

Выводы. Наличие мутантных аллелей генов GPIIb и PAI-1 можно считать факторами риска прогрессирования ОТП и формирования ТГО. В патогенезе коагуляционных нарушений важную роль играет изменение липидного метаболизма тромбоцитов. Включение ремаксола в традиционную терапию способствовало снижению патологических изменений в системе гемостаза у генетически-ассоциированных пациентов.

Чепелев С.Н., Висмонт Ф.И.

ДИСТАНТНОЕ ИШЕМИЧЕСКОЕ ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МИОКАРДА ИШЕМИЕЙ И РЕПЕРФУЗИЕЙ У КРЫС С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь
Кафедра патологической физиологии,
Заведующий кафедрой – проф. Висмонт Ф.И.

Цель. Выяснение эффективности дистантного ишемического preconditionирования (ДИПК) при ишемии и реперфузии миокарда у крыс с гиперлипидемией (ГЛЕ).

Материалы и методы. Исследование выполнено на 39 наркотизированных белых крысах-самцах массой 225 ± 25 г, разделенных на 4 группы: Контроль_{Ф.Р.} ($n=7$), Контроль_{ГЛЕ} ($n=11$), ДИПК_{Ф.Р.} ($n=7$), ДИПК_{ГЛЕ} ($n=14$). ГЛЕ моделировалась однократным интрагастральным введением 10% р-ра холестерина на оливковом масле в дозе 10 мл/кг в течение 10 дней, крысам без ГЛЕ вводился 0,9% р-р NaCl (Ф.Р.). Для наркотизации животных внутрибрюшинно вводился тиопентал натрия в дозе 50 мг/кг. Крысы с помощью аппарата ИВЛ переводились на искусственное дыхание. ЭКГ регистрировалась

во II стандартном отведении. Острая коронарная недостаточность у крыс моделировалась по методике, описанной С.Clark et al. (1980). Грудную клетку вскрывали в IV межреберном промежутке. После 15 мин стабилизации гемодинамики выполняли 30-мин. окклюзию левой коронарной артерии путем ее механического пережатия фишкой. ДИПК осуществляли путем 15 мин окклюзии обеих бедренных артерий за 25 мин до 30 мин острой ишемии миокарда. У животных определялась зона риска с помощью в/в введения в левую яремную вену 0,5 мл 5% р-ра синьки Эванса. Затем сердце извлекали, замораживали и разрезали на 6 поперечных срезов. Срезы взвешивали и сканировали с обеих сторон. Для идентификации зоны некроза срезы помещали в 1% р-р трифенилтетразолия хлорида (20 мин, 37°C), после чего сканировали и определяли отношения площади зоны некроза ко всей зоне риска. Для оценки антиаритмического эффекта ДИПК подсчитывалась общая длительность аритмий при ишемии-реперфузии миокарда. Полученные результаты обрабатывались в программе Statistica 10. Значения $p < 0,05$ рассматривались как достоверные.

Результаты. С учетом выживаемости крыс после коронарной окклюзии для последующего анализа было отобрано по 7 животных: Контроль_{Ф.Р.} (n=7), Контроль_{ГЛЕ} (n=7), ДИПК_{Ф.Р.} (n=7), ДИПК_{ГЛЕ} (n=7). Продолжительность аритмий при ишемии-реперфузии миокарда у крыс были следующими: в группе Контроль_{ГЛЕ} – 316 (137; 563) с, ДИПК_{ГЛЕ} – 48 (31; 80) с ($p < 0,05$), Контроль_{Ф.Р.} – 198 (14; 239) с, ДИПК_{Ф.Р.} – 30 (3; 133) с ($p < 0,05$), таким образом у крыс с ГЛЕ и без ГЛЕ ДИПК оказывало выраженный антиаритмический эффект. Размеры зоны некроза миокарда левого желудочка были следующими: в группе Контроль_{ГЛЕ} – $38 \pm 4\%$, ДИПК_{ГЛЕ} – $46 \pm 4\%$, Контроль_{Ф.Р.} – $46 \pm 4\%$, ДИПК_{Ф.Р.} – $19 \pm 1\%$ ($p < 0,01$), что указывает о наличии противоишемического эффекта ДИПК у крыс без ГЛЕ.

Выводы. ДИПК не эффективно в плане ограничения размеров зоны некроза в миокарде левого желудочка при ишемии и реперфузии миокарда у крыс с ГЛЕ, но эффективно в плане снижения длительности аритмий.

Чепелева Е.Н., Висмонт Ф.И.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ, ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭНДОТОКСИНЕМИИ У КРЫС

Белорусский государственный медицинский университет,

Минск, Республика Беларусь

Кафедра патологической физиологии,

Заведующий кафедрой - профессор Висмонт Ф.И.

Цель. Выяснение особенностей функционального состояния печени, липидного обмена и терморегуляции при бактериальной эндотоксинемии у крыс.

Материалы и методы. Опыты проведены на 40 крысах массой 200 ± 20 г. Эндотоксинемия моделировалась путем однократного внутрибрюшинного введения бактериального липополисахарида (ЛПС) – эндотоксина E.Coli (серия O111:B4, «Sigma», США) в дозе 2,5 мг/кг. Через 24 ч. после введения ЛПС у животных проводилось измерение ректальной температуры электротермометром «Microlife» и сразу после декапитация крыс проводился забор крови, после чего извлекалась печень. Выполнялось

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

определение ее массы и органно-весового коэффициента (масса органа / масса тела). В сыворотке крови проводилось определение общего холестерина (ОХ), холестерина (ХС) ЛПВП и ХС суммарной фракции ЛПНП+ЛПОНП с использованием реакции Либермана–Бурхарда. Расчет содержания ХС суммарной фракции ЛПНП+ЛПОНП осуществлялся по формуле $\text{ХС ЛПНП+ЛПОНП} = \text{ОХ сыворотки крови} - \text{ХС ЛПВП}$. Определение коэффициента атерогенности (K_a) проводилось по формуле $K_a = \text{ХС ЛПНП+ЛПОНП} / \text{ХС ЛПВП}$. Тяжесть поражения печени оценивалась по активности в сыворотке крови АЛАТ, АсАТ, отношению АЛАТ к АсАТ и показателю тимоловой пробы. Значения $p < 0,05$ рассматривались как достоверные.

Результаты. Установлено, что введение животным ЛПС приводит к повышению ректальной температуры у крыс на $2,3^\circ\text{C}$ (с $36,7 \pm 0,15^\circ\text{C}$ до $39,0 \pm 0,1^\circ\text{C}$ ($p < 0,01$)), увеличению АЛАТ в сыворотке крови на 41,2% ($p < 0,01$), соотношения активности АЛАТ/АсАТ на 45,51% ($p < 0,01$) (с $0,57 \pm 0,05$ до $0,82 \pm 0,04$ ($p < 0,01$)), показателя тимоловой пробы на 101% (с $1,97 \pm 0,32$ до $3,96 \pm 0,34$ ед. ($p < 0,01$)), массы печени на 22% (с $7,83 \pm 0,39$ г до $9,55 \pm 0,32$ г ($p < 0,01$)) и ее органно-весового коэффициента на 24% (с $0,025 \pm 0,001$ до $0,031 \pm 0,001$ ($p < 0,01$)).

Выявлено, что при бактериальной эндотоксинемии изменяется содержание ХС различных классов ЛП. Уровень ХС ЛПВП в крови у крыс понижался на 19,71% (с $1,37 \pm 0,06$ до $1,10 \pm 0,07$ ммоль/л ($p < 0,02$)), содержание ХС ЛПОНП+ЛПНП повышалось на 52,38% (с $0,63 \pm 0,04$ до $0,96 \pm 0,04$ ммоль/л ($p < 0,01$)), K_a возрастал на 97,87% (с $0,47 \pm 0,04$ до $0,93 \pm 0,7$ ($p < 0,01$)). Увеличение K_a было обусловлено увеличением содержания ХС ЛПНП+ЛПОНП ($r = 0,93 \pm 0,08$, $p < 0,01$), чем уменьшением ХС ЛПВП ($r = -0,73 \pm 0,16$, $p < 0,01$).

Выводы. Бактериальная эндотоксинемия у крыс, вызванная введением бактериального ЛПС, сопровождается повышением температуры тела, повреждением печени (увеличением массы печени; повышением активности АЛАТ, соотношения активностей АЛАТ/АсАТ в сыворотке крови и показателя тимоловой пробы), снижением содержания ХС ЛПВП, повышением уровней суммарной фракции ХС ЛПОНП+ЛПНП в сыворотке крови и коэффициента атерогенности.

Черствая Е.В., Чепелев С.Н.

ГЕМОГЛОБИНОПЕНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ (ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Кафедра патологической физиологии, зав. кафедрой – проф. Висмонт Ф.И.

Цель. Проанализировать показатели красной крови и влияние на них основной сопутствующей патологии у беременных с гемоглобинопеническими состояниями (ГПС).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 157 историй родов на базе УЗ «б-я городская клиническая больница» (г. Минск) за 2017 год. В исследование было включено 126 женщин со сроком беременности от 258 до 291 дней и уровнем Hb в крови ниже 110 г/л. Контрольную группу составила 31 женщина аналогичных сроков беременности и уровнем Hb более 110 г/л, без гестоза и сопутствующей патологии. У всех женщин анализировалось содержание эритроцитов (RBC) и гематокрита (Ht) в периферической крови. Беременные женщины с ГПС были разделены на 3 группы в

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

зависимости от уровня Hb (1-я группа – 110-100 г/л, 2-я – 99-90 г/л, 3-я – 89-80 г/л). Статистический анализ данных проводился в программе «Microsoft Excel 2013». Данные представлены в виде среднего арифметического и ошибки среднего арифметического ($M \pm m$). Результаты считались статистически значимыми при значениях $p < 0,05$.

Результаты. При анализе показателей красной крови установлено, что в опытной группе содержание Hb составило $97,26 \pm 5,2$ г/л, RBC – $3,67 \pm 0,26 \times 10^{12}/л$, Ht – $34,05 \pm 2,25\%$, в контрольной группе уровень Hb был $114,87 \pm 4,88$ г/л, количество RBC – $4,28 \pm 0,20 \times 10^{12}/л$, Ht – $40,15 \pm 1,48\%$. Таким образом, беременные женщины с ГПС имеют более низкие значения гемоглобина, эритроцитов и гематокрита по сравнению с группой здоровых беременных женщин.

Среди обследованных беременных женщин с ГПС была выявлена следующая сопутствующая патология: отечный синдром, наблюдавшийся у 12,7% пациенток, многоводие, которое встречалось у 9,5% беременных, хронические заболевания, выявленные у 11,9% пациенток.

При оценке распространенности сопутствующей патологии у беременных женщин с ГПС установлено, что многоводие в 1-й группе встречалось в 6,1% случаев, во 2-й – в 10,1%, в 3-й – в 25,0% случаев. Частота встречаемости отечного синдрома также выше у пациенток 3-й группы и составляет 25,0% (в 1-й и 2-й группах – 14,3% и 10,1% соответственно).

Выводы. У беременных женщин с ГПС по сравнению с группой здоровых беременных женщин чаще наблюдаются отечный синдром, многоводие и сопутствующие хронические заболевания.

Шамрова Е.А., Слестников Е.Д., Гладкова О.Н., Щанкин Е.Г.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЭРИТРОЦИТОВ И ПЛАЗМЫ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева»,
г. Саранск, Россия

Кафедра нормальной и патологической физиологии с курсом гигиены
Заведующий кафедрой: Русейкин Николай Сергеевич, к.м.н., профессор
Научный руководитель: Шамрова Елена Александровна, к.м.н., доцент

Многочисленными исследованиями показано, что у больных сахарным диабетом выявляются гемореологические нарушения, в частности, гипервязкость крови. Вязкость крови обусловлена действием ряда факторов, таких как агрегация и деформируемость эритроцитов, и вязкость плазмы.

При ранних формах сахарного диабета обычно наблюдается увеличение на 10-20% вязкости крови за счет увеличения вязкости плазмы, а на втором этапе, характерном для фазы декомпенсации сахарного диабета, резко выражено ухудшение реологических свойств эритроцитов (1). Утолщение сосудистых стенок и ухудшение текучести крови приводят к развитию гипоксии в тканях.

Особый интерес представляют немедикаментозные методы воздействия на кровь с целью улучшения ее показателей.

Цель исследования: изучить изменения реологических свойств эритроцитов при их отмывании 0,9 % раствором NaCl и свойств плазмы при ее сорбции донорскими

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

эритроцитами *in vitro* у больных сахарным диабетом с гнойно-некротическими осложнениями.

Материалы и методы. В опыте рассматривалось влияние отмывания на динамику процессов агрегации эритроцитов, изменение их деформационной способности и осмотической резистентности.

Коэффициент агрегации (доля агрегированных эритроцитов) и степень агрегации (параметр, связанный с размерами агрегатов) определялись методом Ашкинази И. Я. в модификации Левтова В. А. (2) в их исходном состоянии (для неотмытых эритроцитов в неочищенной плазме) и в конечном состоянии для отмытых эритроцитов в очищенной методом эритросорбции (3) плазме.

Деформируемость эритроцитов определяли методом фильтрации суспензии эритроцитов через систему отверстий малой величины (4).

Вязкость плазмы оценивали капиллярным методом Оствальда в модификации автора (5).

Результаты. Более половины больных исследуемой группы имели 3-4 степени агрегации эритроцитов. В ходе эксперимента наиболее заметное падение отмечено для степени агрегации (на единицу) и менее выражено уменьшение коэффициента агрегации (18,3%). Ослабление агрегации обусловлено уменьшением количества фибриногена и глобулинов плазмы при их сорбции донорскими эритроцитами.

В результате отмывания происходило увеличение скорости фильтрации эритроцитов (на 13, 0%), особенно при ее низких исходных значениях.

В подавляющем числе случаев отмывание способствовало явному улучшению осмотической резистентности эритроцитов. Гемолиз эритроцитов в 0,45% растворе NaCl снизился на 30,6%. Данное явление может быть объяснено ослаблением осмотического давления внутриклеточной жидкости на эритроцитарную мембрану. Уменьшением этого давления и, как следствие, изменением формы эритроцитов, вероятно, обусловлено и улучшение их деформируемости при данной процедуре.

При эритросорбции плазмы больных сахарным диабетом происходит уменьшение (на 13,7%) ее вязкости, что связано с падением количества белков плазмы, в особенности фибриногена.

Выводы. Таким образом, отмывание эритроцитов больных сахарным диабетом 0,9 % раствором NaCl и сорбирование их плазмы донорскими эритроцитами существенно улучшает реологические показатели крови и может быть использовано в лечебной практике.

Ю.Я. Крюк; С.Е. Золотухин; А.И. Фабер; А.Д. Есаулов

ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМЕ МОЗГА, МНОЖЕСТВЕННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ КОНЕЧНОСТЕЙ И СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Научный руководитель - проф. Крюк Ю.Я.

Во всем мире ежегодно наблюдается рост травматизма. В травматологической клинике современные методы биохимического анализа крови начинают применяться шире, чем 10 лет назад ввиду развития лабораторной техники, а также за счет высокой автоматизации рутинных действий персонала, что сокращает сроки выполнения

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

большинства биохимических методик. Благодаря высокой информативности биохимических показателей, а также наличия в специализированных клиниках современного оборудования, биохимические методы становятся незаменимыми для успешного решения на практике проблемы ранней диагностики повреждений различных органов.

Цель: разработка биохимических критериев доминирования повреждений мозга при сочетанной черепно-мозговой травме.

Материалы и методы: Исследования выполнены на белых беспородных крысах обоего пола массой 200-240 г, разбитых на группы по виду травмы: ЧМТ (n=15), множественная травма конечностей (n=14), сочетанная травма (ЧМТ + травма конечностей) (n=26).

Травму черепа моделировали с помощью электромагнитного ударника, нанося бойком по черепу удар силой 1325 Н/см². При сочетанной ЧМТ сначала осуществляли травму черепа, а затем бедер (сила ударов соответствовала упомянутым значениям). За 20 минут до нанесения травмы животных наркотизировали, вводя им внутривенно гексенал в дозе 10 мг/кг.

С помощью биохимического анализатора «Kone Progress Plus» (Финляндия) определяли в плазме крови концентрацию электролитов (K⁺, Na⁺, Ca⁺⁺), общего белка (ОБ), низкомолекулярных метаболитов. С помощью оборудования и реактивов фирмы «Helena» (Франция) и денситометра «Progress-24-Visa» изучали состав электрофоретических фракций белка и липопротеидов. Измеряли также активность ферментов.

Результаты: Анализ показателей ферментативного зеркала показывает, что наиболее выраженные изменения наблюдались в составе лизосомальных ферментов. Из этого следовало, что наибольшую диагностическую ценность для оценки тяжести состояния животных могли иметь: активность АсТ, АлТ, ЛДГ и КК. Высокое диагностическое значение также могли иметь: гиперкалиемия, гипопропротеинемия, повышение уровня средних молекул и концентрация мочевины.

Неспецифические изменения, обусловленные расстройством гемодинамики и гипоксией, ведут к уменьшению различий между всеми биохимическими параметрами организма.

Из всех ферментов между собой дифференцировались: А-АМ, АлТ, КФ, ЩФ, РНК-аза, ДНК-аза и КК. Из других биохимических показателей: K⁺, Na⁺, Ca⁺⁺, ОБ, СМ, ТГ, М и МК. Обнаруженные отличия объяснялись преимущественным распадом специфической ткани – нервной, мышечной, костной и др., наиболее страдающих при том или ином виде травмы. Эти отличия проявлялись и при сочетанной травме. Благодаря им сами биохимические параметры целесообразно использовать в качестве критериев доминирования повреждений.

Выводы: Таким образом, проведенные исследования показали, что по ряду биохимических показателей, регистрируемых после ЧМТ и травмы конечностей, имеются различия. Они определяются тяжестью специфического повреждения той или иной ткани. Отличия в биохимических параметрах сохраняются и при сочетанной ЧМТ. Сами же биохимические параметры, по которым имеются эти различия, целесообразно

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

использовать для разработки методов диагностики органических повреждений при сочетанной ЧМТ.

ФИЗИОЛОГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий Национальный Университет», г. Донецк,
ДНР

Кафедра физиологии человека и животных
Зав. кафедрой – доц. Труш В.В.

Богданова С.А.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГИПОКИНЕЗИИ НА ТРЕВОЖНОСТЬ ГОНАДЭКТОМИРОВАННЫХ САМЦОВ БЕЛЫХ КРЫС

Научный руководитель – доц. Фролова Г.А.

Цель. Изучить влияние гипокинезии на показатели тревожности в условиях теста «Приподнятый крестообразный лабиринт» (ПКЛ) у самцов белых крыс со сниженным уровнем андрогенов.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 30 беспородных крысах-самцах массой 180-210 г. Тревожность определяли в условиях ПКЛ по общему времени пребывания на открытом пространстве лабиринта. После контрольного тестирования животные были разделены на три подгруппы: высокий (ВУТ), средний (СУТ) и низкий (НУТ) уровень тревожности (УТ). Дисбаланс андрогенов моделировали путем проведения двусторонней гонадэктомии согласно методике Я.Д. Киршенблат с соблюдением всех биоэтических норм. Гипокинезию вызывали помещением крыс в тесные клетки-пеналы в течение 14 дней на 8 часов в сутки. Оценка достоверности различий проводилась с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. Процентное отношение особей в подгруппах с различным уровнем тревожности в контроле: ВУТ (30,8%), СУТ (30,8%) и НУТ (38,4%). У животных с ВУТ и СУТ в поведенческом паттерне преобладали выглядывания из закрытых рукавов (83,2% и 64,1% соответственно от всего спектра фиксируемых показателей).

Дефицит андрогенов оказал анксиогенный эффект на самцов с исходно НУТ: УТ повысился на 20,5% ($p < 0,05$). В то же время выявлен анксиолитический эффект у крыс с исходно ВУТ: УТ сократился в 3,8 раза ($p < 0,01$). У самцов с исходно СУТ время пребывания на открытом пространстве достоверных изменений не претерпело. Описанные выше результаты подтверждаются характером изменения частоты повторных выходов на открытое пространство лабиринта: у крыс с ВУТ данный показатель возрос, со СУТ и НУТ – сократился. Установлено, что гонадэктомия привела к угнетению показателя количества выглядываний из закрытых рукавов ПКЛ у крыс, независимо от исходного уровня тревожности ($p < 0,05$). Отсутствие вертикальных стоек у крыс со СУТ и НУТ указывает на угнетение исследовательской активности самцов с данными УТ после гонадэктомии.

Под действием гипокинезии (иммобилизационного стресса) уменьшается время пребывания в открытом пространстве во всех подгруппах, что указывает на увеличение тревожности не зависимо от исходного УТ. В то же время увеличивается количество

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

выглядываний из закрытых рукавов и переходов между закрытыми рукавами, а количество дефекаций, наоборот, снижается.

Выводы. Дисбаланс андрогенов приводит к анксиогенному эффекту у самцов с исходно НУТ и анксиолитическому у крыс с исходно ВУТ. Гипокинезия приводит к повышению значения маркерного показателя тревожности у самцов с исходно разным уровнем тревожности.

Варгоцкая Л.С., Замковая М.А., Пашковская В.Н.

ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ДЕЙСТВИЮ ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА У КРЫС РАЗНОЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ

Научный руководитель – асс. Богданова С.А.

Цель. Установить возрастные особенности чувствительности к эмоциональному стрессу у самцов белых крыс.

Материалы и методы. Эксперимент выполнен на 60 половозрелых лабораторных крысах-самцах в возрасте 6 (масса 180 ± 7 г.) и 12 (масса 350 ± 12 г.) месяцев. Уровень депрессивности (УД) определяли с помощью методики «вынужденное плавание» (ВП). В соответствии со значениями суммарного времени иммобилизации (ВрИм) группы крыс были разделены на подгруппы с различным УД: высоким (ВУД), средним (СУД) и низким (НУД).

Состояние эмоционального стресса (иммобилизация) моделировалось путем помещения животного на 3 часа в течение 5 дней в индивидуальные клетки-пеналы. На 5-е сутки животные проходили повторное тестирование.

Для оценки достоверности различий между контрольными и опытными значениями, а также между животными разных возрастов использовался U-критерий Манна-Уитни.

Результаты. С учетом степени выраженности ВрИм популяция 6-ти месячных животных разделилась на приблизительно равные по количеству особей подгруппы (по 9-11 особей в каждой подгруппе). В группе годовалых большая часть животных была отнесена к крысам со СУД (18 особей).

При изучении влияния иммобилизации на подгруппы крыс возрастом 6 месяцев было обнаружено разнонаправленное действие этого стрессового фактора на ВрИм. Так, в подгруппе с НУД значение ВрИм увеличилось относительно исходных данных на $43,2 \pm 3,42\%$ ($p_u < 0,05$), в группах с ВУД и СУД этот показатель сократился на $70,0 \pm 6,83\%$ ($p_u < 0,05$) и $25,7 \pm 1,31\%$ ($p_u < 0,05$) соответственно. Выявлено увеличение (на 40-55%, $p_u < 0,05$) числа коротких замираний во всех исходных подгруппах 6-месячных крыс. Кроме того, установлено угнетение эмоциональности у животных с НУД и ВУД в контроле (количество фекальных болюсов сократилось в 3-5 раз ($p_u < 0,05$)).

Старые крысы оказались более чувствительными к действию эмоционального стресса. Так, в подгруппах с НУД и СУД выявлено увеличение ВрИМ на $110,8 \pm 12,75\%$ ($p_u < 0,05$) и $57,9 \pm 7,12\%$ ($p_u < 0,05$) соответственно. Направленность изменения количества коротких периодов замираний (их увеличение, $p_u < 0,05$) совпала с таковой у 6-ти месячных животных. Угнетение уровня эмоциональности выявлено в подгруппе с ВУД ($p_u < 0,05$).

Выводы. Чувствительность к стрессу у животных разного возраста и разного исходного уровня выраженности показателя депрессивности отличается. Наиболее чувствительными к действию стресса являются годовалые животные. При установлении зависимости между исходным уровнем выраженности показателя депрессивности и результатом стрессового воздействия в обеих экспериментальных группах установлено, что чувствительными к воздействиям оказываются низкодепрессивные в контроле животные.

Лушенкова Т.Р., Лисун А.О., Филипченкова А.В.

Эффективность АРГИНИНА В КОМПЕНСАЦИИ НЕКОТОРЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СТЕРОИДНОЙ МИОПАТИИ В МОДЕЛЬНЫХ ЭКСПЕРИМЕНТАХ НА ЖИВОТНЫХ

Научный руководитель – доц. Труш В.В.

Цель. явилось изучение эффективности аргинина (Арг) в компенсации стероидной миопатии, индуцированной длительным введением дексаметазона (Д), в модельных экспериментах на животных.

Материалы и методы. Эксперименты проводились на половозрелых крысах-самках, разделенных на 3 группы: контрольную (К-группа, n=10), I опытную (n=10, получали дексаметазон, Д-группа) и II опытную (n=10, получали дексаметазон в комплексе с аргинином, Д+Арг-группа). Препараты вводили на протяжении 30 дней: Д («КРКА», Словения) – 1 раз в 2-е суток, внутривенно, в дозе 0,25 мг/кг, Арг (торговая марка – «Кардиоаргинин», «Здоровье», Украина) – ежедневно, подкожно, в дозе 100 мг/кг.

На наркотизированных животных (тиопентал натрия, 100 мг/кг) с помощью методов электромиографии и миографии изучали некоторые параметры функционального состояния передней большеберцовой мышцы в условиях вызванного ее сокращения, которое индуцировали путем раздражения сверхпороговым электрическим током малоберцового нерва.

Результаты. Применение Арг в комплексе с Д частично компенсировало негативные эффекты синтетического глюкокортикоида на электрофизиологические и сократительные параметры мышцы. В частности, Арг предотвратил удлинение латентного периода и уменьшение амплитуды М-ответов, количества активируемых двигательных единиц мышцы, типичные для Д-группы. Арг обусловил некоторое уменьшение частоты встречаемости сниженной надежности синаптической передачи (наблюдалась у 40% особей Д+Арг-группы против 70% особей Д-группы), но не предотвратил полностью ее появления. Арг не предотвратил увеличения частоты полифазных М-ответов (наблюдались у 50% особей Д+Арг-группы и Д-группы), но компенсировал снижение их амплитуды, типичное для Д-группы. Арг, вводимый в комплексе с Д, нивелировал ухудшение сократительных и временных параметров одиночного и тетанического сокращений мышцы, а также уменьшение мышечной массы, типичные для животных Д-группы и даже обусловил некоторое улучшение, в сравнении с контролем, сократительных и временных параметров тетанического сокращения мышцы. Так, у животных Д+Арг-группы наблюдалось увеличение в сравнении с контролем ($p < 0,01$) мощности тетанического сокращения (на 85%) и продолжительности периода

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

максимальной устойчивой работоспособности мышцы (на 95%), тогда как у крыс Д-группы эти параметры были на 55% и 30% соответственно ниже К-группы ($p < 0,01$).

Арг, вводимый в комплексе с Д, предотвратил повышение утомляемости мышцы, типичное для Д-группы, и даже обусловил увеличение ее устойчивости к утомлению. В пользу этого свидетельствует отсутствие снижения амплитуды М-ответов и одиночных сокращений мышцы, количества активируемых ее двигательных единиц после выполнения утомляющей работы, типичные не только для животных Д-группы, но и К-группы.

Выводы. Применение Арг в комплексе с Д предотвратило ухудшение параметров М-ответа, одиночного и тетанического сокращений мышцы и даже обусловило более высокую, в сравнении с К-группой, устойчивость мышцы к утомлению. Вместе с тем, Арг не предотвратил появления сниженной надежности синаптической передачи, типичного для Д-группы.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР

**Кафедра физиологии человека
Зав. кафедрой – проф. Казаков В.Н**

Абрамова Ю. Г., Бортникова А.К.

**ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОПИАТНОЙ СИСТЕМЫ
МОЗГА**

Научный руководитель – Бортникова А. К.

Цель. Изучить роль и функции опиатной системы мозга в жизни человека.

Материал и методы. Аналитический обзор литературы.

Результаты. Знание механизмов функционирования «системы подкрепления» в норме, изменения активности опиоидных рецепторов и уровня эндогенных опиатов при патологии лежит в основе понимания патогенеза большинства форм зависимостей. Проведя обзор и синтез собранной нами информации, мы выявили, что опиатная система мозга выполняет множество важных функций в организме человека: играет ведущую роль в формировании зависимости, системы «подкрепления», поведения, привыкания; участвует в регуляции определенных эмоциональных состояний, как нормального организма, так и подвергнувшегося регулярному воздействию экзогенных опиатных агонистов; обладает гедоническим эффектом воздействия на психику, то есть способностью вызывать эйфорию, приятные ощущения. С помощью опиоидных нейропептидов, которые воздействуют на опиатные рецепторы опиатной системой мозга выполняется еще одна важная функция – соблюдение баланса между «старт- и стоп-зонами» головного мозга, между системами «наказания» (отрицательные эмоции) и «удовольствия» (положительные эмоции).

Изучив механизм действия опиатов, мы смогли определить, какие центральные и периферические эффекты будет вызывать их взаимодействие с рецепторами. Среди центральных эффектов важнейшими являются анальгезия, появление привыкания, угнетение дыхания, эйфория. Периферические эффекты затрагивают такие системы организма как вегетативная, сердечно-сосудистая, пищеварительная, мочеполовая.

Выводы. В результате проведенной нами работы, мы убедились в том, что опиатная система мозга имеет очень большое значение в жизни человека, так как способствует выполнению жизненно-важных функций: модулирует деятельность сердца и дыхательной системы, стимулирует деление клеток иммунной системы, регулирует активность центра терморегуляции, контролирует центры потребностей, стимулирует центры положительных эмоций, а также является самым мощным компонентом антиноцицептивной системы. Всё это является обязательным условием для реализации функций человека как вида и становления как личности.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Борисова Я. В., Бортникова А.К., Гончаренко О.Н.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Научный руководитель – ст. преп. Бортникова А. К.

Цель. изучить современные теории формирования метаболического синдрома, определить последствия данного нарушения.

Материалы и методы. Аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы.

Результаты. Глюкокортикоидные гормоны являются необходимыми для жизни человека, поскольку участвуют в регуляции обмена веществ в организме: углеводный, жировой, минеральный, белковый обмен. Регулируют их секрецию гипоталамо-гипофизарная система и механизм обратной связи.

Вследствие неблагоприятного воздействия окружающей среды (токсины, неправильное питание), происходит сбой в гормональной системе, и гормоны начинают вырабатываться в избытке, чтобы противостоять раздражающим факторам.

По данным статистики, наиболее частой причиной повышения глюкокортикоидов, прежде всего кортизола, является стресс. При длительном действии раздражающего фактора (хроническом стрессе) возникает явление гиперкортицизма. Кортизол оказывает влияние на клетки поджелудочной железы, уменьшая выработку инсулина, также угнетает сосудорасширяющую способность эндотелия. Все эти факторы приводят к снижению поступления глюкозы в ткани и накопление ее в крови. В ответ на это начинает вырабатываться инсулин. Чем больше накапливается глюкозы, тем интенсивнее вырабатывается инсулин. Как нам стало известно, гиперинсулинемия сначала понижает чувствительность инсулиновых рецепторов, а потом блокирует их. Возникает инсулинорезистентность тканей, что является причиной возникновения метаболического синдрома.

Если своевременно не обнаружить синдром и не предпринимать никаких мер по его устранению, возможно дальнейшее развитие и возникновение других заболеваний - наиболее частыми являются сахарный диабет второго типа и кушингоидный тип ожирения.

В результате постоянного повышения уровня глюкозы в крови возникают нарушения ее обмена, и на фоне высокого уровня инсулина возникает сахарный диабет 2 типа.

Поскольку инсулина вырабатывается много, а он способствует липогенезу, то происходит образование жировой ткани, которая распределяется диспластично.

На основании анализа исследований, проводимых на крысах, можно заключить, что антиоксидантные вещества способны защитить организм от повышенного содержания глюкокортикоидов.

Опираясь на эти факты, ученые выделили 3 фактора, которые помогают бороться с гипергликемией на фоне гиперинсулинемии: физические нагрузки, исключение продуктов с высоким гликемическим индексом, употребление минеральной воды, исключение из рациона кофе, режим дня, снижающий влияние стресса.

Выводы. Таким образом, гиперкортицизм является одной из главных причин возникновения метаболического синдрома за счет формирования

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

инсулинорезистентности. При правильном подходе к профилактике и лечению синдрома можно избежать развития других заболеваний.

Борисова Я. В., Бортникова А.К., Гончаренко О.Н.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ У СТУДЕНТОВ ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ УЧЕБНОГО ГОДА

Научный руководитель – ст. преп. Бортникова А. К.

Цель. исследовать распространенность синдрома выгорания надпочечников (далее СВН) у студентов ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, определить влияние стрессовых факторов в период сессии на его выраженность, предложить методы профилактики данного состояния.

Материал и методы. Экспериментальное исследование проводилось среди студентов 2 курса лечебных факультетов. 2 группы: 1 – 38 человек – проходила тестирование до начала зимней сессии; 2– 30 человек – проходила тестирование после сессии. Диагноз синдрома выгорания определялся согласно запатентованным опросникам: интерактивный опросник и опросник доктора Джеймса Л. Уилсона. Статистическая обработка данных проводилась в пакете Statistica 5,0.

Результаты. Разновидностью метаболического синдрома является СВН. По данным статистики он активно проявляется у студентов и работников в сфере «человек-человек».

По данным статистики ВОЗ, депрессивные расстройства находятся на первом месте среди психосоматических заболеваний. А основной причиной депрессий ВОЗ считает синдром хронической усталости.

Согласно современным данным исследований этиопатогенеза СВН, его причиной является формирование резистентности гипоталамо-гипофизарной системы к кортизолу. В результате хронического стресса повышается уровень кортизола в крови, поскольку действие данного раздражителя не кратковременно, то гормон стресса вырабатывается длительное время. Вследствие этого рецепторы гипоталамо-гипофизарной системы уже не реагируют на его повышение в крови, следовательно, нарушается механизм обратной отрицательной связи. Надпочечники, не получающие информации из высших центров, продолжают усиленно продуцировать кортизол, что в дальнейшем приводит к их истощению (или «выгоранию»).

В ходе своего эксперимента мы обнаружили, что до зимней сессии у 10,5% студентов есть СВН, 42,1% находятся в группе риска, остальные 47,4% не имели симптомов. Однако после сессии статистически значимо увеличилось количество студентов в группе риска -до 53,5%

Известно, что при СВН снижается мозговая деятельность в лобных долях, ухудшаются внимание и память, что особенно актуально для студентов, в условиях усвоения большого количества информации в короткие сроки.

Нами изучены некоторые меры профилактики: говорить о своих эмоциях; стремиться к «золотой пропорции» соотношения затраты/вознаграждение; «разбавлять» монотонную работу занятиями спортом, хобби, общением с близкими; ограничить прием кофе; делать 5-10 минутные перерывы во время работы.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. В ходе исследования мы определили, что СВН довольно распространен среди студентов медицинского университета. Обоснована необходимость дальнейшего изучения этого вопроса и использования методов профилактики.

Васильев В.П., Васько А.Д.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Научный руководитель – доц. Андреева В.Ф

Цель. Проанализировать влияние болезни Альцгеймера на физиологические механизмы памяти.

Материалы и методы. Аналитический обзор литературы.

Результаты. Нейродегенеративные заболевания - одно из наиболее страшных проявлений старения, и, пожалуй, самым пугающим из всех них является болезнь Альцгеймера. Ведь что может быть страшнее, чем забыть всю свою жизнь, семью, близких людей и даже собственное имя. Исследование этого заболевания долгое время является приоритетом многих учёных, работающих в различных сферах медицинской науки. Но достоверного ответа на то, что именно вызывает это заболевание, а главное - как его лечить, до сих пор нет. Возможно, ответ на эти вопросы кроется в самом начале – в физиологических процессах памяти и как болезнь Альцгеймера на них влияет.

Расстройства памяти - характерный симптом болезни Альцгеймера. Лишь для данного нейродегенеративного заболевания характерна антероградная амнезия - нарушение памяти о событиях после начала заболевания. Данная амнезия вызвана нарушением процесса консолидации – переходом кратковременной памяти в долговременную. Данный процесс в человеческом мозге происходит в гиппокампе, а это характерное место начала нейродегенеративных процессов при болезни Альцгеймера. Как известно, физиологической основой запоминания является образование новых синаптических связей между нейронами и модификация уже имеющихся связей. Болезнь Альцгеймера нарушает экспрессию белков, необходимых для синтеза новых связей и нормальной жизнедеятельности уже сформированных нейронов, что приводит к апоптозу данных клеток и выраженной атрофии участков мозга. С течением заболевания данный патологический процесс распространяется на различные участки коры головного мозга, где «хранится» долговременная память. Повреждения нейронов данных участков ведет за собой всё более тяжёлые нарушения памяти, вплоть до забывания самых основных её элементов (невозможность вспомнить даже собственное имя), характерные для поздних стадий течения болезни Альцгеймера.

Выводы. Болезнь Альцгеймера нарушает нормальный метаболизм белков в нейронах головного мозга, в первую очередь, в участках ответственных за механизмы памяти. Эти нарушения ведут за собой смерть нейронов и атрофию данных участков, вследствие чего нормальный процесс запоминания нарушается. Данный факт показывает важность исследований, направленных на создание медикаментов, как для профилактики нарушений метаболизма, так и для их устранения до того, как произойдут непоправимые нарушения в морфологическом строении головного мозга.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Доценко А. К., Храповицкий К. Д., Мозговой И. С.

ЗОНА ЭКСТЕНСИВНОЙ МОЩНОСТИ, КАК ЗОНА МАКСИМАЛЬНО ЭФФЕКТИВНОГО ЛИПОЛИЗА

Научный руководитель – доц. Прокофьева Н.В.

Цель. Разработка механизмов адаптации организма к условиям более эффективного сжигания жира. Стимуляция энергетических зон, основанных на показателях мощности. Элевация адаптационных способностей к работе в условиях высокоинтенсивной работы в зоне экстенсивности. Вычисление зон по методу поверметрии.

Материал и методы. Проведение тестирований с использованием велоэргометра Тасх NEO, кардиомонитора, анализ полученных результатов при помощи построения графиков в специальных программах. Вычисление зоны экстенсивной мощности.

Результаты. Возможность анализа и восприятия процессов, протекающих в организме, дает возможность выстроить программы для успешной подготовки к соревнованиям, или введения здорового образа жизни. В настоящее время рекомендациями ВОЗ на первое место выводится проблемы с лишним весом. Большинство разработанных систем тренировок не эффективно для потери жировой ткани. Диеты же вызывают дисбаланс грелин-лептиновой системы, что лишь усугубляет проблему. Основным решением данной проблемы может являться разработка нового способа тренировок, во время которого будет более интенсивный липолиз. Для процессов жира сжигания нужно большое кол-во кислорода, т.е. нужна такая зона, при которой будет необходимая интенсивность. Для начала проводится FTP (functional threshold power) тест, специальный тест с несколькими включениями на велоэргометре и сэтом в 20 мин. После разбивается корреляция пульса с мощностью и выводятся зоны по степени интенсивности от ftp. Ftp – соответствует порогу элиминирования лактата, после организм закисляется, а в последствии повреждается мышечная ткань за счет выхода ферментов. Зона до порога и ниже на 10 % соответствует балансу степени вовлеченности организма в нагрузку и хорошего снабжения кислородом, когда при зачислении все переводиться в анаэробный режим и включаются механизмы Креатин-фосфата и лактата. Накопление лактата в тканях будет выражено при длительной работе за зоной ПАННО (максимальна характеристика аэробного обмена), что обуславливается гиперпотребностью организма в АТФ, повышением отложения лактата в мышцах. Таким образом тренировка в зоне экстенсивной мощности направлена на целенаправленное элиминирование жировой ткани путем нахождения момента максимального использования кислорода и длительности тренировок. Максимальный эффективны тренировки при длительности от 3 часов в данной зоне.

Выводы. Грамотная работа и анализ с физиологических процессов в организме с использованием поверметра дает наилучшую возможность максимально рационально выполнять задачи, направленные на высокоэффективную работу в условиях не доведения организма до ацидоза и работе в зоне экстенсивности. Понимание энергетических процессов, протекающих в организме человека в реальном времени и при анализе открывает огромные перспективы в изучении и прогнозирование состояния человека в условиях максимального кислород потребления и липолиза.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Иванова С.Г., Гончаренко О.Н., Бортникова А.К.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Научный руководитель - асс. Гончаренко О.Н.

Цель: Изучить особенностей эмбриогенеза сердца человека.

Материалы и методы: Анализ литературы.

Результаты: Закладка сердца человека начинается на 3 неделе внутриутробного развития.

В конце 3 недели формируется сигмовидное сердце. На 3-6 формируется межпредсердная перегородка и овальное окно, которое облитерируется после рождения. В течение 4 недели начинается формирование трабекул.

Синоатриальный узел формируется из полипотентных клеток эмбрионального миокарда. В процессе развития от него отходят тяжи атипических кардиомиоцитов в сторону левого предсердия, образуя пучок Бахмана, а так же по направлению к будущему атриовентрикулярному узлу, образуя тракты Бахмана, Тореля и Винкибаха. Также образуются добавочные пучки, которые в норме к моменту рождения теряют свою активность: Кента к правому желудочку, обеспечивающий проведение импульса от синоатриального узла до формирования атриовентрикулярного, Манхайма соединяющего атриовентрикулярный узел с миокардом желудочков и Джемса. На 5-6 неделе частота сердечных сокращений составляет около 110.

Атриовентрикулярный узел закладывается из 2 зачатков в стенке общего предсердия.

Пучок Гиса развивается из мигрирующих клеток, его предсердная часть закладывается единым конгломератом с атриовентрикулярным узлом и отделяется от него только на 6 неделе эмбриогенеза, а желудочковая сливается с предсердной на 7 неделе эмбриогенеза.

Волокна Пуркинье до 12 недели в составе миокарда не имеют специфической локализации, так как эндокард до этого периода еще не сформирован, покрыт одним эндотелием. Формируются из мигрирующих клеток в период с 9 по 12 недели. Частота сердечных сокращений на 10-11 неделе составляет 130-160, а на 12-13 неделе уже 135-170.

На 9-12 неделе эмбриогенеза начинается формирование фиброзных колец аорты и легочного ствола, а на 15-17-фиброзные треугольники. На 20 неделе состав ткани центрального фиброзного тела наиболее приближен к хрящевой, но его формирование продолжается и после рождения. Частота сердечных сокращений на 14-15 неделе составляет 140-180, на 16-17 неделях 135-170.

На 16-18 неделе атриовентрикулярный узел уже относительно большой, его поверхностная и глубокая части к этому времени сливаются в единое образование. При этом частота сердечных сокращений на 18-19 неделе составляет 130-165. В 22 недели развития размер пучка Гиса составляет 0,34 толщины межжелудочковой перегородки. Частота сердечных сокращений в период с 20-21 составляет 140-170, а на 22-23 неделе 125-160.

Выводы: Ритмичность сердечных сокращений устанавливается с началом формирования синоатриального узла (5-6 неделя). В последующие недели по мере развития проводящей системы частота сердечных сокращений изменяется. На 14-15

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

неделе она наиболее максимальна, в последующие недели уменьшается. Устанавливается на 24 неделе, в связи с окончанием формирования проводящей системы.

Иванская А. И., Бортникова А.К., Вертепная К.Т.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ФАНТОМНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ПОДХОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Научный руководитель – доц. Андреева В.Ф.

Цель. интегрировать данные о происхождении фантомного болевого синдрома и современных разработок методик его купирования.

Материалы и методы: аналитический обзор литературы по данной тематике.

Результаты. В последние десятилетия XX века количество пациентов с явлениями фантомно-болевого синдрома (далее- ФБС) увеличилось за счет роста числа пострадавших в локальных конфликтах, при стихийных бедствиях и промышленных катастрофах, а также роста заболеваний сосудов нижних конечностей. На протяжении всего восстановительного периода после ампутации нижних конечностей одной из наиболее сложных проблем реабилитации остается борьба с фантомной болью.

По данным ряда статистических исследований, ФБС наблюдается в среднем у 50–80% ампутантов. Он встречается одинаково часто у мужчин и женщин. Появление его не зависит от уровня и «стороны» ампутации. У пациентов, имевших короткий период преампутационных болей и не имевших болей до операции, ФБС наблюдается реже. У 85% опрошенных фантомные боли и боли в культе достигают такой силы, что нарушается работоспособность и социальный статус пациента. ФБС встречается у детей при врожденном отсутствии конечности в 20% случаев. При ампутациях у детей в возрасте до 6 лет наблюдается в 50% случаев. Существует более 40 методов терапии ФБС, однако только 15% больных во всем мире полностью избавляются от этого страдания.

Основным механизмом формирования ФБС считается формирование доминантных болевых очагов в таламусе и ассоциативной коре больших полушарий.

Хорошие результаты в реабилитации дает метод зеркальной терапии, активно внедряемый как в России, так и зарубежными специалистами.

На опыте его применения был разработан метод резиновой руки. Он основан на том, что мозг получает информацию от разных модальностей (зрительной, тактильной, кинестетической и слуховой), интегрирует ее и создает целостный образ конечности, например, руки. В эксперименте демонстрируют испытуемому не его реальную руку, а искусственную, резиновую, и наблюдают, как у человека меняется восприятие.

Новым подходом является экспериментальное изучение тормозного влияния кальцитонина при фантомных болях, проводимое в Германии на кафедре анестезиологии в Кильском университете. Показано, что кальцитонин в плацебо-контролируемых исследованиях достоверно снижает проявления ФБС, у части больных устраняя его при долговременном применении.

Выводы: Таким образом, до настоящего времени проблема реабилитации пациентов с ФБС далека от своего окончательного решения. Однако некоторые современные методики являются малозатратными и достаточно результативными, при этом снижая потребность в применении стандартных методов медикаментозной терапии.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Камнева А.С., Бортникова А.К., Вертепная К.Т.

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ОБ ЭФФЕКТАХ ИНСУЛИНА

Научный руководитель – доц. Попов Б.Г.

Цель. Изучить, проанализировать и оценить влияние инсулина на важнейшие физиологические процессы, на основании этого опровергнуть господствующее в современной диетологии мнение о том, что инсулин является гормоном «пополнения запасов».

Материалы и методы. Мы применили метод типологического анализа к трудам известных ученых и докторов, таких как: Эдвард Альберт Шарпей-Шефер, Джеймс Кригер, Алан Арагон и др.

Результаты. Инсулин – это гормон, который регулирует уровень сахара в крови посредством влияния на множество физиологических процессов, а именно: обладает выраженным анаболическим эффектом, стимулируя синтез белка в мышцах, синтез гликогена в печени, а также липогенез (формирование жировых запасов). В силу последнего его эффекта считают, что высокоуглеводные диеты ведут к ожирению, и все большей популярностью пользуются низкоуглеводные диеты. Однако такое мнение ошибочно, так как оно основано на мифах, которым не находится научное подтверждение. Основные факты, к которым мы пришли в ходе исследования:

1. в норме уровень инсулина повышается только после приема пищи, следовательно, высокоуглеводное питание не может привести к хронически повышенному уровню инсулина. Значит липогенез превышает липолиз только после приема пищи, что будет компенсировано промежутками между приемами пищи и во время сна;
2. белок также вызывает выраженную инсулиновую реакцию в связи с тем, что некоторые аминокислоты (к примеру, лейцин), минуя глюконеогенез, имеют схожее с глюкозой действие на поджелудочную железу;
3. в здоровом организме наряду с инсулином секретруется гормон амилин, который подавляет аппетит и стимулирует липолиз, поэтому нельзя сравнивать воздействие инъекций инсулина на организм диабетиков с действием изменения уровня инсулина у здоровых людей;
4. инсулин, наряду с другими гормонами (лептин, грелин), играет важную роль в появлении ощущения сытости: в ходе экспериментов на мышах было обнаружено, что отключение инсулиновых рецепторов в мозге ведет к перееданию и, как следствие, ожирению;
5. инсулин увеличивает транспорт глюкозы через мембраны клеток мышечной и жировой ткани при помощи чувствительных к нему мембранных переносчиков; примечательно, что лишь 1 из 6 известных типов переносчиков является инсулинозависимым, следовательно, инсулиннезависимых вполне достаточно, чтобы обеспечить поступление глюкозы в клетку и покрыть все ее энергетические нужды.

Выводы. В связи с тем, что даже при недостатке инсулина, глюкоза будет транспортироваться в клетки (хоть он и ускоряет этот процесс), можно судить, что диабетическая гипергликемия вызвана усиленными процессами глюконеогенеза и гликогенолиза, происходящими в печени, поэтому можно утверждать, что инсулин не гормон «пополнения запасов», а ингибиторный гормон, ведь в его отсутствии развивается

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

гипергликемия и кетоацидоз, которые являются следствием дисбаланса процессов, на которые инсулин оказывает подавляющее действие.

Лопайко А.А. Гончаренко О.Н., Бортникова А.К.

ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНАЯ СИСТЕМА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – асс. Гончаренко О.Н.

Цель: Эндокринная система является главным регулятором роста и развития организма

Материалы и методы: Сравнительный анализ литературы.

Результаты: Гипоталамический контроль обнаруживается уже на 4 мес. внутриутробного развития, к 5 мес. морфологически оформляется портальная гипоталамо-гипофизарная система.

На втором году жизни гипофиз начинает увеличиваться, особенно в возрасте 4-5 лет. После этого до 11 лет рост замедляется, а с 11 вновь ускоряется. У девочек становление этой системы происходит позднее, чем у мальчиков.

Ацидофильные и базофильные клетки дифференцируются еще в эмбриональном периоде, на 7-9 неделе развития они уже способны к синтезу гормонов.

Соматотропин определяется в гипофизе 9-недельного плода, в дальнейшем его количество растет и к концу внутриутробного периода увеличивается в 12000 раз. В крови появляется на 12-й неделе эмбриогенеза, а у 5-8 месячных плодов его примерно в 100 раз больше, чем у взрослых. После 3-5 лет уровень соматотропина в крови такой же, как и у взрослых.

Тиротропин, регулирующий функцию щитовидной железы, обнаруживается у 8-недельных эмбрионов и растет в течение всего внутриутробного развития. У 4-х месячного плода содержание гормона в 3-5 раз больше, чем у взрослого. Этот уровень сохраняется до рождения. У плода функция щитовидной железы еще не обнаруживает такой четкой зависимости от ТТГ, как у взрослых, стимулирующее влияние проявляется лишь в последние 3 месяца эмбрионального развития. В первые годы концентрация ТТГ растет.

Адренкортикотропин (АКТГ), регулирующий функцию надпочечников, начинает выделяться у зародыша с 9-й недели, к 7 мес. содержание АКТГ в гипофизе достигает высокого уровня, а затем снижается, но остается выше, чем у взрослых, увеличивая скорость образования в надпочечниках гидрокортизона и тестостерона.

У новорожденного отмечена высокая концентрация гонадотропных гормонов. Это лютропин и фолликулостимулирующий гормон. Клетки, вырабатывающие эти гормоны, развиваются к 8-10 неделе эмбриогенеза. В крови появляются с 3-месячного возраста. Максимальная их концентрация приходится на период 4,5-6,5 месяцев пренатального периода. У новорожденных концентрация гормонов в крови очень высокая, но на протяжении 1-й недели после рождения происходит их резкое снижение, и до 7-8-летнего возраста остается низкой.

Меланоцитостимулирующий гормон у плода начинает синтезироваться на 10-11 неделе. Его концентрация в гипофизе довольно стабильна как в период внутриутробного развития, так и после рождения. Однако, во время беременности в крови содержание гормона увеличивается, что вызывает усиленную пигментацию отдельных участков кожи.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Синтез вазопрессина и окситоцина начинается на 3-4 месяце внутриутробного развития. Окситоцин проявляет у детей лишь антидиуретическое действие. Органы-мишени для окситоцина – матка и молочные железы начинают реагировать на него только после завершения периода полового созревания.

Выводы. Таким образом, мы рассмотрели формирование и функцию гипоталамо-гипофизарной системы.

Прокофьева В.Н.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СПЕЦИФИКАЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ЗАТЯЖНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА, С УЧЕТОМ ТИПА ВЕГЕТАТИВНОЙ ИННЕРВАЦИИ.

Научный руководитель – доц. Прокофьева Н.В.

Проблематика своевременного выявления и оценки личностных предпосылок профессионализации, гармоничной связи особенностей личности с особенностями профессии в настоящее время вызывает огромный интерес не только ученых, но и социологов, экономистов, специалистов кадрового менеджмента. Определяется, что личностно-профессиональная спецификация – это параметры, которыми должна обладать личность для эффективной работы. Учитывая то обстоятельство, что высшее медицинское образование, среди прочих, является самым высокзатратным для государства, экономически не выгодно, чтобы дипломированные специалисты работали «не по профессии».

Тщательный профессиональный отбор на самых ранних этапах – поступления в вуз и обучения в нем, могут стать тем мощным инструментом, который позволит не расходовать понапрасну ресурсы – финансовые и личностные, и даст возможность избежать ошибок в выборе профессии для многих молодых людей.

Цель: изучить личностную предрасположенность студентов (ЛПС) медицинского профиля, с учетом типа вегетативной иннервации (ВИ) и особых условий жизни (затянувшийся военный конфликт)

Материалы и методы. В настоящей работе обсуждаются данные, полученные на выборке 150 испытуемых, изученных фрагментарно когортным методом в 2015, 2016, 2017 и 2018 гг. Средний возраст студентов – 20,6 лет, юношей и девушек поровну, из которых 15% имели устойчивый тип вегетативной иннервации, 47% – симпатотоников, 38% – парасимпатотоников. В процессе психологического обследования нами применялись три методики оценки личностных особенностей: многопрофильный метод исследования личности (ММИЛ), методика оценки волевого контроля (уровень волевого самоконтроля – УВС) и тест оценки уровня самоконтроля (Методика диагностики Дж. Роттера) (УСК). В целях уточнения задачи по выявлению ЛПС, при помощи анализа успеваемости, выборка была разделена на две полярные группы: успевающие и неуспевающие студенты.

Результаты. проведено сравнение результатов показателей тестов по данным, полученным при помощи опросника ММИЛ, который применялся нами в разные годы с временным интервалом в 12-13-12 месяцев соответственно. Обнаружено, что средние данные остаются стабильными, что подтверждает их относительную статистическую

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

устойчивость. Однако детально-качественный анализ результатов все же демонстрирует некоторые флуктуации характерологического профиля студентов. Так, если в 2015г. нами наблюдались признаки «импульсивного оптимизма», то в 2016г. – было отмечено доминирование демонстративных черт, а в 2017г. – пессимистических тенденций личности, склонной к самоанализу, к этому - анализ специфики видов деятельности по показателям ММИЛ свидетельствует о явном расхождении практически всех значений, особенно касаясь исследований 2018 года. По значениям показателей тестов УВС и УСК, тоже обнаруживаются статистически значимые различия. Мы определили достоверную зависимость показателей от типа ВИ, при этом, у студентов групп неуравновешенного типа Лocus контроля так же, как в группе уравновешенного типа, фиксирует спецификацию по показателям общей интернальности, интернальности в профессиональной деятельности, и интернальности в межличностных отношениях. Причем показатели, если их рассматривать с позиции деления на группы по успеваемости (успевающие, неуспевающие) довольно сильно отличаются между собой, кроме интернальности межличностных отношений, где они солидаризируются с показателем теста УСК, полученным в обеих группах исследуемых.

При помощи статистического критерия (t-критерия Стьюдента) мы сопоставили полученные значения показателей тестов двух «полярных» групп, и статистические различия данных теста ММИЛ ($\alpha_F=0,04-0,05$; $\alpha_K=0,05$; $\alpha_{ИС}=0,09$; $\alpha_{ПП}=0,09$; $\alpha_{ПА}=0,05$; $\alpha_{ШИ}=0,04$; $\alpha_{МА}=0,03$) были подтверждены. Такое сопоставление высоких и низких результатов и, соответственно, высоко- и низкоэффективных студентов дало нам основание для выводов относительно их личностных и профессиональных спецификаций.

Выводы. Интеркорреляционный анализ взаимосвязей психологических признаков (по ММИЛ) различных специализаций выявил значимые различия между студентами, что свидетельствует о наличии разных профессиональных спецификаций, результаты тестов УСК и УВС подтвердили, что студенты группы «успевающие» имеют более выраженную личностно-профессиональную предрасположенность по основным параметрам, при этом студенты с неуравновешенным типом ВИ так же демонстрируют высокие показатели интернальности, в том числе профессиональной, хотя эти показатели несколько ниже, чем показатели студентов с уравновешенным типом ВИ. Нами определено так же, что затянувшийся военный конфликт оказывает заметное влияние на психо-эмоциональное состояние студентов, однако существенно не влияет на личностно-профессиональную спецификацию.

Прокофьева В.Н., Пацкань С.И., Романкина А.А.

ТВОРЧЕСТВО И СПОРТ, КАК АКТИВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СПЕЦИФИКАЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ

Научный руководитель – доц. Прокофьева Н.В.

Сложная социально-экономическая обстановка в нашей молодой Республике выдвигает на передний план задачу повышения качества персонала всех государственных структур, и медицинского профиля, среди приоритетных. Решение этой задачи напрямую связано с личностно-профессиональной диагностикой не только дипломированных специалистов, но и студентов, и исходит как из методической, так и из

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

теоретической проблематики профессионализации всех сотрудников – настоящих и будущих. Профессия врача является наиболее сложной из всех гуманитарных профессий и требует особого склада характера, психологической и психической адекватности, живости реакций и подвижности ума. Профессиональная жизнедеятельность – это основная форма существования подавляющего числа цивилизованных людей. Поэтому поиск той деятельности, которая помимо трудовых функций, удовлетворит студента – будущего врача, даст ему возможность совершенствоваться, раскрыть свой талант, является наиважнейшей гуманитарной задачей специальной профессиологии.

Цель. Изучить лично – профессиональную спецификацию студентов (ЛПС) медицинского профиля, с учетом их творческих и спортивных увлечений

Материалы и методы. В настоящей работе обсуждаются данные, полученные на выборке 150 испытуемых, изученных фрагментарно когортным методом в 2015, 2016, 2017, 2018 гг. В процессе психологического обследования нами применялись методики оценки личностных особенностей: многопрофильный метод исследования личности (ММИЛ), методика оценки волевого контроля (уровень волевого самоконтроля – УВС) и тест оценки уровня самоконтроля -Методика диагностики Дж. Роттера, (УСК). В целях уточнения задачи по ЛПС, выборка была разделена на три группы : №1 - «спорт», №2 - «искусство», №3 - «без увлечений».

Результаты. Проведено сравнение результатов. показателей тестов по данным, полученным при помощи опросника ММИЛ, который применялся нами в разные годы с временным интервалом в 12-13-12-8 месяцев, Обнаружено, что средние данные остаются стабильными, что подтверждает их относительную статистическую устойчивость. Однако детально-качественный анализ результатов все же демонстрирует некоторые флуктуации характерологического профиля студентов различных групп. Так, в группе №1 «спорт» стабильно высокими были показатели: ИКД – информационно-контрольная деятельность, СМД – сенсорно-моторная деятельность, неожиданным оказались высокие показатели ИС - истерия, демонстративность, особенно в 2015 году, далее наблюдалось плавное снижение значений (с 5,5 в 2015г до 4,2 в 2017г.), что дает нам некоторые основания связывать это с активной фазой военного конфликта, который не мог не оказать влияние на психические реакции преимущественного количества мирного населения. В группе №2 «творчество» преобладающими были показатели СМД и МЖ – мужественность/женственность, при этом обе группы достоверно отличались от третьей по показателю общей интернальности, интернальности в профессиональной деятельности, и интернальности в межличностных отношениях. В группе №3 «без увлечений» показатели ИП – ипохондрия, ДЕ – депрессия (пессимизм), ИС – истерия (демонстративность), ПП – психопатия (импульсивность), ПА – психастения (тревожность) имели значения достоверно выше, чем в группах №1 и №2 и составили 5,3 -4,8 -4,5 – 5,5 -5,5 в st. По значениям основных показателей тестов УВС и УСК тоже обнаруживаются статистически значимые различия между студентами, занимающимися спортом или творчеством и не имеющими активных увлечений, однако, несмотря на то, что культурно-эстетические особенности очевидны, показатели различаются статистически незначимо. Причины этого, видимо, кроются в относительно слабой дифференциации контрольно-волевых функций у всех групп студентов, а также – ограничениями диагностических возможностей тестов УВС и УСК

Выводы. Интеркорреляционный анализ взаимосвязей психологических признаков (по ММИЛ) различных специализаций выявил различия между студентами всех трех групп, однако, показатели группы №1 и №2 имеют достоверные различия с группой №3, что свидетельствует о наличии разных профессиональных спецификаций у студентов, активно занимающихся спортом и творчеством, и студентов, не имеющих увлечений. Наши данные позволяют констатировать, что студенты групп №1 и №2 имеют активный профиль личности, при этом они активно осуществляют обучение профессии, соответствующих их личностным качествам. Следует заметить, что феномен регрессии личностных черт к системе профессионального обучения был прослежен нами ярко и убедительно в группе №3, что позволяет предположить, что профессионализация этих студентов проходит менее успешно.

Стефано Е.А.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И ГИПНОТИЧЕСКИЙ СОН: СХОДНЫЕ И ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ.

Научный руководитель – асс. Шевченко Т.А.

Цель. Сравнить особенности физиологического и гипнотического сна, обнаружить параллели, точки сходства и отличительные черты.

Материалы и методы. Описательный метод с изучением литературных источников, научных публикаций отечественных и зарубежных нейрофизиологов, использование периодических изданий.

Результаты. В ходе исследования было определено, что физиологический сон (далее – Ф.с.) – это циркадианный биоритм пониженной активности мозга, обеспечивающий отдых организма; гипнотический сон (далее Г.с.) – это особое состояние организма, которое вызывается искусственно с помощью внешнего влияния. Физиологический и гипнотический сон сравнивались по ряду параметров, наблюдающихся в каждом из видов сна: природе и типу доминирующих процессов, этапам и условиям погружения, степени активности сознания, изменений в порогах восприятия, способности к поддержанию позы тела, механизму возникновения, стадиям и т.д. Было отмечено, что оба вида сна по природе являются тормозными процессами, отличающимися степенью вовлеченности КБП в торможение (в Ф.с. торможение – диффузное, в Г.с. – очаговое). Механизм возникновения представлен широкой иррадиацией торможения в КБП (Ф.с.) или возникновением концентрированных очагов возбуждения по закону отрицательной индукции (Г.с.). Были описаны стадии каждого из видов сна, что помогло прийти к выводу о том, что стадии гипноидности, легкого и среднего транса Г.с. соответствуют дремотному состоянию, поверхностному сну и медленному сну ортодоксальной стадии Ф.с., глубокий же гипнотический сон (стадия глубокого транса) соответствует фазе глубокого медленного Δ -сна Ф.с., что доказывают ритмы ЭЭГ, физиологические и поведенческие особенности, наблюдающиеся во время данных стадий. В некоторых своих особенностях (способность видеть образы и воспроизводить их после пробуждения) стадия глубокого транса Г.с. соответствует парадоксальной фазе Ф.с. (сновидения, увиденные в эту фазу, хорошо запоминаются). Изучались статистические данные о восприимчивости людей к гипнозу. Таким образом,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

лишь 35% людей способны войти в состояние глубокого транса, 5% - не поддаются гипнозу. Имеется ряд других отличий и сходств данных процессов.

Выводы. В результате проведенной работы было выяснено, что физиологический и гипнотический сон – явления одной природы, главным отличием между которыми можно назвать глубину погружения КБП в тормозный процесс (из чего затем исходят и другие отличительные черты). Изучение физиологического и гипнотического сна в сравнении помогает более объективно понять процессы, происходящие в каждом из видов сна, а также дает новые направления в постижении такого явления, как гипноз, на основании уже имеющихся знаний о физиологическом сне.

Фомина А.О., Вертепная Е.Т.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ТЕСТОВ ОСЦИЛЛЯТОРНОЙ МЕХАНИКИ В ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ

Научный руководитель – доц. Прокофьева Н.В.

Цель. Анализ метода импульсной осциллометрии как теста осцилляторной механики дыхания. Определение преимуществ и недостатков данного метода для дальнейшего его изучения и использования в практической деятельности.

Материалы и методы : литературный обзор

Результаты. Функция внешнего (легочного) дыхания обеспечивается работой системы внешнего дыхания, которая включает : легкие и малый круг кровообращения, грудную клетку с дыхательной мускулатурой и систему регуляции дыхания. Нарушения любого из этих звеньев цепи могут приводить к развитию дыхательной недостаточности.

Для того, чтобы оценить ФВД используют различные методы функциональной диагностики . Самый известный и наиболее распространенный метод – это спирометрия. Спирометрию называют по-разному: исследование ФВД, пневмотахометрия, спирография, компьютерная спирометрия и др. Все это разные обозначения, в общем-то, одного метода исследования, который оценивает объемы легких и скорость прохождения воздуха по дыхательным путям. Недостатком этих методов исследования является необходимость в сотрудничестве с испытуемым , а также выполнение дыхательных маневров , которые некоторым пациентам достаточно сложно выполнить, что приводит в известной мере , к получению субъективного результата.

Предложенный в 1956 г группой исследователей во главе с . А.В. DuBois метод форсированных осцилляций , лежит в основе осцилляторной механики дыхания. Его последняя модификация- импульсная осциллометрия , которая отличается от МФО способом создания осцилляций (колебаний). Давление необходимое для поступления газа в альвеолы, должно преодолевать 4 вида сопротивления, которые в сумме составляют общее дыхательное сопротивление: эластическое, деформационное, аэродинамическое и инерционное . Измерить все эти виды сопротивления позволяют только тесты осцилляторной механики дыхания.

Выводы: анализ литературных данных об использовании импульсной осциллометрии как теста осцилляторной механики дыхания , дал оценить недостатки и преимущества этого метода.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Метод ИО в настоящее время получает все большее распространение в педиатрии, анестезиологии, реаниматологии, контроле респираторной терапии, потому что аппаратура для определения параметров осцилляторной механики дыхания является легко транспортируемой, само исследование проходит быстро и безболезненно и позволяет непрерывно регистрировать сопротивление в течении дыхательных циклов.

Но, разноречивость интерпретации результатов в связи со сложным теоретическим обоснованием метода и различными источниками погрешностей при измерении параметров, пока препятствует его повсеместному распространению.

Фомина А.С., Вертепная К.Т.

РОЛЬ ФАКТОРОВ МЕСТНОЙ И СИСТЕМНОЙ РЕГУЛЯЦИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В РАЗВИТИИ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Научный руководитель – доц. Попов Б.Г.

Цель: изучение информации о регуляции сосудистого тонуса и микроциркуляции при синдроме длительного сдавливания.

Материалы и методы: Анализ литературы.

Результаты. Синдром длительного сдавливания (далее СДС) – «краш-синдром» – патология, вызванная продолжительным нарушением кровоснабжения сдавленных сосудов с последующим резким выбросом продуктов распада в кровь. Причинами данного синдрома могут быть ДТП, обвалы зданий и любые другие длительные сдавливания.

Патогенез СДС заключается в том, что в первую очередь происходит длительная ишемия сосудов, однако обмен веществ не останавливается, и продолжают выделяться продукты обмена, которые не могут транспортироваться с током крови в почки и выводиться организмом., сдавливающий фактор нарушает отток лимфы и венозной крови. Это приводит к задержке продуктов распада в месте травмы и вызывает местные реакции, способствующие проявлению основным клинических симптомов СДС.

При сдавливании наблюдается отёк, вызванный плазмопотерей. Она возникает из-за грубых нарушений микроциркуляторного русла, которые сопровождаются повышением проницаемости сосудистых стенок. В результате потери плазмы возрастает гемоконцентрация и снижение резистентности эритроцитов, что вызывает гемолиз и анемию, вызванную нарушением работы почек из-за высвобождения гемоглобина и синтеза эритропоэтина. Нарастающий отёк конечности приводит к дополнительному сдавливанию поврежденных мышц и костно-фасциальных футляров (компаратмент-синдром).

При устранении сдавливающего фактора происходит резкий выброс токсических продуктов обмена - резко возрастающая токсинемия. В результате попадания продуктов распада тканей происходит метаболический ацидоз (нагрузка ионами H^+ из-за большого образования кислот), который нарушает энергообеспеченность клеток, в результате чего падает активность натрий-калиевой АТФ-азы, что препятствует возврату калия из внеклеточной жидкости. Из-за метаболического ацидоза и образовавшейся гиперкалиемии появляется риск развития нарушений сердечного ритма (экстрасистолия, мерцательная аритмия) вплоть до остановки сердца в фазе диастолы.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Происходит активация симпатико-адреналовой системы из-за болевого синдрома, которая ведет к симпатикотонии, спазму периферических сосудов, снижению перфузии почек, увеличению реабсорбции натрия, задержке воды и развитию олигурии. Также миоглобинемия вызывает фильтрацию миоглобина почками, закупоривание дистальных отделов нефрона и острому миоглобинурийному нефрозу, некрозу эпителия канальцев.

Выводы. Проведя данное исследование, можно сделать вывод, что при СДС главным образом поражаются микроциркуляторное русло и выделительная система, что приводит к тяжелым последствиям, таким как острая почечная недостаточность, остановка сердца, болевой синдром, ишемия и некроз тканей.

Савчина Е.И., Бортникова А.К., Госман Д.А.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Научный руководитель – ст. преп. Бортникова А. К.

Цель: Изучить динамику процессов адаптации организма в ходе формирования синдрома эмоционального выгорания (СЭВ).

Материалы и методы: аналитический обзор литературы.

Результаты: СЭВ является крайней стадией длительного стресса. По определению Всемирной организации здравоохранения, «СЭВ» - механизм психологической защиты который проявляется в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

В настоящее время СЭВ выделен в МКБ-10 как «синдром выгорания» под рубрикой Z.73.0. Соответственно диагностическим критериям МКБ-10, данное состояние можно расценить как проявления неврастения (F.48.0). Профессия врача является третьей в рейтинге наиболее подверженных СЭВ.

Биологическая функция стресса – адаптация. Следовательно, появление стресса означает, что человек включается в определенную деятельность, направленную на противостояние опасным воздействиям, которым он подвергается.

На первой стадии стресса (по Селье) организм получаетстораживающий сигнал, который нарушает равновесие в организме- ослабляет его. Адаптации к стрессу способствует активация симпато-адреналовой системы.

Так называемая триада стресса: начинается гипертрофия коры надпочечников и инволюция тимуса, селезенки, лимфоузлов; возможно образование геморрагических язв в желудочно-кишечном тракте; возможны изменения в периферической крови в виде нейтрофильного лейкоцитоза, снижения количества лимфоцитов и эозинофильных гранулоцитов.

При длительном воздействии стрессогенного фактора наступает вторая стадия, которая характеризуется значительным повышением сопротивляемости организма. Начинает вырабатываться кортизол. Происходит торможение процессов пищеварения, снижается активность иммунной системы и замедляются когнитивные функции, происходит ухудшение памяти.

При длительном воздействии негативного влияния происходит развитие третьей стадии. Это стадия истощения- энергия исчерпана, физиологическая и психологическая защиты оказываются сломленными - организм более не в силах найти ресурсы для сопротивления стрессу.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Как конечный результат - синдром эмоционального выгорания.

Особенности работы врача, приводящие к эмоциональному выгоранию: высокий уровень требований к специалисту; недостаточные индивидуальные адаптивные способности к этим требованиям (сниженные ресурсы личности); занижение профессиональной самооценки; монотонность работы; неудовлетворенность социальным статусом.

Формы проявления СЭВ: эмоциональная истощённость, цинизм, редукция профессиональных достижений.

Методы борьбы с СЭВ: тренировки; расслабление; разговор.

Выводы: врачу приходится ежедневно сталкиваться с ситуациями, которые требуют холодного рассудка, поэтому ни в коем случае нельзя подвергать себя стрессу, который выведет работника из состояния равновесия.

Серебрякова Ю.Р., Бортникова А.К., Госман Д.А.

ВЛИЯНИЕ МУЗЫКИ НА КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ

Научный руководитель – доц. Андреева В.Ф.

Цель: определить влияние музыки на уровень проявления когнитивных способностей у студентов.

Материалы и методы. Эксперимент выполнен на 18 студентах лечебного факультета 2 курса. в возрасте от 18 до 20 лет. Использовался ряд современных методик для определения уровня развития основных видов когнитивных способностей. С помощью методики А. Р. Лурия был измерен объем кратковременной и долговременной памяти. Для определения уровня концентрации и избирательности внимания использовался тест Мюнстерберга. Степень развития абстрактно-логического мышления была выявлена с помощью психодиагностической методики обобщения и метода анаграмм. Исследование проводилось дважды. Один раз – для определения исходного уровня когнитивных процессов. Второй раз - после музыкотерапии. Статистическая обработка данных проводилось в пакете Statistica 5,0.

Результаты: Процессы воображения, внимания, мышления и памяти направлены на прием, переработку и хранение информации, познание внешней среды, ориентировку в ней, поэтому их роль в жизни человека в целом и в любой профессиональной деятельности чрезвычайно важна. Оказывая положительное влияние на когнитивные процессы можно гораздо эффективнее и быстрее выполнять поставленные задачи. Особенно это актуально для студентов медицинских университетов, которым необходимо в максимально короткие сроки запоминать большой объем информации. Одним из самых простых и доступных каждому методов стимуляции коры головного мозга является музыка.

Оценка исходного уровня проявления когнитивных процессов проводилась в условиях полной тишины и отсутствия раздражающих факторов. На втором этапе на испытуемых оказывали воздействие, используя в качестве сенсорного раздражителя классическую музыку - сонату ре мажор Моцарта. Данная музыкальная композиция была выбрана, исходя из исследования Г. Шоу, Ф. Раушера и К. Кея, результаты которого говорят о возрастании некоторых показателей IQ под воздействием музыки Моцарта.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Далее был проведен анализ и оценка динамики показателей, определенных у студентов на 1 и 2 этапе исследования.

По итогам эксперимента было выявлено, что во время выполнения заданий при прослушивании данного музыкального произведения 78% процентов студентов показали результат статистически значимо выше, чем при оценке исходного уровня. В среднем положительная динамика составила около 7%. Максимальный результат оказался больше на 17% по сравнению с начальным уровнем, минимальный - на 1%.

Выводы: на основании результатов исследования можно сделать вывод о том, что музыкальная стимуляция полушарий головного мозга оказывает положительное влияние на эффективность решения когнитивной задачи и может быть использованная в качестве фактора, благоприятно воздействующего на умственные способности человека.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Кафедра акушерства и гинекологии

Зав.кафедрой - проф. Чурилов А.В

С.М.Алиева, М.М.Алиева

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЯ «ОХВАТ ПАР «МАТЬ И ДИТЯ» ХИМИОПРОФИЛАКТИКОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С ДЕЙСТВУЮЩИМИ СТАНДАРТАМИ»

Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург, Россия

Кафедра акушерства и гинекологии, зав. кафедрой - проф. Константинова О.Д.

Научные руководители — асс. Н.А.Воронцова, асс. Ж.В.Сенникова

Цель: дать оценку результативности подпрограммы «Охрана здоровья матери и ребенка» («ОЗМР») Государственной программы «Развитие здравоохранения» (ГП «РЗ») по профилактике вертикального передачи ВИЧ от матери к ребенку по данным перинатального центра ГАУЗ ООКБ № 2.

Материалы и методы: анализ 86 историй родов ВИЧ инфицированных и пациенток контактных по ВИЧ, проведенных в 2017 г. Проведена оценка данных: возраст пациенток, паритет, наличие ВИЧ инфекции у супруга, длительность заболевания ВИЧ инфекцией и стадия заболевания, наличие и уровень вирусной нагрузки. Вычислен показатель «охват пар «мать и дитя» химиопротекцией (ХП) ВИЧ-инфекции в соответствии с действующими стандартами» - целевой индикатор подпрограммы «ОЗМР».

Результаты: возрастная характеристика: до 20 лет — 3,5 %, 20-30 лет — 44,2%, 30-40 лет — 51,2%, 40 и более лет — 1,1% пациентов. Паритет родов: первые роды — 27,9%, повторные роды — 72,1%. ВИЧ позитивный супруг был в 32,5% случаев.

С момента выявления ВИЧ инфекции до наступления настоящей беременности прошло: до 5 лет — у 49,4 % пациенток, 5-10 лет — у 22 %, более 10 лет — у 28,6 % родильниц. Распределение по стадиям ВИЧ инфекции: III стадия — 64%, IV А стадия — 18,6 %, IV В стадия — 8,1 %. У 9,3 % пациенток был контакт по ВИЧ инфекции. ХП при беременности проводилась: с первого триместра в 50,63 % случаев, со второго триместра в 36,7 %, начата после 26 недель у 12,7 % беременных. 4,7 % пациенток не получали ХП в связи с категорическим отказом от ее проведения, 3,5 % - беременные с контактом по ВИЧ и серонегативными результатами. У 65,1 % вирусная нагрузка составила 0 копий/мл, у 18,6 % составила до 1000 копий/мл, свыше 1000 копий/мл — 16,3%. ХП во время родоразрешения проведена у 89,5% рожениц. 3,5 % рожениц отказались от проведения

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

ХП в родах, у 7 % родильниц ХП не проведена, в связи с кратковременностью их нахождения в стационаре до родоразрешения.

Выводы: Показатель «охват пар «мать и дитя» ХП ВИЧ-инфекции в соответствии с действующими стандартами» составил 89,5 %, что превышает прогнозируемое в России к 2020 году значение 85,9 %. Это свидетельствует об эффективности реализации мер Государственной программы «Развитие здравоохранения» подпрограммы «Охрана здоровья матери и ребенка» в Оренбургской области по профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку на примере ГАУЗ ООКБ № 2. Меры предгравидарной подготовки, своевременное выявление ВИЧ инфекции у будущих матерей, формирование позитивного отношения к проведению ХП во время беременности и в родах являются резервом увеличения результативности показателя.

Л.В. Беликова

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТКИ С РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АНАМНЕЗЕ

Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург, Россия

Кафедра акушерства и гинекологии, зав. кафедрой - проф. Константинова О.Д.

Научные руководители – асс. Н.А.Воронцова, асс. Ж.В.Сенникова

Цель: Изучить особенности течения беременности и родов у пациентки с раком щитовидной железы в анамнезе.

Материалы и методы: Клинический случай, проведенный на базе Перинатального центра ГАУЗ ОКБ № 2 г.Оренбурга в ноябре 2017г.

Результаты: Пациентка, 31 год, II беременность 33 недели. КОАГА (II бесплодие). ЭКО. Дихориальная диамниотическая двойня. Тазовое предлежание обоих плодов. Тяжелая преэклампсия. Са ЩЖ T1N1M0 III кл. группа, состояние после комбинированного лечения. Послеоперационный гипотиреоз, медикаментозная компенсация. Артериальная гипертензия I стадии средней степени риска. Дисгормональная миокардиодистрофия. Хроническая фетоплацентарная недостаточность с гемодинамическими нарушениями 2 плода.

В 2012 диагностирован рак щитовидной железы, проведена резекция обеих долей щитовидной железы. В 2013 году получен курс радиойодтерапии. В 2016 году выполнена лимфаденэктомия шеи слева. В течение 4 лет бесплодие, беременность наступила в результате ЭКО. Медикаментозная терапия гипотиреоза L-тироксин по 200 мг/сут. Первый триместр протекал на фоне угрозы прерывания. Во втором триместре в течение последних двух недель отеки, повышение артериального давления (АД) до 140/90. Гипотензивная терапия допегит по 250 мг x 3 раза в сутки. Поступила в перинатальный центр с АД 165/100, тяжестью в голове. Госпитализирована в реанимационное отделение с диагнозом тяжелая преэклампсия, начато лечение: магнизиальная терапия, гипотензивная терапия, экстренная профилактика синдрома дыхательных расстройств плодов. В течение двух суток эффекта от проводимого лечения не было, целевые значения артериального давления не достигнуты, беременная родоразрешена операцией кесарево сечение в экстренном порядке по поводу тяжелой преэклампсии. При операции кесарево сечение в тазовом предлежании в целом плодном пузыре извлечены два недоношенных мальчика 1770 г 43 см и 1200 г 39 см на 5/7 баллов по Апгар, переведены в реанимационное

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

отделение. В послеоперационном периоде у родильницы развился РДСВ, сохранялась высокая артериальная гипертензия. Проводилась интенсивная терапия, после купирования симптомов РДСВ, стабилизации состояния, пациентка переведена в терапевтический стационар для дальнейшего лечения.

Выводы: Наступление беременности, ее течение при наличии патологии щитовидной железы несет высокий риск развития осложнений, требует от акушер-гинекологов и эндокринологов тщательного динамического наблюдения, своевременной коррекции нарушений обмена и развивающихся жизненно угрожающих состояний. Необходима разработка специализированных программ прегравидарной подготовки данной категории пациенток.

Аршава Е.А., Рябчук Ю.И.

РОЛЬ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА У БЕРЕМЕННЫХ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

Научный руководитель – доц. Друпп Ю.Г.

Цель: исследовать пищевой рацион беременных с железодефицитной анемией у пациенток получавших препараты железа и не получавших их.

Материал и методы: Исследован пищевой рацион 280 беременных в период 2016 - 2017гг. Изучение пищевого рациона параллельно сопровождалось параклиническими исследованиями. Обследовано 280 беременных в возрасте от 20 до 35 лет, сходных по возрасту, социальному статусу и условиях проживания, что определяет высокую степень достоверности в сравнении результатов. Исследуемую группу составило 140 беременных с железодефицитной формой анемии легкой степени не получавших препараты железа, и контрольная – 140 человек - дополнительно получавших per os препарат железа (28 мг). Рацион питания для каждой женщины был традиционным для ее социально - материального уровня и уклада в ее семье, с увеличенным потреблением продуктов животного происхождения (мясо, яйца, творог, рыба), свежих овощей и фруктов.

Результаты: До 20-й недели беременности анемия легкой степени выявлена у 36 (12,8%) беременных. Положительный эффект лечения был получен у 85% пациенток с железодефицитной анемией в обеих группах. К 34-й неделе беременности у 60% беременных с анемией количество эритроцитов достигло нормы. В контрольной группе на фоне приема препарата железа у 10 беременных в сроке 25 недель наблюдались альбуминурия и отеки независимо от проводимой терапии.

У 15% пациенток обеих групп, не смотря на способ ведения пациентки и прием препарата железа, не был ликвидирован дефицит железа и уровень гемоглобина колебался на цифрах 102 – 106г/л, хотя беременные отмечали улучшение состояния, не смотря на то что, показатели гемоглобина и число эритроцитов не достигли физиологической нормы.

Выводы: успешность лечения железодефицитной анемии легкой степени у беременных напрямую зависят от питания и достаточности белков животного происхождения в пище, а не в приеме препаратов железа.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Берющева Т.С., Мандрыко В.А., Рязанцев А.А., Ермак А.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Научный руководитель – доц. Тутов С.Н.

Цель. Углубленное изучение особенностей течения поликистоза яичников у женщин с ожирением.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 112 пациенток с поликистозом яичников (ПКЯ) находящихся под наблюдением в женской консультации ЦГКБ№3 г. Донецка. Обследованные были подразделены на две клинические группы.

В первую (основную) вошли - 58 (51.8%) женщины с поликистозом яичников и ожирением. Во вторую (контрольную) - 54 (48.2%) пациентки с поликистозом яичников.

Пациентки были в возрасте от 16 до 36 лет, средний возраст которых составил 26,3±5,7 лет. При обследовании больных изучались данные анамнеза, проводились: биохимические, общеклинические, гормональные обследования. Для оценки степени выраженности ожирения у больных определяли индекс массы тела.

Результаты. Произведенное нами комплексное обследование позволяет сделать выводы, что у 58 из 112 больных ведущим в клинической картине было нарушение менструального цикла и бесплодие, возникшее на фоне ожирения. У 6 обследуемых этой группы отмечалось выраженное превышение массы тела. Индекс массы тела у 4 больных превышал 30. При изучении уровня пролактина по группам выявлено, что уровень его был достоверно повышенным у 34,5% больных 1-й и 21,4% больных 2-й группы. В базальных уровнях фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеостимулирующего (ЛГ) гормонов отмечалось преобладание ЛГ в 1 группе над второй ($p < 0,05$). Уровень тиреотропного (ТТГ) и соматотропного (СТГ) гормонов в основной группе достоверно снижен по сравнению с контрольной ($p < 0,05$). Глюкозотолерантный тест изучен у 62 больных (55,4%), из них 49 (79%) пациенток с ПКЯ и ожирением и 13 (20,9%) больных с ПКЯ. У 18 пациенток с ПКЯ (29%) выявлено диабетическое состояние, у 21 (33,9%) больных выявлена латентная форма сахарного диабета, у 2 (3,2%) из обследованных больных выявлена клиническая форма сахарного диабета. У остальных 21 (33,9%) пациентки результатами глюкозотолерантного теста патологических изменений углеводного обмена не установлено. При изучении гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового звена установлено достоверное ($p < 0,01$) повышение уровня адренокортикотропного гормона (АКТГ) в обеих группах. Причем, значения гормона во 1-й группе были больше, чем во 2-й.

Выводы. У больных с поликистозом яичников и ожирением в отличие от контрольной группы: уровень лютеостимулирующего гормона превышает базальный, содержание в крови соматотропного и тиреотропного гормонов снижено, содержание пролактина, адренокортикотропного гормона и инсулина повышено. Клинико-биохимические обследования позволили обнаружить у женщин основной группы нарушения гликолиза 66,1% (латентная форма диабета 33,9%, диабетическое состояние 29%, клиническая форма диабета 3,2%). У больных с поликистозом яичников и ожирением обнаружена выраженная дисфункция вегетативной нервной системы, высокий процент начальных признаков, характерных для "атеросклероза", преобладание в структуре личности тревожно-мнительных и депрессивных черт.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Берющева Т.С., Мандрыко В.А., Рязанцев А.А., Ермак А.А.

МЕТОДЫ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.

Научный руководитель – доц. Тутов С.Н.

Цель. Целью нашего исследования является изучение эффективности применения метродина для стимуляции овуляции у больных с синдромом поликистозных яичников над другими препаратами этого ряда.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 32 женщины репродуктивного возраста состоящих на учете в женской консультации ЦГКБ №3 г.Донецка с диагнозом: синдром поликистозных яичников. Для индукции овуляции в основной группе, состоящей из 18 человек, использовался метродин. Лечение метродином начинали между 3 и 5 днями цикла с дозы 75 МЕ в день на протяжении 8 дней. При отсутствии эффекта в течение 8 дней, дозу увеличивали до 225 МЕ в день. В этой дозе препарат применялся до тех пор, пока при помощи ультразвукового исследования не устанавливали, что один или два фолликула увеличились в размере до 16-20 мм. При наличии клинических признаков созревания фолликула через 24-48 часов после введения последней дозы метродина внутримышечно вводили 10 000 МЕ профази для индукции овуляции. Цикл лечения метродином не превышал 21 день. Для индукции овуляции в контрольной группе, состоящей из 14 человек, препаратом выбора был кломифен, который использовался по схеме: с 5 дня цикла по 50 мг в сутки в течение 5 дней. При отсутствии овуляции в 1-м цикле, начиная со второго, дозу кломифена увеличивали до 100 мг в сутки, затем, увеличивая в каждом цикле, довели до 200-250 мг/сутки. При неэффективности максимальной дозы в течение 3-х месяцев пациентку считали резистентной к кломифену.

Результаты. Критериями диагностики эффективности лечения в основной группе служили определение эстрогенов в моче, ультрасонографический мониторинг. Наступление овуляции произошло у 18 (100%) женщин уже после второго цикла лечения. Наступила беременности у 11 человек (61,1%) в течение 3 циклов лечения и у 15 (83%) в течение 6 месяцев. Побочных эффектов при использовании метродина нами не отмечалось. В контрольной группе в течение 6 месяцев цикл восстановился у 13 (92,8%) пациенток, причем у 4 (28,5%) это произошло на 3 месяце лечения. Повышение ректальной температуры у 11 человек (78,5%) случаев. Беременность наступила у 5 человек (35,7%), из которых 1 (7,1%) - двойня. Во время применения кломифена наблюдался ряд осложнений.

Выводы. При сравнительном использовании кломифена и метродина мы пришли к выводу, что у пациенток контрольной группы овуляция восстановилась в 11 случаях (78,5%), и у 5 случаях (35,7%) наступила беременность, что полностью коррелируется с литературными данными. В основной группе результаты были следующими - цикл восстановился у 100% женщин и беременность наступила в 11 случаях (61,1%). Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что метродин является препаратом выбора при стимуляции овуляции у больных с синдромом поликистозных яичников, так как он, при правильном подборе доз, приводит к наступлению беременности до 60% случаев, к стимуляции овуляции в 100% случаев, снижает частоту гиперстимуляции и вероятность многоплодной беременности, хорошо переносится больными.

Гамидова А.О.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ
НА ФОНЕ GESTАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА**

Научный руководитель – доц. Клецова М.И.

Цель. снижение частоты осложнений беременности и родов, улучшение перинатального исхода у пациенток с гестационным сахарным диабетом (ГСД) путем оптимизации лечения.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 90 беременных в возрасте 20-35 лет. Все женщины были разделены на 3 группы. 1 контрольную группу представляли 30 здоровых женщин, 2 группа-30 беременных с компенсированным ГСД, которые получали в качестве лечения диетотерапию. 3 группа-30 беременных с ГСД, которые получали в качестве лечения диетотерапию и инсулинотерапию простым инсулином.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что у женщин 2-3 группы на фоне инсулинотерапии во 2 половине беременности наблюдалась гипергликемия в пределах 5,6-8,9 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин составлял 6,8%. У женщин второй группы беременность и роды осложнились: гестозом различной степени тяжести в 9 случаях (30%); преждевременными родами у 4 женщин (13,3%); фетоплацентарной недостаточностью-5 случаев (16,7%); диабетической фетопатией у 17 беременных (56,7%); антенатальной гибелью плода-2 случая (6,1%). Беременность закончилась патологическими родами путем операции кесарева сечения у 8 женщин (26,7%), дистоция плечиков в 4 случаях (13,3%); тяжелая асфиксия в 4 случаях (13,3%). Экстренное родоразрешение у данной группы женщин было проведено в 23,3% случаев (7 женщин).

У женщин третьей группы беременность и роды осложнились: гестозом в 4 случаях (13,3%), что на 7,2% меньше, чем во 2 группе; преждевременными родами у 2 женщин (6,1%) -на 7,2% этот показатель ниже, чем в группе, где инсулинотерапия не проводилась; фетоплацентарной недостаточностью-3 случая (10%-это на 6,7% меньше, чем в предыдущей группе); диабетической фетопатией у плодов 7 беременных (23,3%)-на 33,4% меньше этой патологии в сравнении со 2 группой. Беременность закончилась патологическими родами путем операции кесарева сечения у 2 женщин (в 6,1%-на 20,6% ниже), дистоция плечиков в 2 случаях (6,1%)- на 7,2% ниже этот показатель, чем во 2 группе; тяжелая асфиксия встречалась лишь в 1 случае и это на 10% меньше в сравнении со 2 группой. Экстренное родоразрешение у данной группы женщин было проведено в 3,3% случаев (1 женщина) и этот показатель меньше, чем в предыдущей группе на 20%.

Выводы. Таким образом, назначение инсулинотерапии значительно уменьшает риск развития осложнений при беременности, в родах на фоне ГСД, что дает возможность считать этот метод эффективным даже при компенсированном гестационном диабете.

Гнилицкая Ю.А.

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН,
ПЕРЕНЕСШИХ САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ**

Научный руководитель – асс. Носкова О.В.

Одной из ведущих задач современного акушерства является снижение частоты перинатальных потерь. Несмотря на это частота самопроизвольных абортов в настоящее время остается высокой и достигают в зависимости от разных источников от 2 до 55%.

Цель нашего исследования заключается в оценке психоэмоционального состояния женщин, перенесших самопроизвольный аборт.

Материалы и методы. Проведено исследование 76 женщин, в возрасте от 25 до 36 лет, перенесших самопроизвольный аборт, на базе гинекологического отделения ДоКТМО. Исследование заключалось в оценке психоэмоционального состояния женщин в зависимости от особенностей акушерско-гинекологического анамнеза и темперамента. Для определения темперамента был применен тест — опросник Айзенка, психоэмоциональное состояние оценено с помощью уровня реактивной тревожности (РТ) и теста «Дом. Дерево. Человек» (ДДЧ).

Результаты. Все обследованные женщины, в зависимости от результатов тестирования по тесту Айзенка разделены на четыре группы, в зависимости от темпераментов: сангвиники, холерики, флегматики, меланхолики. Во всех группах исследован уровень РТ, при этом у сангвиников он составил 46, меланхоликов — 44, что соответствовало очень высокому уровню РТ; у холериков — 36, а у флегматиков — 31, что отражало средний показатель РТ. Анализ теста «Дом. Человек. Дерево», показал, что все исследуемые группы отмечали различные виды психоэмоциональных изменений, в основном в виде депрессивных состояний в группе сангвиников, подверженность к эмоциональным срывам у холериков, склонность к саморазрушению у флегматиков.

Выводы. Неумение женщин с перинатальными потерями «перерабатывать свой стресс», приводит к постоянно высокому уровню тревоги и детерминирует развитие в дальнейшем психосоматической патологии. Все это объясняет необходимость и значимость своевременной психокоррекции групп женщин с самопроизвольными абортами в анамнезе.

Данькина В.В., Данькин К.В.

**ВАГИНАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ, КАК ОДИН ИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ
ФАКТОРОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ**

Научный руководитель – доц. Данькина И.А.

Главным направлением профилактики онкологических процессов является своевременная диагностика и эффективность лечения доброкачественных и фоновых заболеваний, занимающих первые места среди гинекологических заболеваний (75%). Этиологическим фактором многих доброкачественных заболеваний шейки матки, являются инфекционно-воспалительные процессы, при этом чаще всего, на фоне воспалительной реакции результаты онкоцитологии ложноположительные, поэтому важно понимать алгоритм диагностики заболеваний шейки матки и этапность мероприятий.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Цель. Изучение кольпоскопической картины, совершенствование терапевтических мероприятий и оценка их эффективности у женщин с доброкачественными процессами шейки матки на фоне вагинальной инфекции.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 106 женщин от 20 до 45 лет с фоновыми заболеваниями шейки матки. С помощью кольпоцитологии, бактериологического и бактериоскопического методов проводилось обследование всех пациенток.

Результаты. У 35 женщин (33%) наблюдалось нарушение менструальной функции. Альгодисменорея была отмечена у 17 (16,0%) обследуемых. У 37 (34,9%) пациенток - позднее менархе, а у 11 (10,4%) - раннее. Воспалительные заболевания половых органов у 24 (22,6%) пациенток. Бактериальный вагиноз, хламидиоз, кандидоз, трихомониаз - у 67 (63%) женщин. Псевдоэрозия шейки матки - у 59 (55,7%) женщин, у 31 (29,2%) – наботиевы кисты, истинная эрозия у 11 (10,4%), цервициты у 98 (92,5%). II степень чистоты влагалища наблюдалась у 37 (33,9%), III и IV степень - 69 (65,1%) обследованных. *Candida albicans* имела место у 66 (62,2%), *Trichomonas vaginalis*-у 13 (12,2%), гарднереллы у 26 (24,5%), энтерококки у 14 (13,2%), кишечная палочка у 18 (17,0%) и у 21 (19,8%) - различные виды стафилококков и стрептококков.

При кольпоскопии практически у всех пациенток была отмечена незаконченная зона трансформации или эктопия цилиндрического эпителия. Атипической кольпоскопической картины не было выявлено. Для санации влагалища были использованы антимикробные йодсодержащие препараты (свечи «Йодоксид» или свечи «Бетадин») по 1 свече во влагалище на ночь в течение 10 дней. Лечение начинали после первой кольпоскопии. Вагинальные свечи переносились хорошо, побочных эффектов не было. Контрольные исследования проводили на 14-й день. Здоровыми признаны 84,6%. У 15,6% пациенток лечение было продолжено.

Выводы. Вагинальные инфекции способны поражать как цервикальный канал, так и шейку матки. Им свойственно приобретать новые патогенные свойства, инфицировать глубокие слои эпителия шейки матки. Отсутствие лечения может приводить к возникновению фоновых заболеваний шейки матки. Антимикробные йодсодержащие препараты в виде вагинальных свечей оказывают положительный эффект, хорошо переносятся пациентками.

Dankyna V.V., Dankyn K.V.

UROGENITAL INFECTIONS - THE LEADING FACTOR IN THE ETIOLOGY OF DEVELOPING PREGNANCY

Scientific supervisor - candidate of medical science, associate professor Dankyna I.A.

According to the estimates of domestic and foreign researchers, roughly 50% of the sexually active population are carriers of urogenital infections (31 pathogen), which are transmitted mainly through sexual contact. Clinical manifestations of urogenital diseases are accompanied by variable and often quite serious complications (developing pregnancy, ectopic pregnancy, miscarriage, inflammation of the appendages, etc.).

Purpose of the study. Identify the frequency of urogenital infections in married couples who have a history of developing pregnancy was detected.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Materials and methods. A totals of 40 couples with a history of developing pregnancy up to 20 weeks of gestation. All couples conducted a comprehensive survey, which included general clinical, bacteriological, direct microscopic, endoscopic examination, PTSP diagnostics, enzyme immunoassay methods of direct immunofluorescence, ultrasound of the uterus and appendages.

Results of the study. Complex diagnostics allowed detecting the presence of specific infections in 70% of women and 65% of their spouses with a predominance of mixed infection. One species of the pathogen was detected in 28,5% of patients and 20% of their spouses. The most frequently occurring infectious agents in 41,5% of women and 45% of men are urogenital chlamydia and ureaplasmosis - 25%, mycoplasmosis and trichomonas's - 15%, chlamydia, trichomonas's and ureaplasmosis – 12,5%. Less frequently, there is a combination of fresh and ureaplasmosis CMV infection - 5%, chlamydia and acute toxoplasmosis - 5%. CMV virus infection was detected in 10% of couples. The presence of pathogenic organisms in the cervical canal was accompanied by clinical symptoms endocervicitis 15% of patients, cervical erosion - 10%, chronic adnexitis - 25%, chronic endometritis – 12,5%. Every fourth couple chronic inflammation combined with specific etiology infantilism, long history of infertility, sperm pathology spouse. In the group of patients with early sexual initiation, had more than two sexual partners, 80% of the recorded mixed infection.

Conclusions. Etiologic factor leading developing pregnancy are inflammatory diseases caused by specific infection in 70% of patients and 65% of their spouses, and mixed infections are occurring in 41.5% and 45%, respectively. Obvious need for joint treatment and rehabilitation of the couple in preparation for a new pregnancy.

Джеломанова Е.С., Чурилов А.А.

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У РОДИЛЬНИЦ ГРУППЫ РИСКА

Научный руководитель – доц. Клецова М.И.

Цель. снижение частоты осложнений беременности и родов у пациенток группы риска по реализации инфекции.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 75 беременных в возрасте 20-35 лет. Все женщины были разделены на 3 группы. 1 контрольную группу представляли 25 здоровых женщин, 2 группа-25 беременных с преждевременным излитием околоплодных вод (ПИОВ) в сроке беременности после 30 недель, которые получали в качестве лечения антибиотикотерапию. 3 группа-25 беременных группы риска (беременность 30 недель и более-ПИОВ), которые получали в качестве лечения антибиотикотерапию и внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК).

Результаты. В ходе исследования выявлено, что применение ВЛОК накануне родов в 2,1 раза уменьшало число случаев дистресса плода в родах, в 3,1 раза-слабости родовой деятельности, в 3,7-родового травматизма. Частота гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде у рожениц, которым проводилось ВЛОК, была в 1,8 раза меньше, чем в группе, где использовалась традиционная антибиотикотерапия. В целом послеродовый период на фоне ВЛОК протекал более благоприятно-состояние рожениц значительно улучшалось: в 72,3% рожениц быстро нормализовался сон и аппетит. Важным позитивным эффектом ВЛОК является возможность уменьшения «медикаментозной нагрузки» у беременных и рожениц. Выявлено, что включение

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

ВЛОК в комплексную терапию женщин с ПИОВ способствует уменьшению суточной дозы антибиотика на 64,7%.

Выводы. Таким образом, немедикаментозная терапия-важный и необходимый компонент патогенетической терапии. Анализируя результаты, мы рекомендуем использование ВЛОК накануне родов, в родах и послеродовом периоде у пациенток группы риска по реализации инфекции-при ПИОВ.

Доля В.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПЕРЕНАШИВАНИЕМ

Научный руководитель – асс. Носкова О.В.

Увеличение количества осложнений во время беременности, родах, высокая перинатальная заболеваемость и смертность, большая частота оперативных вмешательств, детеминируют пристальное внимание акушеров-гинекологов к ведению этой категории беременных.

Цель. проанализировать особенности течения беременности, родов и перинатальных исходов при переносимой беременности.

Материалы и методы. Исследования: проведен ретроспективный анализ историй родов 105 женщин с переносимой беременностью в условиях отделения экстрагенитальной и акушерской патологии ДоКТМО.

Результаты. В зависимости от возрастных особенностей, обследуемые распределены следующим образом: до 20 лет - 7 (6,6%), от 21 до 25 лет – 16 (15,2%), от 26 до 30 лет – 26 (24,7%), от 31 до 35 лет – 36(34,2%) и старше 36 лет – 20(19%). При изучении гинекологического анамнеза, у 25 (23,8%) женщин было нарушение менструального цикла, у 57 (54,2%) был один аборт, у 31 (29,5%) – два и более аборта и у 6 (5,7%) – самопроизвольные выкидыши в малых сроках от 5-8 недель. В структуре экстрагенитальной патологии преобладали: ожирением у 69 (65,7%) беременных, 18 (36,1%) – железодефицитная анемия (ЖДА), 9 (8,5%) – нейроциркулярная дистония (НЦД), 9 (8,5%) – заболевания щитовидной железы.

Распределение наиболее частых осложнений во время беременности представлено следующим образом: у 36 (34,2±2,03%) – хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП), у 20 (19,1±1,71%) – анемия, у 12 (11,4±1,38%) – сахарный диабет, у 9 (8,5±1,38%) – хронический пиелонефрит, у 6 (5,7±1,11%) – гестоз разной степени тяжести, у 2 (1,9±0,95%) – признаки внутриутробного инфицирования плода (ВУИ). Осложнения в период беременности наблюдались у 85(80,2±2,09%) женщин, а у 20 (19,1±2,09%) их не было. Естественное родоразрешение отмечено у 76 (72,4 %) женщин, а путем операции кесарево сечение – 29 (27,6%), при этом среди основных показаний к кесареву сечению были: у 19 (65,5%) женщин – острый дистресс плода, у 6 (20,6%) – клинически узкий таз, у 2 (6,8%) – дискоординация родовой деятельности, у 2 (6,8%) – слабость родовой деятельности. Всего родилось 105 детей, с оценкой по шкале Апгар на первой минуте при рождении имели от 5-6 баллов. – 7(6,6%), от 6-7 баллов. – 28 (26,6%), от 7-8 баллов. – 70(66,6%) детей.

Выводы. Переносимая беременность, сопровождается большим количеством осложнений в течении беременности, родах: хронической внутриутробной гипоксией

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

плода, анемией, сахарным диабетом, хроническим пиелонефритом, гестозом различной степени тяжести, внутриутробным инфицированием плода.

Дьячкова Л.Ю., Корж А.А.

ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Научный руководитель - асс. Былым Г.В.

Цель. Провести анализ протекания беременности и родов у женщин с воспалительными заболеваниями мочевыводящих путей.

Материалы и методы. Изучено протекание беременности и родов у 76 женщин с доношенной беременностью. Посев мочи проводили на кровяном и мясопептидном агаре с определением микробного числа. Разделение на группы проводилось с учётом результатов бактериологического исследования мочи: контрольная группа I — 20 здоровых женщин, у которых посев мочи был стерильным, II — (46) беременных с бессимптомной бактериурией (ББ), III — (10) беременных с гестационным пиелонефритом (ГП).

Результаты. Бактерии в мочи выявлено у всех женщин I (46) и III (10) группы. У 25 беременных (44,4%) количество микроорганизмов превысило 100000 микробных единиц в 1 мл мочи (истинная бактериурия), во всех остальных случаях — количество от 10000 до 100000 микробных единиц. Анализ видового состава микроорганизмов, которые были выделены у женщин I и III группы свидетельствует о преобладании кишечной палочки (58%) и плазмонегативных стафилококков (42%). Из которых в 20 обследованных (36%) было также выявлено энтеробактер аэрогенес, в 8 (14%) - синегнойную палочку, в 8 (14%) протей, в 6 (11%) грамм-положительные аэробные палочки и ассоциации микроорганизмов у 5 (9%) энтерококки, у 3 (5%) клебсиелы. При повторных бактериологических исследованиях обычно высеваются идентичные микроорганизмы. При клиническом исследовании выявлено неблагоприятное влияние ББ и ГП на протекание беременности и родов. Так, угроза преждевременных родов у женщин I и III групп наблюдалась в 2 раза чаще, по сравнению с I группой, анемии — у 45 женщин (80%) I и III группы, преэклампсия лёгкой и средней степени у 5 беременных (9%) I и III группы. Большинство осложнений родов на фоне ББ и ГП было связано со слабостью сократительной способностью матки, несвоевременным отхождением околоплодных вод (в 2 раза чаще, по сравнению с контрольной группой), хореонамниотинном, внутриутробным инфицированием плода. Частота патологических кровопотерь увеличилась в 1,2 раза, а необходимость в оперативном родоразрешении — 1,3 раза. В послеродовом периоде острый или подострый пиелит, пиелостит или пиелонефрит отмечался в 5% женщин, которые получали лечение по поводу ББ во время беременности и в родах, и у 40% женщин, которым целенаправленная терапия не применялась.

Выводы. Таким образом, инфекции мочевыводящих путей у беременных являются существенным фактором риска возникновения осложнений протекания беременности и родов, и требуют своевременного выявления и лечения.

Кобро А. Ю., Целуйко О. А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ПРОБИОТИКОМ ВО ВРЕМЯ ГЕСТАЦИИ

Научный руководитель – доц. Мацынин А.Н.

Нарушение биоценоза влагалища во время гестации приводит к ряду гестационных и перинатальных осложнений. Применение ряда антибактериальных препаратов во время гестации ограничено в виду возможного негативного влияния на эмбрион и плод.

Цель. Оценить эффективность использования пробиотика для лечения бактериального вагиноза у беременных.

Материал и методы. Проведен ретроспективный статистический анализ применения пробиотика для лечения бактериального вагиноза во время гестации. I (основная группа) беременных (n=38) принимали пробиотик на протяжении трех недель, во II (контрольной группе) состояло 37 беременных, принимавших терапию бактериального вагиноза по традиционной схеме. Статистическая обработка полученного материала проводилась с использованием компьютерных программ “Microsoft Exel 2013” и “Biostat (1998).

Результаты. В результате терапии бактериального вагиноза в I группе беременных сразу после окончания курса лечения отмечалось значительное улучшение состояния микрофлоры влагалища, а именно у 29 женщин (76,3%) установился нормоценоз, а 9 (23,7%) - промежуточный тип. У 32(86,5%) беременных из II группы в большей части поля зрения определялись пептострептококки и единичные грамположительные палочки. У 5(13,5%) беременных терапия не дала положительных результатов. Во II триместре стойкий положительный результат (нормализации микрофлоры влагалища) отмечен у 31(81,6%) беременной, принимавшей пробиотик и у 18(48,7%) беременных принимавших традиционную терапию. В I группе ни у одной беременной при бактериоскопическом исследовании мазка не было найдено элементов грибов. Однако у 3(7,9%) беременных возник рецидив заболевания. У 5(13,1%) беременных из II группы возник микотический вагинит, который был лабораторно подтвержден, а у 4(10,8%) беременных бактериальный вагиноз рецидивировал. У беременных из I группы в III триместре отмечалось незначительное уменьшение положительных результатов терапии: нормальная микрофлора наблюдалась у 30(78,9%), а у 4(10,5%) беременных отмечался рецидив бактериального вагиноза. У беременных из II группы наблюдалось значительное снижение положительных результатов: нормальная микрофлора отмечена у 11(29,7%), у 17(45,9%) беременных определялся промежуточный тип биоценоза, у 6(16,2%) беременных бактериальный вагиноз рецидивировал, и у 3(8,1%) обнаружен кандидозный вагинит.

Выводы. Применение пробиотика для лечения бактериального вагиноза во время гестации является целесообразным. Эффективность его применения составляет 76,3% в I триместре, 81,6% во II триместре и 78,9% в III триместре гестации.

Ковалева И.С.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД КОНСЕРВАТИВНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Научный руководитель – асс. Гребельная Н.В.

В данной работе мы рассмотрим методы консервативной миомэктомии в хирургическом лечении миомы матки, так как именно эта патология является наиболее распространенной доброкачественной опухолью женской половой системы.

Важной характеристикой миоматозного узла, определяющей тактику лечения, является понятие о «клинически незначимом размере». Наиболее часто встречается и рано возникает симптом, связанный с нарушением менструальной функции. Вторым по частоте встречаемости является болевой синдром. Важную роль в клинике миомы матки играет нарушение репродуктивной функции.

Хирургическое лечение миомы матки может быть радикальным и органосохраняющим. Поскольку узел миомы оказывает влияние на всю матку, изменяя приток гормонов к ней, избирательно повышая поступление эстрадиола и снижая поступление прогестерона в миометрий, из-за чего матка длительное время существует в условиях нарушенного гормонального статуса, что вызывает разрастание всей мышечной ткани матки и увеличение ее объёма, к проведению консервативной миомэктомии необходимо прибегать как можно раньше, так как чем меньше масса миомы, тем эффективнее и безопаснее пройдет оперативное лечение. Для проведения консервативной миомэктомии используются трансцервикальный, вагинальный, лапароскопический и абдоминальный доступы.

Таким образом, в условиях растущих требований к качеству жизни женщин использование данных методов является приоритетным направлением оперативной гинекологии.

Козыр Л. Н.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ФРАКСИПАРИНА И ГЕПАРИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Научный руководитель – проф. Талалаенко Ю.А.

Илеофеморальный тромбоз при беременности - заболевание с многочисленными причинами, развивающимся вследствие взаимодействия между врожденными и приобретенными факторами риска. При беременности развивается «Вирховская» триада, лежащая в основе развития тромбоза: 1)естественное повышение содержания прокоагулянтных факторов; 2)венозный стаз отмечается при достигает максимума к 36 неделям; 3)повреждение эндотелия сосудов тазовых органов развивается при преэклампсии, септических осложнениях беременности и родов, ожирении, варикозном расширении вен, кесаревом сечении. При выборе препаратов для профилактики и лечения тромбозов у беременных принимается во внимание безопасность лекарственного средства для плода и матери, его эффективность, минимальное влияние на объем кровопотери при родоразрешении.

Цель: выявить различия при применении различных видов антикоагулянтной терапии для лечения острых тромбозов при беременности.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материал и методы исследования. Был проведен анализ историй родов у 17 пациенток с диагнозом острый илеофemorальный тромбоз. Всем больным в комплексе с дезагрегантной, спазмолитической и антибактериальной терапией назначались антикоагулянты. 10 из них назначался фраксипарин (0,3-0,6 мл в сутки). 7 пациенток получали гепаринотерапию (5000 до 10000 подкожно каждые 12 часов). Доза антикоагулянта подбиралась под контролем коагулограммы.

Результаты. Наиболее надежные результаты в лечении острых тромбозов и в профилактике тромбозэмболических осложнений дают низкомолекулярные гепарины. Применение этого препарата у всех беременных не привело к остеопорозу, тромбоцитопении, кровоточивости, что наблюдалось в 2 случаях (2%) при применении гепарина. Важным является вопрос выбора метода родоразрешения у женщин с острым тромбозом. Резкое изменение внутрибрюшного давления значительно повышает риск тромбозэмболических осложнений. Это явилось основанием для выполнения операции кесарева сечения у этого контингента женщин. Объем кровопотери в родах у пациенток, получавших фраксипарин составлял в среднем $600 \pm 156,8$ мл и достоверно не отличался от группы пациенток, получавших гепарин, и укладывался в параметры допустимых норм кровопотери.

Выводы. При использовании среднемолекулярного гепарина возникает риск гемorragии, остеопороза, алопеции, некроза в месте введения, чего не наблюдалось при лечении низкомолекулярными гепаринами. Таким образом, можно говорить о медико-социальном и экономическом преимуществе использования фраксипарина в лечении острого тромбоза у беременных.

Малахова Л.С., Токарева М.А.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С «ХИРУРГИЧЕСКОЙ» МЕНОПАУЗОЙ И ПРИМЕНЕНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ

Научный руководитель – доц. Петренко С.А.

Цель: оценить и изучить эффективность препарата овестин у пациенток с урогенитальными нарушениями после тотальной овариэктомии.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни 45 пациенток, у которых преобладали урогенитальные нарушения. Курс приема таблеток овестин у пациенток составил четыре месяца. Тяжесть состояния субъективной симптоматики урогенитальных нарушений оценивали по шкале простатических симптомов в модификации IPSS.

Результаты: После применения препарата овестин через 2 месяца лечения отмечается уменьшение выраженности урогенитальных нарушений, исчезли болезненные ощущения во влагалище, боли при половом акте, зуд, прекратились выделения из половых путей, а к концу 4 месяца отмечается полное купирование урогенитальной симптоматики. Таким образом IPSS и показатель качества жизни составил- 5,4(от 1 до 18) и 1,88(от 1 до 3).

Выводы: Анализируя данные, можно констатировать, что при лечении овестином отмечается высокий клинический эффект. Все это дает основание рекомендовать его к применению в терапии урогенитальных нарушений при посткастрационном синдроме.

Миминошвили Т.В.

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Научный руководитель – проф. Чурилов А.В.

В этиологии острых воспалительных заболеваний и придатков матки ведущее значение принадлежит ассоциации условно-патогенных аэробов и анаэробов бактерий и *тix*-инфекции, которые по данным литературы, при остром катаральном и остром гнойном сальпингите встречаются с одинаковой частотой в отделяемом из цервикального канала.

Цель настоящего исследования оценить значение бактериального обследования при воспалительных заболеваниях придатков матки.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 45 пациенток в возрасте 19-27 лет с острым гнойным сальпингоофоритом. Для диагностики использовали клинические показатели: жалобы на болевой синдром, высокую температуру, гнойные выделения из половых путей, болезненность придатков матки при бимануальном исследовании. Для оценки, позволяющей анализировать состояние биоценоза в целом, использовали метод Фемофлор – высококласный метод для исследования урогенитального тракта у женщин, позволяющих анализировать состояние биоценоза в целом, оценивать соотношение микроорганизмов между собой.

- Многофакторный (23 группы микроорганизмов, общая бактериальная масса, контроль взятия материала. Итого: 25 показателей)
- Уникальный по составу выявляемых микроорганизмов
- Количественный
- Точный
- Высокая аналитическая чувствительность
- Высокая аналитическая специфичность
- Наглядный (ПО+выдача результатов)
- Быстрый и несложный в использовании (стандартные методики выделения ДНК и ПЦР амплификации)
- Наличие готовых файлов с программами для ДТ-96 – исключение ошибок и потери времени при программировании амплификатора.

Определяли нормоценоз по общей бактериальной массе и наличию *Lactobacillus spp/ВК*, также определяли аэробные и анаэробные микроорганизмы, группу микоплазмы и грибы.

Результаты. В последующем материале определялись аэробные микроорганизмы семейства *Enterobac*, *Leniaccan*, *Stretococcus spp*, *Staphylococcus spp.*, из анаэробов – *Gardnerella vaginalis*, *Eubacterium spp*, *Mobiluncus spp*, из группы микоплазм *Ureaplasma*, *candida spp*. Полученные данные свидетельствовали об остром гнойном воспалении придатков матки.

Выводы. Современные методы диагностики помогают докторам провести консервативную терапию с хорошим клиническим эффектом.

Макаренко А.О.

ЭФФЕРЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У РОДИЛЬНИЦ

Научный руководитель – асс. Былым Г.В.

Цель исследования: изучить результаты использования эфферентной терапии (ЭТ) у родильниц с гнойно-септическими осложнениями (ГСО).

Материалы и методы: Наблюдали 13 родильниц в возрасте 21–47 лет, из них 11 – после кесарева сечения, 2 – после самопроизвольных родов. В анамнезе у всех женщин имелись соматические и гинекологические заболевания, осложненное течение настоящей беременности и родов – преэклампсия, анемия, угроза выкидыша, аномалии родовых сил и др. У всех родильниц были следующие осложнения: лохиометра (5), нагноение и расхождение послеоперационного шва (7), инфильтрат молочных желез(1). У 5 родильниц (1-я группа) с клинически выраженными общими и местными признаками воспаления в курсе традиционного лечения с 3–5 суток послеродового периода через день проводили 3–5 сеансов плазмафереза в сочетании с УФО крови. Остальным 8 родильницам (2-я группа) с местными проявлениями инфекции ежедневно проводили 5–7 процедур УФО крови.

Результаты: У всех пациенток отмечали быстрое купирование признаков воспаления, нормализацию инволюции матки, улучшение клинико-биохимических анализов крови и мочи, что позволило снизить курсовые дозы антибиотиков и сократить сроки пребывания женщин в стационаре. У всех была сохранена лактация. Средний койко-день в 1-й группе составил 10,5 дней, во 2-й – 8,8 дней, что соответственно на 4 и 2 дня короче, чем у аналогичных больных при традиционной терапии.

Выводы: Раннее и избирательное включение методов ЭТ в курс комплексного лечения родильниц с клинически значимыми проявлениями инфекции способствует профилактике развития тяжелых форм ГСО.

Макаренко А.О.

ВРЕМЕННАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ, КАК КРОВЕ-И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ МЕТОД В АКУШЕРСТВЕ

Научный руководитель - асс. Былым Г.В.

Цель: Изучить возможности временной эмболизации маточных артерий (ВЭМА) при кесаревом сечении (КС).

Материал и методы: Наблюдали четырех пациенток в возрасте 28-35 лет с выполненной им билатеральной ВЭМА. В трех случаях при предлежании плаценты операция была плановой, в два этапа: 1/катетеризация устьев маточных артерий перед операцией КС; 2/сразу после извлечения плода выполняли собственно ВЭМА частицами гемостатической губки с целью остановки профузного кровотечения. Еще у одной пациентки с продолжающимся маточным кровотечением на второй день после КС была выполнена экстренная ВЭМА частицами гемостатической губки. Технически ВЭМА проводили после катетеризации под местной анестезией (лидокаин) бедренной артерии и рентген-визуальной катетеризации устьев маточных артерий катетерами Roberts Uterine Curve диаметром 4-6 F.

Результаты: Осложнений при проведении ВЭМА и в отдаленном периоде не было. У всех пациенток с предлежанием плаценты ВЭМА способствовала уменьшению

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

кровопотери при КС, суммарная кровопотеря не превышала 900 мл. У роженицы после операции КС ВЭМА также была успешной, способствовала прекращению кровотечения, сохранению матки. Во всех случаях контрольные доплер-исследования (на 2 и 7 сутки после ВЭМА) показали восстановление кровотока в матке, инволюция ее была нормальной, послеродовых осложнений не было.

Выводы: Первый опыт использования ВЭМА показал, что операция является эффективным крове-, органосохраняющим средством при предлежании плаценты, при продолжающемся кровотечении после КС.

Морозова М.С., Обмачевская К.Г., Васильченко Т.А.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель – доц. Егорова М.А.

Рост экстрагенитальной патологии, многоплодия, многоводия, дисплазий соединительной ткани и применение вспомогательных репродуктивных технологий приводит к формированию истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН). Для решения данной проблемы используется хирургический и консервативный методы коррекции.

Цель: сравнить эффективность и безопасность методов коррекции ИЦН, позволяющих пролонгировать беременность и снизить репродуктивные потери.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни беременных женщин с диагнозом ИЦН. Исследование выполнено на базе ЦГКБ № 6 г. Донецка. Все пациентки были разделены на 2 группы:

I группа (20 беременных) – проведен трансвагинальный серкляж (круговой шов на шейку матки в модификации метода Мак-Дональда). II группа (20 беременных) – консервативный метод коррекции ИЦН акушерским разгружающим пессарием «Юнона».

Срок гестации в обследуемых группах составил 16-23 недели. Средний возраст женщин в I группе составил $32 \pm 4,2$ года, во II - $32 \pm 3,8$ года. В I группе женщин 75 % были повторнобеременные, 50% - повторнородящие. Во II группе женщин повторнобеременные составили 80% и 55% повторнородящие. У 90% пациенток обеих групп выявлен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Диагноз ИЦН выставлен на основании клинических данных и результатов УЗИ. Показания к коррекции: укорочение шейки матки – 2,5 см и меньше, расширение внутреннего зева. Условия проведения – Iя или IIя степень чистоты влагалища, отсутствие признаков хориоамнионита и кровотечения.

Результаты: У каждой пациентки беременность осложнялась угрозой прерывания и сопровождалась госпитализацией в стационар до проведения коррекции. После коррекции частота госпитализаций в I группе составила 60%(12 женщин), во II группе – 35%(7 женщин). Преждевременные роды в I группе составили 20% (4 женщины), во второй группе – 5% (1 женщина). Срочные роды составили 89% и 95% соответственно. Преждевременные роды в I группе произошли до 32 недель беременности, во II группе в сроке 35-37 недель. Родоразрешение через естественные пути при хирургическом методе отмечалось у 93% беременных, а при консервативном - у 100%. Средняя масса плода у

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

родильниц с круговым швом на шейке матки составила 2945 ± 120 г, у родильниц, использовавших акушерский разгружающий пессарий – 3380 ± 120 г.

Выводы: следовательно, коррекция ИЦН с помощью акушерского пессария «Юнона» более эффективна, чем хирургическая: почти в 2 раза реже наблюдалась угроза прерывания беременности, частота преждевременных родов снизилась в 4 раза, и они происходили на более поздних сроках гестации. У всех женщин II группы родоразрешение произошло через естественные родовые пути.

Преимущества консервативного метода: безопасность и простота использования в клинической практике. Его можно применять в сроках более 24-25 недель. Метод не требует анестезиологического пособия, экономически эффективен и доступен.

Мумрова И.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЦЕТОНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Научный руководитель - проф. Чурилов А.В.

Во всем мире наблюдается тенденция к увеличению распространенности СД, что связано с распространением ожирения, заболеваний желудочно-кишечного тракта, планированием беременности в более позднем возрасте. По данным различных авторов СД является непосредственным фактором риска развития перинатальных осложнений, в патогенезе которых играют роль различные метаболиты: гормоны, факторы роста и целый ряд цитокинов. Кроме того, наличие беременности предопределяет предпосылки для возникновения нарушений углеводного обмена у женщины. Течение СД нередко сопровождается развитием ацетонемического синдрома (АС), который отличается длительным латентным течением на фоне проводимой традиционной терапии. В литературе широко освещены вопросы течения беременности и родов у женщин с СД, однако особенности течения метаболического ацидоза на фоне данной патологии изучены недостаточно имеющиеся данные порой разноречивы.

Цель: изучение особенностей течения АС у беременных с сахарным диабетом с целью оптимизации лечения и улучшения перинатальных исходов.

Материал и методы: Под наблюдением находилось 30 беременных с сахарным диабетом в сроке гестации 32-37 недель, которые были распределены на две группы. В основную группу вошли 15 пациенток с ацетонемическими состояниями на фоне СД, предшествовавшим настоящей беременности. Группу сравнения группу составили 15 беременных с гестационным диабетом, осложненным ацидотическими состояниями. Оценивались следующие показатели: уровни кетонемии и кетонурии, рН крови, содержание молочной кислоты в сыворотке крови.

Проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и послеродового периода женщин с осложненным течением сахарного диабета, а также течение раннего неонатального периода у новорожденных.

Результаты: В ходе исследования выявлено, что у беременных первой группы уровень кетонемии составил $5,9 \pm 0,68$ ммоль/л, что достоверно выше, чем у беременных второй группы ($5,1 \pm 0,67$ ммоль/л) ($p=0,01$). Уровень молочной кислоты в сыворотке крови был значительно выше у беременных второй группы и составил ($3,9 \pm 0,54$ ммоль/л), по сравнению с пациентками первой ($2,2 \pm 0,60$ ммоль/л) ($p=0,01$). Значение рН

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

крови у пациенток обеих групп статистически достоверно не отличался и составлял $7,8 \pm 0,23$ и $7,6 \pm 0,21$ соответственно ($p=0,194$). Длительность течения АС в первой группе составил $14,5 \pm 0,83$ суток, что практически не отличалось от аналогичного показателя во второй группе беременных $13,8 \pm 0,78$ суток. Получена сильная корреляционная связь ($p < 0,05$) между уровнем содержания молочной кислоты в сыворотке крови у матери и частотой гипербилирубинемий у новорожденных. Наличия линейной корреляционной связи между остальными показателями не установлено.

Выводы: Длительность течения ацетонемических состояний у беременных с СД влияют на массо-ростовые показатели новорожденных и на течение раннего неонатального периода. В результате проведенного исследования выявлено, структуре метаболического синдрома при СД кетоацидоз чаще встречается при ранее существовавшем СД, а при гестационном диабете преобладают лактатацидотические состояния. Таким образом, в комплексе лечения метаболического ацидоза при СД, кроме инсулинотерапии, детерминировано назначение препаратов, снижающих уровень лактата в сыворотке крови.

Обмачевская К.Г., Васильченко Т.А., Морозова М.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Научный руководитель – доц. Егорова М.А.

В настоящее время, многие врачи хирургических специальностей, отдают предпочтение малоинвазивной хирургии. К таким методам относится и рентгенэндоваскулярная техника, позволяющая избежать частых осложнений, в постоперационном периоде и скорое выздоровление пациенток. По данным Кохрановского сообщества (2012 г) количество беременностей и родов после эмболизации маточных артерий составила 95%, что свидетельствует об отсутствии негативного воздействия процедуры на репродуктивную функцию.

Цель. Улучшение результатов лечения миомы матки, добившись полной инволюции узла, сохранив репродуктивную функцию женщины, улучшить качество жизни пациенток с данной патологией.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 28 историй больных с симптомными миомами матки, а также, данные артериограмм пациенток, которым проводилась эмболизация маточных артерий. Показаниями к эмболизации маточных артерий служила симптомная миома матки. В обследуемую группу не включались пациентки с: беременностью, активными воспалительными процессами, индивидуальной непереносимостью вещества и при подозрении на малигнизацию процесса.

Пациенткам проводилось лечение с использованием рентгенэндоваскулярной методикой. С помощью интродьюсера по проводнику вводили микрокатетр в дистальный сегмент маточной артерии. После выбора эмболизирующих частиц вводилось рентгенконтрастное вещество (РВА - поливиниловый спирт). Через 2-3 минуты проводилась контрольная артериограмма.

Рентгенохирургический метод сочетался с проведением медикаментозной терапией у всех пациенток.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

После оперативного лечения и выписки из стационара, наблюдение продолжалось в женской консультации.

Результаты. Исследуемая группа, включала в себя, женщин возрастом от 24 до 49 лет. При использовании данного метода лечения, в 80% (22 пациентки) случаев был получен положительный эффект: достигнута окклюзия маточных артерий. Выявлено отсутствие эффекта при использовании данного метода в случае: небольшого кровоснабжения узла у 3х пациенток (10,7%), шеечно-перешеечного расположения узла у 1 пациентки (3,5%) и при наличии аденомиоза у 2 пациенток (7,1%). У 2х (7,1%) пациенток, наблюдался рецидив заболевания, а у одной пациентки (3,5%) наблюдалась местная аллергическая реакция. У всех пациенток (28 женщин) тяжелого постэмболизационный синдрома (болевые ощущения различной интенсивности) не наблюдалось.

Все пациентки были выписаны из стационара на 2е и 3е сутки. Полная инволюция узла наступала от полутора до 2х месяцев после операции.

У 70% женщин через 2 года наступила желательная беременность, которая закончилась родами в срок.

Выводы. Анализ данных позволил сделать вывод, что рентгенэндоваскулярная методика лечения, имеет ряд преимуществ перед обширными хирургическими вмешательствами: ранняя выписка из стационара, отсутствие кровопотери, постоперационного рубца, отсутствие негативного влияния на возможность забеременеть и выносить беременность.

Панченко О.В., Кондрашова Д.С., Халабузарь В.А.

ЗАВИСИМОСТЬ МАССЫ ТЕЛА И МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ОТ ПРОВОДИМОЙ ПРОТИВОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ

Научный руководитель – асс. Былым Г.В.

Эпилепсия представляет собой одну из наиболее распространенных психоневрологических заболеваний и фиксируется с частотой 1% в популяции. Предполагается, что как само заболевание, так и противоэпилептические препараты, способны изменять функцию эндокринной системы и являться причиной репродуктивных нарушений у пациентов с эпилепсией. Препараты вальпроевой кислоты являются «золотым стандартом» при терапии различных форм эпилепсии. Нами было проведено рандомизированное исследование по оптимизации схемы терапии эпилепсии в зависимости от проявления побочных реакций.

Цель: выявление зависимости расстройств менструальной функции, метаболизма и массы тела от проводимой противосудорожной терапии.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 154 женщины, обратившиеся с жалобами на нарушения менструальной функции и прибавку массы тела после назначения препаратов вальпроевой кислоты для терапии различных форм эпилепсии. Пациентки были разделены на две равнозначные группы: в 1-ю группу вошли 75 женщин, средняя масса тела которых составляла $104,7 \pm 1,8$ кг, а во 2-ю – 79 женщин со средней массой тела, равной $106,3 \pm 0,5$ кг. Пациенткам обеих групп была разработана гипокалорийная диета, подобраны оптимальные физические нагрузки и предложена терапия препаратом вальпроевой кислоты Депакин. Средняя суточная доза 750 мг. В

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

комплексное лечение эпилепсии пациенток 2-й группы был включен Топамакс. Средняя суточная доза 125 мг. Мониторинг пациенток на первом этапе исследования проводился в течение 1 года.

Результаты: Спустя год наблюдения средняя масса тела пациенток 2 группы составляла $80,5 \pm 0,4$ кг, у пациенток 1 группы $92,4 \pm 1,5$ кг.

В течение первого года спонтанное восстановление менструальной функции отмечалось у 7 (9,3%) пациенток 1-й группы и у 54 (68,4%) пациенток 2-й группы. При этом, число приступов на фоне лечения в обеих группах было равноценным, в среднем 1,2 случая в месяц. Итоги произведенного мониторинга вновь продемонстрировали непосредственную связь нарушений менструальной функции с избыточной массой тела и метаболическими нарушениями и подтвердили данные о том, что оптимизация терапии эпилепсии и снижение массы тела представляет собой необходимый этап в терапии нарушений репродуктивной системы.

Выводы: Таким образом, для контроля за нарастанием массы тела и метаболическими нарушениями требуется оптимизация проводимой противосудорожной терапии и в случае фиксирования побочных реакций переход на комбинированную терапию эпилепсии.

Резюме. Нарушения менструальной и репродуктивной функции, а также нарушения обменных процессов напрямую зависят от проводимой противосудорожной терапии. Широкая панель препаратов для лечения эпилепсии дает возможность оптимизировать лечение для минимизации побочных реакций. Для выяснения патогенеза возникновения побочных реакций необходимо дальнейшее наблюдение и изучение различных параметров физиологии у данного контингента пациенток

Плохотников А.И., Чурилов А.А.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА

Научный руководитель – проф. Чурилов А.В.

Гибель плода во время беременности считается антенатальной гибелью. Частота антенатальной гибели плода в развитых странах составляет 0,58-1%. Причины возникновения этого осложнения разнообразны. К ним относятся социальные, социально-бытовые, социально-общественные, психологические, экономические факторы воздействия на развивающийся организм плода. В структуру медицинских факторов входят: соматическая патология матери, патологическое течение беременности, болезни плода во внутриутробном периоде, качество медицинской помощи, оказанной беременной.

Цель: провести сравнительную оценку причин антенатальной гибели плода и возможных ошибок при ведении этой категории пациентов.

Материалы и методы: Нами проведены ретроспективный анализ 34 случаев антенатальной гибели плода с 22 до 42 недель беременности в отделении экстрагенитальной и акушерской патологии ДоКТМО за 2016-2017 гг. Анализ проводился по истории родов, обменным картам, по протоколам патологоанатомических вскрытий и гистологических исследований плаценты.

Результаты. Первородящие составили-78,5%(18), повторнородящие- 35,7%(10). В браке состояло -81,4%(22), вне брака-21,4%(6), Своевременная постановка на учет в ж/к

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

до 12 недель, после 12 недель. Соматический анамнез: анемия – 9(26,4%), заболевания ССС – 5(14,7%), заболевания ЖКТ – 4 (11,7%), заболевания щитовидной железы – 4(11,7) заболевания органов дыхания – 4(11,7%), заболевания мочевыделительной системы 5(14,7%). Акушерско-гинекологический анамнез представлен: нарушение менструального цикла 5 (14,7%), лейомиомы матки 2(5,8%), миома матки- 2 (5,8%), замершие беременности 2(5,8%), самопроизвольные выкидыши 3(8,8%), медицинские аборт в 5(14,7%) случаях. Беременность протекала с угрозой прерывания беременности в 12 случаях, в разных триместрах беременности, обострение соматических заболеваний наблюдалось в 5 случаях, преэклампсия разной степени тяжести в 6 случаях, СЗРП в 9 случаях. В 31 случае беременные поступили в стационар с уже свершившимся фактом, в 3 случаях антенатальная гибель плода произошла в стационаре в сроках глубокой недоношенности 22-26 недель. При анализе родов выявлено: срочные роды-10 (29,4%) ,из них кесарево сечения-2, преждевременные роды 24(70,5%),из них кесарево сечения- 5 (14,7%). При анализе результатов гистологического исследования выявлены в 24 случаях признаки морфо-функциональной незрелости и 8 случаях признаки гнойного мембранита. Ведущее место в списке причин возникновения антенатальной гибели плода занимает патология плаценты, плацентарная недостаточность ее декомпенсированная форма.

Выводы: Необходимо обследование женщин в прегестационном периоде на перинатальнозначимые и тератогенные инфекции и раннее выявление формирующейся первичной плацентарной недостаточности.

Радынова С.Б., Горлов Д.Ф.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ МИОМЫ МАТКИ

ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева»

г. Саранск, Россия

Кафедра акушерства и гинекологии

Зав. кафедрой – доц. Абрамова С. В.

Научный руководитель - доц. Радынова С.Б.

За последнее время число гинекологических заболеваний требующих радикального оперативного вмешательства значительно возросло. Чистота гистерэктомий в структуре данных операций в РФ достигает 25-38%. Распространенность миомы матки среди женщин репродуктивного возраста составляет 35%, а средний возраст пациенток которым проводится гистерэктомия по поводу данной патологии составляет 40,5 года. Наиболее часто объем операции у женщин с миомой матки, заключается в совместном удалении матки и придатков, что приводит к наступлению хирургической менопаузы. Данное состояние влечет за собой искусственное прекращение менструальной функции. Развивающийся в последствии постовариоэктомиический синдром-является этрогендефицитным состоянием женщины, которое отличается патогенетически от возрастной менопаузы. Эндокринно-метаболические, сердечно-сосудистые, нейровегетативные нарушения, а также психоэмоциональный дискомфорт в следствии гормонального дефицита негативно влияют на трудоспособность, состояние общего здоровья и качество жизни женщины в целом.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Цель: Определить целесообразность(обоснованность) проводимой овариоэктомии у пациенток оперируемых по поводу миомы матки.

Материалы и методы: Материалами исследования явились 42 пациентки в возрасте от 40-52 лет которые были прооперированны по поводу миомы матки. Для решения поставленной цели проводили оценку данных гинекологического анамнеза, сопутствующей экстрагенитальной патологии, клинико-морфологического состояния яичников по заключениям УЗИ до операции и по заключениям гистологии операционного материала. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы StatSoftStatistica 10.0.

Результаты: Для большинства пациенток было характерно наличие гинекологической и экстрагенитальной патологии. Из числа гинекологических заболеваний преобладали хроническое воспаление придатков и эктопия шейки матки (38% и 37% соответственно), в остальных случаях наблюдались полипы 7% и кольпит 5%. При оценке экстрагенитальной патологии в большей степени встречались анемии - 36%,заболевания желудочно-кишечного тракта -29%, заболевания сердечно-сосудистой системы -24%, вегетососудистая дистония -14%, варикоз вен нижних конечностей встречался в 10% случаев и 5 % приходится на заболевания мочевыделительной системы. У большинства женщин было выявлено нарушение менструальной функции в виде гиперполименореи и дисменореи, а так же у 20% пациенток наблюдалось позднее менархе. Большой размер опухоли, быстрый рост и миома матки в сочетании с эндометриозом и кистозными образованиями яичников явились показанием к оперативному лечению миомы матки. В 32% случаев по данным гистологического операционного материала миома матки сочеталась с аденомиозом, также у большинства женщин наблюдались кисты яичников. В то же время, гистологическое исследование яичников после операции показало что,в 54% случаев отмечались кисты яичников, из них 39% занимали фолликулярные кисты, 24% приходилось на серозные и кисты желтого тела и 7% это эндометриоидные кисты. В 27% случаев по данным послеоперационного гистологического исследования яичники поражены не были.

Выводы: Наиболее частыми показаниями к оперативному лечению являлись быстрый рост и большие размеры миомы, а так же миома матки в сочетании с эндометриозом и кистозными образованиями яичников. 83% пациенток по данным предварительного гистологического исследования и гистологического исследования послеоперационного материала имели ановуляторный менструальный цикл, что является причиной гиперэстрогемии и патогенетическим фактором способствующим развитию миомы матки. В 32% случаев миома матки сочеталась с аденомиозом , в 73 % случаев в операционном материале наблюдались кистозные образования и поликистоз яичников. Наибольший процент составили фолликулярные кисты.

В 27 % случаев по данным послеоперационного гистологического исследования патологических изменений со стороны яичников не наблюдалось и на наш взгляд в этих случаях проведение овариоэктомии было не обосновано.

Романова Е.В., Санковская Т.О.

**ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО И
КОЛЬПОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ
МАТКИ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ**

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Кафедра акушерства и гинекологии

Заведующий кафедрой - проф. Можейко Л.Ф.

Научный руководитель – проф. Барановская Е.И.

Цель: проанализировать результаты обследования пациенток для диагностики дисплазии шейки матки I, II и III степени тяжести.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали 128 медицинских карт пациенток, обратившихся в женскую консультацию №29 г.Минска в 2015-2017 гг. Для статистических вычислений были использованы программы MicrosoftExcel, STATISTICA10, Python.

Результаты. Из 128 пациенток 48 имеют дисплазию I (средний возраст –36,9 лет), 34 пациентки – дисплазию II (средний возраст – 44,3 года), 18 пациенток – дисплазию III (средний возраст – 48,7 лет), контрольная группа – 28 пациенток (средний возраст – 30,57 лет). Чувствительность (Se) методов для дисплазии I: цитологический – 89,6%, кольпоскопический – 87,5%, совместно цитологический и кольпоскопический 93,8%. Для диагностики дисплазии II чув-ствительность цитологического метода составила 20,6%, кольпоскопического – 79,4%, совместно цитологического и кольпоскопического – 85,3%. Для диагностики дисплазии III чувствительность данных методов составила 11,1%, 82,4% и 88,9% соответственно. Специфичность цитологического метода составила 42,86%, кольпоскопического метода – 28,57%, совместно цитологи-ческого и кольпоскопического – 42,87%. Методом построения ROC-кривой было определено, что в группе пациенток с дисплазией II 88% женщин старше 31 года включительно, в группе пациенток с дисплазией III 88% женщин старше 35 лет. Статистически было определено, что средний интервал времени между возникновением дисплазии I и ее переходом в дисплазию II составляет 7,4 года, в дисплазию III – 11,8 лет.

Выводы. У женщин старше 30 лет в качестве скрининга дисплазии следует использовать комбинацию цитологического метода и кольпоскопии. Для предупреждения дисплазии III степени следует стремиться к 100% скринингу женщин до 30 лет.

Романова Е.В., Шатица А.С.

**ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
1 ТИПА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОДКОЖНОЙ ИНФУЗИИ
ИНСУЛИНА (НПИИ) И МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОДКОЖНЫХ ИНЪЕКЦИЙ
ИНСУЛИНА (МПИИ)**

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Кафедра акушерства и гинекологии

Зав. кафедрой - проф. Можейко Л.Ф.

Научный руководитель – проф. Барановская Е.И.

Сочетание сахарного диабета (СД) 1 типа и беременности является одной из наиболее сложных и актуальных проблем в акушерстве ввиду тяжести заболевания и его

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

осложнений, увеличения числа беременных с данной патологией. Компенсация углеводного обмена и хороший метаболический контроль позволяют снизить материнские и перинатальные осложнения СД. Однако, эта задача при тяжелых формах заболевания и использовании режима многократных подкожных инъекций инсулина (МПИИ) оказывается далеко не всегда выполнимой, поэтому внедрение новых эффективных методов улучшения состояния углеводного обмена при данной патологии является важной задачей современной медицины. Помповая инсулинотерапия на сегодняшний день – наиболее современный метод инсулинотерапии.

Цель: оценить эффективность терапии СД 1 типа у беременных при использовании различных методов инсулинотерапии на основе сравнения течения беременности, состояния пациентки и новорожденного.

Материалы и методы. В работе использовались социологический и статистический методы. В исследование включены 237 пациенток РНПЦ «Мать и дитя», из которых 216 в качестве метода инсулинотерапии использовали МПИИ (гр.А) и 21 пациентка (гр.Б) использовала НПИИ. Для обработки статистических данных были использованы программы Microsoft Excel, STATISTICA 10.0. Статистически значимыми признавались различия при $p < 0,05$.

Результаты. Для группы А были получены следующие результаты: средний показатель по шкале Апгар составил 7,49 баллов; ср. вес ребенка 3424,8 г; ср. рост ребенка 51,08 см; средний набор веса пациенткой за беременность 11,92 кг; ИМТ 24,18 кг/м²; ср. доза инсулина в 3 триместре 0,80 ЕД/кг; ср. HbA_{1c} в 3 триместре 6,73%; родоразрешение путем кесарева сечения у 179 женщины (82,87%); наличие гестоза выявлено у 114 пациенток (52,78%); многоводие выявлено у 58 пациенток (26,85%).

Результаты для группы Б: средний показатель по шкале Апгар составил 8,05 баллов; ср. вес ребенка 3253,8 г; ср. рост ребенка 51,05 см; средний набор веса пациенткой за беременность 9,8 кг; ИМТ 24,46 кг/м²; ср. доза инсулина в 3 триместре 0,77 ЕД/кг; ср. HbA_{1c} в 3 триместре 5,92%; родоразрешение путем кесарева сечения у 14 женщины (66,67%); наличие гестоза выявлено у 4 пациенток (19,05%); многоводие выявлено у 4 пациенток (19,04%).

Для следующих показателей была определена статистически достоверная разница: баллы по шкале Апгар, набор веса за беременность, уровень HbA_{1c} в 3 триместре, частота КС, наличие гестозов.

Выводы. 1 Дети, рожденные от матерей, которые использовали НПИИ, получили достоверно лучшую оценку по шкале Апгар, по сравнению с детьми матерей, использующих МПИИ.

2 Женщины, использовавшие НПИИ для терапии СД, за беременность набирали достоверно меньше веса, чем пациентки, использовавшие МПИИ. Частота родоразрешений путем кесарева сечения при НПИИ ниже, чем при МПИИ. Наличие гестоза при НПИИ выявлялось в 2,5 раза реже, чем при МПИИ.

3 Уровень HbA_{1c} в 3 триместре беременности при НПИИ был достоверно ниже, чем при МПИИ.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Рябчук Ю.И., Соколова А.А.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИЧИН ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель – доц. Друпп Ю.Г.

Цель: проанализировать мотивацию женщин при принятии решения о прерывании беременности в период военного конфликта в регионе.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование 100 пациенток после искусственного аборта выполненного в сроках до 12 недель беременности.

Возраст женщин колебался от 18 до 45 лет и составил в среднем $29,3 \pm 0,7$ года.

Результаты. В анамнезе изучаемой группы у 57% женщин аборт не было, у 32% - проводился 1 медицинский аборт и у 11% - 2 и более. У 7% нерожавших женщин в возрасте до 20 лет уже имелся в анамнезе медицинский аборт.

Больше 60% женщин состояли в браке, каждая 3-я (35%) пациентка была не замужем, 5% - разведены.

Оказывается, что на репродуктивные планы женщины и семьи в целом влияет наличие детей, в основном в возрасте от 1 года до 4 лет. У 85% незамужних женщин детей не было, а среди замужних - бездетными оставались 8 %.

Основным фактором (72 %), влияющим на решение прервать беременность, женщины указали на социальные трудности - военное время, неуверенность в будущем, низкий уровень жизни, угроза безработицы.

На 2 месте в причинах решения проведения медицинского аборта стоят жилищно-бытовые условия. 15% интервьюированных женщин проживают в общежитиях, 45% - на съемных квартирах, и только 40% живут в собственных квартирах. При чем, жилье со всеми удобствами имеет только половина (53%) опрошенных, с частичными удобствами — 25%, у 27% - без удобств.

Прослеживается тенденция, что на решение женщин сделать аборт, влияют изменившиеся условия жизни: явная и скрытая безработица, трудоустройство не по специальности, низкий уровень доходов, высокие (по отношению к доходам) цены на медицинские препараты, в том числе на противозачаточные средства.

Отмечен низкий уровень знаний женщин о современных методах контрацепции.

Выводы: Для снижения уровня искусственных аборт в условиях военного времени необходимо пытаться устранять факторы влияющие на решение женщины об искусственном прерывании беременности (улучшать жилищно-бытовые условия, повышать материальное благосостояние семьи, увеличивать количество рабочих мест и уровень оплаты труда), а так же улучшить доступность к противозачаточным средствам и повысить качество санитарно-просветительной работы среди населения по вопросам контрацепции.

Рябчук Ю.И., Богданова М.Е.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ БЕРЕМЕННЫХ И УГРОЗА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель – доц. Друпп Ю.Г.

Анемия беременных является одним из наиболее частых осложнений беременности.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Цель: состоит в изучении ответа у беременных с анемией на фоне лечения препаратом железа с фолиевой кислотой и угрозой прерывания беременности.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 38 беременных, из них 26 с анемией (контрольная группа) и 12 с анемией и угрозой преждевременных родов (основная группа).

Критериями отбора беременных в группы явились концентрация гемоглобина ниже 109 г/л, но не менее 90 г/л, уровень сывороточного железа 14,0 мкмоль/л и ниже, беременность 22 недели и более, угроза преждевременных родов.

Обследование проводили в обеих группах при сроках беременности 22-32 и 33-37 недель. Возраст беременных колебался от 18 до 38 лет, средний возраст $26,4 \pm 0,8$ и $30,6 \pm 0,6$ года в обеих группах.

В контрольной группе беременные получали железо сульфат сухой 247,25 мг, что эквивалентно 80 мг железа (II) с фолиевой кислотой 0,35 мг. На фоне лечения препаратом железа 80 мг с фолиевой кислотой 0,35 мг, беременные основной группы получали лечение угрозы преждевременных родов согласно действующим клиническим протоколам и профилактику СДР плода в сроке 24-33 недели.

Результаты. В обеих группах одинаково часто встречались поздний токсикоз беременных (6,2% и 3,4%) и плацентарная недостаточность (5,8% и 3,8%). На фоне приема препарата железа с фолиевой кислотой наблюдались повышение концентрации гемоглобина в крови, восполнение дефицита железа и нормализация его содержания в сыворотке крови у беременных с анемией и угрозой преждевременных родов.

У женщин с анемией, получавших железо (II) 80 мг с фолиевой кислотой 0,35 мг в сроке 22—32 недели беременности, к концу лечения отмечалось повышение концентрации гемоглобина в единице объема крови на 20% по сравнению с исходными значениями и выявлялась тенденция к повышению уровня железа в сыворотке крови, общего железа и количества эритроцитов в периферической крови. У женщин, принимавших железо 80 мг с фолиевой кислотой 0,35 мг с 33-37 недели беременности, выявлены достоверное повышение уровня гемоглобина на 40% и тенденция к повышению уровня сывороточного и общего железа, и количества эритроцитов.

Выводы. Лечение препаратом железа (II) 80 мг с фолиевой кислотой 0,35 мг показало, что он, на поздних сроках беременности 33-37 недель, более успешно усваивается по сравнению с беременными в сроке 22-32 недели.

Учитывая возрастающие потребности в железе во время беременности, лечение железодефицитной анемии легкой степени в сочетании с угрозой прерывания беременности должно проводиться, на фоне сохраняющей терапии, с применением препаратов железа, соблюдение режима сна, отдыха и антианемического питания.

Рязанцев А.А., Владимирова Д.С., Глянцев С.С., Глянцев В.С.
**АНАЛИЗ И ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, РАННЯЯ
ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

Научный руководитель – доц. Тутов С.Н.

Цель состояла в том, чтобы изучить риск преждевременных родов в первом триместре беременности и определить когорту пациентов с целью дальнейшей профилактики преждевременных родов.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы. Анализ 200 амбулаторных карт беременных женщин, которые состояли на учете в Центральной клинической больницы № 3, г. Донецк. Были разработаны анкеты для выявления факторов анамнестического риска преждевременных родов. Преждевременные роды является актуальной проблемой современного акушерства во всем мире, со всеми достижениями науки и практики за последние 10 лет.

Результаты. Средний период первого обращения в женскую консультацию составляет $13,2 \pm 0,03$ недели. Возраст испытуемых – от 18 до 40 лет ($27 \pm 0,3$). Были определены ведущие факторы риска преждевременных родов: расстройства метаболизма жиров - 51 чел. (27%), в том числе: ИМТ <17 - у 9 человек. (5%); ИМТ ≥ 30 - у 19 человек. (9,5%). выскабливание полости матки - у 10 пациентов (5%), из которых: аборт по медицинским показаниям - 80%; спонтанные выкидыши - 15%, замершая беременность - 5%. Возраст старше 35 лет - 85 человек. (17%). Курение - 26 человек. (13%), из них: до беременности 17 человек курили (65%) и продолжали курить во время беременности (46%). Преждевременные роды в анамнезе - 4 человек (2 %). Индуцированная беременность - у 3 человек. (1,5 %). Один из вышеперечисленных факторов встречался у 126 человек. (63%); сочетание факторов встречаются у 11%, итого 148 человек (74%). Профилактика преждевременных родов включает в себя использование прогестерона в ранних сроках беременности в группе высокого риска (протокол «Преждевременные роды», Министерство здравоохранения Российской Федерации от 17 декабря 2013 года). По нашим данным, у 170 беременных женщин были выявлены показания для назначения гестагенов, и только 77 человек употребляли их (38,5%).

Выводы. Первое обращение беременной женщины в консультацию должно сопровождаться вопросником, который будет определять факторы риска для акушерских осложнений, группа риска для преждевременных родов составляла 73%.

Токарева М.А., Малахова Л.С.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПРИ ПОСТКАСТРАЦИОННОМ СИНДРОМЕ

Научный руководитель – доц. Петренко С.А.

Цель: изучить частоту развития остеопороза на фоне клинических проявлений искусственного хирургического климакса

Материалы и методы: Было обследовано 65 пациенток, продолжительность искусственного хирургического климакса колебалась в пределах от 4 до 10 лет, у которых были диагностированы клинические проявления относящиеся к средневременным и поздним нарушениям синдрома постовариоэктомии.

Результаты: При оценке клинических проявлений урогенитальных нарушений было выявлено, что 30 (46,15%) пациентки отмечали зуд и сухость во влагалище, более чем у половины наблюдаемых этой группы пациенток отмечались рецидивирующий кольпит, снижение колонизации лактобациллами влагалища, повышение РН влагалищного содержимого в среднем до $6,4 \pm 0,6$. При проведении кольпоцитологического исследования был выявлен атрофический кольпит у половины пациенток. Кариопикнотический индекс менее 15-20% отмечен у 40 (61,5%) женщин. Дизурические явления, такие как недержание мочи в той или иной степени выраженности были диагностированы у 21 (32,3%) пациенток. При проведении оценки качества сексуальной

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

жизни нами установлено наличие сексуальной дисфункции у 17 (26,1%) наблюдаемых. У 28 (43%) пациенток отмечалась хроническая боль в нижнегрудном и поясничном отделах позвоночника, которая усиливалась при подъеме тяжестей. Уменьшение боли происходило в горизонтальном положении, что было расценено как проявление системного остеопороза. У 19 (29,2%) пациенток помимо хронической боли возникали эпизоды острой боли в позвоночнике. Проведенные денситометрические исследования позволили установить у 26 (40%) женщин явления остеопении, у 18 (32,1%) – остеопороз различной степени выраженности. Анализируя полученные данные о минеральной плотности костной ткани, следует отметить, что в период от 4 до 6 лет после овариоэктомии регистрировалась остеопения, а остеопороз развивался после 6 лет.

Выводы: Таким образом, урогенитальные нарушения в сочетании с явлениями остеопороза ухудшают качество жизни пациенток. Вследствие, остро возникшего дефицита половых гормонов происходит ускоренная потеря костной ткани по сравнению с естественно протекающей менопаузой. Хирургический климакс значительно повышает риск развития остеопороза и способствует его прогрессированию, что требует разработки терапевтических мероприятий, включающих увеличение физической активности, сбалансированную диету, дополнительный прием препаратов, содержащих витамин D3 и кальций, а так же необходима заместительная гормонотерапия (прием эстрогенов или комбинация эстрогенов с прогестагенами).

Уколова Е.С., *Лихограй Л.И.*

ВЛИЯНИЕ СМЕНЫ ДНЯ И НОЧИ НА ТЕЧЕНИЕ РОДОВ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ОРЕНБУРГСКОГО ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Оренбургский государственный медицинский университет, Россия, г. Оренбург

Кафедра акушерства и гинекологии, зав. кафедрой- проф. Константинова О.Д.

Научный руководитель – асс. Воронцова Н.А., асс. Сенникова Ж.В.

Цель: оценка особенности течения родов в зависимости от времени суток.

Материалы и методы: Был проведен анализ историй родов в Областном Перинатальном центре (ОПЦ) Оренбургской областной клинической больницы №2.

Результаты: информационной основой для анализа служили данные 170 историй родов ОПЦ больницы №2. Все роды были самостоятельными. Было выделено две группы по времени суток: первая группа - 00:00-12:00 (85 рожениц); вторая группа - 12:00-24:00 (85 рожениц) и проведен анализ продолжительности периодов родов. Роды у них характеризовались осложнениями: для I группы - разрыв промежности 1 степени- 12 пациентов; разрыв влагалища- 8; разрыв шейки матки - 3; анемия легкой степени- 14 ; анемия средней и тяжелой степени- 2 и 2 пациента соответственно; кровотечение последовом и послеродовом периоде - 1 ; дистресс плода- 2; слабость потуг - 1 ; дискоординация родовой деятельности - 1; для II группы - разрыв промежности 1 степени- 20; разрыв влагалища- 12; разрыв малых половых губ- 5 ; разрыв шейки матки - 4; анемия легкой степени- 22; анемия средней - 1; кровотечение последовом и послеродовом периоде – 1 ; дистресс плода- 5; слабость потуг - 2; дискоординация родовой деятельности - 4. Срочные роды наблюдались у 162 (95,3%), преждевременные у 4 (2,35%) женщин I группы и 4 (2,35%) женщин II группы соответственно. По периодам для первой группы- I-до 6 часов- 47 (55,3%), до 8 часов- 21(24,7%), до 10 часов- 9 (10,6%), до 14

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

часов- 8 (9,4%), II- до 10 минут- 45(53%), до 20 минут- 32 (37,6%), более 30 минут-8 (9,4%), для второй группы - I-до 6 часов- 39 (45,9%), до 8 часов- 17 (20%), до 10 часов- 12 (14,1%), до 14 часов- 17 (20%), II- до 10 минут- 38 (44,7%), до 20 минут- 29 (34,1%), более 30 минут-18 (21,2%).

Выводы: Анализ данных позволяет сделать вывод, что наименее благоприятным временем суток для родов по показателям осложнений, приведенным выше является промежуток с 12:00 до 24:00. Это можно объяснить приведенными в литературе данными о снижении физической работоспособности. Авторы связывают это с повышением в эти периоды тонуса симпатической нервной системы и уменьшением функциональной активности эндокринного аппарата, что приводит к снижению адаптационных возможностей организма.

Халабузарь В.А., Кондрашова Д.С., Панченко О.В.

ЗАЩИТНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРОГЕСТЕРОНА НА ЯИЧНИКИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКИ-РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТРАВМЕ ЯИЧНИКОВ

Научный руководитель – асс. Былым Г.В.

Цель. Оценка влияния прогестерона (ПГ) на поврежденные ткани яичников при их ишемии-реперфузии (ИР) путем оценки биохимических и гистопатологических параметров.

Материалы и методы. 21 самка крыс Вистара были разделены на три группы. Группа 1: контрольная; Группа 2: (ИР); Группа 3: ИР + ПГ (8 мг / кг). Прогестерон вводили внутривентриально крысам в группе 3 за 30 минут до операции деторсии. ИР яичников оценивались в плазме крови и ткани с использованием биохимических параметров, включая малондиальдегид (МДА), общий антиоксидантный статус (ОАС), общий оксидантный статус (ООС), индекс окислительного стресса (ИОС), связанный с нейтрофилами желатиназный липокалин (СНЖЛ) и иммунофлуоресцентное окрашивание методом TUNEL.

Результаты. Уровни ООС сыворотки и ткани были значительно ниже в группе 3, чем в группе 2. Уровни ОАС в ткани были выше в группе 3, чем в группе 2 ($p < 0,001$). Уровни СНЖЛ и МДА были одинаковыми между группами. Гистологическая оценка, в том числе сосудистые застои, кровоизлияния, полиморфноядерные нейтрофилы и интерстициальный отек, были выше в группе 2. Предварительное введение прогестерона ИР осложнения, но эта разница не была статистически значимой. Число апоптотических клеток было выше в группе 2, чем в группах 1 и 3. Количество TUNEL-положительных клеток уменьшалось в группе 3.

Выводы. Предоперационное лечение прогестероном может оказывать защитное действие на ткань яичника при ИР через его антиапоптотические и антиоксидантные свойства.

Хохлова С.В.

ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Научный руководитель - доц. Литвинова Е.В.

Цель. Выявление роли гормональных сдвигов в формировании дисадаптационного синдрома при тяжелой преэклампсии (ПЭ).

Материалы и методы. Для изучения были обследованы 64 беременные пациентки, которые были разделены на две группы: 1 группу составили 37 пациенток с тяжелой ПЭ (разделена на подгруппы А (20 женщин) и В (17 женщин) в зависимости от типа реактивности организма беременных (соответственно по гипо- и гиперэргическому типу)), 2 группу – 27 женщин с физиологическим течением беременности.

Результаты. Выявлено, что нарушение реактивности организма беременной в сторону понижения или, напротив, повышения – важное условие развития ПЭ, как проявления дисадаптационного синдрома. Особенности течения ПЭ по гипозэргическому типу являются гормональный дисбаланс в стресс-лимитирующую сторону. Уровень инсулина был в 1,13 раз, а прогестерона – в 1,10 раз выше такового 2 группы. Отмечалась скрытая надпочечниковая недостаточность и относительно низкий уровень других стресс-индуцирующих гормонов (особенно трийодтиронина – в 1,25 раз и эстриола – в 1,14 раз), что способствовало уменьшению ИГБ ниже 1,0. Для гиперэргического варианта течения тяжелой ПЭ характерен гормональный дисбаланс с усилением стресс-индуцирующих систем. Так уровень пролактина в подгруппе В возрастал в 1,20 раз, эстриола – в 1,10 раз, тироксина – в 1,48 раза, трийодтиронина – в 1,20 раз. ПЭ на фоне гиперреактивности организма характеризовалась угнетением продукции инсулина (в 1,21 раз) и прогестерона (в 1,36 раз), что способствовало формированию гормонального дисбаланса, в пользу чего свидетельствовало увеличение значений ИГБ больше 1,0.

Выводы. Физиологическое течение беременности определяет нормореактивность организма, которую формируют сбалансированная активация стресс-индуцирующих и стресс-лимитирующих гормонов. Выделение особенностей течения ПЭ с учетом типа нарушения реактивности организма требует дифференцированных подходов к проведению терапии данного осложнения беременности.

Целуйко О. А., Кобро А. Ю.

КОНТРАЦЕПЦИЯ В СРЕДЕ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Научный руководитель - доц. Мацынин А.Н.

Цель: Оценить частоту использования различных методов контрацепции студентками высших учебных заведений (ВУЗов) г. Донецка.

Материал и методы. Методом анкетирования изучено использование различных методов контрацепции 86 студентками ВУЗов г. Донецка. Статистическая обработка полученного материала проводилась с использованием компьютерных программ “Microsoft Exel 2013” и “Biostat (1998).

Результаты. Проведено анкетирование 86 студенток ВУЗов, обращающихся за медицинской помощью в гинекологическое отделение ЦГКБ № 6 г. Донецка. Возраст подвергшихся анкетированию женщин от 17 до 23 лет (средний возраст $18 \pm 1,4$ лет).

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Возраст начала половой жизни колебался от 16 до 20 лет (средний возраст $17,6 \pm 2,3$ года). Все женщины не состояли в браке. По анкетным данным использование указанных методов контрацепции длилось от 2 до 24 месяцев (средняя продолжительность $12,0 \pm 1,6$ месяцев). Было установлено, что барьерные методы контрацепции (презерватив) применяло 36,05%(31) респондентов. Гормональные методы контрацепции использовалась 11,63%(10) респондентами, которые применяли оральные контрацептивы. Наиболее распространенными методами контрацепции среди студенческой молодежи выявились естественные, используемые 45,35%(39) респондентов, из которых календарный метод и прерванный половой акт использовало 33,33%(13) и 66,67%(26) респондентов, соответственно. Спермициды использовало 2 (2,32%), а внутриматочные спирали лишь 1 (1,16%) респондент. К экстренной контрацепции прибегали 2 (2,32%) респондента. Такой метод контрацепции, как спринцевание был указан только одним (1,16%) респондентом. Хирургическая контрацепция не используется студенческой молодежью, вероятно ввиду юного возраста и его необратимых последствий.

Выводы. Несмотря на активную популяризацию контрацепции на современном этапе, молодежь все-таки, достаточно часто (прерванный половой акт (30,23%), календарный метод (15,12%) продолжает использовать не эффективные методы. При этом, самым используемым методом контрацепции среди студенческой молодежи г. Донецка является барьерный (36,04%). Следует продолжать популяризацию контрацепции среди сексуально активной молодежи для снижения частоты случаев наступления не планируемой беременности.

Чайка Е.А., Чурилов А.А., Плехотников А.И

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОЕНФРИТОМ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ

Научный руководитель – доц. Джеломанова С.А.

Цель: изучить особенности течения беременности и родов у женщин с хроническим пиелонефритом единственной почки

Материалы и методы: Обследовали 64 беременных, которые проходили лечение в условиях отделения экстрагенитальной и акушерской патологии ДоКТМО с 2014-2018гг. Все пациентки были разделены на три группы и обследованы в сроках 12, 22, и 32 неделях. В первую группу вошли 20 беременных женщины, с аномалией развития почек (подковообразной почкой) и вторичным пиелонефритом, вторую группу составили 22 беременных женщин с единственной почкой (нефрэктомия по поводу мочекаменной болезни, аномалий развития почек) без признаков воспалительного процесса в чашечно-лоханочной системе и третью группу сравнения составили 22 здоровых беременных, в возрасте от 19 до 37 лет. Всем беременным проведено: общеклиническое и бактериологическое исследования мочи, биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек, суточное мониторирование АД.

Результаты. У всех обследованных, при суточном мониторировании АД в III триместре беременности было выявлено развитие стойкой артериальной гипертензии у пациенток 1-й группы – в 10,9% случаев (7 человек), во 2-й группе – у 3,1% (2 беременные). Мочевой синдром, в виде лейкоцитурии, гематурии, протеинурией, в I и II триместре беременности выявляли примерно с одинаковой частотой: в первой и второй

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

группах – у 13,6% (3 беременных) и 10% (2 беременных) соответственно ($p \geq 0,05$). У пациенток контрольной группы подобных изменений выявлено не было.

В III триместре беременности патологические изменения в общем анализе мочи, такие как лейкоцитурия (15 человек, 68,2%) и гематурия (13 человек, 59%) достоверно чаще встречались у пациенток 1-й группы. При бактериологическом исследовании мочи в I и II триместре беременности рост *E. Coli* выявлен у 3 человека (1,5%) из первой группы и у 1 человека (4,5%) – из второй группы. Наиболее значимые изменения, в виде бактериурии, выявлены при обследовании беременных в III триместре: у 15 (75%) беременных 1-й группы, 2 беременных (9%) 2-й группы.

Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о благоприятном течении беременности и родов у женщин с единственной почкой, при сохранной функции единственной почки, и не отличается от такового у пациенток с двумя почками.

Выводы. Таким образом, при наблюдении за беременными с хроническим пиелонефритом единственной почки стало возможным выделение группы риска по развитию артериальной гипертензии 2-й половины беременности и обострению хронического воспалительного процесса. Проведенные исследования, позволяют рекомендовать совместное ведение беременности у женщин с единственной почкой акушером-гинекологом и нефрологом.

Чурсина О.А., Сенникова Ж.В., Воронцова Н.А., Студенов Г.В.

КУРЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ПАТОЛОГИЯ ПУПОВИНЫ

Оренбургский государственный медицинский университет

Оренбургский областной перинатальный центр

Кафедра акушерства и гинекологии, зав. кафедрой – проф. Константинова О.Д.

Научный руководитель – проф. Константинова О.Д.

Цель: Определить частоту встречаемости патологии пуповины у рожениц, подвергавшихся во время беременности активному и пассивному курению.

Материалы и методы: На базе областного перинатального центра обследовано 87 рожениц. Проведено анкетирование для выяснения отношения к курению пациенток; далее выполнено исследование мочи путем иммунохроматографического анализа, направленного на выявление котинина как основного маркера никотина. По итогам данных методов все роженицы разделены на три группы: I- 32 роженицы с никотиновой зависимостью, II- 29, подверженных влиянию вторичного табачного дыма при беременности, III- группа контроля из 26 женщин. Из исследования исключены роженицы с тяжелой сопутствующей патологией и выраженными осложнениями течения беременности, с хромосомной патологией и врожденными аномалиями плода. Проведен анализ течения родов, в особенности макроскопическая оценка на предмет патологии пуповины.

Результаты: Из 87 женщин аномалии пуповины выявлены у 31, что составило 43,8% случаев в I группе, 44,8% во II и 15,4% в группе контроля. Наиболее распространенной аномалией оказалась обвитие пуповины вокруг шеи или мелких частей плода: у 12 рожениц I группы, у 10- II, лишь у 1 роженицы- III. У одной трети рожениц I группы имело место двукратное обвитие пуповины вокруг шеи плода, у второй трети- однократное, у оставшихся- обвитие вокруг мелких частей. У представительниц II группы

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

преобладало однократное обвитие пуповины вокруг шеи плода (6 из 10); у 3 встретилось обвитие вокруг конечностей, у 1- двукратное обвитие пуповины вокруг шеи.

При постнатальном осмотре пуповины оценены ее длина, наличие узлов, закручивание. В длине пуповин значимых различий не выявлено. По 1 случаю в I и II группах обнаружены истинные узлы, в 2 случаях во II группе и в 1 в III- ложные узлы. Так называемое чрезмерное закручивание пуповины «телефонным шнуром» отмечено в 2 случаях в I и 2- в III группах.

Экстренное родоразрешение путем операции Кесарева сечения ввиду дистресса плода выполнено 4 роженицам I группы и 3- II. Каждую из этих акушерских ситуаций преследовала та или иная аномалия пуповины, которая наверняка и стала причиной нарушения сердцебиения плода в родах. Еще 5 роженицам из I и 4 из II групп в интересах плода, с целью укорочения II периода родов, произведена эпизиотомия. Без пресловутого пуповинного фактора при этом также не обошлось.

Выводы: И у рожениц с никотиновой зависимостью, и у вдыхающих вторичный табачный дым чаще имеет место патология пуповины и нередко является значимой причиной нарушения сердечной деятельности плода в родах, а значит требует применения оперативных акушерских методик.

Яргина А.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

Научный руководитель – проф.Талалаенко Ю.А.

Преэклампсия является одним из самых тяжелых осложнений беременности, родов и послеродового периода и занимает одну из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Осложнения возникают при преэклампсии средней и тяжелой степени. Неизученными остаются особенности течения беременности и родов у пациенток с преэклампсией легкой степени.

Цель. Изучить характер акушерских осложнений у пациенток с преэклампсией легкой степени.

Материал и методы. Нами было отобрано 47 историй родов женщин с преэклампсией легкой степени. Группу контроля составили 33 беременных без тяжелой акушерской и соматической патологии. Статистическая обработка материала осуществлялась в пакете компьютерной лицензионной программы «MedStat». Для сравнения групп применялся критерий углового преобразования Фишера.

Результаты. Возраст беременных с преэклампсией составлял ($M \pm m$) $21,7 \pm 0,3$ года и статистически был ниже возраста беременных группы низкого риска – $22,8 \pm 0,2$ года ($p < 0,05$). Кольпит сопровождал беременность у пациенток с преэклампсией чаще на 9,9% (ДИ 3,0-16,8%), угроза прерывания беременности - на 18,0% (ДИ 10,4-25,3%), а инфекции почек – на 8,1% (ДИ 4,7-12,3) чаще, чем у здоровых ($p < 0,05$). Роды состоялись срочные у 89,7% (ДИ 85,5-93,3%), преждевременные - у 9,4% (ДИ 6,0-13,5%) и запоздалые - у 0,9% (ДИ 0,1-2,4%) пациенток с преэклампсией.

В этой группе беременных достоверно повышается доля преждевременных на 5,6% (ДИ 0,9-10,4%) и снижается на 12,4% (ДИ 4,4-20,2%) доля нормальных родов ($p < 0,05$) за счет увеличения доли кесаревых сечений на 8,3% (ДИ 1,6-14,9%) и дистресса

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

плода в родах на 7,8% (ДИ 3,2-12,7%) ($p < 0,05$). Следует отметить, что утяжеление преэклампсии происходило в 6,8% случаев (ДИ 4,0-10,4%). Такие осложнения родов, как несвоевременное отхождение околоплодных вод, слабость родовой деятельности и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты встречались с одинаковой частотой в обеих группах пациенток ($p > 0,05$). В послеродовом периоде у пациенток, перенесших преэклампсию легкой степени, на 11,0% (ДИ 6,7-15,9%) чаще встречались кровотечения и на 6,2% (ДИ 2,2%-10,6%) – пуэрперальные септические осложнения ($p < 0,05$).

Выводы. Для родового акта пациенток с преэклампсией характерно снижение доли нормальных родов и повышение удельного веса преждевременных родов, кесарева сечения и дистресса плода. Подтверждением теории «нейрогуморального разобщения механизмов адаптации при длительносуществующем стрессе», каким является преэклампсия легкой степени, является также и увеличение количества послеродовых кровотечений, а «теории инфекционного события у женщин с гестозом» - увеличение количества послеродовых септических осложнений.

Ясенко Д.М.

БЕРЕМЕННОСТЬ, ПРОТЕКАЮЩАЯ НА ФОНЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии - д.м.н. Можейко Л.Ф., к.м.н. Гузей И.А.

Цель. Выявить особенности протекания беременности, родов и лактации у пациенток с раком молочной железы (РМЖ) в анамнезе и у пациенток, у которых данная патология рецидивировала или была выявлена во время беременности.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 25 историй болезни пациенток, наблюдавшихся в учреждении здравоохранения «Минский городской клинический онкологический диспансер» с диагнозами РМЖ и беременность в период с 2013 по 2017 годы. Пациентки были разделены на 2 группы. В первой из них (10 случаев – 40%) диагноз РМЖ был поставлен до беременности, пациентки прошли комбинированное лечение и болезнь никак не проявляла себя в последующем. Ко второй группе (15 случаев – 60%) были отнесены пациентки, у которых болезнь была выявлена или возник её рецидив во время беременности.

Результаты. Средний возраст пациенток в первой группе составил 37 лет (РМЖ был выявлен в среднем в 31,1 года), во второй – 35,1 года. Средний срок постановки диагноза во время беременности – 25,3 недели. В первой группе родоразрешение происходило в сроке 38,5 недель, причем в 5 случаях (50%) проводились естественные роды, в 5 случаях (50%) – кесарево сечение (КС). Следует отметить, что необходимость КС аргументировалась осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом (оперированная матка), а не онкологическим диагнозом. Все новорожденные родились доношенными, 8/8 – 8/9 по шкале АПГАР. 9 пациенткам рекомендовалось подавление лактации бромкриптином/каберголином, 1 – грудное вскармливание. Во второй группе предпочтение отдавалось родоразрешению путем КС (11 случаев – 73,3%), средний срок родов – 35, 8 недель. У 7 новорожденных развился респираторный дистресс синдром, 4 из них проводилась искусственная вентиляция лёгких. У пациенток этой группы, кроме

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

одной (настоляла на грудном вскармливании), лактация была выключена названными выше препаратами.

Выводы. Беременность, протекающая у пациенток с РМЖ в анамнезе, отличается лишь регулярным наблюдением у онколога и подавлением лактации сразу после родов. В случае активного протекания болезни на фоне беременности зачастую возникает необходимость как можно скорее родоразрешить женщину для возможности лечения РМЖ, из-за этого не всегда удаётся получить доношенного ребенка. В некоторых случаях лечение следует начинать уже во время беременности, что может негативно повлиять на состояние плода.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства, г. Донецк, ДНР
Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО
Зав. кафедрой - проф. Чайка В.К.

Верешко Е.В.

БЕРЕМЕННОСТЬ У ЮНЫХ КАК СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ПРОБЛЕМА

Научный руководитель - проф. Чермных С.В.

Несовершеннолетнее материнство является актуальным вопросом современного общества. Число юных беременных ежегодно в разных странах мира достигает 15 млн человек, частота беременности и родов в ювенальной среде – 4-6 %, порождая целый комплекс материальных, социальных, семейных, психологических, медицинских проблем.

Цель. Изучить медико-социальные характеристики юных беременных, родоразрешенных в Донецком республиканском центре охраны материнства и детства.

Материалы и методы. В 2015-2017 г. в медицинских учреждениях ДНР беременность закончилась родами у 525 девочек и подростков возрастной категории 12-17 лет. Проведен ретроспективный анализ историй родов 51 юных беременных, госпитализированных в ДРЦОМД.

Результаты. Средний возраст девочек составил $16,25 \pm 1,15$ лет (15-17 лет), из них жительницами города Донецка были 68,6 % (35 чел.), других населенных пунктов – 31,4 % (16 чел.). Наступление менархе у обследованных пациенток пришлось в среднем на $12,48 \pm 0,34$ лет (10-14 лет), начало половой жизни – на $14,22 \pm 0,52$ лет (13-16 лет). Настоящая беременность была первой у 49 пациенток (96,1 %), повторной – у 2 (3,9 %). Соматический анамнез был отягощен у 76,5 % (39 чел.) девочек, из которых 45,1 % (23 чел.) имели 2 и более экстрагенитальных заболевания. Никотинозависимость имела место у 47,1 % (24) девочек; 15,7 % (8) когда-либо употребляли психотропные препараты и алкоголь. В женской консультации наблюдалось 52,9 % (27) юных беременных, из них 84,3 % (43) состояли в гражданском браке, 13,7 % (7) не знали отца будущего ребенка, все юные беременные воспитывались в неполных семьях, в которых 8,5 % родителей имели пагубное пристрастие к алкоголю. В структуре гинекологической патологии у обследованных девочек частота воспалительных заболеваний гениталий составила 68,4 %; объемных образований яичников – 12,8 %; нарушений менструального цикла – 18,9 %.

Выводы. Данные показатели свидетельствуют о гендерной проблеме незапланированных беременностей в ювенальной среде, характеризующейся низким образовательным, социально-экономическим статусом, плохими условиями жизни и отношениями в семье. Раннее начало половой жизни, пренебрежение средствами контрацепции, наличие маргинальных привычек являются проявлениями аддиктивного поведения девочек-подростков, что требует разработки государственной программы сохранения репродуктивного здоровья молодежи, как средства противодействия виктимизации общества.

Демина Д.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ПРОГЕСТЕРОНА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОПЕРИРОВАННЫМИ ЯИЧНИКАМИ В АНАМНЕЗЕ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫПОЛНЕННОГО ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Научный руководитель – проф. Говоруха И.Т.

Цель. Оценить уровень прогестерона крови в первом триместре беременности у женщин с оперированными яичниками в анамнезе, в том числе, в зависимости от объема хирургического вмешательства.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди 120 беременных в возрасте от 20 до 39 лет. Первую группу (n=60) составили пациентки с оперативным вмешательством на яичниках в анамнезе, вторую (n=60) – с интактными яичниками. В последующем, первая группа разделена на две подгруппы, учитывая объем хирургического лечения: I подгруппа (n=30) – пациентки после произведенной ранее цистэктомии и II подгруппа (n=30) – женщины после резекции яичника. Уровень прогестерона в сыворотке крови определялся иммуноферментным методом согласно методическим рекомендациям, которые прилагались к тест-системам фирмы «DRG». Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с использованием пакета статистического анализа данных программы Microsoft Office Excel-2010. Показатели представлены в виде $M \pm SE$. Достоверность различий оценивалась по критерию t-Стьюдента.

Результаты. Анализируя полученные данные было выявлено, что в первой группе уровень прогестерона в сыворотке крови составил $52,18 \pm 4,11$ нг/мл, во второй группе данный показатель составил $85,02 \pm 4,54$ нг/мл. В подгруппах представлены следующие показатели: в I подгруппе - $56,21 \pm 7,15$ нг/мл, во II подгруппе - $38,01 \pm 3,56$ нг/мл.

Выводы. Изучив полученные данные, можно сделать вывод о сравнительно низком уровне прогестерона в сыворотке крови у беременных с оперированными яичниками в анамнезе в отличие от женщин без хирургического лечения. После резекции яичника нарушается его функциональная способность. Представленные результаты подтверждают необходимость гормонального контроля у данной категории пациенток в ранние сроки гестации с целью предупреждения возможных акушерских осложнений.

Демешева С.Г.

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В ВОЗРАСТЕ 12-15 ЛЕТ С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Научный руководитель – проф. Яковлева Э.Б.

Цель. изучение причин нарушения менструального цикла у девочек-подростков с ростовым «скачком».

Материалы и методы. Проведен ретроспективный клинико-статистический анализ 965 историй развития девочек в возрасте 12-15 лет и 20 историй условно здоровых девочек-подростков. Установлено, что у 193 (20%) из 965 был ростовой «скачок» в возрасте 12-15 лет и нарушение менструального цикла. В первую группу А вошли 97

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

девочек высокого роста, во вторую группу В – 96 девочек низкого роста. Средний возраст обследованных составил 13 ± 1 год.

При изучении соматического здоровья родителей выявлено, что средний возраст матерей девочек был 32 ± 1 год. Они часто болели простудными и инфекционными заболеваниями, заболевания мочевыделительной системы были у каждой третьей, а желудочно-кишечного тракта у каждой второй, анемии различной степени тяжести также были у каждой второй. Беременность сопровождалась у половины – гестозами, легкой и средней степени, поэтому в этой группе было чаще оперативное вмешательство (кесарево сечение – 82%).

Результаты. Менструальная функция у девочек первой группы характеризовалась: менструации пришли поздно – 15 лет в группе А у 55, в группе В у 29, до 12 лет – в группе А у 57, в группе В у 37, пубертатные кровотечения отмечались – в группе А у 67, в группе В у 39, вторичная аменорея – в группе А у 37, в группе В у 17, первичная олигоменорея – в группе А у 35, в группе В у 12, вторичная олигоменорея – в группе А у 27, в группе В у 16. В контрольной группе менструации с 12 лет, регулярные, безболезненные. При УЗИ матка была меньше возрастной нормы (в группе А – 78, в группе В – 44), степень полового развития оценивалась Ма, Ах, Ме, где Ма – молочные железы, Ах – подмышечное оволосение, Р – лобковое оволосение, Ме – возраст менархе. Для оценки степени выраженности вторичных половых признаков использовалась четырехбальная система: у обследованных пациенток 12 лет – в группе А у 35, в группе В у 21 была $Ma_1Ax_1P_1$ – единичные прямые волосы в подмышечной впадине и на лобке; припухание увеличенного в размерах околососочкового кружка, который вместе с соском имел форму конуса. В группе А у 35, в группе В у 26 пациенток 12 и 13 лет формула была $Ma_2Ax_2P_2$ – умеренное подмышечное и лобковое оволосение, молочные железы конусообразные с большой ареолой бледно-розового цвета и плоским соском. В группе А у 91, в группе В у 38 14 и 15-летних формула $Ma_3Ax_3P_3$ – выраженное подмышечное и лобковое оволосение, молочные железы округлой формы, ареола пигментирована, сосок возвышается над сосковым кружком. Для оценки физического развития использовали клиническую антропологию.

Выводы. Таким образом, все вышеизложенное свидетельствовало о частой патологии обследованных девочек, что указывает на актуальность данной темы и дальнейшем ее изучении.

Корж А.А.

НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ И МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ.

Научный руководитель – проф. Яковлева Э.Б.

Репродуктивная функция является важным интегральным показателем здоровья, определяет качество жизни будущих поколений, а соответственно, здоровье и качество жизни нации. Тревожная демографическая ситуация, сложившаяся в условиях военного конфликта в Донецкой Народной Республике обусловлена не только изменившимися социально-экономическими условиями, но и снижением уровня как женского, так и мужского репродуктивного здоровья. Поэтому изучение состояния здоровья подрастающего поколения и разработка эффективных мер, направленных на его

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

улучшение, является важной проблемой, ведь от уровня здоровья в подростковом периоде жизни зависит реализация репродуктивных планов - создание семьи и рождение детей. Выделены основные тенденции формирования репродуктивного потенциала нынешних девушек-подростков – будущих матерей: замедление темпов морфофункционального становления репродуктивной системы на фоне высокой частоты отклонений и дисгармоничности физического развития; низкий уровень соматического здоровья, обусловленный высокой распространенностью хронических экстрагенитальных заболеваний, высокой распространенности гинекологических заболеваний с преобладанием в ее структуре нарушений менструального цикла.

Цель: изучить структуру и частоту встречаемости нарушений менструального цикла у девочек –подростков и методы профилактики

Материалы и методы: анализ литературных источников

Результаты: Детальное изучение данной проблемы позволило установить, что самые распространенные типы нарушения менструального цикла занимает первичная дисменорея, гипоменструальный синдром по типу олигоменореи и аменореи, дисфункциональные маточные кровотечения. В возникновении нарушений менструального цикла у девочек-подростков принимает участие несколько факторов : нарушение регуляции на уровне гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы в сочетании с особенностями психосоматического статуса. Срыв системы регуляции происходит как на фоне клинически значимых соматических заболеваний, так и вследствие алиментарной недостаточности, ранней сексуальной активности. В современном обществе отмечается тенденция к дефициту массы тела среди девушек – подростков, что оказывает негативное влияние на становление нормального менструального цикла, что в дальнейшем может проявиться более серьезными нарушениями в виде бесплодия, раннего климакса, синдрома истощения яичников.

Выводы: Учитывая все выше изложенное можно сделать вывод, что нарушение менструальной функции у девушек-подростков требует проведения масштабных целенаправленных медико-профилактических и реабилитационных мероприятий. Снижению нарушений менструальной функции у девушек будет способствовать устранение факторов риска, ранняя диагностика, совершенствование методов лечения, организация подростковой службы, профилактическая работа.

Лунева Н.Н., Левченко И.И.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ.

Научный руководитель - проф. Чайка В.К.

В основе патогенеза гестационных осложнений беременных лежит генерализованный спазм микрососудов, снижение перфузии жизненно важных органов, тканей, развитие циркуляторной и тканевой гипоксии, нарушение метаболических процессов при гестозах.

Цель. Установить наличие положительного эффекта назначения гипербарической оксигенации в общепризнанной лечебно-профилактической терапии.

С целью определения эффективности сеансов ГБО использовали ультразвуковую доплерометрию, как наиболее информативный метод оценки маточно-плацентарного (МПК) и плодово-плацентарного кровообращения (ППК).

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы. Обследовано 94 беременных в сроке от 35 до 41 нед., у которых проведена оценка результатов доплерометрии, а также проанализировано течение беременности, исходы родов и течение раннего неонатального периода.

Все беременны были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 63 беременных с преэклампсией разной степени тяжести.

Все беременные с преэклампсией получали комплексную патогенетическую терапию, направленную на создание лечебно-охранительного режима, нормализацию функции центральной и периферической нервной системы, регуляцию центральной и периферической гемодинамики, улучшение функции печени и почек, коррекцию гомеостаза. При этом использовались эфферентные методы лечения: гипербарическая оксигенация (6-8 сеансов при давлении 1,1-1,3 ата, изопрессии 30 мин), квантовая гемотерапия-АУФОК (аппарат «Изольда» МД 73 М, длина волны 254 нм, максимальная доза облучения 25-30 Вт, 5 -7 сеансов).

Результаты. Результаты проведенных нами исследований свидетельствуют о том, что по мере нарастания степени тяжести преэклампсии происходит последовательное патологическое изменение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения с включением компенсаторных механизмов, направленных, в первую очередь, на обеспечение адекватного кровотока жизненно важных органов и систем.

В качестве пускового механизма развития преэклампсии значительное количество авторов называет нарушение процессов инвазии трофобласта в материнские спиралевидные артерии. Вследствие чего, сосуды не приобретают свойственного нормальной беременности состояния максимальной дилатации и сохраняют способность реагировать на вазоактивные стимулы. Это приводит к гипоперфузии и гипоксии трофобласта и постепенному изменению его функциональной и биохимической активности. Фосфолипиды клеточных мембран трофобласта высвобождают биологически активные вещества, действующие на элементы крови (в первую очередь—на тромбоциты) и эндотелий маточно-плацентарных сосудов.

Выводы. Выявление патологических изменений кровотока в системе мать-плацента-плод своевременно позволяет дать правильную оценку эффективности проводимой терапии, определить оптимальные сроки и методы родоразрешения, и избежать перинатальных потерь. Степень тяжести преэклампсии имеет непосредственную корреляцию с сосудистыми нарушениями в системе мать-плацента-плод. Использование доплерометрии в динамике может служить контролем эффективности сеансов ГБО и в целом терапии гестозов.

Лулева Н.Н., Мягких И.И.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ГЕПАТОЗОМ

Научный руководитель – проф. Чайка В.К.

В настоящее время отмечается распространение патологии гепатобилиарной системы у женщин в том числе у беременных; постоянно растущая заболеваемость вирусными гепатитами с стертыми клиническими проявлениями; атипичные клинико-

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

лабораторные проявлениями; развития хронических форм; трудностями специфической диагностики.

Цель. Снижение частоты осложнений беременности и перинатальной патологии у женщин с холестатическим гепатозом на фоне применения эфферентной терапии.

Материал и методы. В исследовании были обследованы 100 беременных с холестатическим гепатозом и 50 беременных с физиологическим течением беременности. Все обследованные беременные находились в отделении патологии беременных ДРЦОМид. Выделены 2 группы беременных с ХГБ и 1 группа беременных с физиологическим течением беременности. В исследования не включались беременные с хроническими заболеваниями печени, вирусными гепатитами, кожными заболеваниями. Общеклиническое и биохимическое обследование проводили в обследуемых группах до начала лечения, и после окончания лечения. Эфферентную терапию проводили в ОГХК ДРЦОМид. Курс эфферентной терапии включал 4 процедуры плазмафереза с интервалом 1-2 дня и одну процедуру гемосорбции.

Результаты. Нами установлено, что наличие сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта, применение антибактериальной терапии, аллергические реакции на медикаменты, наличие гепатоза во время предшествующей беременности являются предрасполагающим фактором развития гепатоза. Проведенный анализ клинических проявлений и жалоб, а также сроков возникновения при холестатическом гепатозе оказался достаточно однотипным во всех группах. При доплерометрическом исследовании нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод не выявлено. Все изученные нами биохимические показатели крови восстановились до нормальных значений постепенно. Эфферентная терапия уменьшает риск невынашивания беременности и способствует пролонгированию беременности, а также улучшению состояния родильниц с отягощенным соматическим анамнезом.

Выводы. Таким образом, при анализе имеющейся литературы и данных ретроспективного анализа пациенток ДРЦОМид в 2016-2017 году можно сделать вывод, что использование в комплексной терапии эфферентных методов приводит к купированию клинических проявлений заболевания и положительной динамике в биохимических показателях крови. Терапия холестатического гепатоза беременных малоэффективна без плазмафереза особенно при развитии осложнений в виде преэклампсии. Включение в комплексную терапию гепатоза беременных эфферентных методов приводит к купированию клинических проявлений заболевания и нормализации биохимических показателей крови у большинства беременных с данной патологией, улучшает исход беременности и снижает частоту невынашивания и перинатальных осложнений.

Лунева Н.Н., Трушкина О.Г.

НДСТ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ БЕРЕМЕННЫХ.

Научный руководитель – проф. Чайка В.К.

До настоящего времени, несмотря на достигнутый высокий уровень ряда медицинских технологий, многие вопросы, посвященные проблеме преэклампсии, остаются малоизученными, спорными и противоречивыми. Излечить ПЭ невозможно, поэтому цель терапии - предотвратить прогрессирование имеющегося заболевания и

уменьшить выраженность клинических симптомов на фоне несостоятельности соединительнотканного каркаса.

Цель. Выявить показатели нарушения гемостаза при НДСТ для определения прогнозирования преэклампсии в клиничко-лабораторной диагностике.

Материал и методы. Нами проведено проспективное исследование 127 беременных женщин, которые находились в отделения ДРЦОМД, включая отделение интенсивной терапии и реанимации. Изучены особенности течения беременности и исходы родов. Клиничко-лабораторное исследование всех беременных проводилось на сроках 8–12, 20–24 и 32–36 недель. Критериями включения беременных в исследование были: срок гестации 8–12 недель, отсутствие противопоказаний для беременности, согласие женщины на участие в исследовании. Критерии исключения: срок гестации 13 недель и более, онкологические заболевания, ВИЧ-инфекция, туберкулез, тяжелая соматическая патология, психические заболевания, хронический алкоголизм, наркомания.

Результаты. В зависимости от наличия/отсутствия проявлений диспластических нарушений и степени тяжести преэклампсии выделены: 1-я группа (контрольная) – 74 женщины, течение беременности которых не осложнилось развитием преэклампсии; 2-я группа – 50 беременных с умеренной преэклампсии; 3-я группа – 3 пациентки с тяжелой преэклампсии. Средний возраст женщин 1-й группы составил $27,0 \pm 0,8$ года, 2-й – $26,3 \pm 0,8$ года, 3-й – $24,3 \pm 2,4$ года.

Выводы. Таким образом, при анализе имеющейся литературы и данных исследования можно сделать вывод, что для функционирования системы гемостаза у пациенток с НДСТ во время беременности характерен ряд гемостазиологических особенностей. Наиболее диагностически значимыми предикторами тяжелой преэклампсии в 1-м триместре являются повышенный уровень С-реактивного белка, во 2-м триместре – нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока, увеличение уровня С-реактивного белка, изменения липидного обмена (гиперхолестеринемия) и системы гемостаза (гиперфибриногенемия), снижение уровня трофобластического $\beta 1$ -гликопротеина.

Мироненко Д.М., Холодняк Т.И.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ СОКРАТИТЕЛЬНО АКТИВНОСТИ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК С ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Научный руководитель – проф. Чайка В.К.

Цель: снизить частоту перинатальных и акушерских осложнений у беременных с нарушениями сократительной активности матки с помощью разработанного оптимального дифференцированного алгоритма ведения беременности и родов у этих женщин.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ историй родов 80 беременных в возрасте $23,5 \pm 5$ лет с нарушениями сократительной активности матки в сроке 41 - 42 нед у пациенток с преиндукцией и индукцией родов по показаниям: тенденция к перенашиванию беременности, чьи роды завершились самостоятельно, сопровождались слабостью родовой деятельности, завершились кесаревым сечением. Исследуемые группы пациенток находились на стационарном лечении в Донецком республиканском центре охраны материнства и детства МЗ ДНР с 2016-2017 гг. Изучены данные электролитного баланса беременных, гормональных исследований, инфекционной

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

панели, а также оценены результаты эффективности индукции и преиндукции родов у пациенток, в терапии которых применялись простагландины, а также комбинации данных препаратов с аденозин-5-трифосфорной кислотой (АТФ) - агонистом P2-рецепторов (пуринорецепторов). Статистическая обработка полученных данных выполнялась с использованием пакета статистического анализа данных программы Microsoft Office Excel-2010. Достоверность различий оценивалась по критерию t-Стьюдента.

Результаты. При анализе полученных данных было выявлено, что в группе пациенток (40 человек) с тенденцией к перенашиванию беременности и применением простагландинов для преиндукции и индукции родовой деятельности – терапия оказалась эффективной и роды завершились самостоятельно (консервативно через естественные родовые пути) у 16 пациенток (40%), а в группе пациентов (также численностью 40 человек), у которых применялась комбинация простагландинов с АТФ, роды завершились консервативно у 26 человек (65 %), при этом реже наблюдались: преждевременный разрыв плодных оболочек (на 15%), длительность первого периода родов была короче на 1.5 часа в среднем.

Выводы. Таким образом можно сделать вывод о участии пуриnergической нервной системы в регуляции родовой деятельности и потенцировании АТФ, как агониста P2-рецепторов, эффектов простагландина F2a и окситоцина. Использование данного способа позволяет снизить лекарственную нагрузку на роженицу и уменьшить побочные эффекты, свойственные простагландинам.

Мосийчук Т.В.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель — проф. Говоруха И.Т.

Цель. Оценить микробиоценоз урогенитального тракта у женщин с угрозой прерывания беременности.

Материал и методы. Обследованы 80 пациенток, находящихся на лечении в связи с угрозой прерывания беременности, и 80 женщин с физиологически протекающей беременностью. Проведена оценка микроскопии мазков влагалищного отделяемого, окрашенного по Грамму; выделение и идентификацию микроорганизмов к роду и виду с использованием тест-системы «BVL Crystal» фирмы «Becton Dickinson» (США). Оценку состояния микробиоценоза проводили по классификации Е.Ф. Кира и соавт. Качественные переменные сравнивали с помощью точного одностороннего критерия Фишера.

Результаты. Представители рода *Lactobacillus* spp. выявлены у 78,8% беременных с угрозой прерывания беременности и у 85,0% женщин с физиологически протекающей беременностью ($P=0,206$). Дефицит и отсутствие представителей рода *Bifidobacterium* spp. у пациенток с угрозой прерывания (12,5% против 71,3% при физиологической гестации, $P<0,001$), способствовали нарушению колонизационной резистентности влагалища и активации потенциально патогенной микрофлоры. Так, при угрозе прерывания беременности статистически значимо чаще, чем при нормальном ее течении, выявлены грибы рода *Candida* spp. (35,0% против 17,5%, $P=0,009$), *Enterococcus* spp. (23,8% против 7,5%, $P=0,004$) и *Peptostreptococcus* spp. (18,8% против 5,0%, $P=0,006$). Также у беременных с угрозой чаще выделялись: *E. coli* (17,5% против 7,5%, $P=0,046$),

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Enterobacter spp. (15,0% против 3,8%, $P=0,014$), *S. epidermidis* (12,5% против 2,5%, $P=0,016$), *S. saprophyticus* (11,3% против 1,3%, $P=0,009$), *Klebsiella* spp. (13,8% против 3,8%, $P=0,023$), *S. aureus* (10,0% против 1,3%, $P=0,017$), *Streptococcus* spp. (8,8% против 1,3%, $P=0,032$). *G. vaginalis* у пациенток с угрозой прерывания также выявлены статистически значимо чаще, чем при нормальном течении беременности (38,8% против 6,3 %, $P<0,001$). В единичных случаях у беременных с угрозой прерывания выявлялись представители родов *Corynebacterium* spp., *Eubacterium* spp., *Proteus* spp. и *Bacteroides* spp., в то время как у женщин с нормальным течением беременности они зарегистрированы не были.

Установлено, что у женщин с угрозой прерывания беременности статистически значимо чаще, чем при нормально протекающей беременности, имели место вагинит (37,5% против 6,3 %, $P<0,001$) и дисбиотические изменения микрофлоры влагалища (12,5% против 2,5 %, $P=0,016$).

Выводы. У пациенток с угрозой прерывания беременности чаще, чем при нормально протекающей гестации, наблюдаются нарушения микробиоценоза генитального тракта, что указывает на необходимость проведения диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Мягих И.И., Вустенко В.В., Шутько А.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОТОКОЛА СТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ И СТАДИИ РАЗВИТИЯ ЭМБРИОНОВ В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ И ПЕРЕНОСА ЭМБРИОНОВ

Научный руководитель – проф. Железная А.А.

Цель: оценить эффективность лечения бесплодия методами ЭКО при выборе протокола стимуляции яичников с учётом последующего дня переноса эмбрионов согласно стадии их развития.

Материалы и методы. В исследование были включены 86 пациенток репродуктивного возраста (от 25 до 42 лет, средний возраст составил $33,9 \pm 5,2$ лет), которые состояли на учете в отделении диагностики и лечения бесплодного брака (ОДЛББ) Донецкого регионального центра охраны материнства и детства (ДРЦОМД). Пациентки были обследованы и проходили лечение согласно протоколу обследования супружеских пар, страдающих бесплодием. Для 79 женщин индивидуально были выбраны различные схемы стимуляции в программе экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов (ЭКО и ПЭ). У 8 пациенток была выполнена программа криопереноса эмбрионов. Для оценки эффективности лечения бесплодия у женщин использовали показатель частоты наступления беременности в зависимости от стадии развития эмбрионов в программе ЭКО и ПЭ, криопереноса.

Результаты. За прошедший год в программе ЭКО и ПЭ для стимуляции яичников использовались длинные протоколы с агонистами и протоколы с антагонистами гонадотропин-рилизинг гормона: для 54 женщин использовался длинный протокол стимуляции яичников (68,35%) и для 25 женщин использовался протокол с антагонистами (31,65%). В целом, беременность с использованием программы ЭКО и ПЭ наступила у 29(36,71%) женщин. При использовании длинного протокола стимуляции беременность

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

наступила у 22(27,84%), в протоколе с антагонистами у 7(8,72%) женщин. Частота наступления беременности варьировала в зависимости от дня переноса. Перенос эмбрионов проводился на 3-и сутки культивирования на стадии 6-8 бластомеров (А6-А8) и на 5 сутки – на стадии бластоцисты. Для 3-х дневных эмбрионов стадии А6-А8 показатель наступления беременности составил 34,85%, многоплодная беременность (двойня) - 6,06% случаев. Для 5-ти дневных эмбрионов на стадии бластоцисты частота наступления беременности составила 38,46%, многоплодная беременность (двойня) – 7,69%. Частота наступления беременности при криопереносе: на стадии А6-А8 - 1 криоперенос (беременность не наступила); криоперенос на стадии бластоцисты - в 7 случаях, из них в 2 (25%) случаях наступила беременность.

Выводы. Правильный выбор протокола стимуляции яичников в программе ЭКО и ПЭ, а в последующем и дня переноса эмбрионов, с учётом стадии развития эмбрионов, способствует более высокой частоте наступления беременности.

Мяжких И.И., Вустенко В.В., Лунева Н.Н.

ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ И ПЕРЕНОСА ЭМБРИОНОВ

Научный руководитель – проф. Железная А.А.

Цель: оценить эффективность персонифицированной тактики лечения бесплодия у женщин в разные возрастные периоды жизни в программе экстракорпорального оплодотворения.

Материалы и методы: В исследование были включены 79 пациенток репродуктивного возраста (от 25 до 42 лет, средний возраст составил $33,9 \pm 5,2$ лет), которые состояли на учете в отделении диагностики и лечения бесплодного брака (ОДЛББ) Донецкого регионального центра охраны материнства и детства (ДРЦОМД). Пациентки были обследованы и проходили лечение согласно протоколу обследования супружеских пар, страдающих бесплодием. Для 79 женщин индивидуально были выбраны различные схемы стимуляции в программе экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов (ЭКО и ПЭ). Для оценки эффективности лечения бесплодия у женщин использовали показатель частоты наступления беременности на одну попытку ЭКО и ПЭ.

Результаты. За прошедший год возрастной состав женщин, страдающих бесплодием и проходивших лечение в ОДЛББ ДРЦОМД, с помощью ЭКО и ПЭ, представлен следующим образом: I группа (25-29 лет) – 6 пациенток (7, 6%), II группа (30-34 лет) – 38 пациенток (48,1%), III группа пациентов позднего репродуктивного возраста (старше 35 лет): III а подгруппа (35-39 лет) – 23 (29,11%), III в подгруппа (40 лет и старше) – 12 (15,19%). Бедный овариальный резерв, ассоциированный с низким антимюллеровым гормоном (менее 1,1 нг/мл), имел место у 19 пациенток разных возрастных групп: в I группе – у 2, во II группе – у 3, в IIIа – у 3, в IIIв – у 11 женщин. При этом частота наступления беременности по возрастным группам была представлена следующим образом: в I группе - 50%, II - 39,47%, IIIа подгруппе – 22,86%, IIIв подгруппе – 5,71%. Что касается стадии, на которой находились перенесенные эмбрионы, то в нашем отделении существует 2 методики: перенос 3-х дневных эмбрионов на стадии 6-8

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

бластомеров (А6-А8), 5-ти дневных эмбрионов на стадии бластоцисты. В I группе 50 % эмбрионов были на стадии А6-А8, 50% - на стадии бластоцисты; во II группе – 94,29 % эмбрионов на стадии А6-А8, 5,71% бластоцисты; в IIIа подгруппе – 65,71%, на стадии А6-А8, 5,71 % бластоцисты, IIIв подгруппе переносились только трехдневные эмбрионы.

Выводы. Необходим дальнейший поиск решения проблемы лечения бесплодия у женщин, особенно в позднем репродуктивном возрасте для получения более высоких результатов частоты наступления беременности.

С.Ю. Орлова

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Научный руководитель – проф. Черных С.В.

Цель: проанализировать динамику частоты и особенности клинических проявлений тяжелой преэклампсии в регионе в современных условиях.

Материалы и методы: ежегодные отчеты центрального статистического управления, акушерских подразделений ДРЦОМД, ретроспективный анализ историй родов 112 родильниц с тяжелой преэклампсией.

Результаты. В настоящее время в ДНР общее количество родов, по сравнению с довоенным временем, уменьшилось в 1,6-3,2 раза, при этом отмечается увеличение на 12,3% количества патологических и преждевременных родов, частота родоразрешения путем операции кесарево сечение увеличилась на 7,8 %. За время ведения боевых действий отмечается значительное увеличение количества случаев преэклампсии (37,6 - в 2014 г.; 38,7 – в 2015 г.; 56,9 – в 2016г.; 60,2 – в 2017г. на 1000 родов), в т.ч. тяжелой степени (7,1; 11,4; 13,9 на 1000 родов соответственно), с частым и ранним развитием синдрома полиорганной недостаточности, ДВС-синдрома, а также случаев ее атипичного течения и осложненных форм (до 42-45 %), среди которых HELLP синдром развился в 42 %; острая жировая дистрофия печени – в 37 %; острый панкреатит – в 21 % случаев. Показатель частоты тяжелых и атипичных форм преэклампсии в ДНР – 12,0 на 1000 родов, а в учреждениях оказания акушерско-гинекологической помощи III уровня аккредитации – в 2 раза выше. У 86 % беременных с преэклампсией имела место следующая экстрагенитальная патология: заболевания мочевыделительной системы – 52,94 %, сердечно-сосудистой системы – 43,14 %, нервной системы – 15,69 %, эндокринная патология – 25,49 %.

Выводы. Отличительной особенностью тяжелой преэклампсии является то, что развивается это осложнение на фоне измененного беременностью и сопутствующими заболеваниями гомеостаза, приводит к быстрому формированию синдрома полиорганной недостаточности, в связи с чем актуальными являются вопросы разработки системы прогностических, диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий, а также комплексного оказания неотложной помощи беременным и родильницам с тяжелой преэклампсией.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Покормяк Е.Н.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДИЕМ

Научный руководитель - проф. Говоруха И.Т.

Цель. Оценить течение беременности у пациенток с многоплодием, по сравнению с женщинами с одноплодной беременностью.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 1287 женщин, находящихся на стационарном лечении и переведенных на роды в акушерском отделении № 3 Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства за период с 2014 по 2017 годы, далее оценено течение беременности у 50 пациенток с многоплодием и 50 женщин с одноплодной беременностью. Для процента определяли 95%-й доверительный интервал (95% ДИ) по методу Уилсона. Сравнение дихотомических переменных выполнялось с использованием критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса.

Результаты. Анализируя медицинскую документацию, установлено, что из 1287 женщин, находящихся на стационарном лечении и переведенных на роды, с многоплодием было 50, что составило 3,9% (95% ДИ 3,0–5,1 %), в том числе 49 (3,8 %; 2,9–5,0 %) двоен и 1 (0,1 %; 95% ДИ 0–0,4 %) тройня.

У пациенток с многоплодием статистически значимо чаще, чем у женщин с одноплодием, гестационный процесс осложнился угрозой прерывания беременности (64,0 % против 22,0 %; $\chi^2 = 16,320$, $P < 0,001$). Несмотря на проведенные лечебные мероприятия, угроза преждевременных родов наблюдалась у большего числа пациенток с многоплодием, и значительно чаще, чем у женщин с одноплодием (82,0 % против 14,0 %; $\chi^2 = 43,630$, $P < 0,001$). Следует отметить, что угроза прерывания беременности на фоне истмико-цервикальной недостаточности зарегистрирована у 24,0 % при многоплодии, а при одноплодии — у 6,0 % ($\chi^2 = 5,020$, $P < 0,025$). Также при многоплодии, статистически значимо чаще, чем при одноплодии, беременность осложнялась ранней рвотой беременных (46,0 % против 12,0 %; $\chi^2 = 12,433$, $P < 0,001$), преэклампсией (34,0 % против 14,0 %; $\chi^2 = 4,441$, $P = 0,035$), плацентарными нарушениями (46,0 % против 10,0 %; $\chi^2 = 14,335$, $P < 0,001$), задержкой роста плода (28,0 % против 8,0 %; $\chi^2 = 5,488$, $P = 0,019$), анемией (38,0 % против 18,0 %; $\chi^2 = 4,018$, $P = 0,045$).

Более чем у половины (62,0 %) женщин с многоплодием роды начались преждевременно, а срочные — у 38,0 %, при одноплодии зарегистрирована противоположная тенденция — преждевременные роды произошли у 8,0 %, а срочные — у 92,0 % ($\chi^2 = 29,714$, $P < 0,001$). У большинства женщин с многоплодной беременностью по совокупности показаний родоразрешение произведено путем операции кесарево сечение, что статистически значимо чаще, чем при одноплодии (78,0 % против 20,0 %; $\chi^2 = 31,373$, $P < 0,001$).

Выводы. У женщин с многоплодием статистически значимо чаще, чем при одноплодии, беременность осложняется угрозой невынашивания, ранней рвотой, преэклампсией, плацентарными нарушениями, задержкой роста плода, анемией.

Роговой А.Н.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЕВ НЕОБХОДИМОСТИ ДРЕНИРОВАНИЯ
ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С
УРЕТЕРОПИЕЛОКАЛИКОЭКТАЗИЕЙ**

Научный руководитель – проф. Чайка В.К.

Цель. Улучшение результатов лечения больных женщин, у которых выявлено расширение чашечно-лоханочной системы с обеих сторон; предотвращение осложнений, опасных для здоровья и жизни матери и ребенка, вызванных блоком почки; а также определение наиболее безопасных критериев необходимости дренирования ВМП.

Материалы и методы. Нами было обследовано 75 беременных в возрасте 25,5 ±5,8 лет с одно- или двухсторонним блоком почек, находящихся на лечении в отделениях патологии беременности и родильных отделениях Донецкого республиканского (регионального) центра охраны материнства и детства (ДРЦОМД) и Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДоКТМО) за период с 2008 по 2016 гг. Первую группу (n=62) составили пациентки с проведенной операцией чрескожной пункционной нефростомией (ЧПНС), вторую (n=13) – беременные с установленными JJ-стентами. Ретроспективно исследованы пути дренирования ВМП, стентирования. Изучены результаты КТ или экскреторной урографии женщин в послеродовой период, данные клинических и биохимических анализов, посевов микрофлоры на чувствительность к антибиотикам, а также данные цветного дуплексного картирования, выброс мочи из устьев мочеточников, доплер и УЗИ картина паренхимы почек и лоханки. Статистическая обработка полученных данных выполнялась с использованием пакета статистического анализа данных программы Microsoft Office Excel-2010. Достоверность различий оценивалась по критерию t-Стьюдента.

Результаты. При анализе полученных данных было выявлено, что у 45 пациенток I группы (72,6%) была проведена ЧПНС справа и у 17 (27,4 %) – слева, еще у 3 (4,8 %) – была выполнена двухсторонняя нефростомия. Что касается гестационного срока на момент операции, то было установлено, что в I группе во II триместре было прооперировано 19 пациенток (30,6%), а в III триместре – 43 пациентки (69,4%). Во II группе JJ стенты были установлены у всех пациенток в III триместре.

Среди всех пациенток 63 (84,3 %) были выписаны домой беременными после проведенного оперативного вмешательства, 4 (5,3 %) были родоразрешены путем операции кесарево сечение (по поводу МКБ и блока почки) и у 8 (10,7 %) состоялись срочные нормальные роды.

Выводы. Таким образом, ЧПНС и JJ стенты являются малотравматичными высокоэффективными способами дренирования ВМП при различных видах их обструкции в акушерско-гинекологической практике. ЧПНС обеспечивает адекватное дренирование почки с возможностью четкого качественного и количественного учета мочи, учета функционального состояния почки, микробной чувствительности к антибактериальным препаратам, санации почки с введением антибактериальных препаратов в полостную систему почки. Особенно она предпочтительно в акушерской практике. Прерывание беременности при калькулезном пиелонефрите беременных необоснованно. Современные малоинвазивные дренирующие пособия позволяют сохранить жизнь плода и матери, с

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

возможностью последующего родоразрешения естественным путем и лечением мочекаменной болезни в послеродовом периоде.

Трубникова И.О., Хохлова С.В.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПРИ ХОЛЕСТАЗЕ

Научный руководитель – проф. Яковлева Э.Б.

Цель настоящего исследования было проведение ретроспективного клиничко-статистического анализа течения беременности, родов и послеродового периода при холестазах.

Материалы и методы. Для изучения были отобраны 1235 историй беременных и родильниц, из которых холестаза было у 65, что составило 5,3%. Была разработана анкета куда вошли данные о течении беременности, родов, послеродового периода. Для сравнения было разработано 30 историй беременности и родов по предложенной анкете, у которых беременность и роды были физиологическими.

По возрасту как группа с холестазом, так и здоровая группа не отличались (27±4). Следует отметить, что беременным с холестазом имели низкую материальную базу, а у повторнородимых было негативное отношение к беременности у семьи и особенно у мужа.

Результаты. Из 65 историй беременных с холестазом первородимых было 26, остальные были повторнородимые, повторнородящие. Токсикоз первой половины у первородимых отмечался у 40, у повторнородимых у 25. Адинамия у повторнородимых была у 21, сонливость у 18, кожный зуд у 17, кровоточивость из десен у 15. У первородимых эти состояния были значительно реже 7, 9, 10 соответственно. Кровоточивости из десен не было. Диспепсия, горечь во рту, частые запоры имели место у беременных с холестазом у 42, у здоровых беременных этих симптомов не было.

В 30 историях беременности и родов первородимых было 10, повторнородимых первородящих 20. Токсикоз первой половины был у 9 у первородимых и у 12 – повторнородимых. Такие симптомы как адинамия, кожный зуд, кровотечения из десен в этой группе отсутствовали.

В группе беременных с холестазом у 48 отмечено позднее начало менструации, нарушения менструального цикла. В группе здоровых беременных нарушения менструального цикла было у 5. Перенесли детские инфекции 26, гепатохолецистит 29, холецистит с частыми обострениями 18. У здоровых беременных была корь 5, ветрянка 4.

Угроза прерывания беременности была у каждой второй беременной с холестазом. В здоровой группе у 2. Преждевременные роды у 28 и 3 соответственно. Роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод у 18 с холестазом, и у 4 здоровых беременных.

Гипоксия плода была у каждой четвертой в первой группе и в одном случае в здоровой.

Послеродовой период осложнился коагулопатическим кровотечением у 7 в группе с холестазом, в здоровой группе его не было. Ручное отделение последа в группе с

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

холестаза было в 1,5 раза чаще, чем в здоровой группе. Субинволюция матки, эндометрит был в два раза чаще в группе родильниц, чем в здоровой группе.

Выводы. Холестаз – это тяжелое заболевание печени, которое ухудшает качество жизни беременной и отрицательно влияет на плод. Ведение беременности должно сопровождаться мониторингом лабораторной диагностики с первого триместра, необходима профилактика преждевременных родов.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР

Кафедра дерматовенерологии

Зав. кафедрой – доц. Романенко К. В

Абрамова В.Ю.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОЗДНЕГО АКНЕ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

Научный руководитель – проф. Белик И.Е.

Частота встречаемости тяжелых форм акне, приводящих к косметическим дефектам в виде гипо- и гипертрофических рубцов, составляет от 5 до 15%. В последнее время отмечается увеличение случаев позднего акне на фоне гиперандрогенного синдрома. При этом у 1/4 пациентов формируются остаточные явления в виде рубцовых изменений кожи, псевдоатрофий, гиперпигментированных пятен, дисхромий. Исходя из этого, акне - хронический и рецидивирующий дерматоз, требующий активного изучения и разработки эффективных методов лечения, влияющего на все звенья патогенеза.

Цель: Повышение эффективности лечения пациенток с тяжелыми и среднетяжелыми формами акне при использовании ретиноидов системного и топического действия, а также оральных контрацептивов с антиандрогенным эффектом.

Материалы и методы: В ходе исследования путем независимой выборки были сформированы 2 группы по 9 женщин (основная группа и группа сравнения) в возрасте от 27 до 39 лет с тяжелой формой позднего акне и гиперандрогенией. В основной группе для лечения акне использовали комбинированный двухфазный оральный контрацептив по 1 таб. 1 раз в сутки в течение 90 дней, изотретиноин 0,5 мг на кг массы тела перорально в течение 4 месяцев. В группе сравнения использовались изотретиноин 0,5 мг на кг массы тела перорально в течение 4 месяцев и клиндамицин в дозировке 600 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 14 дней.

Результаты: Через месяц в обеих группах отмечено уменьшение количества комедонов, папул и пустул. В основной группе у 6 пациенток отмечается полная ремиссия, у 3 пациенток наблюдаются единичные до 4-5 невоспалительных папул на лице, что характерно для акне легкой формы. При этом пациентки основной группы отмечают снижение образования кожного сала. В группе сравнения у 7 пациенток на коже лица выделяют до 5 инфильтративных элементов акне и множественные папуло-пустулезные элементы, у 2 пациенток - одиночные папуло-пустулы.

Выводы: Для пациенток с тяжелым течением позднего акне, обусловленным гиперандрогенным синдромом, патогенетически оправданным является включение в терапию гормональных препаратов с антиандрогенным эффектом направленных на конкурентное блокирование андрогенных рецепторов и снижение активности 5- α – редуктазы.

Грибов В.В.

СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО

Научный руководитель – проф. Белик И.Е.

Цель. Рассмотреть современные средства лечения витилиго.

Материалы и методы. Использовались научные публикации последних лет.

Результаты. Наиболее значимым подходом в лечении витилиго является наружная терапия. Препаратами выбора являются топические глюкокортикостероиды, которые обладают иммуносупрессивным действием и оказывают угнетающее влияние на механизмы нарушения выработки меланина в активную стадию болезни. Существуют данные о положительных результатах использования препаратов простагландинов, которые участвуют в процессах пролиферации пигментных клеток и образования меланина.

Одними из современных иммуносупрессивных средств являются препараты аскомицинового ряда. Их эффект обусловлен угнетением кальциневрина, стимуляцией роста стволовых клеток и меланогенеза.

Хорошие результаты достигаются при использовании внутриочаговых инъекционных лекарственных препаратов, в частности, глюкокортикоидов.

У больных с массивными очагами поражения широко используется фото- и лазеротерапия, назначаются системные глюкокортикостероиды.

На современном этапе проводятся исследования в области применения селективных иммуносупрессоров (ингибиторы янус-киназ) при лечении витилиго.

Выводы. Современными средствами лечения витилиго являются топические и системные глюкокортикостероиды, препараты простагландинов и аскомицина, фото- и лазеротерапия. Также проводятся исследования новых методов терапии заболевания.

Грибов В.В.

РОЛЬ КЛЕТОК ЛАНГЕРГАНСА В ПАТОГЕНЕЗЕ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ.

Научный руководитель - проф. Белик И.Е.

Цель. Выяснить роль клеток Лангерганса в патогенезе акантолитической пузырчатки.

Материалы и методы. Проводился анализ современных научных статей.

Результаты. В биоптатах кожи больных акантолитической пузырчаткой, в дебюте заболевания, зачастую, определяется большое количество клеток Лангерганса. Особенностью их является гиперплазия отростков, проникающих в межклеточные пространства кератиноцитов, что приводит к деструкции и лизису последних. В цитоплазме и в многочисленных выростах дендритных клеток присутствует большое количество гранул Бирбека, маргинальных цитоплазматических инвагинатов. Особенностью гранул Бирбека, вероятно, является усиление каскада патогенетических реакций антиген-антитело путем активации экспрессии HLA-DR антигенов на своей поверхности. Это приводит к хаотичности вовлечения кератиноцитов в акантолитический процесс, охвату большой площади поражения, формированию больших участков поврежденных кератиноцитов вблизи отростков дендритных клеток со скоплениями гранул Бирбека.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. Результаты исследований свидетельствуют об участии клеток Лангерганса в каскаде патогенетических реакций у больных с акантолитической пузырьчаткой.

Грибов В.В.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ВАСКУЛИТЫ. ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОЛОГА

Научный руководитель – проф. Белик И.Е.

Цель. Провести анализ литературных данных для выяснения особенностей тактики диагностики и ведения больных аллергическими васкулитами.

Материалы и методы. Для исследования были использованы современные научные публикации.

Результаты. Алгоритм диагностики включает: сбор анамнеза, направленного на выявление наличия персистирующей хронической инфекции; проведение лабораторных исследований: стандартные анализы крови, мочи; определение титра антистрептолизина-О; определение количества иммуноглобулинов крови; выявление циркулирующих иммунных комплексов в крови; при подозрении на системность заболевания проводится пункционная биопсия кожи, дающая данные о структуре морфологических изменений. Тактика ведения больного с аллергическим васкулитом имеет комплексный характер, во многом зависит от степени тяжести заболевания. Первично необходима санация очагов хронической инфекции: тонзилэктомия, лечение хронического гайморита и т.д. Далее следует патогенетическая и симптоматическая терапия, направленная на купирование воспалительного процесса в сосудах, на ангиопротекцию. В случае тяжелого течения васкулита применяют методы экстракорпоральной гемокоррекции: гемосорбция, плазмоферез.

Выводы. Алгоритм диагностики аллергического васкулита сложный и многокомпонентный. В каждом случае заболевания план ведения определяется с учетом причины его возникновения, клинической картины, тяжести и остроты процесса.

Краснощеких А.А., Клочков М.М.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ

Научный руководитель – проф. Белик И.Е.

Цель: Сравнить эффективность комбинированной терапии андрогенетической алопеции (АГА) с использованием 5% миноксидила, микронидлинга и обогащённой тромбоцитами плазмы (PRP) с монотерпией миноксидила 5%.

Материалы и методы: На базе дерматологического диспансера проводилось сравнение пациентов с АГА (22 пациента). Эти пациенты случайным образом были разделены на две сопоставимые по полу, возрасту и стадии заболевания группы по 11 человек и получали следующую терапию: Группа А: миноксидил (5%) местно по 1мл 2 раза в день и Группа Б: миноксидил (5%) местно по 1мл 2 раза в день + микронидлинг (длина иглы 0,5мм) с последующим введением аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы (PRP) 1 раз в 2 недели. Исследование проводилось у мужчин в возрасте от 24 до 45 лет с АГА от III до V степени по Норвуду-Гамильтону. Период лечения в двух группах составил 4 месяца. Проводилась оценка плотности волос, диаметра, соотношения

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

анаген/телоген и удовлетворенности пациентов в начале лечения, через 2 и 4 месяца. Методы оценки включали компьютерную обработку трихограмм в программе TrichoSciencePro и опросник удовлетворенности лечением.

Результаты: В обеих группах было статистически значимым увеличение волос в фазе анагена, плотности, среднего диаметра, количества терминальных, толстых и средних волос, однако, в группе Б, также, достоверно снижалось количество велусных, тонких волос и волос в фазе телогена. В группе А пациенты были удовлетворены средним результатом 6 баллов по шкале от 1 до 10, в группе Б – 8 баллов.

Выводы: Мы пришли к выводу, что миноксидил (5%) в комбинации с микронидлингом и PRP является более эффективной терапией лечения АГА, чем монотерапия миноксидила (5%) за тот же период лечения.

Шляхова И.А., Жданова И.О.

УФ-В ФОТОТЕРАПИЯ 311 НМ ПСОРИАЗА

Научный руководитель – доц. Романенко К.В.

Цель: Оценить эффективность комплексного лечения вульгарного псориаза (ВП) с использованием УФ-В фототерапии 311 нм (УФ-В, 311 нм) разных режимов по сравнению с традиционным.

Материал и методы: На базе Республиканского клинического дерматовенерологического центра пролечено 82 больных распространенным (PASI – $28,2 \pm 2,1$ баллов) ВП, разделенных на 2 репрезентативные группы (U-тест Манна-Уитни $>0,05$) в зависимости от метода лечения. В I группе сравнения (n=40) использовали традиционную терапию (ТТ) и УФО. Во II основной (n=42) дополнительно к ТТ вместо УФО назначали УФ-В, 311 нм, используя панель с лампами GH-8-ST (ФРГ), 3-4 раза в неделю, на курс 15-20 облучений. Результаты лечения оценивали по критериям: клиническая ремиссия (КР) – полное отсутствие высыпаний; значительное улучшение (ЗУ) – снижение PASI на 75% и более; улучшение – снижение PASI на 74-50%; без эффекта – существенных изменений дерматоза не произошло. Для более объективной оценки помимо PASI использовалась математическая оценка Р,% (95% ДИ) долей эффективности разных лечебных воздействий. Анализировалась также эффективность УФ-В, 311 нм при 3-х-4-х разовом облучении в неделю.

Результаты: Комбинация ТТ и УФ-В, 311 нм позволила ($p < 0,001$) довести удельный вес больных ВП с КР и ЗУ до 89,7% по сравнению с ТТ (60,0%) и увеличить в 3,25 раза удельный вес пациентов с устойчивой КР [64,9 (95% ДИ: 55,1-74,2)] по отношению к I группе ТТ [20,0 (95% ДИ: 8,9-34,1)].

Выводы: Использование методики 4-х разовой УФ-В, 311 нм в неделю позволило достичь лечебного эффекта, эквивалентного 3-х разовой, в более короткие сроки и меньшей суммарной дозой облучения в Дж/см².

ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ

Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии

Зав. кафедрой – проф. Прилуцкий А.С.

Глушич С.Ю.

УРОВНИ ТТГ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ НАЛИЧИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ

Научный руководитель - проф. Прилуцкий А.С.

Цель. Исходя из данных мировой литературы, проанализировать наличие зависимости уровней ТТГ от концентрации аутоантител к антигенам щитовидной железы (ЩЖ) для прогнозирования вероятности развития неблагоприятной акушерской ситуации.

Материалы и методы. Проведен анализ данных литературы на базе PubMed, eLIBRARY. Отобрано 50 статей.

Результаты. Данные 28 исследований, проведенных в различных странах мира, на протяжении всего срока гестации отмечают широкие вариации референсных интервалов (РИ) для тиреотропных гормонов (ТТГ) среди антитело-негативных беременных. Нижние пределы (2,5 перцентиль) ТТГ в I триместре находятся в диапазоне от 0,01 до 0,41 мМЕд/л. Во II и III триместрах нижние пределы РИ колеблются соответственно от 0,01 до 0,54 мМЕд/л и от 0,13-0,15 до 0,6-0,71 мМЕд/л. Колебания уровней ТТГ могут достигать до 30% и более в зависимости от используемых наборов анализаторов, стран. Существуют некоторые закономерности изменений РИ ТТГ и антител (АТ) у беременных различной расовой, этнической принадлежности, характера диеты, употребляемых медикаментов, времени суток при заборе крови, сезона, индекса массы тела, возраст и прочее.

Большинство авторов отмечают, что женщины с наличием АТ к тиреопероксидазе (ТПО) в I триместре имеют более высокие уровни ТТГ по сравнению с АТ-негативными беременными. Так, различные исследования обнаружили определенные отличия в вариациях уровней ТТГ у беременных с положительными и отрицательными АТ к ТПО в первой половине беременности. В трех из четырех исследований колебания показателей ТТГ у беременных с высокими концентрациями АТ к ТПО были выше, чем в контрольной группе. При этом R. Negro et al. (2011) отмечает, что у 44% пациенток с АТ-ТПО значения ТТГ были выше верхних пределов РИ для беременных. Также он обнаружил, что средние показатели ТТГ среди женщин с АТ-ТПО повышены на 0,4 мМЕд/л в сравнении с беременными без аутоантител и увеличение рисков аномально повышенного ТТГ в 4,4 раза. Установлено, что наличие АТ к ЩЖ часто ассоциировано с выкидышами, преждевременными родами, отслойкой плаценты, перинатальной смертностью и гестационным диабетом. После родов у таких пациенток в 2 раза возрастает риск развития гипотиреоза.

С 2011 года Американской тиреоидологической ассоциацией (АТА) всем женщинам с повышенным уровнем АТ рекомендуется тестирование ТТГ каждые 4-6

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

недель из-за риска развития патологии ЩЖ (Alexander E.K. et al.). При этом необходимо использовать контрольные триместр-специфические РИ как для ТТГ, так и для аутоантител. Ряд исследователей уже разработали референс интервалы ТТГ для беременных, имеющих аутоантитела к ЩЖ, а также предельно допустимые показатели АТ к ЩЖ по триместрам гестации.

Выводы. Установлено влияние уровней АТ к ТПО на концентрацию ТТГ у беременных. Всем женщинам из группы риска по патологии ЩЖ и аутоиммунным заболеваниям необходим регулярный контроль ТТГ и АТ к ЩЖ в период гестации. Трактовка лабораторных показателей должна проводиться в соответствии с триместр-специфическими РИ для беременных.

Ткаченко К.Е.

КОРРЕЛЯЦИИ ИНТЕРЛЕЙКИНА-4 И СПЕЦИФИЧЕСКИХ IgE-АНТИТЕЛ К АНТИГЕНАМ ЯБЛОКА

Научный руководитель — проф. Прилуцкий А.С.

Распространенность аллергических заболеваний растет повсеместно, принимая характер пандемии XXI века. В числе прочих механизмов развития аллергии особое внимание привлекают цитокины, в том числе интерлейкин-4 (ИЛ-4). Показано, что продуцируясь Т-хелперами 2 типа, и воздействуя на В-лимфоциты, данный медиатор стимулирует выработку ими аллергенспецифических IgE. К настоящему времени вопрос связи между интенсивностью продукции ИЛ-4 и секрецией специфических IgE (сIgE) к антигенам яблока недостаточно хорошо освещен в современной литературе.

Цель исследования. Выявить возможные корреляционные зависимости между показателями интерлейкина-4 и специфических иммуноглобулинов E к яблоку сорта Голден у лиц, страдающих пищевой аллергией.

Материалы и методы. Обследовано 139 детей в возрасте от 1-го месяца до 17-ти лет. Определены уровни ИЛ-4 и сIgE к антигенам яблока сорта Голден в сыворотке крови. Проведен корреляционный анализ данных показателей среди сенсibilизированных лиц, и лиц, не имеющих сенсibilизации к яблоку сорта Голден (программа Medstat, Донецк).

Результаты. Проведенный корреляционный анализ показал наличие прямой корреляционной связи между показателями ИЛ-4 и уровнями сIgE к яблоку в группе лиц, сенсibilизированных к данному антигену ($Tau=0,343$, на уровне значимости $p=0,03$). В подгруппе лиц без сенсibilизации к антигенам яблока корреляционная связь данных показателей отсутствовала ($Tau=0$, $p>0,05$).

Выводы. Получены статистически достоверные данные наличия корреляционной связи показателей интерлейкина-4 и специфических IgE-антител к антигенам яблока сорта Голден. Данная связь прослеживается только среди лиц, имеющих диагностически значимые уровни специфической сенсibilизации.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Кафедра оториноларингологии ФИПО
Зав. кафедрой - доц. Боенко Д.С.

Атабалаева Э.А.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ

Научный руководитель – доц. Талалаенко И.А.

Цель: оптимизация диагностики и лечения больных с назальной ликвореей.

Материалы и методы: С 2007 по 2013 гг в Донецком ринологическом центре прооперировано 3 мужчин с хронической назальной ликвореей. Диагноз подтверждён методом экспресс-диагностики «Глюкотест». Предоперационное обследование включало эндориноскопию и спиральную компьютерную томография черепа. Пациенты прооперированы под интубационным наркозом. Операция включала коррекцию носовой перегородки и тотальную эндоскопическую этmoidотомию. Кроме этого, в одном случае далее произведена односторонняя сфеноидотомия с резекцией межпазушной перегородки и в одном реализован трансфронтальный доступ с ревизией лобной пазухи. Для пластики ликворного свища последовательно укладывались «Тахокомб» и мышечно-фасциальные аутотрансплантаты. Тампонада носа выполнялась гелевыми тампонами «Rapid Rhino». Тампоны удалялись на 1-е сутки. Врачебный туалет полости носа выполнялся под эндоскопическим контролем.

Результаты: Жалобы больных были однотипными: истечение прозрачной жидкости из носа, головные боли, отсутствие обоняния, слабость, в одном случае – слепота на один глаз. При эндориноскопии обнаружены истечение ликвора из верхних отделов полости носа и искривление носовой перегородки. На спиральной компьютерной томографии передние и задние клетки решетчатого лабиринта с обеих сторон были затемнены. В одном случае диагностирован перелом мозговой стенки правой лобной пазухи, в одном – обнаружено металлическое инородное тело и перелом верхней стенки правой клиновидной пазухи, в двух – нарушение целостности дна передней черепной ямки в области передних и задних отделов решётчатого лабиринта. У двух больных ликворный свищ был односторонним, у одного – двухсторонним. Все оперативные вмешательства прошли успешно. Послеоперационный период протекал без осложнений. На момент выписки носовое дыхание было свободным. Пластика ликворного свища состоятельна.

Выводы: 1. Для пластики ликворных свищей нами применялись эндоназальный и трансфронтальный доступы, успешно использовались современные пластические материалы.

2. Эндоскопическая ринопластика имеет широкие возможности в лечении поздней назальной ликвореи.

Михайлова Г.С.

ЛИЦЕВЫЕ БОЛИ В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Научный руководитель – доц. Талалаенко И.А.

В практике оториноларинголога довольно часто встречаются лицевые боли (прозопалгии) (Г.З.Пискунов, 2006).

Цель: было улучшение диагностики и лечения больных с различными формами лицевых болей.

Материалы и методы: Нами в 2011 - 2016 гг. в ЛОР-клиниках Донецкого национального медицинского университета пролечено 42 пациента с различными видами прозопалгий. Все больные были госпитализированы из-за неэффективности проводимого ранее лечения. Мужчин было 9 (21,4%), женщин – 33 (78,6%). Помимо рутинного осмотра ЛОР-органов и общеклинических исследований всем пациентам проводились эндориноскопия, конусно-лучевая 3D компьютерная томография околоносовых пазух и аппликационная анестезия среднего носового хода ультракаином. Внутриносовые операции выполнены 30 (71,4%) больным. Они включали септопластику по методу Коттле в сочетании с высокочастотной вазотомией нижних носовых раковин и конхопексией. У 16 (38,1%) пациентов дополнительно произведены эндоскопические вмешательства на структурах остиомеатального комплекса. Операции проводились под интубационным наркозом с управляемой гипотонией. Широко использовали аппарат высокочастотной хирургии «ФОТЕК-Е300». Двенадцать больных (28,6%) от предложенной операции воздержались.

Результаты: При поступлении в ЛОР-стационар все пациенты предъявляли жалобы на пароксизмы интенсивных, приступообразных «жгучих» и «стреляющих» болей в области корня и спинки носа, глазного яблока, медиального края орбиты с иррадиацией в глубину глазницы, височную, лобную и теменную области. В 20 (47,6%) случаях болевой синдром сопровождался слезотечением и выделением из одной ноздри жидкого секрета. Аппликационная анестезия среднего носового хода ультракаином купировала болевой синдром у 21 (44,7%) больного.

У всех обследованных выявлена патология внутриносовых структур на стороне болевых ощущений: искривление, шипы и гребни носовой перегородки; гипертрофия нижних носовых раковин; булла, гипертрофия, удвоение, парадоксальный изгиб средней носовой раковины; увеличение и эктопия решетчатого пузыря; гипертрофия, парадоксальный изгиб, инверсия крючковидного отростка, а также различные сочетания такой патологии.

Интра- и послеоперационных осложнений не было. У подавляющего большинства больных (25 – 59,5%) болевые ощущения прекратились сразу после операции, у 5 (11,9%) – значительно уменьшились и затем прекратились в течение нескольких недель после проведения физио- и фармакотерапии.

В тоже время у 12 пациентов, которые отказались от хирургического вмешательства и получали только консервативное лечение (нестероидные противовоспалительные средства, рефлексотерапию, массаж лица, промывание носа с помощью прибора «Дольфин») положительной динамики не отмечено. Вероятно, развитие прозопалгий у больных с аномалиями внутриносовых структур обусловлено раздражением рефлексогенных зон полости носа, вызывающим гемато- и

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

ликвородинамические нарушения, и индукцией патологических рефлексов. Этому могут способствовать особенности иннервации и кровоснабжения лицевой области (Е.В.Балязина, Т.А.Исаханова; И.А.Лебедев и соавт., 2016).

Выводы: 1. У больных с прозопалгиями эндоринскопия является необходимым диагностическим мероприятием. 2. Эндоскопическая хирургическая коррекция аномалий внутриносовых структур приводит к излечению пациентов с прозопалгиями.

Томкив И. А.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТОЗНОГО ГАЙМОРИТА

Научный руководитель – доц. Талалаенко И. А.

В практике врача-оториноларинголога кисты верхнечелюстных пазух являются частой патологией и диагностируются радиологически (Г. З. Пискунов, 2006).

Цель: оптимизация диагностики кистозных гайморитов.

Материалы и методы: В ЛОР-клиниках ДонНМУ проведено консервативное лечение кистозного гайморита 37 больным, проанализированы данные обзорной рентгенографии и конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) околоносовых пазух.

Результаты: У 6 (16,2%) обследованных после консервативного лечения констатировано исчезновение округлых теней в синусе. Данные случаи расценены нами как «ложные» кисты. Хирургическое лечение этим пациентам не планировалось.

По данным КЛКТ у 29 (78,4%) больных кистозное образование локализовалось в области нижней, у 5 (13,5%) – медиальной и у 3 (8,1%) - орбитальной стенки гайморовой пазухи. У 23 (62,2%) пациентов обнаружены множественные внутриносовые аномалии, нижний контур гайморовой пазухи был чётким. Эти данные свидетельствовали в пользу риногенного характера кисты. Большинству из этих пациентов запланировано эндоскопическое удаление кист и коррекция внутриносовых структур.

В 7 (18,9%) случаях кистозное образование в верхнечелюстной пазухе было связано с прилежащими корнями зубов, состояние которых было патологическим. Оболочка этих кист была плотной, фиброзной, зубные каналы пломбированы, структура кости, окружающей корни, была изменена, в области апикальных концов корней зубов имелись гранулёмы, нижняя стенка верхнечелюстной пазухи была разрушена. У 1 (2,7%) пациента в зубном канале определялось инородное тело – пульп-экстрактор, у 2 (5,4%) визуализировались инородные тела верхнечелюстной пазухи, лежащие подслизисто – пломбировочный материал. Такие кисты нами расценены как одонтогенные радикулярные. Планируемое хирургическое лечение в этих случаях было этапным. Оно включало санацию пазухи, расширение соустья, вторым этапом выполнялась экстракция «причинного» зуба.

У 1 больной, оперированной в детстве по поводу врожденной расщелины мягкого нёба и «заячьей» губы, кистозное образование сочеталось с аплазией костного отдела носовой перегородки, занимало большую часть пазухи и содержало 2 округлые тени с чёткими контурами, диагностирована тератома. От предложенного хирургического лечения пациентка отказалась.

Выводы: 1. Использование конусно-лучевой 3D компьютерной томографии позволяет дифференцировать кистозные образования верхнечелюстных пазух. 2. В

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

исследуемой группе пациентов нами диагностированы следующие виды кистозных образований – ложные, истинные, одонтогенные и связанные с пороками развития кисты.

3. Лечение кист верхнечелюстных пазух должно быть направлено на санацию пазухи и устранение причин кистообразования.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
Зав. кафедрой - проф. Вакуленко И.П.

Погребняк Т. И., Косов А.А.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАТОЛОГИИ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Научный руководитель - проф. Вакуленко И.П.

Цель. Оценка эффективности лучевых методов исследования патологии боковых желудочков.

Материалы и методы. Анализ современных научных публикаций посвященных лучевым методам исследования патологии боковых желудочков.

Результаты. В ходе проведенной работы было выявлено, что самыми информативными методами лучевой диагностики для выявления патологии ликворосодержащих структур головного мозга можно считать КТ и МРТ. При использовании КТ можно выявить изменения структур желудочков головного мозга, оценить динамику и локализацию патологического процесса.

Для достоверной оценки состояния внутричерепных патологии будет достаточно произвести 10-12 срезов в соответствующей проекции, недостатком метода является ионизирующее действие излучения на пациента во время исследования.

Вторым методом выбора для исследования патологии желудочков является МРТ. Этот метод позволяет наиболее точно выявить морфофункциональные изменения в желудочках, провести дифференциальную диагностику и отследить динамику их состояния. Это единственный метод позволяющий дифференцировать стадии геморрагического процесса, который существенно влияет на структуру желудочков. Метод используется в качестве основного и послеоперационного контроля течения заболевания. Недостатком МРТ-диагностики является то, что процесс занимает много времени, что не дает возможность использования его в urgentных ситуациях.

Как КТ, так и МРТ одновременно с послойными изображениями могут воссоздавать трехмерное отображение и анатомическую ориентацию желудочков в веществе головного мозга и их проекцию на структуры головы. Благодаря компьютерной обработке врач получает увеличенное изображение интересующей области.

Выводы. На данном этапе развития методов лучевой диагностики КТ и МРТ являются достоверно информативные методики диагностики патологии ликворосодержащих путей.

Жизлова В.Д.

ПРЕИМУЩЕСТВА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Научный руководитель – проф. Вакуленко И.П.

Цель: Выявить преимущества компьютерной томографии высокого разрешения в диагностике хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: На основании изложенной в литературе информации (изучено 25 источников), оценивали и определяли преимущества компьютерной томографии высокого разрешения в диагностике ХОБЛ.

Результаты: В используемых нами источниках литературы компьютерная томография высокого разрешения (КТВР) является одним из наиболее информативных методов лучевого обследования пациентов для диагностики на ранних стадиях заболевания, сравнения нормы и патологии. Компьютерная томография высокого разрешения - современный метод лучевого обследования пациентов применяемый для диагностики и оценки интерстициальных заболеваний лёгких с возможностью послойной визуализации изображений в трех разных плоскостях. Использование шкалы денситометрической плотности (Хаунсфильда) для оценки состояния легочной ткани позволяет судить о вентиляционной функции легких, а также о её нарушениях. Шкала единиц Хаунсфильда (англ. HU) — шкала линейного ослабления излучения по отношению к дистиллированной воде, рентгеновская плотность которой была принята за 0 HU Это сделано для практического применения в компьютерной томографии, т.к. анатомические структуры в значительной степени состоят из связанной воды. В большинстве случаев, на ранних стадиях заболевания, значительные рентгенологические изменения не визуализируются. Если имеются клинические показания или рентгенография органов грудной полости дает сомнительный результат, назначают КТВР легких.

Вывод: Исходя из вышесказанного, мы можем сделать вывод, что благодаря КТВР, Компьютерная томография у пациентов с ХОБЛ позволяет оценить структуру легочной паренхимы, состояние мелких бронхов. В настоящее время КТВР является преимущественным методом для выявления патологии бронхолегочной обструкции на ранних стадиях.

Васильченко Т.А.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ СЛЕЗНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОМОЩЬЮ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Научный руководитель – доц. Оборнев А.Л.

Цель: определить оптимальный метод лучевого исследования для диагностики новообразований слезной железы.

Материалы и методы: данная работа основана на анализе результатов лучевых исследований (КТ и МРТ) описываемого нами пациента и опубликованных в открытом доступе медицинской литературе исследований отечественных и зарубежных авторов, посвященных проблеме дифференциальной диагностики новообразований слезной железы с помощью различных лучевых методов исследования.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты: нами был изучен редкий клинический случай новообразования слезной железы с метастазами в легкие и головной мозг. Больной К., 52 лет обратился в офтальмологическое отделение с жалобами на боль в области лба, снижение зрения в левом глазу, слабость. При осмотре - экзофтальм, на сонографии - в проекции слезной железы определяется образование с нечеткими, неровными контурами. Для дальнейшей диагностики был направлен на КТ и МРТ. С помощью КТ было выявлено смещение глазного яблока кпереди за счет дополнительного образования в проекции слезной железы, а также были обнаружены очаги деструкции клиновидной кости и орбиты слева. Также определяется пролабирование образования в полость черепа, но четких признаков прорастания его в ткани головного мозга не выявлено. Кроме того, в ткани мозга было обнаружено несколько гиподенсивных участков с нечеткими, неровными контурами со смещением срединных структур. Для решения вопроса о распространенности процесса на ткани мозга была назначена МРТ. Выявлено: смещение левого глазного яблока кпереди, определено распространение образования в полость черепа с его прорастанием в оболочки головного мозга. Подлежащие отделы мозга смещены кнутри, срединные структуры смещены вправо. В структуре головного мозга определяются участки пониженной интенсивности МР-сигнала с зонами перифокального отека. Учитывая высокую дифференцированность образований слезной железы, для исключения вторичного неопластического процесса было предложено выполнение КТ органов грудной полости, на которой было определено наличие мтс в легкие с распространением на средостение и в область грудины, с частичной ее деструкцией.

Выводы: таким образом, для дифференциальной диагностики новообразований слезной железы наиболее достоверными для пациента и врача являются КТ и МРТ, идеальным вариантом - их сочетание. При помощи КТ можно достоверно установить локализацию новообразования, его морфологические особенности, и возможную деструкцию костной ткани, но точно определить степень прорастания образования в головной мозг, нельзя. При использовании МРТ мы можем увидеть аналогичную диагностическую картину, но этот метод позволяет достоверно определить, распространяется ли новообразование на прилегающие оболочки, мышцы и мягкие ткани. Однако незначительный костно-деструктивный процесс виден хуже, чем на КТ. Ультразвуковая диагностика должна применяться на начальном этапе лучевой диагностики, так как область визуализации патологического процесса ограничена исследованием только глазного яблока и слезной железы.

Калиновская Я.Д.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОДИСПЛАЗИЙ В СТОМАТОЛОГИИ

Научный руководитель - проф. Вакуленко И.П.

Цель. Определение наиболее информативных методов лучевого исследования в диагностике остеодисплазий в стоматологии.

Материал и методы. На основании описанных в литературе и собственного наблюдения оценивали по изображениям возможности определения структуры костей нижней и верхней челюстей как в норме так и при клиническом проявлении остеодисплазий.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Лучевые методы исследования начинали с обычной обзорной рентгенограммы всей челюстно-лицевой области с целью оценки состояния положения формы, размеров, структуры костных образований челюстно-лицевой области. В случае наличия остеодисплазии оценивали размеры очага поражения.

Для последующей детализации и уточнения поражения проводили КТ и сцинтиграфию. При интерпретации рентгенограмм учитывали локализацию очага, форму, его размеры, состояние кортикального слоя пораженной кости и ее окружение. В последующем проводили компьютерную томографию для оценки характера содержимого костных очагов и определения относительной плотности их в единицах Хаунсфилда (ед. НЦ).

Результаты. В анализируемой нами литературе рентгенографическому методу придается первостепенное значение, и он считается «золотым стандартом» для оценки костных структур. При этом рентгенпризнаки являются многообразными, хотя имеют и ряд симптомов характерных только для остеодисплазий.

На компьютерно-томографических срезах в аксиальной плоскости подтверждался костно-фиброзный характер основного субстрата патологического очага, а средняя величина показателя относительной плотности ткани при фиброзной остеодисплазии составила ($M \pm t$) $170,8 \pm 35,1$ единиц Хаунсфильда. Обнаружение полей с пониженными значениями относительной плотности патологической ткани свидетельствовало о существовании в ней участков с процессами, носящими дистрофический характер

Отмечено наличие корреляции между данными компьютерной томографии и рентгенографии. Сравнительный анализ рентгенорадиологических данных протяженности патологического процесса определил во всех наблюдениях превышение сцинтиграфических размеров в среднем на $1,5 \pm 0,5$ см по сравнению с рентгенографическими. Участки рентгенографической семиотики остеодисплазий сопровождались прогрессирующим повышением уровня фиксации РФП.

Выводы: Таким образом, рентгенографией определяются размеры очага, состояние кортикального слоя кости, состояние структуры ее, детализация состояния костной ткани устанавливается КТ с последующей 3D-реконструкцией. Функциональное состояние участка поражения и окружающих тканей определяется сцинтиграфией.

Кононов Б.И.

РОЛЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ТКАНЕЙ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Научный руководитель – доц. Губенко О.В.

Цель: Изучить диагностические возможности различных лучевых методов исследования в оценке жизнеспособности поражённых тканей при отморожениях конечностей.

Материал и методы: Проведен анализ 14 современных литературных источников по лучевой диагностике, посвященных исследованиям термических поражениях тканей человека.

Результаты: Анализ показал, что каждая степень отморожения конечностей характеризовалась характерной лучевой картиной.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Так, при отморожениях I степени видимых изменений костной ткани при рентгенографии не наблюдалось. Определялся только отек мягких тканей. В то же время на остеосцинтиграммах наблюдалось локальное повышение накопления радиофармпрепарата (РФП) за счет усиления кровотока. Причем, в области пятки изменения возникали раньше, чем в зоне пальцев стопы.

При отморожениях II степени на рентгенограммах определялись умеренно выраженный остеопороз, первые признаки которого (снижение оптической плотности и разрежение костной структуры) при визуальном анализе рентгенограмм выявлялись к концу 2-й - середине 3-й недели. Рентгеноденситометрия позволяла объективизировать остеопороз уже к концу первой недели. Данные сцинтиграфии практически не отличались от таковых у пациентов 1-й группы.

При отморожениях III степени остеопороз развивался в области головок фаланг, пястных и плюсневых костей. Зона остеопороза превышала видимую зону поражения мягких тканей. При ультразвуковом сканировании сосудов конечностей выявлялось их локальное сужение, скорость кровотока практически не изменялась.

При отморожениях IV степени некротизированная кость не изменяла денсивность. Остеопороз развивался только в жизнеспособных тканях. Эта же некротизированная ткань не накапливала и РФП. Этот характерный радионуклидный симптом определялся уже к концу вторых суток после отморожения. Ультразвуковое сканирование с доплерографией артерий конечностей позволяло прогнозировать течение отморожений, в том числе риск развития влажной гангрены, объективизируя границу зоны некроза и жизнеспособной ткани..

Таким образом, данные лучевых исследований необходимы для определения объема пораженных тканей.

Выводы: Своевременное определение жизнеспособности поражённых тканей при отморожениях конечностей с помощью лучевых методов исследования объективизирует степень и объем поражения и определяет тактику ведения пациентов.

Корнеев Е. В.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В КАРДИОЛОГИИ

Научный руководитель – проф. Первак М.Б.

Цель. Изучить возможности лучевых методов исследования для диагностики неотложных состояний в кардиологической практике.

Материал и методы. Был проведен анализ научных публикаций за период с 2008 г. по 2017 г.: 16 источников отечественных и 7 - зарубежных авторов.

Результаты. Согласно опубликованным данным Всемирной организации здравоохранения, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний во всём мире ежегодно составляет 17,5 млн человек, при этом более, чем у половины больных, смерть наступила вследствие неотложных состояний. В ходе изучения литературы были определены те кардиологические заболевания и патологические состояния, которые требуют экстренной медицинской помощи и в диагностике которых, лучевые методы играют первостепенную роль. К таковым, по данным проанализированных публикаций, относятся: острый инфаркт миокарда, кардиогенный отёк легких, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА),

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

гидроперикард. Инфаркт миокарда – некроз определённого участка сердечной мышцы, вследствие абсолютной или относительной недостаточности кровообращения. Для выявления различных признаков поражения миокарда используются разные методы лучевой диагностики. Так, обнаружение снижения локальной сократительной способности участка миокарда возможно при использовании эхокардиографии, магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии, радионуклидной вентрикулографии, при этом выделяют участки гипо-, а- и дискинезии. Помимо этого, магнитно-резонансная томография без контраста дает возможность визуализировать зону инфаркта как гиперинтенсивный очаг (в основном, за счет отека), а с отсроченным контрастированием, из-за особенностей участка некроза, этот участок виден уже как гипоинтенсивный. Сцинтиграфия позволяет выявить, как и участок некроза - с использованием ^{99m}Tc -пирофосфата, так и область нарушения перфузии - $^{99\text{m}}\text{Tc}$ технетрила. При необходимости экстренной реваскуляризации показано проведение общей или селективной коронарографии, которая на данный момент нередко выполняется с помощью мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ-коронарография). Обзорная рентгенография органов грудной полости - ведущий метод при диагностике кардиогенного отёка легких и тромбоэмболии легочной артерии, но при необходимости дифференцировки ТЭЛА с другими патологическими состояниями дополнительно проводят также вентиляционную сцинтиграфию или ее сочетание с перфузионной, а также МСКТ. Гидроперикард может быть выявлен с помощью различных лучевых методов, однако в неотложной кардиологии наиболее часто применяют эхокардиографию, которая обладает высокой специфичностью и чувствительностью при обнаружении жидкости в перикардальной полости.

Выводы. Современные методы лучевого исследования позволяют быстро и с высокой точностью диагностировать неотложные кардиологические состояния, оценить локализацию и распространенность поражения, выраженность функциональных нарушений, что необходимо для скорейшего начала адекватной интенсивной терапии.

Крамаренко Д.Ю.

РОЛЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИИ ПРОЗРАЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Научный руководитель – доц. Губенко О.В.

Цель: Изучить диагностические возможности различных методов лучевого исследования в оценке прозрачной перегородки (ПП) и ликворосодержащих полостей срединной линии тела человека на этом уровне у детей.

Материал и методы: Проведен анализ 23 современных литературных источников по лучевой диагностике, посвященных анатомии головного мозга.

Результаты: Анализ показал, что различают несколько состояний ПП и ликворосодержащих полостей срединной линии тела человека на этом уровне. Все они являются вариантами развития.

1) полость ПП (*cavum septi pellucidi*) находится кпереди от ножек и столбов свода мозга между передними рогами боковых желудочков кпереди от отверстия Монро;

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

2) полость Верге (*cavum septum pellucidum et vergae*) расположена позади передних колон свода и ниже валика мозолистого тела. Часто определяется как продолжение полости ПП.

3) полость промежуточного паруса (*cavum veli interpositi*), располагается в пинеальной области ниже валика мозолистого тела позади отверстия Монро выше 3-го желудочка.

Эти полости содержат жидкость, но не соединяются ни с желудочковой системой, ни с субарахноидальным пространством.

Указанные полости начинают облитерироваться после 6 месяцев гестации в дорсовентральном направлении, но могут сохраняться у 30% детей и 15% взрослых.

Данные варианты развития бессимптомны, но их необходимо дифференцировать с другими аномалиями развития (агенезия прозрачной перегородки, агенезия мозолистого тела и т.д.)

Основным методом визуализации полости ПП у новорожденных является двумерное ультразвуковое исследование (нейроэхография через передний родничок). Полость ПП выглядит как анэхогенное пространство. Ширина полости не превышает 10-12 мм и у недоношенных детей шире, чем у доношенных. Полость Верге, как правило, уже полости ПП и у доношенных детей обнаруживается редко.

Эти же полости хорошо визуализируются методом магнитно-резонансной томографии и рентгеновской компьютерной томографии у пациентов любого возраста. Но только проведение магнитно-резонансной томографии позволяет определить состояние рядом расположенного мозолистого тела.

Выводы: Таким образом, нейросонография новорожденных и рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томографии позволяют достоверно определить состояние ликворосодержащих полостей срединной линии тела человека и дифференцировать варианты их развития с аномалиями головного мозга.

Кузьменко О.О., Качанова Д.А., Вакуленко Н.Д.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕЖДУ УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ МОРФОЛОГИИ, ФУНКЦИИ СЕРДЦА И В-ЛИНИЯМИ В ЛЕГКИХ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель - проф. Вакуленко И.П.

Цель. Определение наиболее информативных показателей ультразвукового сканирования легких у больных с инфарктом миокарда при снижении насосной функции левого желудочка.

Материал и методы. Нами было обследовано 30 больных с передним инфарктом миокарда в остром периоде (6-13 сутки) в возрасте от 50 до 65 лет. Всем пациентам проведены клиничко-инструментальные исследования, в том числе эхокардиография и сонография лёгких. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием стандартных методик оценки критериев и программ EXEL 7.0, Statistica фирмы StatSoft. Локализация и период ИМ (инфаркта миокарда) были диагностированы по данным ЭКГ. По данным эхокардиографии (Эхо-КГ) мы оценивали состояние сердечной мышцы, толщину стенок сердца, структурные изменения клапанного аппарата, сократительную способность миокарда.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Сонография лёгких проводилась с целью выявления В-линий, УЗ-сканером EsaoteMyLab40 с двухмерной визуализацией, конвексным датчиком с частотами сканирования 2,5 – 5 МГц. Сканирование выполнялось пациентам лежащим на спине и с поднятыми над головой руками для максимального расширения межрёберных промежутков и облегчения сканирования.

Трансторакальная ЭхоКГ выполнялась всем пациентам по стандартной методике в положении пациентов лёжа на левом боку, а затем на спине из парастернального, апикального, субкостального доступов.

Полученные результаты подвергали статистической обработке и проводили сопоставительный анализ.

Результаты. Обнаружена прямая сильная корреляционная связь между показателями систолического давления в легочной артерии и количеством В-линий в правой половине грудной клетки ($r=0,73$; $p<0,05$), корреляционная связь средней силы с В-линиями в левой половине грудной клетки ($r=0,68$; $p<0,05$). Увеличение показателей систолического давления в легочной артерии сопровождалось увеличением количества В-линий в правой, левой половинах грудной клетки.

Обнаружена прямая корреляционная сильная связь между градиентом регургитации трикуспидального клапана и В-линиями в правой половине грудной клетки ($r=0,81$; $p<0,05$), В-линиями в левой половине грудной клетки ($r=0,78$; $p<0,05$). При увеличении градиента регургитации трикуспидального клапана наблюдали увеличение количества В-линий в правой, левой половинах грудной клетки.

Обнаружена прямая корреляционная связь средней силы между ТДП: Е/А и В-линиями в правой половине грудной клетки ($r=0,5$; $p<0,05$), В-линиями в левой половине грудной клетки ($r=0,58$; $p<0,05$). При увеличении трикуспидального диастолического потока имело место увеличение количества В-линий в правой, левой половинах грудной клетки.

Выводы. Появление В-линий имело прямую зависимость от насосной функции сердца. Выявление их в легких сопровождалось высокой степенью связи с систолическим давлением в легочной артерии, градиентом регургитации трикуспидального клапана. Средней силы связь выявлена между появлением В-линий в легких и размерами левого желудочка в систолу и диастолу, митральным диастолическим потоком.

Фоминов В.М., Пархоменко А.В., Самойлов А.С.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕПАРАЗИТАРНОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ ОТ ЦИСТАДЕНОМЫ

Научный руководитель – проф. Вакуленко И.П.

Цель. Уточнить ультразвуковые критерии для дифференциальной диагностики непаразитарной кисты печени от цистаденомы.

Материал и методы. В клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна ДонНМУ им. М. Горького за последние 7 лет лечились 103 пациента с непаразитарной кистой печени (НКП) и 11 больных с цистаденомой. Среди больных с НКП было 83 женщины и 20 мужчин в возрасте $44,3\pm 3,7$ лет, а с цистаденомой – 8 женщин и 3 мужчин в возрасте $41,1\pm 2,2$ лет. Методами исследования явились (в разных сочетаниях): ультразвуковой (УЗИ), компьютерная (КТ) или магнитно-резонансная томография, клиничко-лабораторные

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

(с исследованием уровня альфа-фетопротеина). Комплексное УЗИ, включающее серо-шкальное сканирование в В-режиме, цветное доплеровское картирование и спектральную доплерографию производили на аппаратах Aloka 2000, 5500 (Япония), Siemens Sonoline Elegra (Германия) конвексными датчиками 3,5 МГц, в Донецком диагностическом центре.

Результаты. При ультразвуковом исследовании уточнены критерии, имеющие значение для дифференциальной диагностики непаразитарной кисты печени с цистаденомой (соответственно): форма – округлая и овальная; размеры - < 3 см и > 4 см; контуры – ровные, чёткие и неровные; капсула – тонкая и обычная; структура – однородная и неоднородная; дорсальное псевдоусиление – явное и слабое; васкуляризация – нет и есть (перегородки); перегородки – нет и да; папиллярные разрастания – нет и да. Некоторые трудности представляла дифференциальная диагностика непаразитарных кист печени, имеющих внутренние перегородки и дополнительные включения.

Выводы. Таким образом, васкуляризация перегородок внутри цистаденомы, наличие папиллярных разрастаний стенок, низкоуровневые внутренние эхосигналы – это характерные ультразвуковые признаки, отличающие цистаденому от непаразитарных кист печени. В неясных случаях следует применять спиральную КТ и дуплексное сканирование сосудов печени.

Фоминов В.М., Герасименко В.В., Литвинова А.С.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ ОТ ГЕМАНГИОМ

Научный руководитель – проф. Вакуленко И.П.

Цель. Уточнить критерии магнитно-резонансной томографии (МРТ) для дифференциальной диагностики злокачественных очаговых образований печени от гемангиом.

Материал и методы. За последние 8 лет в клинике хирургии им К.Т. Овнатаняна ДОННМУ им. М. Горького обследованы и лечились 258 пациентов с доброкачественными и злокачественными очаговыми образованиями печени. Пациентов с капиллярной гемангиомой печени было 49 (19%), гепатоцеллюлярным раком (ГЦР) – 7 (2,8%), холангиокарциномой – 6 (2,3%), метастазами рака из других органов – 5 (2%). Применены следующие методы исследования: клиничко-лабораторные (с определением уровня альфа-фетопротеина), ультразвуковой, компьютерная (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты. МРТ с контрастированием, в отличие от КТ, помогла уточнить злокачественный характер образования в 13 случаях и у 3 пациентов позволила выявить мелкие (4-5 мм) очаги метастазирования рака из других органов в печень. Первичные опухоли и метастазы с очагами некроза и гиповаскуляризации хорошо визуализировались в позднюю артериальную фазу. Очаг гепатоцеллюлярного рака в венозную фазу быстро терял контрастное вещество и становился изо- или гиподенсивным по сравнению с нормальной паренхимой печени. Это позволило дифференцировать ГЦР от гемангиомы, в которой контраст задерживался и на 2-3-й минуте она становилась гиперденсивной. Анализ показал, что очаги холангиокарциномы интенсивнее всего накапливали

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

контрастирующий препарат в артериальную фазу сканирования ($0,57 \pm 0,12$ мин). В очаги гемангиомы и ГЦР препарат тоже поступал довольно быстро ($0,70 \pm 0,22$ и $0,72 \pm 0,14$ мин соответственно). На МР-томограммах гемангиомы имели очень высокий МР сигнал в Т2-ВИ и пониженный в Т1-ВИ. При внутривенном усилении накопление контрастного вещества происходило от периферии к центру, МР-сигнал становился выше и отсутствовал эффект «вымывания» контраста.

Выводы. Таким образом, МРТ с контрастированием является одним из ведущих лучевых методов исследования, позволяет чётко отдифференцировать злокачественные очаговые образования печени от доброкачественных (в том числе от гемангиом) по времени накопления контрастного препарата.

Зубов А.Д., Бережная А.А., Зубов А.А.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ШЕЙНОЙ РАДИКУЛОПАТИИ

Кафедра онкологии ДонНМУ им. М. Горького
Зав.кафедрой - проф. Попович А.Ю.,
Отдел ультразвуковых исследований ДЦ ДоКТМО
Заведующий - к.м.н. Шкарбун Л.И.
1 хирургическое отделение ДоКТМО
Зав. отделением – проф. Шаталов А.Д.

Шейная радикулопатия является распространенным заболеванием, ведущим к потере качества жизни, снижению трудоспособности и инвалидизации. Диагноз шейного радикулита традиционно ставится на основании клинического и неврологического обследования, дополненного рентгенографическим исследованием, данными КТ и МРТ. Однако методы имеют ряд ограничений и не предоставляют информацию о состоянии мягких тканей, в частности, периферических нервов.

Цель. Оценка возможностей ультразвуковой (УЗ) визуализации в диагностике шейной радикулопатии.

Материал и методы. Исследование проведено на материале 30 пациентов (15 женщин и 15 мужчин) в возрасте 39-63 лет, в среднем $51,7 \pm 9,2$ года, с клиническими проявлениями шейной радикулопатии. УЗ исследования проводили на УЗ сканере Toshiba Aplio 500 с линейным мультислотным датчиком 7,5-12,0 МГц, конвексным мультислотным датчиком 3,5-5,0 МГц, последовательно в В-режиме и режиме цветового и энергетического доплеровского картирования.

Результаты. Неизмененный спинномозговой нерв на расстоянии 1 см от выхода из шейного позвонка визуализировался в виде линейной гипоэхогенной структуры диаметром $2,95 \pm 0,21$ мм. Дифференцировать нерв от кровеносных сосудов, имеющих сходные УЗ проявления в В-режиме, позволяло отсутствие кровотока, определяемое доплерографически.

При шейной радикулопатии на стороне поражения выявляли снижение эхогенности нерва. Определяли остеофит как причину компрессии. Наблюдали вначале увеличение диаметра нерва относительно интактной стороны, а затем, в месте компрессии остеофитом, его сужение. Соотношение толщины нервов одного двигательного сегмента на пораженной и интактной сторонах варьировало. Наиболее частым – в 57 ($63,3 \pm 5,1\%$)

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

случаях из 90 изученных пар нервов – большую толщину имел пораженный нерв, что свидетельствовало об его отеке. Толщина на контралатеральных сторонах различалась на 0,1-0,4 мм, в среднем на $0,20 \pm 0,09$ мм ($p < 0,01$). В месте компрессии остеофитом в $73,3 \pm 8,1\%$ случаях определяли локальное уменьшение диаметра нерва на 15-50%. Установлено, что выраженность болевых ощущений не зависит от степени компрессии нерва, эхографически оцениваемой как градиент толщины нерва на пораженной и контралатеральной сторонах ($r_s = 0,207$, $p > 0,05$).

Выводы. УЗ исследование позволяет оценивать состояние спинномозговых нервов, определить причину и выраженность компрессии нервного ствола, наличие отека и воспалительных изменений, что может быть использовано для индивидуализированного выбора тактики лечения.

НЕВРОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Кафедра неврологии и медицинской генетики
Зав. кафедрой - проф. Статинова Е.А.

Грищенко Е.А., Сохина В.С.

СИСТЕМНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Научный руководитель - доц. Коценко Ю.И.

Инсульт - вторая по распространенности причина смерти во всем мире и одна из частых причин инвалидности в развитых странах.

Цель. Изучить эффективность внутривенного тромболизиса в лечении ишемического инсульта.

Материалы и методы. Современные источники отечественной и зарубежной литературы, Руководство по лечению ишемического инсульта, рекомендованные American stroke association и European stroke organization.

Результаты. Золотой стандарт реперфузионной терапии с высоким классом (I) и уровнем доказательности (A) представляет собой системный тромболизис рекомбинантным тканевым активатором плазминогена (rtPA) для тщательно отобранных пациентов (по шкале инсульта Национального института здоровья: 4-25 баллов) в первые 4,5 часа с момента появления первых симптомов ишемического инсульта. Целью тромболитической терапии является удаление окклюзии и восстановление кровотока в гипоперфузированную ткань головного мозга. Область гипоперфузии состоит из необратимо поврежденной ткани головного мозга (ядра инфаркта), которая окружена жизнеспособной и потенциально восстанавливаемой паренхимой головного мозга (ишемическая полутень). Ишемическая полутень может быть спасена путем своевременной реканализации сосудов. Альтеплаза представляет собой фермент, который превращает плазминоген в плазмин. Он связывается с фибрином внутри тромба, образуя активный тромболитический комплекс. Рекомендуемая доза альтеплазы для пациентов с острым ишемическим инсультом составляет 0,9 мг/кг (максимум 90 мг), при этом болюсно вводится 10% дозы в течение 1 минуты, а оставшаяся часть - в течение 60 минут.

Исследование rtPA (рекомбинантного тканевого активатора плазминогена) Национального института неврологических расстройств и инсульта (NINDS) установило эффективность альтеплазы в терапевтическом окне от 3 до 4,5 часов от начала развития инсульта. На первом этапе конечной точкой оценки было снижение неврологических нарушений по шкале инсульта Национального института здоровья на 4 балла и более в течение 24 часов после тромболизиса; на втором - регрессия неврологических нарушений к концу третьего месяца после инсульта. По результатам двух этапов исследования тромболизис rtPA, проведенный в течение первых 3-4,5 часов после начала заболевания, позволил получить улучшение результата заболевания на 11-13%. Превышение этого

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

терапевтического окна связано с повышенным риском трансформации ишемического инсульта в геморрагический.

Выводы. Системная тромболитическая терапия эффективна в лечении ишемического инсульта. Увеличение риска внутричерепного кровотечения, как осложнение этой терапии, напрямую коррелируют со временем проведения тромболитика с момента появления первых симптомов инсульта.

Синькур П. С., Федько В.Г.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Научный руководитель - доц. Максименко О.Л.

Цель. Анализ характера и степени выраженности нейропсихологических нарушений у больных болезнью Паркинсона

Материалы и методы. Современные источники отечественной и зарубежной литературы.

Результаты. Болезнь Паркинсона одно из самых распространенных неврологических заболеваний, связанное с постепенной гибелью нейронов, вырабатывающих нейромедиатор дофамин. Чаще встречается у лиц 55-65 лет. Основными проявлениями данной болезни являются двигательные расстройства: тремор рук в состоянии покоя, ригидность мышц, гипокинезия. Однако по мере прогрессирования болезни Паркинсона закономерно возникают немоторные симптомы, которые проявляются патологией высшей мозговой деятельности. Данные нейропсихологические нарушения могут приводить к следующим психическим расстройствам: органическому расстройству личности (депрессивное, тревожное, эмоционально-лабильное), деменции, а также влияют на ряд психических процессов. Согласно статистическим исследованиям, психические нарушения выявляются у 95 % больных с болезнью Паркинсона. Из них деменция у 75-80% пациентов, депрессивные расстройства у 40-50 %, тревожно-фобические расстройства у 60-75%. Память при болезни Паркинсона страдает в легкой или умеренной степени с преимущественным нарушением оперативной памяти. При этом сохраняется процесс запоминания осмысленной, эмоционально окрашенной информации. Мышление становится замедленным, появляются трудности в переходе с одного интеллектуального процесса на другой. Кроме того, мышление пациентов характеризуется значительной инертностью, пациенты недоверчиво относятся ко всему новому, уменьшается критика к собственному состоянию. В связи с этим возможность переубедить пациента в необходимости изменения лечения становится затрудненной. Зрительно-пространственными нарушениями представлены сложность в распознавании и передачи пространственных взаимоотношений между частями зрительного образа. Изменения в данном психическом процессе могут приводить к дезориентации пациента в пространстве. Изменения в эмоциональной сфере в большинстве представлены депрессией. В большинстве случаев она носит экзогенный характер, реже – эндогенный. Эндогенная депрессия вызвана нехваткой моноаминов, характерной для болезни Паркинсона; экзогенная депрессия связана с реакцией больного на прогрессирующее хроническое заболевание. Недостаток дофамина играет важную роль в нарушении регуляции эмоций, вызывает у пациентов стойкое угнетение настроения, ангедонию,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

повышенную тревожность. Однако могут наблюдаться психотические осложнения дофаминергической терапии. У пациента возможно появление осложнений в виде ярких сновидений, иллюзий, зрительных галлюцинаций, эпизодов спутанного сознания.

Выводы. Анализ данных свидетельствует о наличии взаимосвязи между течением болезни Паркинсона и нейропсихологическими нарушениями. Патология психических процессов усугубляет динамику основного заболевания, а также препятствует адекватному взаимодействию врача и пациента. В связи с этим данная тема является актуальной и требует дальнейшего исследования.

Стехина К.В.

РОЛЬ ИНСОМНИИ В РАЗВИТИИ ЭПИЛЕПСИИ

Научный руководитель - асс. Авсянкина Е.В.

Цель. Установить связь между инсомнией и эпилепсией.

Материалы и методы. Изучение и анализ источников отечественной и зарубежной литературы, посвященных эпилепсии и инсомнии.

Результаты. Под термином «инсомния» подразумевается расстройство, связанное с трудностями инициации или поддержания сна. Депривация сна, то есть недостаток или полное отсутствие удовлетворения организма во сне, как явление инсомнии служит наиболее ярким примером связи в нейрохимических и патофизиологических аспектах между эпилепсией и циклом сон-бодрствование.

Эпилепсия- это хроническое состояние головного мозга, характеризующиеся устойчивой предрасположенностью вызывать эпилептические приступы. В основе возникновения эпилептических припадков лежит эпилептизация группы нейронов серого вещества головного мозга с формированием в результате эпилептического очага (ЭО). Патогномичной чертой нейронов ЭО является пароксизмальный деполяризационный сдвиг их мембранного потенциала. Существенную роль в патофизиологических процессах, обуславливающих гиперсинхронные эпилептические разряды играют нейрохимические сдвиги, включающие в себя главным образом нейротрансмиттерные расстройства.

Среди нейротрансмиттерных нарушений, приводящих к возникновению эпилептического припадка можно выделить два основных звена: усиление действия возбуждающих нейромедиаторов и угнетение функции тормозных. В первом случае главную роль играет избыточный выброс глутамата из глутаматэргических нейронов ЭО в экстрацеллюлярное пространство. Важно отметить значение NMDA и AMPA ионотропных глутаматных рецепторов, при воздействии на которые избыточными концентрациями глутамата, происходит выраженное увеличение деполяризационных ионных потоков через лиганд-зависимые ионные каналы. Это приводит к развитию пароксизмального деполяризационного сдвига мембранного потенциала, являющегося патофизиологической основой возникновения эпилепсии. ГАМК-эргическое торможение реализуется при активации ГАМК_A-рецептора. В результате связывания ГАМК увеличивается вход Cl⁻, что приводит к гиперполяризационному торможению нейрона. Согласно данному механизму - второе звено обусловлено нарушением тормозных ГАМК-эргических механизмов и усиленному входу Ca²⁺ и Na⁺. Описанные нейрохимические системы принимают непосредственное участие в формировании цикла сон-бодрствование,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

например, наступление стадии дельта-сна соответствует более резкому нарастанию концентрации ГАМК в центральной нервной системе.

Выводы. Нейрохимической базой нарушений сна у больных инсомнией является ГАМК-эргическая дисфункция. Данная дисфункция индуцирована отсутствием баланса в системе сон-бодрствование, с преобладанием дефицита сна, вследствие инсомнии. Вовлечение неспецифических образований головного мозга в результате патологического влияния инсомнии создает условия для нарушения регуляторно - адаптационной функции центральной нервной системы и генерации очагов эпилептогенной активности.

Бугаев К.С., Коценко Ю.И.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ОТКАЗА ОТ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Научный руководитель – доц. Прокопенко Е. Б.

Цель. Проанализировать причины отказа от патогенетической иммуномодулирующей терапии среди пациентов рассеянным склерозом (РС).

Материалы и методы. Был использован метод ретроспективного анализа 50 историй болезни пациентов с достоверным РС, длительность заболевания которых составила в среднем $13 \pm 2,5$ лет. Все пациенты отказались от патогенетической иммуномодулирующей терапии рассеянного склероза (ПИТРС).

Результаты. В результате проведенного анализа причин и сроков отказа от назначенной ПИТРС установлено, что в первые 6 месяцев после постановки диагноза РС от терапии отказалось 27% больных, в течении последующих 2-х лет данный показатель составил 49%, через 5 лет 53%, через 7 лет – 55%, а через 10 лет данный показатель увеличился до 58%. Среди причин отказа от ПИТРС нами были выделены 3 основные: страх, со слов больного, нежелательных побочных реакций, таких как покраснение, зуд, чувство сдавливания или боль в грудной клетке, тахикардия, отдышка, ощущение «приливов»; следующая причина: «кажущаяся неэффективность терапии» со слов больного, и последняя причина: невозможность получать препарат ввиду отсутствия государственной программы по бесплатному лечению пациентов либо финансовую несостоятельность самого пациента. Анализируя структуру причин в динамике можно увидеть, что в первый год болезни страх нежелательных побочных реакций занимает первое место с показателем 52%, а «кажущаяся неэффективность терапии», со слов больного, и невозможность получать препарат занимают второе и третье место соответственно с показателем 31% и 17%. Через 5 лет заболевания на первое место выходит «кажущаяся неэффективность терапии» – 48%, страх нежелательных побочных реакций – 32%, а невозможность получать препарат – 20%. Спустя 10 лет первое место все еще принадлежит «кажущейся неэффективности терапии» с показателем 51%, однако на второе место выходит невозможность получать препарат ввиду отсутствия государственной программы по бесплатному лечению пациентов либо финансовую несостоятельность самого пациента – 30%, а страх нежелательных побочных реакций занимает третье место с показателем 19%.

Выводы: Проанализировав причины отказа от ПИТРС можно сделать вывод, что половина пациентов отказываются от терапии в течении первых двух лет от начала

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

лечения. В этот период основной причиной отказа является страх, со слов больного, нежелательных побочных реакций. Однако, чем больше длительность заболевания, тем выше частота отказа по причине «кажущейся неэффективности терапии».

Гольнева А.П. Сигитова Е.В.

ГАБАПЕНТИН В ЛЕЧЕНИИ СТОЙКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ РАДИКУЛОПАТИИ

Научный руководитель – проф. Статинова Е.А.

Цель: Оценить эффективность габапентина у больных со стойким болевым синдромом при цервикальной радикулопатии.

Материалы и методы: За 2017 год на базе 1 неврологического отделения ДоКТМО проведено сравнительное лечение 30 пациентов (средний возраст $42,3 \pm 5,7$ лет) с диагнозом хроническая вертеброгенная цервикальная радикулопатия. Длительность заболевания составила 2-5 лет. Все больные имели стойкий болевой синдром в области шеи и 66,6% - в руке. В неврологическом статусе у 40% выявлен парез в руке, у 63,3% - чувствительные нарушения. Всем пациентам выполнены рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, КТ (МРТ) шейного отдела позвоночника, где были выявлены протрузии межпозвонковых дисков различной степени выраженности, относительный стеноз позвоночного канала. Выраженность болевого синдрома оценивалась по визуальной аналоговой шкале оценки интенсивности боли (ВАШ). Оценка выраженности болевого синдрома проводилась на 1-й, 7-й и 14-й день. Больные были разделены на 2 группы: I-я группа - 15 пациентов, которые получали стандартную комбинированную терапию (НПВС, миорелаксанты), II-я группа - 15 человек, в терапию которых был включен габапентин в дозировке 300 мг 2 раза в сутки.

Результаты: При оценке степени выраженности болевого синдрома по ВАШ на 1-й день пребывания в стационаре получены следующие результаты: в обеих группах исследования 10 баллов у 6,7%, 8 баллов у 20%, 6 баллов у 20%, 4 балла у 53,3% пациентов. Таким образом, чаще имел место умеренный болевой синдром, в то время как выраженный – встречался в меньшем проценте случаев. На 7-й день в I-й группе больных у 13,3% выраженность болевого синдрома снизилась на 2 балла, у 26,7% - на 4 балла, у 60% - не отмечено положительной динамики; во II-й группе у 6,7% обследуемых выраженность болевого синдрома снизилась на 1 балл, у 20% - на 2 балла, у 33,3% - на 4 балла, у 40% - динамика отсутствовала. На 14-й день в I-й группе больных у 26,7% пациентов было снижение уровня болевого синдрома на 2 балла, у 33,3% на 4 балла, у 40% – положительная динамика не наблюдалась; во II-й группе у 33,3% исследуемых выраженность болевого синдрома уменьшилась на 2 балла, у 46,7% - на 4 балла, у 20% - уровень выраженности болевого синдрома остался на первоначальном уровне.

Выводы: Установлено, что у 80% пациентов, которые получали габапентин, отмечалось уменьшение выраженности болевого синдрома на 14-й день, в то время как у пациентов I группы этот процент составил 60%. Габапентин эффективен в терапии стойкого болевого синдрома, обусловленного вертеброгенной цервикальной радикулопатией.

С.А. Реброва

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель – проф. Статинова Е. А.

Цель. Оценить гемодинамические особенности геморрагического инсульта у больных трудоспособного возраста.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 116 пациентов с геморрагическим инсультом в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $46,69 \pm 11,6$), среди них 56% мужчин, 44% женщин. У всех пациентов диагностировано острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу. Кровоизлияние вследствие разрыва мешотчатой аневризмы – 44,8%, гипертонической болезни – 28,4%, разрыва артериовенозной мальформации – 7,75%, другой причины – 19,05% случаев. Всем пациентам проводились общеклинические, биохимические анализы крови, коагулограмма, компьютерная томография, тотальная церебральная ангиография, оценка церебральной гемодинамики проводилась с помощью доплер-мониторинга сосудов головного мозга. Общевневрологическое исследование выполнено по общепризнанной методике, уровень сознания оценивался согласно шкале ком Глазго.

Результаты. В результате исследования признаки церебрального вазоспазма выявлены в 36,2% случаев. Вазоспазм в бассейне передней мозговой артерии (ПМА) отмечался в 1,7% случаев, вазоспазм в бассейнах ПМА и средних мозговых артерий (СМА) в 7,7% случаев, в бассейнах СМА в 17,2% случаев, среди которых в 4,3% изолированно с одной стороны, вазоспазм в бассейне СМА и задних мозговых артерий (ЗМА) в 6,0% случаев, грубый распространенный вазоспазм в 3,4% случаев. Асимметрия кровотока в бассейнах сонных артерий регистрировалась в 16,4% случаев, в артериях вертебро-базиллярного бассейна в 17,2% случаев, во всех васкулярных бассейнах в 15,5% случаев.

Выводы. Установлено, что церебральный вазоспазм чаще регистрировался в бассейнах обеих средних мозговых артерий – 17,2% случаев, с одной стороны – 4,3%, реже – грубый распространенный вазоспазм (3,4%). В 10,3% случаев нарушение гемодинамики привело к развитию вторичного острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу. Асимметрия кровотока чаще наблюдалась в артериях вертебро-базиллярного бассейна. Церебральный вазоспазм в преимущественном большинстве случаев выявлен среди пациентов с острым церебральным кровоизлиянием вследствие разрыва аневризм мозговых артерий.

Сигитова Е.В., Гольнева А.П.

ПЕРСПЕКТИВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА «КИНЕРЕТ®» В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Научный руководитель – проф. Статинова Е. А.

Цель. Проанализировать современные представления о роли противовоспалительной терапии с использованием препарата «Кинерет®» в острейшем периоде мозгового инсульта.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы. Обзор современной отечественной и зарубежной литературы; анализ исследования Университета Манчестера и Salford Royal NHS Foundation Trust (SCIL-STROKE).

Результаты. До недавнего времени считалось, что препараты, действующим веществом которых является анакинра - IL-1Ra («Кинерет®»), применяется только в лечении аутовоспалительных заболеваний (ревматоидный артрит и системная форма ювенильного идиопатического артрита). В основе этой группы заболеваний лежит спонтанное неконтролируемое воспаление при отсутствии выработки аутоантител, антигенспецифических Т-лимфоцитов и неконтролируемая гиперпродукция моноцитов и макрофагов интерлейкина (Interleukin, IL-1).

IL-1 представляет собой суперпул, состоящий из 11 цитокинов, к которым относятся IL1 α , 1 β , растворимые антагонисты рецептора IL1, 18, 36 α , 36 β , 36 γ , растворимые антагонисты рецептора IL36 α , 33, 37, 38, большая часть которых является провоспалительными цитокинами. IL1 α постоянно синтезируется мезенхимальными клетками печени, почек, легких, в тромбоцитах, а также в эпителиальных клетках. Учеными из Манчестерского университета (Craig J. Smith) в двойном слепом исследовании с использованием «Кинерет®» против плацебо показано, что данный препарат блокирует высвобождение цитотоксического компонента IL-6, индуцируемого IL-1 в результате мозговой катастрофы. Исследование проводилось у 80 пациентов с ишемическим инсультом: пациенты получали 6 доз препарата (подкожным введением) или плацебо в течение трех дней. Первая доза была дана в течение 6 часов после начала симптомов инсульта (средний возраст пациентов - 72 \pm 3.4 года, из которых 73% исследуемых получали внутривенный тромболитис с альтеплазой; по шкале NIHSS – 12 баллов). Во время исследования зафиксировано значительное снижение плазменного IL-6 (P<0,001) и плазменного C-реактивного белка (P<0,001). Случаев непереносимости выявлено не было. Эффективность введения IL-1Ra оценивали по модифицированной шкале Рэнкина (ДИ=95%) = 0,67 (0,29-1,52), P = 0,34), однако благоприятные исходы с ним не были связаны.

Выводы. Учитывая роль интерлейкина-1 в усугублении церебральной ишемии в острейшем периоде ишемического инсульта, дальнейшее изучение терапии с использованием препарата «Кинерет®» против интерлейкин-индуцируемых факторов является целесообразным и перспективным.

Сигитова Е.В., Гольнева А.П.

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ В РАЗВИТИИ КОАГУЛОПАТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ИШЕМИЙ

Научный руководитель – проф. Статинова Е. А

Цель. Изучить роль генетических факторов, связанных с развитием коагулопатий в остром периоде церебральных ишемий.

Материалы и методы. Обзор современной отечественной и зарубежной литературы.

Результаты. Цереброваскулярная патология является актуальной проблемой современной неврологии. Исследования Rosamond W et al., 2008 г., показали, что общее

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

количество больных инсультами в мире к 2030 г. составит 23 млн. человек, при этом смертность от инсульта составит 7.8 млн. Центральным звеном патофизиологического каскада развития инфаркта головного мозга, независимо от причин инсульта, признана гемостатическая активация с изменением гемореологии и гемостаза.

Исследование Supanc V. et al., 2014, показало, что генные мутации оказали синергетическое действие в развитии общего риска ишемического инсульта у молодых и людей среднего возраста. В исследование были включены 155 пациентов, перенесших инсульт в возрасте 55 лет и моложе и 150 объектов управления. Распространенность инсульта и отношение шансов (ОШ) были оценены по следующим параметрам: мутация гена протромбина - G20210A, Arg506Glu фактор V Leiden, C677T MTHFR (*Methylenetetrahydrofolate reductase*) и 4G/5G PAI-1 полиморфизмы; генетическая сумма полиморфизмов; классические сосудистые факторы.

Среди нарушений конечного этапа свёртывания наиболее частыми и клинически значимыми являются разнообразные аномалии фибриногена (фактор I-FL). Причину повышенной тромбогенности при дисфибриногемии связывают с нарушением антикоагулянтного действия аномального фибриногена. Доказано, что *ex vivo*-измерения структуры фибрина и фибринолиза являются наследственными. Показана природа структуры и функции фибрина, влияющих на поведение сгустка, и работа EuroCLOT продемонстрировала пригодность фенотипов фибринового сгустка к выявлению общих генетических локусов, ассоциированных с коагуляцией. Так в исследовании Yu-Ching Cheng et al., 2016 г., был определен локус на уровне 10q25, который в значительной степени связан с концентрацией в плазме VII фактора, являющийся продуктом HABP2, который может быть локусом генетической предрасположенности для развития инсульта у лиц молодого возраста.

Многие коагулопатии наследуются как аутосомно-доминантные признаки. Данные мутации, включая недостатки белка C и S, фактор V Лейден-мутации могут привести к увеличению риска тромбоза головного мозга. Для описания разнородной группы нарушений свёртываемости крови, которые сопровождаются существенным повышением рисков артериального или венозного тромбоза, используется термин «тромбофилия», в основе которой лежат приобретенные или генетические обусловленные нарушения.

Согласно Franchini M., Veneri D., 2005, наследственные тромбофилии – генетически детерминированные состояния высокого риска тромбообразования, реализация которых осуществляется уже в молодом возрасте.

Выводы. Установлена роль генетических факторов, связанных с развитием коагулопатий в остром периоде церебральных ишемий, что является важным этапом в выявлении новых терапевтических мишеней и оптимизации разработки стратегий профилактики мозгового инсульта.

Сигитова Е.В., Гольнева А.П.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВИРХОВ-РОББЕНСОВСКИХ ПРОСТРАНСТВ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научный руководитель – проф. Статинова Е. А.

Цель. Изучить особенности морфологического строения Вирхов-Роббенсовских пространств и их локализацию в головном мозге.

Материалы и методы. Обзор научной литературы.

Результаты. Пространства Вирхова - Робина (ПВР) (spatia perivascularia) - щелевидные пространства в окружности сосудов головного и спинного мозга, прослеживаемые до уровня артериол (и кровеносных капилляров) и сообщающиеся с субарахноидальным пространством. В настоящее время нет единого представления о роли ПВР. Одной из важнейших функций ПВР является нейрометаболическая регуляция циркуляции ликвора. Второй функцией ПВР является участие в формировании гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) и как следствие – выполнение нейроиммунорегуляторной функции. Периваскулярные пространства малого размера (до 2 мм) встречаются во всех возрастных группах. По мере взросления периваскулярные пространства встречаются с большей частотой и имеют больший размер (> 2 мм). Распространенность ПВР зависит также от используемых технологических возможностей. Более взвешенные по T2-изображения лучше визуализируют периваскулярные пространства. Расширенные ПВР обычно локализуются в трех местах (вдоль хода лентикюлостриарных артерий; в среднем мозге - в окружении артерии четверохолмия, по ходу задней таламоперфорирующей артерии, срединной мезэнцефалоталамической артерии, короткой и длинной периферических артерий). ПВР имеют овальную, круглую или тубулярную формы в зависимости от проекции. Они имеют гладкие края, проявляются билатерально, а также имеют размеры до 5 мм. На данный момент нет конкретных данных о предельном значении размеров лакунарных инфарктов (в отличие от периваскулярных пространств, лакунарные инфаркты несимметричны, превышают 5 мм в размерах). Лакунарные инфаркты можно отличить от пространств Вирхова-Робина на основании их сигнальных характеристик: гиперинтенсивные области на T2- и FLAIR-ВИ - в случае острого лакунарного инфаркта (от 12 часов до 7 дней) и гипоинтенсивные очаги на T1-ВИ. Высокая интенсивность сигнала наблюдается и на ДВИ с соответствующей низкой интенсивностью на картах по ADC. Контрастное усиление варьирует. Хронические лакунарные инфаркты визуализируются лучше и имеют высокую интенсивность сигнала на T2-ВИ и низкую интенсивность на T1-ВИ. На FLAIR-изображениях - гиперинтенсивное поражение или область с гипоинтенсивным центром и гиперинтенсивным кольцом, что свидетельствует в пользу глиоза. Накопление контраста в очаге может персистировать до 8 недель после острого периода.

Выводы. Учитывая морфологические особенности и локализацию ПВР, можно предположить их роль в развитии мозгового инсульта.

Федько В.Г., Савинкова В.В., Авсянкина Е.В.

**ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ И
КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ
ИШЕМИЧЕСКИХ ОЧАГОВ**

Научный руководитель – проф. Статинова Е. А.

Цель. Изучить выраженность депрессии и когнитивных нарушений в зависимости от локализации ишемических очагов.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных в остром периоде ишемического инсульта (средний возраст $72,4 \pm 8,6$ лет) с нейропсихологическими нарушениями. У всех пациентов было проведено неврологическое обследование по общепринятой методике. В качестве нейропсихологических тестов использовались MMSE (Mini-mental State Examination) и Монреальская шкала для оценки когнитивных нарушений, шкала Гамильтона и Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale). Нейровизуализация очагов проводилась при помощи КТ, МРТ. Степень тяжести по шкале NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) составила у всех наблюдаемых 12 баллов. Результаты обрабатывали статистически методом парного сравнения групп пациентов с помощью программы Microsoft Excel 7.0.

Результаты. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от степени выраженности нейропсихологических нарушений. В первую группу вошли 15 человек с выраженными нейропсихологическими нарушениями, во вторую – 10 с умеренными и легкими, в третью – 5 без нейропсихологических нарушений. В первой группе при использовании Госпитальной шкалы тревоги и депрессии был получен средний суммарный показатель 15 ± 3 балла, шкала Гамильтона дала средний показатель у пациентов в 19 ± 2 балла, что свидетельствует о тяжелом тревожно-депрессивном расстройстве. Во второй группе были получены следующие средние показатели: 9 ± 2 балла по Госпитальной шкале, 14 ± 4 по шкале Гамильтона, что указывает на наличие депрессии средней и легкой степени тяжести, в третьей группе средние показатели составили 3 ± 3 балла и 5 ± 2 балла соответственно, что оценивается как отсутствие симптомов тревоги и депрессии. В трех группах показатели теста MMSE варьировали в пределах от 13 до 27 баллов, по Монреальской шкале от 10 до 26 баллов, что свидетельствует об изменении когнитивных нарушений от выраженной до легкой степени. Всем пациентам были проведены КТ, МРТ головного мозга. В первой группе были выявлены очаги малых, средних и больших размеров в левом полушарии, которые захватывали дорсолатеральную корковую область и базальные отделы лобных долей. Во второй группе были выявлены очаги разных размеров в левом полушарии без четкой локализации в той или иной области и очаги в правом полушарии. В третьей группе визуализировались очаги в правом полушарии разных размеров.

Выводы. Установлено, что выраженность депрессии у наблюдаемых пациентов зависела не от тяжести неврологического дефицита и размера очага ишемического инсульта, а от локализации очага. Выявлено, что стратегической зоной возникновения тяжелой депрессии является левое полушарие и развитие ишемического инсульта в бассейне правой мозговой артерии.

Федько В.Г., Авсянкина Е.В.

ДЕПРЕССИЯ КАК ИНДУКТОР ТОРМОЖЕНИЯ НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТИ ЦНС И ОПОСРЕДОВАННЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА (ЛИТ. ОБЗОР)

Научный руководитель – проф. Статинова Е. А.

Цель. Установить влияние хронической депрессии на развитие ишемического инсульта.

Материалы и методы. Анализ оригинальных медицинских статей, современных источников отечественной и зарубежной литературы.

Результаты. Проблема влияния хронической депрессии на развитие ишемического инсульта сегодня приобретает большое значение. Депрессия внесена в Европейские медицинские протоколы как фактор риска развития ОНМК (острых нарушений мозгового кровообращения). Влияние длительно существующей депрессии реализуется, главным образом, путем гиперактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, в основе которой лежит нарушение кортизоловой реакции в ответ на стрессовое воздействие. Кортикотропин, поступающий непосредственно в кровь под влиянием кортикотропинвысвобождающего гормона (CRH) в связи с реакцией коры и миндалин мозга, увеличивает выработку кортизола. Помимо этого, при тяжелой депрессии утрачивается отрицательная обратная связь на гипоталамические кортизоловые рецепторы, что еще больше стимулирует выработку кортизола. Хроническое повышение кортизола в плазме имеет тесную связь с выделением мозгового нейротрофического фактора (BDNF), экспрессия которого значительно снижается за счет реципрокного отношения уровня BDNF в гиппокампе с глюкокортикостероидами. Уменьшение содержания BDNF ассоциируется с нарушением выживания и дифференциации нейронов, а также дестабилизацией синаптических контактов. Снижение количества синапсов ведет к нарушению симпатической пластичности за счет поддержания уровня долгосрочного потенцирования в нейронах гиппокампа. При нормальном уровне BDNF ускоряет открытие NMDA-рецепторов и повышает трансмиссию AMPA-рецепторов. В результате снижается нейропластичность мозга и его способность к нейрогенезу, и как следствие, увеличивается риск развития ОНМК. Кортизол потенцирует эффект катехоламинов и усиливает симпатoadреналовую активность, что способствует гиперпродукции ренина, который влияет на сосудистую стенку и ведет к артериальной гипертензии.

Выводы. Хроническая депрессия является как прямым, так и опосредованным фактором риска развития инсульта. Снижение нейротрофического фактора отрицательно влияет на восстановление неврологических функций в постинсультном периоде.

Федько В.Г., Сохина В.С., Синькур П.С.

ПРОЦЕСС НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ПРИМЕРЕ ЦИТИКОЛИНА

Научный руководитель - асс. Авсянкина Е.В.

Цель. Изучить особенности нейро- и ангиогенеза при ишемическом инсульте и оценить эффективность нейропротекции с применением цитиколина.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы. Обзор современных медицинских статей, анализ исследования ICTUS в объединении с другими плацебоконтролируемыми рандомизированными многоцентровыми исследованиями.

Результаты. Ишемический инсульт провоцирует образование активных форм кислорода и каскад цитокинов, усиливая окислительный стресс в поврежденных зонах мозга, что приводит к апоптозу. В то же время ишемия мозга стимулирует нейрогенез. Нейробласты мигрируют в направлении зоны инфарктного поражения коры мозга, располагаются в зоне пенумбры и подвергаются в дальнейшем дифференцировке. Нейробласты приобретают фенотип нейронов стриатума и замещают ишемически поврежденные структуры мозга за

счет атипичной миграции клеток. Ишемия провоцирует экспрессию нейротрофинов, которая стимулирует нейрогенез. В зоне, пограничной с ишемическим повреждением появляется большое число клеток эндотелиального росткового фактора и новых микрососудов, которые свидетельствуют о стимуляции ангиогенеза. Нейропротекторы сдерживают нарушение церебрального метаболизма, позволяя предотвратить необратимое повреждение нейронов, которые находятся на грани функциональной гибели, то есть активно действуя на зону пенумбры. Результаты исследования ICTUS, показали безопасность применения цитиколина, а другие клинические исследования подтвердили эффективность цитиколина в стимуляции нейрогенеза. Нейропротективное действие цитиколина обусловлено регуляцией синтеза лецитина и холина, дефицит которых влияет на мембраногенез нейронов. Увеличивая высвобождение дофамина, цитиколин способствует улучшению когнитивных функций, положительно влияет на процессы обучения и памяти. Цитиколин увеличивает эндотелиальные прогениторные факторы в крови, способствуя ангиогенезу.

Выводы. Доказано, что ишемия мозга сопровождается активной стимуляцией его нейропластичности за счет миграции нейробластов и ангиогенеза. Цитиколин активно влияет на формирование новых кровеносных сосудов за счет холина.

**Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
Кафедра нервных болезней и нейрохирургии
Зав. кафедрой – проф. Корсунская Л.Л.**

Аблямитова Ф.Э., Минайлова А.В.

**ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ**

Научный руководитель - асс. Пилипенко Е.Б

Цель. Ознакомиться с основными клиническими типами и методами диагностики мультисистемной атрофии. Провести дифференциальную диагностику с болезнью Паркинсона.

Материалы и методы. На основании изучения литературных источников, обзора международных и отечественных журналов была произведена обработка информации и теоретический анализ.

Результаты. Мультисистемная атрофия - это прогрессирующее заболевание нейродегенеративного характера с вовлечением в патологический процесс ствола мозга, базальных ганглиев, спинного мозга и мозжечка, проявляющееся синдромом паркинсонизма, мозжечковой атаксии, вегетативной недостаточностью и пирамидными расстройствами в разных комбинациях. Этиология заболевания неизвестна. Патогенетически болезнь развивается в результате накопления аргирофильных глиальных цитоплазматических и внутриядерных включений - α -синуклеина в олигодендроцитах.

Существуют два основных типа заболевания, в зависимости от доминирующих клинических проявлений: оливопонтocerebellарная атрофия - больше выражены мозжечковые симптомы, стриатонигральная дегенерация - преобладание проявления паркинсонизма. Эти синдромы сочетаются патоморфологически и клинически у одного пациента.

Ведущим при мультисистемной атрофии является паркинсонический синдром с тремором конечностей, олиго- и брадикинезией. Его преобладание на начальной стадии требует проведения дифференциальной диагностики с болезнью Паркинсона. Основными отличительными признаками паркинсонического синдрома при мультисистемной атрофии являются:

-неэффективность препаратов леводопы и других противопаркинсонических средств;

-быстрое прогрессирование с относительно ранним развитием постуральной неустойчивости и псевдобульбарных нарушений;

-раннее развитие тяжелой вегетативной недостаточности.

Кроме того, у больных с МСА присутствуют пирамидные расстройства, проявляющиеся усилением сухожильных рефлексов, появлением патологических знаков. Характерной особенностью мультисистемной атрофии является нарушение речевых функций. Нарушение вегетативных функций связаны с деструктивными изменениями в

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

центральных нейронах, характерно проявление симптома ортостатической гипотензии, которая сочетается с повышением давления в горизонтальном положении.

У части больных наблюдаются симптомы мозжечковой атаксии с нарушениями координации, почерка. Могут отмечаться дизурические явления, включающие недержание мочи. У мужчин снижается эректильная функция и половое влечение.

Таким образом, сочетание синдрома паркинсонизма с другой очаговой неврологической симптоматикой (пирамидные расстройства, мозжечковые симптомы), а также вегетативной недостаточностью должно натолкнуть на мысль о возможном наличии у пациента МСА. Отрицательный левадопа-тест, данные МРТ подтверждают диагноз.

Выводы. Эффективность диагностики и лечения мультисистемной атрофии зависит от точности сбора анамнеза, исключения других сходных заболеваний.

НЕЙРОХИРУРГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Кафедра нейрохирургии
Зав. кафедрой – проф. Кардаш А.М.

Белькова В.А.

ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ В УСЛОВИЯХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Научный руководитель – доц. Ващенко А.В.

Цель. Выяснить особенности лечения патологии периферических нервов в условиях нейрохирургического стационара.

Материал и методы. Проанализированы истории болезней пациентов с различной патологией периферических нервов, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении №1 Донецкого клинического территориального медицинского объединения в период с января 2013 года по март 2014 года.

Результаты. Стационарное лечение проведено 10-ти пациентам по поводу следующей патологии периферических нервов: травматическое поражение – 40% (4 человека, во всех наблюдениях – малоберцовый нерв), по 30% (по 3 наблюдения) – новообразование срединного нерва и мононейропатия (в одном наблюдении – срединный нерв, в другом – локтевой, в третьем – малоберцовый). Среди всех этих пациентов взрослых было 70% (7 человек), детей – 30% (трое). Выполнены операции 80% пациентов (восьмерым), во всех наблюдениях – в плановом порядке, а именно: удаление невром и новообразований (при указанных операциях применён эпинеуральный шов нерва), ревизия нерва, невролиз; остальным 20% пациентов (двум) проведено консервативное лечение (у этих двух больных операции на периферических нервах уже были ранее).

Выводы. Среди пациентов с патологией периферических нервов детей было в два раза меньше, чем взрослых. Малоберцовый – наиболее часто травмируемый периферический нерв. Только каждому пятому можно было провести лишь консервативное лечение, подавляющее большинство больных нуждалось в нейрохирургическом оперативном вмешательстве.

Ковалькова М.А., Палкина А.А.

ОСОБЕННОСТИ КТ-ДИАГНОСТИКИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ГОЛОВЫ СРЕДИ ПОСТРАДАВШИХ НА ДОНБАССЕ В ХОДЕ ВОЕННОГО КОФЛИКТА В 2014-2017 ГГ.

Научный руководитель – доц. Ващенко А.В.

Цель. Провести сравнительный анализ данных КТ-исследований у пациентов с огнестрельными ранениями головы в мирное и военное время на Донбассе с 2013 по 2017 гг.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материал и методы. Проведен статистический анализ исследований, выполненных в кабинете КТ нейрохирургического центра Донецкого клинического территориального медицинского объединения за период с января 2013г. по февраль 2017г. Группу наблюдения составили 985 пациентов, которым проводилось КТ-исследование головы с февраля 2014г. по февраль 2017г., из них 876 мужчин (89%) и 109 женщин (11%) с диагнозом огнестрельное ранение головы. Пациенты из группы наблюдения были распределены на 3 подгруппы: I подгруппа – пострадавшие с ранениями мягких тканей, II – с непроникающими ранениями, III – с проникающими. В группу сравнения вошли 42 пациента с диагнозом огнестрельное ранение головы, которым проводилось КТ-исследование головы за период с января 2013г. по январь 2014г., из них 40 мужчин (95,2%) и 2 женщины (4,8%). КТ-исследования проводились на аппарате Philips Brilliance-16 с шагом 1,5мм и последующими MPR- и 3D-реконструкциями.

Результаты. В группе наблюдения I подгруппу составили 335 пострадавших (34%), II – 148 (15%), III – 502 (51%).

Среди пациентов с проникающими ранениями у 472-х (94%) они были слепыми, у 30 (6%) пациентов – сквозными. Проникающие ранения в зависимости от расположения раневого канала были разделены на касательные – у 65 (13%) пострадавших, сегментарные – у 286 (57%) и диаметральные – у 151 (30%) раненых.

Пациенты группы наблюдения были разделены по локализации входного отверстия: лобной области – 345 раненых (35%), височной – 276 (28%), теменной – 138 (14%), затылочной – 177 (23%), лицевого скелета – 49 (5%).

Из пациентов группы наблюдения осколочные ранения получили 808 (82%) человек, пулевые – 177 (18%). В группе наблюдения, в отличие от группы сравнения, не выявлено пострадавших с дробовыми ранениями, а в группе сравнения не было осколочных ранений.

Выводы. В период военного конфликта на Донбассе с мая 2014 г. по февраль 2017г. чаще встречались проникающие ранения черепа, реже – ранения мягких тканей и непроникающие ранения черепа. Среди проникающих ранений значительно преобладали слепые, по расположению раневого канала – сегментарные и диаметральные, по локализации входного отверстия – лобной и височной областей. В военное время пациентов с осколочными ранениями было в 4,5 раз больше, чем с пулевыми. В мирное время встречались только пулевые и дробовые ранения, относительное количество пострадавших женщин было в 2,3 раза меньше.

Михалёва Е. С.

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ У РЕБЁНКА

Научный руководитель – доц. Ващенко А.В.

Цель. Изучить и описать клиническое наблюдение ишемического инсульта у ребёнка 17-ти лет.

Материал и методы. История болезни пациентки П., находившейся на обследовании и лечении в отделении нейрохирургии №2 Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДоКТМО) в марте 2018 года.

Результаты. Заболевание началось остро, девушка почувствовала головокружение, головную боль, общую слабость и затем потеряла сознание. Бригадой скорой

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

медицинской помощи была доставлена в больницу по месту жительства, где госпитализирована в реанимационное отделение, произведена компьютерная томография (КТ) головного мозга – данных за объёмную и очаговую патологию не выявлено. После консультации невролога установлен диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне средней мозговой артерии слева, с глубоким правосторонним гемипарезом, центральным правосторонним прозопарезом, моторной афазией, назначена соответствующая терапия.

Через 4 дня от начала заболевания, с незначительным улучшением, пациентка была переведена в нейрохирургическую клинику ДоКТМО, где проведена контрольная КТ – выявлены признаки этапа развития ишемических изменений в срединных отделах (в проекции базальных ядер) левой гемисферы головного мозга: неправильной формы зона неоднородно пониженной плотности, общими размерами около 4,3x4,0x2,0 см, с компрессией левого бокового желудочка (остальные желудочки не расширены), срединные структуры мозга не смещены, костно-деструктивных изменений не выявлено. Также проведена тотальная катетеризационная церебральная ангиография – данных за функционирующую аневризму, артериовенозную мальформацию не получено, выявлен пристеночный тромб в М1 сегменте слева с переходом тромба на устье М2 сегмента и устье ранней ветви левой средней мозговой артерии с перекрытием артерии до 30-35%. На основании указанных результатов обследований был установлен клинический диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой внутренней сонной артерии. В результате проведенной терапии больная со значительным улучшением выписана для дальнейшего лечения у невролога по месту жительства.

Выводы. Стереотип о том, что, инсульт – патология взрослого возраста, устарел, ишемический инсульт может встречаться и у детей. Несмотря на выраженную неврологическую симптоматику и значительные размеры зоны ишемического поражения головного мозга по данным контрольной томографии, в первые часы от начала заболевания при КТ патология не визуализируется. Эти факты необходимо учитывать при проведении дифференциальной диагностики и выборе тактики лечения.

Моисеева А.В.

ОСОБЕННОСТИ АСТРОЦИТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Научный руководитель – доц. Ващенко А.В.

Цель. Изучить этиологию, классификацию, морфологию, симптомы астроцитомы головного мозга (АГМ), прогноз для жизни.

Материал и методы. Проанализированы литературные источники.

Результаты. АГМ – нейроэктодермальная опухоль, развивающаяся из клеток макроглии, сопровождающаяся быстрой прогрессией. Это самый частый вид глиом. Обычно растут в виде нечётко отграниченного узла, реже – диффузно, склонны к образованию кист. Диаметр до 10 см. Могут располагаться во всех отделах головного мозга, у детей – чаще всего в мозжечке. Предрасполагающие факторы:

- ионизирующее излучение,
- интоксикация,
- нарушения в гене TP53,
- онкогенные вирусы,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

- туберкулёзный склероз, иммунные патологии.

Фактором риска возникновения АГМ считается плохая экология. Окончательно причины развития АГМ не выяснены.

Классификация: 1. по строению составляющих АГМ клеток: «обычная» и «особая»; 2. по степени злокачественности: пилоцитарная (1 степень), фибриллярная (2 степень), анапластическая (3 степень), глиобластома (4 степень).

Общемозговая симптоматика: головная боль, судороги, рвота без облегчения, ослабление концентрации, потеря аппетита, общая слабость. Очаговые неврологические проявления зависят от локализации АГМ:

- 1) лобная доля – изменение поведения, нарушение движений в противоположных конечностях,
- 2) височная – нарушение памяти, речи, слуха, обоняния,
- 3) теменная – проблемы с мелкой моторикой, письмом,
- 4) затылочная – ухудшение зрения, галлюцинации,
- 5) мозжечок – нарушение работы вестибулярного аппарата.

Хирургический метод лечения эффективен при 1 и 2 степени злокачественности. Факторами, ограничивающими возможности хирургического лечения, являются также особенности локализации АГМ и характера её инфильтративного роста. При глубинном расположении АГМ применяется хирургический лазер (СО₂), криохирургические технологии. Химиотерапия применяется при всех степенях злокачественности, особенностью является преимущественное введение препаратов в ликворную систему или в ложе удалённой опухоли. Восстановительное лечение направлено на стимуляцию компенсаторных механизмов нервной системы, и должно начинаться в ранний послеоперационный период. Прогноз для жизни зависит от степени злокачественности: пилоцитарная – 8-10 лет, фибриллярная – до 5 лет, анапластическая – 2,5 года, глиобластома – 1 год. Также, не менее важное значение имеет возраст пациента, расположение и размер новообразования.

Выводы. АГМ может сопровождаться нарушением различных функций, иметь различную степень злокачественности, прогноз для жизни тем хуже, чем выше степень злокачественности, в лечении используются различные методы.

Зятцева А.П.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИЗВИТОСТЬ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Научный руководитель – доц. Ващенко А.В.

Цель. Выяснить причины возникновения и прогрессирования патологической извитости брахиоцефальных артерий (ПИБА), её эпидемиологию, патогенез, классификацию и влияние на развитие заболеваний головного мозга.

Материал и методы. Обзор публикаций, посвящённых ПИБА; анализ результатов ангиографий сосудов головного мозга, проведенных в нейрохирургическом отделении №3 Донецкого клинического территориального медицинского объединения с декабря 2015г. по май 2017г.

Результаты. ПИБА, приводящая к неправильному кровоснабжению головного мозга, может стать причиной развития, в частности, ишемического инсульта. Если не

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

удаётся своевременно диагностировать ПИБА и начать лечение, повышается риск ишемических инсультов.

На сегодняшний день, вопросы этиологии, эпидемиологии, патогенеза и классификации ПИБА остаются недостаточно изученными, что не позволяет с точностью прогнозировать возникновение и течение заболеваний головного мозга и совершенствовать лечение.

В частности, актуальным является вопрос возможности перехода одного типа извитости в другой. Усиление степени физиологического изгиба ведёт к тому, что извитость артерии становится патологической, а значит – гемодинамически значимой.

Нами проанализированы результаты вышеуказанных церебральных ангиографий. За отмеченный период обследовано 482 пациента, большинство из которых были женщины (63%), большинство обследованных пациентов были в возрасте 46-60 лет (53%). ПИБА обнаружена у большинства обследованных пациентов (52%).

Следует отметить, что при указании на ПИБА различными врачами используется разная терминология, которая не соответствует какой-либо единой общепринятой классификации (непрямолинейность хода, септальный перегиб, ангулярный перегиб, петлеобразование, грубая s-образная извитость, s-образная извитость). Следовательно, нельзя чётко определить, где проходит грань нормы и патологии.

Выводы. Проведенный анализ литературы и результатов ангиографических исследований сосудов головного мозга свидетельствует о том, что нет единой общепринятой классификация ПИБА, учитывающей ряд важнейших факторов, оказывающих определяющее влияние на выработку стратегии лечения и прогноза. Представляется актуальным создание такой классификации ПИБА, которая учитывала бы конкретный угол искривления артерии, приводящий к появлению патологических состояний, количество патологически извитых артерий, состояние сосудистой стенки и скорость кровотока, что позволило бы чётко определять границу нормы и патологии, прогнозировать развитие заболеваний головного мозга, а также предотвращать наступление сосудистых катастроф.

Зятцева А.П.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИЗВИТОСТЬ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ – ЭТИОЛОГИЯ И ВЛИЯНИЕ НА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Научный руководитель – доц. Ващенко А.В.

Цель. Выяснить этиологию патологической извитости (ПИ) брахиоцефальных артерий (БА) и влияние этой ПИ на биоэлектрическую активность головного мозга.

Материал и методы. Обзор научных публикаций, посвящённых указанным аспектам ПИ БА.

Результаты. Мнения учёных по поводу этиологии ПИ БА расходятся: некоторые считают, что она носит наследственный характер, другие – что данная аномалия является приобретенной.

Свидетельствами врождённого характера ПИ БА являются: наличие деформаций БА в детском и молодом возрасте, двустороннее поражение, сочетание с другими

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

проявлениями патологии развития соединительной ткани (гипоплазиями сосудов, их диссекцией, трифуркацией, фенестрацией).

Предпосылками к развитию приобретенной ПИ БА являются ослабление эластичного каркаса стенки артерии, атеросклероз, возрастные изменения шейного отдела позвоночника, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение.

К наиболее значимым условиям, определяющим патогенность факторов риска, воздействующих на нервную систему, относят их интенсивность, длительность, частоту и периодичность, а также состояние нервной системы (в частности, гематоэнцефалического барьера) в период этого воздействия. Общеизвестно, что любые изменения структуры органа могут приводить к изменению его функции.

Исследователи ПИ БА отмечают, что значительные нарушения нервной деятельности могут возникать под влиянием не только сильных, но и – при определённых условиях воздействия – слабых патогенных факторов. Если ПИ БА носит врождённый характер, то она является фактором, который длительно воздействует на развивающуюся нервную ткань, вследствие чего могут возникнуть стойкие необратимые изменения в головном мозге.

ПИ БА может быть причиной недостаточного поступления в головной мозг кислорода (к чему нервная ткань особенно чувствительна), глюкозы и энзимов, в этих условиях церебральные нервные клетки могут становиться сверхвозбудимыми, следствием чего возможно возникновение эпилептических разрядов.

Выводы. ПИ БА может иметь как врождённую, так и приобретенную этиологию, обусловленную различными факторами. Можно также предположить «смешанный» вариант этиологии ПИ БА – когда её приобретенный характер был бы невозможен без определённых врождённых предпосылок, а врождённые факторы не приводили бы к ПИ БА без воздействия приобретенных. ПИ БА может существенно влиять на биоэлектрическую активность головного мозга, на развитие эпилепсии. Ранняя диагностика ПИ БА с последующим ранним лечением может способствовать предупреждению развития эпилепсии головного мозга.

Белоусов А. Ю.

НЕСИНДРОМНЫЕ КРАНИОСИНОСТОЗЫ У ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель – проф. Кардаш А. М.

Цель. Изучить особенности диагностики и хирургического лечения несиндромных краниосиностозов у детей различных возрастных групп.

Материал и методы. Использованы архивные данные историй болезни, медицинская документация детей с различными формами несиндромных краниосиностозов, прошедших курс лечения во втором нейрохирургическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения за 2015-2017гг.

Результаты. Краниосиностоз (КС) является следствием преждевременного зарастания швов черепа, что приводит к формированию ненормальной формы и размеров головы. В структуре этой патологии принято выделять две основные группы – синдромные и несиндромные краниосиностозы (НКС). За период с 2015 года по 2017 год во втором нейрохирургическом отделении Донецкого клинического территориального

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

медицинского объединения было оперировано 11 детей с различными формами КС. Примечательно, что абсолютно все дети имели первичные формы КС, а вторичные формы КС, несмотря на тщательно проводимые исследования, выявлены не были. Среди общего числа детей только 4 ребенка (36%) имели простые формы сагиттального КС – скафоцефалию с характерной ладьевидной формой головы. Комбинированные формы КС, что подразумевает вовлечение нескольких швов черепа, имело абсолютное большинство оперированных пациентов – 7 человек (64%). Из общего числа оперированных детей следует выделить группу пациентов, которым оперативное вмешательство было проведено по поводу НКС – 4 человека (36%). Примечательно, что все эти случаи приходились на вариант простого КС с вовлечением только лишь сагиттального шва – скафоцефалию с формированием ладьевидной формы головы. При подготовке к оперативному вмешательству абсолютно всем пациентам с целью уточнения типа КС и степени заращения швов черепа были выполнены краниограммы в двух проекциях и мультиспиральная компьютерная томография. Во всех случаях НКС оперативное вмешательство было направлено на моделирование заращенного сагиттального шва и на формирование пропилов по ходу других основных швов черепа, отвечающих за правильную формы головы, – метопического, коронарного и лямбдовидного, с последующим разведением сформированных костных пластин и фиксацией их костными «мостиками». Все вышеупомянутые пациенты были оперированы в возрасте 6-9 месяцев, причем абсолютное их большинство (90%) – в возрасте полугода.

Выводы. НКС занимают важное место в структуре нейрохирургической патологии у детей. Правильная и своевременная диагностика НКС, а также выбор оптимального метода хирургической коррекции данной патологии являются приоритетными, что связано с высоким риском развития тяжелых осложнений у детей с поздно выявленными или несвоевременно оперированными КС.

Белоусов А. Ю.

НАПРЯЖЕННЫЕ АРАХНОИДАЛЬНЫЕ КИСТЫ СИЛЬВИЕВОЙ ЩЕЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И МЕТОДЫ ИХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель – проф. Кардаш А. М.

Цель. Рассмотреть основные методы оперативного лечения напряженных арахноидальных кист сильвиевой щели головного мозга в нейрохирургической клинике.

Материал и методы. Рассмотрены данные историй болезни пациентов, оперированных во втором нейрохирургическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения за 2016 - 2017 гг.

Результаты. Напряженные арахноидальные кисты латеральной щели головного мозга редкая патология, требующая лечения в условиях специализированного нейрохирургического отделения. Все нейрохирургические методы для лечения данной патологии имеют ряд характерных преимуществ и недостатков, которые следует учитывать при прогнозировании исходов того или иного метода лечения.

Методы хирургического лечения арахноидальных кист сильвиевой щели можно разделить на три группы. В первую группу входит краниотомия со вскрытием полости напряженной кисты, максимальным иссечением ее стенок и сообщением ее с базальными цистернами, в большинстве случаев, параселлярными. Преимуществом этого метода

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

является его доступность, хорошая визуализация полости кисты для ее ревизии и визуализация важных структур мозга, а недостаток этого метода заключается в частом рецидивировании кисты вследствие рубцевания места сообщения её полости с базальными арахноидальными цистернами.

Второй метод оперативного лечения сводится к пункции арахноидальной кисты через наложенное фрезевое отверстие с эвакуацией её содержимого и в практике почти не используется по причине малой эффективности из-за частого рецидивирования таких кист в ранние сроки с момента операции.

Внимания требует оперативное лечение напряженных кист сильвиевой щели с эндоскопической ассистенцией, заключающееся в наложении небольшого отверстия с эндоскопическим сообщением полости кисты с базальными цистернами. Такой метод является эффективным в лечении напряженных арахноидальных кист вышеописанной локализации из-за своей малой травматичности, что позволяет часто его применять при лечении врожденных кист сильвиевой щели и у детей, однако, тот факт, что эндоскопическое оборудование, необходимые комплектующие и расходные материалы в настоящий момент доступны не всем нейрохирургическим центрам значительно ограничивает его широкое применение.

Выводы. Напряженные арахноидальные кисты сильвиевой щели являются достаточно распространенной патологией. Изучение всевозможных преимуществ и недостатков разных методов хирургического лечения напряженных арахноидальных кист этой локализации должно помогать нейрохирургам в правильном выборе метода оперативного лечения таких кист, а также должно способствовать наиболее точному прогнозированию различных исходов в послеоперационном периоде.

Белоусов А. Ю.

СИМПТОМ ГЕМИАНОПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА

Научный руководитель – проф. Кардаш А. М.

Цель. Изучить частоту встречаемости различных видов гемианопсии у пациентов, оперированных по поводу аденомы гипофиза.

Материал и методы. Использованы данные медицинской документации и историй болезни пациентов, оперированных во втором нейрохирургическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения за 2015 – 2017 гг.

Результаты. Аденома гипофиза - это опухоль железистой ткани его передней доли, именуемой аденогипофизом. Аденомы гипофиза являются распространенной патологией и составляют шестую часть всех первичных опухолей мозга. Чаще всего заболевание манифестирует в возрасте 30 - 50 лет и имеет приблизительно одинаковую частоту встречаемости и у мужчин, и у женщин. Достаточно высокая частота встречаемости данной патологии, а также некоторые характерные черты клинической картины аденом гипофиза, диктуют ряд особенностей диагностики и хирургического лечения больных этой категории.

За 2015-2017 гг. в нейрохирургическом отделении № 2 Донецкого клинического территориального медицинского объединения оперировано 30 пациентов с аденомой гипофиза в возрасте от 30 до 55 лет, причем большую часть (55%) составили женщины

репродуктивного возраста. Оставшаяся часть (45%) приходилась на мужчин. Локализация макроаденом гипофиза и их воздействие на прилежащие структуры головного мозга, в частности, на хиазму зрительных нервов, создает характерную клиническую картину, свойственную образованиям лишь этой локализации.

В ходе исследования было установлено, что у абсолютного большинства пациентов (83%) ведущим симптомом очагового поражения головного мозга была гетеронимная гемианопсия. У оставшихся 17% больных очаговая симптоматика отсутствовала полностью и в неврологическом статусе преобладала внутрочерепная гипертензия. Важно отметить, что все пациенты, оперированные по поводу аденом гипофиза и имеющие в неврологическом статусе в качестве ведущего симптома гетеронимную гемианопсию, были разделены на две подгруппы, большую из которых (93%) составили больные с битемпоральной гемианопсией и лишь 7% всех больных имели биназальную гемианопсию. Следует отметить, что все 100% случаев биназальной гемианопсии отмечались при опухолях области турецкого седла до 3 см в диаметре, не распространяющихся по результатам МРТ за его пределы и способных воздействовать только на центральные отделы зрительной хиазмы.

Выводы. Высокая частота распространенности аденом гипофиза у взрослого населения и достаточно частое отсутствие характерной очаговой симптоматики, присущей тому или иному характеру роста опухоли данной локализации, подчеркивает важность рассмотрения данного вопроса с целью точной и своевременной диагностики и определения правильной тактики лечения пациентов с такой патологией.

Белоусов А. Ю.

ГИПЕРТЕНЗИОННО-ГИДРОЦЕФАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В КЛИНИКЕ ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

Научный руководитель – проф. Кардаш А. М.

Цель. Изучить особенности гипертензионно-гидроцефального синдрома, как ведущего в клинике опухолей задней черепной ямки у пациентов всех возрастных групп.

Материал и методы. Используются данные историй болезни и медицинской документации пациентов, оперированных во втором нейрохирургическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения за 2015-2017 гг.

Результаты. Субтенториальные опухоли являются частой патологией центральной нервной системы у больных всех возрастных групп и, ввиду особенностей течения заболевания, заслуживают детального изучения. В группу субтенториальных опухолей относят образования мозжечка, IV желудочка, ствола мозга, а также другие экстрацереbellарные опухоли, такие как невриномы и менингиомы. Большинство субтенториальных опухолей способны вызывать окклюзию ликворопроводящих путей на уровне водопровода среднего мозга и/или IV желудочка, непосредственно располагаясь в последнем, либо приводя к компрессии данных структур.

За 2015-2017 гг. в нейрохирургическом отделении № 2 Донецкого клинического территориального медицинского объединения было оперировано 30 больных с новообразованиями задней черепной ямки. Из вышеуказанного числа большую часть (75 %) составляли дети в возрасте до 14 лет.

При детальном неврологическом осмотре у абсолютного большинства пациентов (97%) в неврологическом статусе преобладала картина гипертензионно-гидроцефального синдрома, а по результатам компьютерной и магнитно-резонансной томографии была выявлена окклюзионная гидроцефалия. Важно отметить, что регресс гипертензионной симптоматики в первые сутки с момента удаления опухоли отмечался у 94% больных. У оставшихся 6% пациентов улучшения в первые сутки после операции не было, а наоборот происходило нарастание симптомов из-за чего больным были установлены шунтирующие системы. В 100% случаев развития гипертензионно-гидроцефального синдрома у больных с субтенториальными опухолями имела место окклюзионная тривентрикулярная гидроцефалия, развивающаяся на фоне нарушения ликвородинамики на уровне сильвиева водопровода.

Выводы. Опухоли задней черепной ямки являются достаточно частой патологией у больных всех возрастных групп. Ряд анатомических особенностей задней черепной ямки, близкое расположение ствола головного мозга вносят ряд особенностей в формирование характерной клинической картины, и в развитие типичной неврологической симптоматики, патогномоничной для новообразований только данной локализации и в определение хирургической тактики лечения этих опухолей. Детальное изучение данного вопроса значительно улучшит понимание синдрома внутричерепной гипертензии, как ведущего в клинике экстра- и интрацереbellарных опухолей головного мозга.

Доценко А.К., Храповицкий К.Д., Мозговой И.С.

АЛЬТЕРНАТИВА ХИРУРГИЧЕСКОМУ УДАЛЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Научный руководитель – доц. Ващенко А.В.

Цель. Изучение новых неинвазивных методов лечения опухолей головного мозга, альтернативных традиционному их хирургическому удалению.

Материал и методы. Сбор и анализ данных об указанных методах лечения в литературных и электронных источниках.

Результаты. Традиционное инвазивное хирургическое удаление опухолей головного мозга – основной и самый эффективный метод их лечения. Нейрохирурги стремятся удалять опухоли тотально. Но труднодоступное расположение опухоли может затруднить такое её удаление. Она может находиться в жизненно важных структурах, функция которых в результате такого лечения может пострадать. Именно поэтому развивается неинвазивная лучевая «хирургия», значительно облегчающая процесс лечения.

К неинвазивным методам лучевой терапии опухолей головного мозга относятся: гамма-нож, кибер-нож и протонная хирургия; все они имеют похожий механизм действия, заключающийся в воздействии с высокой точностью на новообразование пучков различного вида излучения слабой дозы, проходящих через здоровые ткани с минимальным воздействием на них.

Гамма нож. На голову пациента одевается специальный шлем, она фиксируется. Аппарат пригоден для воздействия на опухоли размером не более 3,5 см. Максимальная длительность процедуры 5-6 часов. Источником ионизирующего излучения является

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Кобальт-60, находящийся в специальных отсеках в шлеме. Все лучи «включаются» одновременно и фокусируются в опухоли, создавая в ней максимальную дозу ионизирующего излучения.

Кибер-нож. Отличием от гамма-ножа является отсутствие необходимости фиксации пациента. Длительность процедуры зависит от размера опухоли головного мозга. Аппарат перед каждым облучением проверяет расположение опухоли с помощью КТ, поэтому максимальное облучение попадает всегда только на опухоль, даже если пациент повернул голову. Опухоль облучается с помощью источника, который в ходе сеанса всё время меняет своё положение, и пучок радиации идёт каждые несколько секунд под другим углом, но траектория всех пучков радиации пересекается всегда в опухоли.

Аппарат протонной хирургии. Принцип действия: облучение протонами опухоли, клетки которой – из-за высокого темпа их деления и меньшей способности к восстановлению повреждённой ДНК – особенно восприимчивы к такому воздействию и гибнут.

Выводы. Преимуществом данных методов лечения опухолей головного мозга является их применимость и у пациентов, которым по тем или иным причинам противопоказана операция, исключение из лечебного процесса наркоза, отсутствие классических хирургических интра- и послеоперационных рисков.

Доценко А.К., Храповицкий К.Д., Мозговой И.С.

НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДЛЯ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Научный руководитель – доц. Вашенко А.В.

Цель. Изучить новую технологию для генной терапии опухолей головного мозга.

Материал и методы. Сбор и анализ данных электронных источников, описывающих новую технологию для генной терапии опухолей головного мозга.

Результаты. Этиология опухолей головного мозга ещё не полностью исследована, но ясно точно, что в онкогенезе определённую роль могут играть изменения структуры гена. На данном этапе развития медицины самый эффективный метод лечения указанных новообразований – это их хирургическое удаление, однако каждая такая операция травматична, несёт в себе риск возможных интра- и послеоперационных осложнений, а иногда и вовсе невозможна из-за труднодоступности опухолей при их локализации в жизненно важных участках головного мозга. Поэтому есть необходимость в новых, нетравматичных, но не менее эффективных методах лечения.

Новая технология для генной терапии может позволить бороться с данными опухолями с помощью корректировки генов, основываясь на иммунной системе бактерий. Основа этой системы – участки бактериальной ДНК, которые называются сгруппированные регулярно перемежающиеся короткие палиндромные повторы (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats, или CRISPR). Cas9 – это белок, который связывается с CRISPR-РНК, узнаёт мишень и разрушает её. В природе такая методика используется бактериями для защиты от вирусных инфекций. Получив CRISPR-РНК с помощью химического или ферментативного синтеза, можно место спейсера (участка между генами) в такой РНК заместить необходимой последовательностью. Но у этой методики имеются и недостатки: Cas9 может проявлять нецелевую активность (не

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

учитывая мелкие несоответствия между РНК и мишенью), помимо наличия выбранного участка РНК нужно учитывать массу факторов, включая состояние хроматина. Этот новый метод генной терапии получил название CRISPR/Cas9-технология.

Выводы. Так как хирургическое удаление опухолей головного мозга – сложный, а иногда и невозможный (в случаях неоперабельности опухолей) метод лечения, то открытие технологии CRISPR/Cas9 – весомый прорыв в нейрохирургии, ведь для излечения болезни достаточно будет исправления мутированной генетической информации всего лишь с помощью инъекционного введения препарата.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Кафедра офтальмологии
Зав.кафедрой – проф. Павлюченко К.П.

Чалых В.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ УВЕАЛЬНОЙ МЕЛАНОМОЙ

Научный руководитель – проф. Павлюченко К.П.

Цель: изучить у больных увеальной меланомой витальный прогноз на фоне проводимой терапии на протяжении 5 лет.

Материалы и методы: Наблюдалось 38 пациентов, у которых была выявлена УМ средних (20 пациентов) и больших (18 пациентов) размеров. Возраст исследуемых – 43-65 лет (средний возраст – $57,12 \pm 1,75$). Проминенция опухоли на начало исследования составляла 5,0-12,0 мм, в среднем – $7,5 \pm 0,36$ мм. Диаметр основания новообразования – 10,0-16,0 мм, в среднем – $12,5 \pm 0,24$ мм. Постэкваториальная локализация меланомы диагностирована у 22 пациентов (57,9 %), юкстапапиллярная – у 7 (18,4 %), цилиохориоидальная – у 6 (15,8 %), преэкваториальная – у 3 больных (7,9 %). Срок наблюдения после лечения – 5 лет. На момент выявления УМ метастазов у всех пациентов нет. Пациентов разделили на 2 группы от выбора метода лечения. Органосохранное лечение (брахитерапия) – 16 больных. Энуклеация – 22 пациента.

Результаты: В первой группе после 5-ти летнего наблюдения гематогенное метастазирование было в 25 % случаев (в среднем через $3,85 \pm 0,55$ года после начала лечения они умерли). Средний исходный диаметр опухоли – $14,22 \pm 0,64$ мм, что достоверно отличалось от пациентов без наличия метастазов – $11,84 \pm 0,54$ мм ($p < 0,05$). Достоверных различий в исходной проминенции опухоли не было получено ($6,84 \pm 0,74$ и $7,32 \pm 0,74$ мм).

Таким образом, размеры меланомы можно считать одним из факторов риска метастазирования опухоли.

Во второй группе – гематогенное метастазирование выявлено в 13,6 % случаев и в среднем через $5,04 \pm 0,32$ года после начала лечения они умерли. Средний исходный диаметр опухоли у этих больных составил $15,42 \pm 0,44$ мм, что достоверно отличалось от пациентов без наличия метастазов – $12,87 \pm 0,64$ мм ($p < 0,05$). Достоверных различий в исходной проминенции опухоли не было получено ($7,04 \pm 0,72$ и $6,85 \pm 0,65$ мм). Так, исходные размеры опухоли во второй группе несколько превышали аналогичные им в первой группе больных, однако статистической значимости различий не выявлено.

Таким образом в группе больных, перенёсших энуклеацию, витальный прогноз оказался лучше, чем после органосохранного лечения. В первой группе 5-летняя выживаемость составила $75,0 \pm 10,82$ %, а во второй группе – $86,4 \pm 7,31$ %.

Выводы: По данным проведенного исследования 5-летняя выживаемость больных с меланомой хориоидеи после энуклеации составила – 75 %, после органосохранного

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

лечения – 86,4 %. Установлено, что при условии гистологической однотипности, исходные размеры опухоли имеют значение для оценки витального прогноза больного. Гематогенное метастазирование через 5 лет наблюдения у больных, которым проводилось органосохранное лечение выявлено в 1,9 раза чаще, чем у больных, которым сразу после установления диагноза увеальной меланомы была выполнена энуклеация. Показано, что появление метастазов в группе больных, которые получали органосохранное лечение происходило в первые 3,8 года, что на 30 % меньше, чем в группе больных, которым была произведена энуклеация.

Дергилёв С.М.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОПТИЧЕСКОГО НЕВРИТА И ПЕРЕДНЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

Научный руководитель – доц. Мухина Е.В.

Цель: Изучить значение антифосфолипидных антител в дифференциальной диагностике оптического неврита и передней ишемической нейропатии.

Материалы и методы: Определение антифосфолипидных антител (АФА) произведено у 62 больных с предварительным диагнозом неврит зрительного нерва. Возраст больных был от 18 до 45 лет. Давность заболевания от 24 часов до 5 суток. Первую группу составили 37 пациентов (59,68%), у которых этиологию неврита удалось установить: у 17 пациентов обнаружены воспалительные заболевания придаточных пазух носа, у 12 пациентов выявлены заболевания ЦНС, у 8 пациентов снижению зрения предшествовала острая респираторная вирусная инфекция. Вторую группу составили 25 (40,32%) пациентов с неустановленной этиологией неврита. Контрольную группу составили 50 здоровых лиц в возрасте от 18 до 45 лет, соответствующего пола и возраста. Выявляли в сыворотке крови АФА класса IgG, IgM к комплексу антигенов: кардиолипину, фосфатидилсерину, фосфатидиловой кислоте, фосфатидилинозитолу, β 2-гликопротеину I и волчаночному антикоагулянту (ВА). АФА определяли иммуноферментным методом (ELISA), ВА обнаруживали по удлинению времени свертывания в фосфолипидзависимых тестах. Статистическая обработка полученного материала включала определение среднего арифметического, среднеквадратического отклонения, ошибки средней. Для выявления статистически значимых отличий использовался критерий Стьюдента.

Результаты: В группе больных с установленной этиологией неврита и в контрольной группе повышенных значений АФА не было ни у одного пациента (менее 5,0 МЕ/мл). Во второй группе больных повышенные значения АФА были у 5 пациентов (20,0 \pm 8,0%). Сравнение частоты определения АФА у пациентов 1 и 2 групп показало статистически достоверное различие ($p < 0,05$). 2 пациента имели IgG антитела к фосфолипидам, 1 пациент IgM антитела, 2 пациента IgG и IgM. Волчаночный антикоагулянт был выявлен у всех 5 пациентов. Уровни IgG к фосфолипидам были от 20,5 до 48,6МЕ/мл (норма 0 – 10МЕ/мл), IgM – 18,6 и 25,8МЕ/мл.

Таким образом, у пациентов с предварительным диагнозом оптический неврит выявлен сосудистый характер поражения зрительного нерва: у 4 пациентов установлена передняя ишемическая нейропатия, у одной пациентки с нормальной картиной глазного дна и снижением зрения до 0,03 установлена задняя ишемическая нейропатия. У двух пациенток в анамнезе имелась акушерская патология (самопроизвольные аборты), один

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

пациент перенес ОНМК. Циркулирующие иммунокомплексы колебались от 8 до 200 (норма 20-130у.е.). Из всех лабораторных тестов наибольшие изменения были зарегистрированы в показателях микроциркуляторного и коагуляционного гемостаза (время агрегации, степень агрегации тромбоцитов, международное нормализованное отношение). В лечении этих пациентов использовали два принципиальных подхода: воздействие на микроциркуляцию, реологические свойства крови с помощью антикоагулянтов, антиагрегантов, снижения уровня АФА с помощью иммуносупрессоров, стероидных гормонов. После проведенного патогенетически направленного лечения зрительные функции повысились у всех пациентов.

Выводы: Этиология оптического неврита остается невыясненной в 26 – 50% случаев. Антифосфолипидные антитела определены у 20% пациентов с невритом зрительного нерва. Определение антифосфолипидных антител позволило установить у этих пациентов переднюю ишемическую нейропатию, антифосфолипидный синдром. Таким образом, определение антифосфолипидных антител может быть способом дифференциальной диагностики оптического неврита и передней ишемической нейропатии.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР

Кафедра офтальмологии ФИПО

Зав. кафедрой - доц. Смирнова А.Ф.

Голубов Т.К., Шевченко В.С., Ахмедова С.

**РОЛЬ ГИГИЕНИЧЕСКОГО УХОДА ЗА ВЕКАМИ В ТЕРАПИИ
ДЕМОДЕКОЗНОГО БЛЕФАРИТА**

Научный руководитель - доц. Смирнова А.Ф.

Цель: изучение влияния гигиенического ухода за веками на течение демодекозного блефарита

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 56 больных в возрасте 44-76 лет ($62,4 \pm 5,2$) с демодекозным блефаритом. Всем пациентам проводилось комплексное офтальмологическое обследование. Согласно клиническим рекомендациям межрегиональной ассоциации офтальмологов, диагноз демодекозного блефарита подтверждался при обнаружении личинок вокруг корня ресницы и шести или более подвижных клещей. В зависимости от характера лечебных мероприятий было выделено две группы пациентов: первая (основная) - 30 больных, в лечении которых на фоне терапевтических мероприятий назначался гигиенический уход за веками, вторая (контрольная) группа - 26 пациентов, получавших только медикаментозное лечение. Группы были сопоставимы по полу, возрасту пациентов, клинической картине заболевания. Гигиенический уход за веками заключался в очищении краев век 2-4 раза в день с помощью ватной палочки или увлажненной очищающей салфетки путем аккуратного массирования вдоль края верхнего и нижнего век. При грубых корках их предварительно размягчали влажной примочкой с раствором календулы или ромашки или смазыванием краев век мазью (флорсаловой, тетрациклиновой). Пациентам с выраженными признаками дисфункции мейбомиевых желез дополнительно назначали перед сном теплые компрессы (37-38 градусов) на веки на 10-15 минут. Критериями эффективности лечения служили результаты паразитологического исследования.

Результаты: У пациентов, которые проводили гигиенические процедуры субъективные жалобы начинали уменьшаться и исчезать на 5-6 дней раньше, чем в контрольной группе. При этом степень выраженности этих жалоб и проявлений блефарита были значительно меньше в данной группе больных. Результаты паразитологического исследования показали, что у всех лиц основной группы к концу срока лечения (4-6 недель), клещ демодекоза на фоне применения гигиенических средств не определялся. У лиц контрольной группы к концу лечения демодекс определялся у 5 из 26 больных (19.2%), что требовало пролонгации сроков лечения.

Выводы: проведенные исследования показали, что гигиенические процедуры способствуют не только исчезновению клещей, но и более быстрому устранению явлений демодекозного блефарита.

Шевченко В.С., Голубов Т.К., Литвинова А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРИНАТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЙ РОГОВИЦЫ

Научный руководитель - доц. Смирнова А.Ф.

У детей вирусные заболевания роговицы чаще проявляются в виде древовидного кератита, сопровождающегося её дезэпителизацией. Актуальным является поиск применения новых эпителизирующих препаратов.

Цель: изучение эффективности дерината в комплексном лечении вирусных поражений роговицы.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 34 больных с вирусным поражением роговицы в возрасте 10-15 лет ($12,3 \pm 2,1$). У пациентов наблюдался древовидный герпетический кератит. В зависимости от характера лечебных мероприятий было выделено две группы больных: первая(основная)-16 больных, которым фоне традиционного лечения использовался деринат, вторую(контрольную группу) составили 18 детей, получивших только традиционное лечение. Данные группы были сопоставимы по полу, возрасту, клиническим проявлениям заболевания. Для изучения репаративной способности нами был выбран раствор деринат. У пациентов основной группы на фоне комплексного лечения кератита назначался электрофорез раствора деринат и инстилляцией этого же препарата в конъюнктивальную полость по 1-2 капли три раза в сутки в течении 7-10 дней. При проведении электрофореза раствор деринат вводился с анода. Процедуру проводили каждый день от 5 до 10 сеансов электрофореза, в зависимости от тяжести процесса. Критериями эффективности лечения служили сроки эпителизации роговицы, уменьшения болевого и роговичного синдромов.

Результаты: В течение первой недели применения раствора дерината у всех пациентов 1 группы отмечался явный положительный эффект: ускорение сроков эпителизации роговицы, уменьшение болевого и роговичного синдромов. В данной группе начальные признаки эпителизации роговицы отмечены на 2-3 день лечения, а полная эпителизация наступала на 7 - 10 сутки. Острота зрения пораженного глаза повысилась с $0,2 \pm 0,05$ до $0,8 \pm 0,05$. Длительность лечения составила от 10 до 14 дней. У лиц контрольной группы начало эпителизации роговицы отмечалось в более поздние сроки от начала лечения (4-6 день), а полная ее эпителизация на 12-16 сутки. По окончании лечения острота зрения с $0,1 \pm 0,05$ повышалась до $0,5 \pm 0,05$.

Выводы: Проведенные исследования показали эффективность применения препарата деринат в лечении древовидного кератита у детей. Данный препарат может широко применяться в комплексном лечении вирусных кератитов.

Голубов Т.К., Шевченко В.С., Ахмедова С.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ СЛЕЗОПРОДУКЦИИ У БОЛЬНЫХ С АТОПИЧЕСКИМ КЕРАТОКОНЬЮНКТИВИТОМ

Научный руководитель - доц. Смирнова А.Ф.

Цель: изучение состояния слезопродукции у больных с атопическим кератоконъюнктивитом.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 18 пациентов с атопическим кератоконъюнктивитом(АКК) в возрасте 18-47 лет ,у которых исследовалась

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

слезопродукция в течение первых пяти дней, на 15 сутки заболевания и на фоне клинического выздоровления. Развитие АКК проходило на фоне обострения атопического дерматита. У всех больных изучались тесты Ширмера (ТШ) и Норна (время разрыва слезной пленки) (ТН).

Результаты: В течение первых пяти дней заболевания значение теста Ширмера было равно $22,4 \pm 1,5$ мм. В 88,89% случаев величина пробы превышала 15 мм. К 15 дню заболевания отмечалась тенденция к сокращению числа лиц, у которых значение теста превышало 15 мм, до 73,53%, а среднее значение ТШ было равно $19,2 \pm 2,1$ мм. В этот период исследования увеличивалось число лиц, у которых значения показателя находились в пределах 10-15 мм (23,53%). На фоне клинического выздоровления у 12 из 18 обследованных пациентов значения теста Ширмера превышали 15 мм (76,47%), а у 4 (20,59%) и 2 (2,94%) находились соответственно в пределах 10-15 мм и 5-10 мм. В течение первых пяти суток от начала заболевания время разрыва слезной пленки, согласно данным теста Норна, у всех пациентов превышало 5 секунд, в т.ч. у 10 (52,94%) превышало 10 секунд. К 15 дню заболевания возрастало число лиц, у которых разрушение слезной пленки проходило менее чем за 5 сек (58,83%), а также сокращалось число лиц, у которых слезная пленка сохранялась 5-10 сек (35,29%) и более 10 секунд (5,88%). На фоне клинического выздоровления исследование теста Норна выявило тенденцию к увеличению числа больных, у которых время разрыва слезной пленки превышало 5 секунд (47,06%), а средняя величина ТН - $7,9 \pm 1,3$ сек.

Выводы: У больных с АКК наблюдается нарушение слезопродукции. Клиническое выздоровление пациентов не совпадало со сроками нормализации ТН на фоне нормальных значений теста Ширмера. Данные исследования обосновывают целесообразность использования в комплексной терапии АКК препаратов слезозаместительной терапии.

Дегтярева А.П.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ PRP-ТЕРАПИИ У ПОСТРАДАВШИХ С МИННО – ВЗРЫВНЫМИ РАНЕНИЯМ РОГОВИЦЫ

Научный руководитель - доц. Зорина М.Б.

В ряде случаев повреждения глаз, полученные в результате минно – взрывных ранений (МВР), характеризуются наличием множественных инородных тел глубоких слоев стромы роговицы, приводящих к рубцеванию, помутнению, дистрофическим процессам. В последнее время с целью проведения дедистрофической терапии стала применяться методика лечения пациентов плазмой крови, обогащенной тромбоцитами (PRP-терапия). Однако работ по применению указанного метода у пострадавших с повреждениями роговицы, являющимся следствием МВР, крайне мало.

Цель: оптимизация лечения пострадавших с повреждением роговицы, являющимся следствием МВР.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 12 больных с осколочными МВР. Травма роговицы во всех случаях сопровождалась наличием инфильтрации в местах локализации инородных тел, отеком значительной части роговицы, десцеметитом, слущиванием эпителия на большом протяжении. Всем пострадавшим произведено адекватное оперативное лечение.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

В процессе комплексного лечения всем больным производилось субконъюнктивальное введение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, в количестве 3 – 4 инъекций на курс лечения, с интервалом 5 -7 дней. Введение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами проводилось по стандартной существующей методике. Срок наблюдения составил 3 месяца.

Критерием оценки состояния роговицы у наблюдаемых нами больных явилась биомикроскопия, при которой оценивалась прозрачность роговицы, регрессирование имеющихся инфильтратов, помутнений, сроки и вид формирующихся рубцов роговицы, данные авторефрактокератометрии и визометрия.

Результаты: В результате анализа у всех больных выявлена позитивная динамика течения посттравматического процесса, проявившаяся в улучшении репаративных процессов роговицы, регрессированию локальной инфильтрации, достижению прозрачности и, как следствие, получении более высоких оптических функций. Так отмечено увеличение показателя визометрии с $0,01 \pm 0,01$ в начале лечения до 0,2 в конце лечения, а так же сократились сроки пребывания в стационаре по сравнению с стандартными методиками лечения.

Выводы: проведенные исследования по изучению методики использования плазмы крови, обогащенной тромбоцитами, показали ее эффективность в лечении пациентов с МВР и поражением роговицы.

Дегтярева А.П.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОСКЛЕРАЛЬНОГО ПОКРЫТИЯ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ГЛАЗА

Научный руководитель - доц. Сухина И.В.

Одним из проблемных вопросов в офтальмотравматологии является восстановление анатомических структур глаза путем реконструктивной хирургической обработки с применением пластических материалов при обширных проникающих ранениях глаза. Отсутствие донорского материала, и вместе с тем увеличение частоты тяжелой проникающей травмы глаз заставили нас искать возможные решения проблемы. Одним из перспективных методов лечения является применение аутосклеры, как материала для покрытия дефектов роговицы. Однако в литературе мало публикаций о применении тектонического аутосклерального трансплантата у пациентов с обширными ранениями роговицы.

Цель: усовершенствование первичной хирургической обработки проникающих ранений глаза путем применения тектонического аутосклерального трансплантата.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось восемь пострадавших с обширными проникающими ранениями роговицы. Показанием к тектоническому покрытию явилась невозможность полноценно адаптировать имеющиеся раны при первичной хирургической обработке. При проведении первичной хирургической обработки тектоническое покрытие аутосклеральным трансплантатом проводилось по методике, предложенной Сухиной Л.А.[] Критерием эффективности явились данные биомикроскопии, по которым оценивались сроки, вид формировавшегося рубца, а также результаты визометрии до и после лечения, через 3 месяца после первичного лечения.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты: В раннем посттравматическом периоде лоскуты склеры прочно удерживались над зоной дефекта, затем постепенно лизировались в течение 1 - 1,5 месяцев, у 2 больных в более ранний срок - через 2 недели. Сроки формирования рубца составили 3 – 4 недели. Острота зрения после первичного лечения и в период наблюдения повысилась у большинства больных: у шести из восьми больных (75%) с движения у лица до лечения до 0,3 после его окончания ($0,09 \pm 0,01$). Примененный метод позволил во всех случаях сохранить глаза, добиться формирования полноценного недеформирующего рубца роговицы

Выводы: предложенный метод эффективен, не требует дополнительных биопластических материалов, легко выполняем и может применяться в комплексной ранней реабилитации у данной категории больных.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург, Россия
Кафедра офтальмологии
Зав. кафедрой - доц. А.Е. Апрельев

М.И. Гречухина, Е.И. Гречухина

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИРТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МИОПИИ

Научный руководитель – доц. А.Е. Апрельев

Цель: оценить эффективность ИРТ в лечении миопии различной степени.

Материалы и методы: В ходе исследования был проведен анализ 170 историй болезни (340 глаз) пациентов в возрасте от 5 до 69 лет с миопией различной степени, получавших лечение в клинике ООО "НЕЙРОН" г. Оренбурга в период с 2008 по 2017 гг.

Для проведения анализа было выделено 3 группы пациентов. В 1 гр. вошли пациенты с миопией слабой степени, 72 человека (144 глаза). Во 2 гр. – 53 пациента (106 глаз) с миопией средней степени. В 3 гр. – 45 пациентов с миопией высокой степени (90 глаз).

Все пациенты прошли курс ИРТ на фоне традиционного физиотерапевтического лечения. ИРТ проводилась по следующей методике: акупунктурные иглы вводились на 10-30 мин. в параорбитальные точки, точки общего действия и в аурикулярные точки; количество сеансов – 10-15.

До и после лечения у пациентов определялась скорректированная и некорректированная острота зрения, объем относительной аккомодации (ООА) по стандартным методикам. Полученные данные были статистически обработаны с помощью программы Microsoft Excel 2010.

Результаты: В ходе исследования были получены следующие результаты: В 1 гр. повышение некорректированной остроты зрения было выявлено в 85,7% случаев; во 2 гр. – в 89,7%; и в 3 гр. – в 89,5%. Повышение остроты зрения с коррекцией наблюдалось у 26,2%, 60,0% и 62,5% обследуемых в соответствующих гр. ООА увеличился в 1 гр. пациентов у 92,9%; во 2 гр. – у 91,7%; в 3 гр. – у 83,3%.

Выводы:

1. ИРТ является эффективным методом лечения миопии любой степени. Положительная динамика наблюдалась во всех группах обследуемых.
2. Данный метод способствует повышению как некорректированной, так и скорректированной остроты зрения и аккомодационной функции глаз.
3. Результаты исследования показывают целесообразность применения ИРТ в комплексном лечении миопии различной степени.

ОНКОЛОГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР

Кафедра онкологии

Зав. кафедрой - проф. А.Ю. Попович

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В.Бондаря

Главный врач – проф. И.Е.Седаков

Баржин Д.С., Садрицкая Я.В., Рявкина Ю.В., Драпуля Д.А.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОГО И ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Научный руководитель – проф. И.Е.Седаков.

Цель: Изучить и сравнить действие неоадьювантной химиотерапии на трижды негативный рак молочной железы при внутривенном и внутриартериальном введении препаратов.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря, были проанализированы 42 истории болезни, женщин с трижды негативным раком молочной железы, которые подверглись действию химиотерапии. На больных было применено действие препаратов химиотерапии как внутривенным так и внутриартериальным путем введения по схеме неоадьювантной химиотерапии САФ (циклофосфан 600 мг/м² + доксорубин 50 мг/м² + 5-фторурацил 600 мг/м²), соответственно во время исследования образовалось две группы исследуемых: 1. Те кто получали САФ внутривенно – 14 человек ; 2.Получавшие САФ внутриартериально – 28 человек . Пациентки женского пола, без отличия в возрасте, конституции, всем была применена схема неоадьювантной терапии САФ по 2 курса. Благодаря МРТ молочной железы и СКТ органов брюшной и грудной полости были определены стадии преоперационных опухолей, без наличия метастазов, что дает нам возможность исключить IV стадию рака молочной железы.

Результаты: Исходя, из проведенных исследований у пациентов после проведенных курсов химиотерапии наблюдалась положительная динамика. Однако установлено, что у группы больных, которым препараты химиотерапии вводились внутриартериально, достигли полного эффекта от химиотерапии по шкале RECIST , а у группы больных с внутривенным введением той же химиотерапии в большинстве случаев была достигнута стабилизация опухолевого процесса.

Выводы: Исходя из проведенной работы можно предположить, что химиотерапия при внутривенном введении действует системно на организм больных, а при внутриартериальном введении препараты химиотерапии в большей степени действуют локальным образом на опухоль, так как вводятся в сосуд непосредственно питающий опухоль. По данным исследования можно предположить, что при введении препаратов

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

химиотерапии больным с трижды негативным раком молочной железы можно выявить более положительную динамику после внутриартериального, в отличие от внутривенного введения препаратов

Фоменко Ю.А.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С ГИГАНТСКИМИ ОПУХОЛЯМИ ГЕМИТОРАКСА (ЛЁГКОГО И ПЛЕВРЫ).

Научный руководитель - А.И. Ладур

Цель: определение степени функциональных нарушений, тяжести состояния больных с гигантскими опухолями грудной полости в до- и послеоперационном периоде.

Материалы и методы: в 2016-2018 г. в РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря прооперированы 4 пациента с гигантскими опухолями гемиторакса, размерами от 15х20 до 40х45 см с удовлетворительными непосредственными и функциональными результатами.

Всем больным проводилось предоперационное обследование: сбор анамнеза основного и сопутствующих заболеваний, осмотр, измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений и дыхания. Определялись следующие лабораторные показатели: общий и биохимический анализы крови и мочи.

Для исследования функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем выполнялись спирометрия, электро- и эхокардиография, а также толерантность к физической нагрузке («маршевая проба» и другие), что позволило определить функциональные показания к планируемым хирургическим вмешательствам. Проанализированы истории болезни пациентов, данные лабораторных и функциональных исследований.

Анализ полученных данных проводили с использованием следующих систем: ECOG, классификация по шкале Карновского.

Результаты: В группе прооперированных больных достоверно отмечено изменение тяжести состояния от тяжёлого и среднетяжелого до операции к вполне удовлетворительному после операции.

Нами установлена нормализация исследуемых параметров крови и мочи, а также данных функциональных методов исследования после операции, что связываем с удалением опухоли, которая сопровождается выраженной интоксикацией и дислокацией органов средостения и легких.

Выводы: гигантские размеры опухоли плевральной полости и связанные с ней тяжёлые осложнения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем являются основными причинами отказа в хирургическом лечении данной категории больных.

Однако этим больным необходима операция, так как только хирургическое вмешательство способно устранить компрессионный и интоксикационный синдром, которые исчезают после операции и в результате этого происходит восстановление витальных функций организма.

Клочков М.М., Краснощеких А.А. Садрицкая Я. Шеховцов Я.

СРАВНЕНИЕ КАЧЕСТВА ВЫПОЛНЕННОЙ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ ПО QUIRKE ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Научный руководитель – проф. И.Е.Седаков.

Цель: сравнить качество ТМЕ (тотальной мезоректумэктомии) при открытом и лапароскопическом методе операции.

Материалы и методы: На базе РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря проанализированы 98 историй болезни у больных раком средне- и нижеампулярного отделов прямой кишки. Дизайн исследования - case-match study. Всем пациентам было проведено патогистологическое исследование удаленного препарата по методике Р. Quirke. Пациенты не различались по полу, возрасту, местному распространению опухоли, стадии заболевания, а также режиму неoadьювантной химиолучевой терапии. Предоперационную стадию устанавливали с помощью тазовой МРТ и СКТ органов брюшной с грудной клеткой. Опухоли T4 были исключены.

Результаты: За период наблюдения у всей группы пациентов безрецидивная выживаемость составила 94% в обеих группах. Частота конверсий в группе лапароскопических операций составила 4,1. Среднее расстояние опухоли от анального края составляло $5,4 \pm 2,1$ см в группе открытых операций и $5,1 \pm 2,5$ см в группе лапароскопических ($p > 0,05$). Среднее количество исследованных лимфатических узлов составило $14,2 \pm 3,1$ в группе открытых и $13,3 \pm 2,3$ в группе лапароскопических операций ($p > 0,05$). Качество ТМЕ при лапароскопических операциях – Grade 3 (35 больных) - 71,4%, Grade 2 (12 больных) - 24,5%, Grade 1 – (2 больных) - 4,1%. В случае открытых операций Grade 3 (37 пациентов) - 75,5%, Grade 2 (10 пациентов) - 20,4%, Grade 1 – (2 пациентов) - 3,1%. Статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$)

Выводы: Лапароскопическая ТМЕ может быть альтернативным методом операции при «низком» раке прямой кишки, однако существуют ограничения данной методики: высокий индекс массы тела, мужской пол, анатомически узкий таз, химио-лучевая терапия, местно-распространенные опухоли. Соответственно причины конверсий возможно снизить путем суперселекции больных. Дальнейшая разработка предиктивных моделей будет полезна для принятия решений хирургами

Легостаева М.С., Садрицкая Я.В., Иноземцев Р.О., Шеховцов Я.С.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕЖИМА FOLFIRINOX В СРАВНЕНИИ СО СТАНДАРТНЫМ РЕЖИМОМ FOLFIRI ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ С ПОТЕНЦИАЛЬНО-РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ.

Научный руководитель – проф. И.Е.Седаков.

Цель: Оценить относительную эффективность режима FOLFIRINOX в сравнении со стандартным режимом FOLFIRI в лечении колоректального рака с потенциально-резектабельными метастазами.

Материалы и методы: На базе РОЦ им. Г.В. Бондаря сравнивали эффективность стандартного режима FOLFIRI с режимом FOLFIRINOX (оксалиплатин 85 мг/м², иринотекан 180 мг/м², лейковорин 400 мг/м², болюсно фторурацил 400 мг/м² и фторурацил 46-ч непрерывной инфузии, 2 400 мг/м², каждые 2 недели). В исследованиях

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

принимали участие 244 пациента с гистологически подтверждённым колоректальным раком и потенциально-резектабельными после уменьшения размеров опухоли метастазами. Выживаемость без прогрессирования, общая выживаемость являлись основными показателями. Проводилась статистическая обработка данных.

Результаты: Объективный эффект при FOLFIRINOX составил 60%, а при FOLFIRI-34%($p=0,0002$). Проведена резекция, R_0 – 20%($p=0,035$). Медиана выживших без прогрессирования составила 9,8 мес($p=0,0006$), медиана общей выживаемости – 22,6 мес($p=0,032$).

Выводы: Схема FOLFIRINOX является эффективнее в сравнении со стандартным режимом FOLFIRI при колоректальном раке с потенциально-резектабельными метастазами. В ходе исследования выявлена высокая токсичность, однако, при тщательном мониторинге вероятность нежелательных явлений может быть сведена к минимуму.

Рявкина Ю.В., Баржин Д.С., Драпуля Д.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СВАРКИ ТКАНЕЙ АППАРАТОМ EK-300M1 В СРАВНЕНИИ С ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИМ БЛОКОМ «LIGASURE» ПРИ ГИСТЕРЭКТОМИИ.

Научный руководитель – проф. И.Е.Седаков.

Цель: сравнить применение электрохирургического блока «LigaSure» и аппарата биологической сварки тканей EK-300M1 при выполнении гистерэктомии.

Материалы и методы: На базе РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря проанализированы 90 операций по поводу гистерэктомий. Пациентки были разделены на 2 группы. Первая группа с применением электрохирургического блока «LigaSure»(n-45) и вторая группа с применением аппарата биологической сварки тканей EK-300M1(n-45). Пациентки женского пола, не отличались по возрасту, средний индекс массы тела составил $24,2 \pm 1$, без различия по местному распространению опухоли, а также не было различий в выборе режима неoadьювантной химиолучевой терапии. Предоперационную стадию устанавливали с помощью тазовой МРТ и СКТ органов брюшной и грудной полости, УЗИ органов малого таза и гистероскопии. Рак IV стадии исключен из сравнения.

Результаты: Исходя из проведенного сравнения у всей группы пациентов время оперативного вмешательства. Используя «LigaSure» по сравнению с EK-300M1: от начального разреза до выделения матки - 97,6 против 91,8 мин ($P = 0,39$, 95% ДИ от 7,6 до 19,2) и от начального разреза кожи до закрытия разреза кожи - 148,1 против 142,1 мин ($P = 0,46$, 95% ДИ - от 10,1 до 22,3) соответственно. Средняя потеря крови с использованием LigaSure по сравнению EK-300M1 234,1 против 273,1 мл ($P = 0,46$, 95% ДИ от -39,1 до 52,7).

Выводы: При сравнении двух аппаратов не было никаких существенных различий по времени работы и кровопотери во время гистерэктомии. Использование LigaSure позволяет осуществлять гемостаз тканей, в толще которых расположены сосуды диаметром до 7 мм, в отличие от EK-300M1, который применяется на сосудах не более 2-3 мм. Несмотря на более безопасный и надежный метод использования аппарата LigaSure его применение в широкой практике ограничено в связи с его высокой стоимости по сравнению с EK-300M1.

Садрицкая Я.В., Клочков М.М., Легостаева М.С., Карпенко Я.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО

Научный руководитель – проф. И.Е.Седаков.

Цель: Изучить эффективность эмпирической антибактериальной терапии фебрильной нейтропении у онкологических больных.

Материалы и методы: Были проанализированы 63 истории болезни пациентов, получающих химиотерапию на базе РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря с 2017 по 2018 г. В исследование было включено мужчин – 39 (61,2%), женщин – 24 (38,8%). Средний возраст пациентов составил 47, 5 лет. Распределение по диагнозам: рак молочной железы – 13 (20,6%), рак яичников – 11 (17,5%), рак пищевода – 12 (19,1 %), рак желудка – 13 (20,6%), колоректальный рак – 14 (22,2). Всего было проведено 378 курсов химиотерапии. За время лечения наблюдалось 25 эпизодов фебрильной нейтропении. Пациентам проводилась оценка степени риска развития инфекционных осложнений при фебрильной нейтропении по шкале Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC). В 15 случаях эпизодов фебрильной нейтропении MASCC ≥ 21 , что свидетельствовало о низком риске развития инфекционных осложнений.

Результаты: Основываясь на индексе шкалы MASCC, все случаи были разделены на 2 группы: 1 группу составили случаи с низким риском инфекционных осложнений (15 случаев), 2 группу – случаи с высоким риском инфекционных осложнений (10 случаев). В 1 группе использовалась пероральная антибиотикотерапия ципрофлоксацином и амоксицилином, во 2 группе – парентеральная монотерапия цефтазидимом либо цефепимом. Оценка эффекта первой линии антибактериальной терапии осуществлялась на 3 день проводимого лечения. В 1 группе с 3 по 5 день терапии в 11 случаях наблюдалось снижение температуры и улучшение общего состояния, пероральная антибиотикотерапия была продолжена до 7 дней. В 4 случаях эффекта не наблюдалось, проводилась смена антибиотиков. Во 2 группе через 5 дней парентеральной терапии наблюдалось улучшение состояния, был осуществлен перевод на комбинацию пероральных антибиотиков в 7 случаях. В 3 случаях во 2 группе наблюдалась персистирующая лихорадка при отсутствии очага инфекции, не идентифицированном возбудителе, резистентная к парентеральной терапии в течении 7 дней, что скорее всего свидетельствовало о грибковой этиологии.

Выводы: В 1 группе в 73% случаев наблюдалась положительная динамика при пероральной антибиотикотерапии, в 27% случаев потребовалась смена антибиотиков. Во 2 группе в 70% случаев наблюдалось улучшение, осуществлен перевод на пероральную терапию, в 30% случаев была заподозрена грибковая этиология.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Садрицкая Я.В., Клочков М.М., Карпенко Я.И., Легостаева М.С.

ЭФФЕКТИВНОСТИ СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ ПРОТИВОРВОТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ХИМИОТЕРАПИЮ НА ОСНОВЕ ХИМИОПРЕПАРАТОВ С ВЫСОКОЙ ЭМЕТОГЕННОЙ АКТИВНОСТЬ

Научный руководитель – проф. И.Е. Седаков

Цель: Оценить эффективность сопроводительной противорвотной терапии, у пациентов, получающих химиотерапию на основе химиопрепаратов с высокой эметогенной активностью.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря. Были проанализированы 56 историй болезни пациентов. Из них мужчин – 24 (42,8 %), женщин – 32 (57,2 %). Средний возраст пациентов составил 44,7 лет. Пациенты получали курсы химиотерапии на основе химиопрепаратов с высокой эметогенной активностью. Данную группу препаратов составили: дакарбазин, кармустин > 250 мг/м², ломустин > 60 мг/м², циклофосфамид > 1,5 г/м², цисплатин > 50 мг/м². В зависимости от состава сопроводительной противорвотной терапии пациенты были разделены на 2 группы: 1 группу составили 30 пациентов, которые получали в качестве противорвотной терапии антагонисты 5-НТ₃ рецепторов (ондасетрон), блокаторы NK-1-рецепторов – апрепитан (Эменд) в сочетании с кортикостероидами (дексаметазон). 2 группу составили 26 пациентов, получающих в качестве противорвотной терапии антагонисты 5-НТ₃ рецепторов (ондасетрон) в сочетании с кортикостероидами (дексаметазон).

Результаты: В процессе проведения химиотерапии в сочетании с сопроводительной противорвотной терапией в данных группах пациентов проводился мониторинг возникновения острой тошноты и рвоты, возникающей в первые 24 часа после введения химиопрепаратов и отсроченной тошноты и рвоты, возникающей в период спустя 24 часа и более. В 1 группе на фоне сопроводительной терапии наблюдалось 4 случая острой тошноты и рвоты, 3 случая отсроченной. Во 2 группе наблюдалось 6 случаев острой тошноты и рвоты, 5 случаев отсроченной, также во 2 группе были зарегистрированы 2 случая условно-рефлекторной рвоты, в связи с чем пациентам был назначен препарат группы бензодиазепинов лоразепам. Проанализировав данные исследований мы выявили статистически значимое уменьшение частоты случаев острой тошноты и рвоты в 1 группе на 10,3% ($\pm 0,1\%$), чем во второй. Также в 1 группе наблюдалось и уменьшение количества случаев отсроченной тошноты и рвоты на 9,2% ($\pm 0,1\%$). Различия достоверны при уровне значимости $P \leq 0,1$.

Выводы: Опираясь на результаты исследования можно сказать, что сопроводительная противорвотная терапия у 1 группы пациентов, получающих антагонисты рецепторов 5-НТ₃ (ондасетрон), блокаторы NK-1-рецепторов – апрепитан (Эменд) в сочетании с кортикостероидами (дексаметазон), была более эффективна, чем терапия 2 группы пациентов, получающих в качестве противорвотной терапии антагонисты рецепторов 5-НТ₃ (ондасетрон) в сочетании с кортикостероидами (дексаметазон).

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

**ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Зав. кафедрой - проф. Коломиец В.В.**

Залюбовская Л.В.

ДИНАМИКА СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ПРИЕМА НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Научный руководитель – проф. Коломиец В.В.

Цель. Оценить влияние терапии диклофенаком натрия и роль почечного синтеза вазодилатирующих факторов (простагландинов (ПГ) E2 и I2 и оксида азота (NO)) на суточный ритм артериального давления у больных эссенциальной гипертензией с сопутствующим остеоартрозом.

Материалы и методы. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проведено на аппарате «Ватт 41-2» у 30 больных эссенциальной гипертензией II стадии до и после 14 дневного приема 20-40 мг эналаприла, затем 10 дневного приема 100 мг диклофенака натрия. Все пациенты проходили стандартное общеклиническое обследование. Экскреция с мочой ПГ E2 и 6-keto-ПГF1 альфа (ПГI2) определялась радиоиммунным методом с помощью набора "Clinical Assay" (США), концентрация стабильных метаболитов NO нитритов (NOx) в крови и моче – с реактивом Гриса на спектрофотометре, функция эндотелия – на плечевой артерии на фоне реактивной гиперемии с помощью сонографии.

Результаты. После приема эналаприла артериальное давление снизилось до нормального уровня (<140/90 мм рт. ст.). При этом у 20 больных (66,7%) показатели СМАД не изменились (I группа), а у 10 больных (33,3%) достоверно ухудшились (II группа). У больных II группы достоверно возросли среднесуточные уровни артериального давления: систолического – на $18,7 \pm 4,1$ мм рт. ст. и диастолического – на $8,9 \pm 2,6$ мм рт. ст., уменьшилась степень ночного снижения САД – на $8,3 \pm 3,1$ мм рт. ст. и ДАД – на $9,8 \pm 2,8$ мм рт. ст. У больных II группы до начала терапии диклофенаком натрия экскреция NOx была на 61,4% ниже. На фоне приема эналаприла прирост системного и особенно почечного синтеза ПГ и NOx у больных II группы отчетливо меньший, а компенсаторного усиления системного и почечного синтеза NO на фоне приема диклофенака натрия ($45,4 \pm 2,6$ мкмоль/24 ч и $48,6 \pm 2,9$ мкмоль/24 ч; $p > 0,1$) не происходит в отличие от больных I группы ($73,4 \pm 4,3$ мкмоль/24 ч и $92,4 \pm 5,8$ мкмоль/24 ч; $p < 0,05$).

Выводы. На фоне терапии диклофенаком натрия у трети больных эссенциальной гипертензией антигипертензивная эффективность эналаприла снижается. Диклофенак натрия оказывает гипертензивный эффект у больных эссенциальной гипертензией со сниженным почечным синтезом вазодилатирующих субстанций – простагландинов E2 и I2 и оксида азота.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Кононенко Л. В., Маркова О. И., Космач А. Н.

ИЗМЕНЕНИЯ «ПОПЕРЕЧНОГО ДИАМЕТРА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА» ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ РИТМА

Научный руководитель – доц. Шира А. И.

Цель. Оценка изменения «поперечного диаметра относительной тупости сердца» (данный термин из книги С.П. Боткина «Клинические лекции») в динамике у больных при лечении нарушений ритма (НР).

Материалы и методы. Обследовано 18 человек, из них 6 женщин (33%) и 12 мужчин (67%) в возрасте от 52 до 88 лет. Было проведено объективное обследование: в момент поступления, в процессе лечения и на момент выписки пациента. В него входило определение частоты сердечных сокращений (ЧСС), пульса, границ относительной сердечной тупости (ОСТ) методом перкуссии и измерение поперечного диаметра сердца линейкой, как расстояние от правой до левой границы ОСТ. Для исследования были сформированы две исследовательские группы. У всех пациентов был выставлен диагноз мерцательная аритмия. В первую группу входили пациенты с НР в сочетании с дефицитом пульса, во вторую пациенты с: НР при котором значениями ЧСС и пульса были равны.

Результаты. На момент поступления в первой и во второй исследовательской группе отмечалось расширение границ ОСТ. Средние данные показали, что правая граница ОТС находилась по правому краю грудины в 4 межреберье, верхняя граница - на 3 ребре по парастернальной линии слева, левая граница - по передней подмышечной линии в 5-ом межреберье. В первой группе при наблюдении в динамике по мере уменьшения дефицита пульса отмечалось изменение границ ОСТ, а именно: сокращение верхней границы на одно межреберье вниз, после чего сокращалась левая граница в среднем на 1,5-2 см кнутри. На момент выписки у пациентов первой группы дефицита пульса не наблюдалось, и левая граница сердца на данный момент сокращалась в среднем на 3,5-4 см кнутри от изначальных данных. Во второй группе при динамическом наблюдении границы ОСТ сокращались в меньшей степени, а именно: верхняя граница оставалась без изменений, а левая сократилась в среднем на 1,5-2 см кнутри.

Выводы. У пациентов первой группы при динамическом наблюдении границы ОСТ параллельно с уменьшением дефицита пульса сокращались значительно больше, по сравнению со второй группой. Таким образом, определение границ ОСТ и «поперечного диаметра относительной тупости сердца» можно использовать в процессе лечения, поскольку он позволяет судить не только об изменении клинического состояния больного, а так же прогнозировать течение заболевания.

Космач А. Н., Маркова О.И., Кононенко Л. В.

ИЗМЕНЕНИЕ «ПОПЕРЕЧНОГО ДИАМЕТРА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА» ПРИ КУПИРОВАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА

Научный руководитель – доц. Шира А. И.

Цель. Оценка изменения «поперечного диаметра относительной тупости сердца» (данный термин взят из книги С. П. Боткина «Клинические лекции») у больных гипертонической болезнью до и после купирования гипертонического криза, а также в процессе дальнейшего лечения.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы. Обследовано 16 человек, из них 10 женщин (62,5%) и 6 мужчин (37,5%) в возрасте от 50 до 77 лет. Было проведено определение границ относительной сердечной тупости (ОСТ) методом перкуссии и измерение поперечного диаметра сердца линейкой, как расстояние от правой до левой границы сердца. Данное исследование проводилось до, после купирования гипертонического криза и в процессе дальнейшего лечения.

Результаты. По результатам объективного исследования, у больных с гипертоническим кризом на момент поступления были расширены границы ОСТ, а именно – у 6 пациентов левая граница ОСТ находилась по передней подмышечной линии в 5 межреберье слева, у 10 пациентов – на 2,5–3 см влево от левой среднеключичной линии в 5 межреберье. В то же время правая и верхняя границы ОСТ оставались практически без изменений. При перкуссии ОСТ, проводимой после купирования гипертонического криза наблюдалось сокращение левой границы ОСТ на $2\pm 0,5$ см. В последующем – левая граница ОСТ сокращалась на $4,4\pm 0,6$ см от первоначальных данных.

Выводы. При обследовании больных с гипертоническим кризом было обнаружено, что у 100% отмечалось расширение границ ОСТ и поперечного диаметра сердца. У всех больных в течении первых суток после купирования гипертонического криза определялось сокращение ОСТ и поперечного диаметра сердца. В дальнейшем процессе лечения было обнаружено, что исследуемые показатели продолжали значительно сокращаться. В связи с этим, мы считаем, что данный метод можно использовать при динамическом наблюдении, поскольку он позволяет судить не только об изменении клинического состояния больного, а также прогнозировать течение заболевания.

Куликова С.О.

ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА НА СИМПАТО-АДРЕНАЛОВУЮ СИСТЕМУ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С НАЛИЧИЕМ НЕФРОПАТИИ

Научный руководитель – асс. Кривонос Н.Ю.

Цель. оценить состояние симпато-адреналовой системы (САС) и ее роль в нарушении гемодинамики и функции почек у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа и возможность коррекции этих нарушений с помощью включения в лечение небиволола.

Материал и методы. Обследовано 32 больных ЭГ II сочетания с СД 2 типа. 30 больных ЭГ II стадии I и II степени составили 1 группу сравнения. 2 группу сравнения составили 30 больных СД 2 типа. Обследованы также 30 практически здоровых добровольцев. Пациентам основной группы (32 человека) и пациентам с ЭГ назначали небиволол в дозе 5 мг/сут в течение 12 недель. У 30 пациентов 2-й группы сравнения, а также группе здоровых добровольцев терапия небивололом не проводилась. Активность САС изучали по анализу катехоламинурии и вариабельности сердечного ритма (ВСР). Исследование мочевой концентрации катехоламинов проводили флуориметрическим триоксииндоловым методом. Почечную экскрецию адреналина и норадреналина (мкг/24 час) вычисляли как произведение их концентрации в моче на ее суточный объем. ВСР оценивали по суточному мониторингованию электрокардиограммы (ЭКГ) по Холтеру, выполненному на аппарате «Кардиотехника-4000» («Инкарт», Россия).

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Синтез оксида азота (NO) оценивали по степени дисфункции эндотелия, по концентрации метаболитов оксида азота нитритов (NOx) в сыворотке крови и их суточной экскреции с мочой (ENOx, мкмоль/24 ч). Полученные в исследовании результаты обработаны статистически на персональном компьютере с использованием пакета программ Microsoft Excel- 2010 и «Statistica 6.0». Для оценки достоверности различий между показателями использовали t-критерий Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. После 12 недель приема небиволола больными основной группы мочевая экскреция почками адреналина значительно уменьшилась ($p < 0,05$) на 20,9%, в 1-й группе сравнения адреналинурия уменьшилась на 23,2%. Во 2-й группе сравнения показатель адреналурии остался на исходных позициях. Экскреция почками норадреналина у больных ЭГ и СД 2 типа достоверно уменьшилась на 21,2%, а у больных ЭГ на 23%.

Концентрация метаболитов NO в плазме крови и их экскреции с мочой значима увеличилась на 17% и 15% соответственно. Исследуя ВСР через 12 недель после приема небиволола, отмечалось снижение LF – маркера симпатической активации у больных основной и 1-й групп на 10% и 6,5% соответственно, при этом всё равно не достигая показателей в группе здоровых лиц. Анализ показателей HF, отражающих выраженность парасимпатического влияния, выявил, что статистически значимое повышение было достигнуто только в основной группе (8%), у больных ЭГ повышение было статистически не значимым.

Выводы. Проведенное исследование показало, что под влиянием небиволола в дозе 5 мг в сутки у больных ЭГ на фоне СД 2 типа происходит снижение симпатического и активация парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы, уменьшается экскреция почками катехоламинов, происходит активация NO-синтазы.

Маркова О.И., Космач А. Н., Кононенко Л. В.

ИЗМЕНЕНИЕ «ПОПЕРЕЧНОГО ДИАМЕТРА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА» ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА.

Научный руководитель – доц. Шири А. И.

Цель. Оценка изменения «поперечного диаметра относительной тупости сердца» (данный термин взят из книги С.П. Боткина «Клинические лекции») в динамике у больных с сердечной недостаточностью (СН) в сочетании с патологией клапанного аппарата сердца.

Материалы и методы. Обследовано 30 человек, из них 14 женщины (40%) и 16 мужчин (60%) в возрасте от 50 до 82 лет. Для исследования были сформированы две исследовательские группы. В первую группу входили пациенты с СН в сочетании со следующими пороками: недостаточность митрального клапана 1-2 степени, недостаточность аортального и митрального клапанов 1-2 степени, комбинированного аортального порока в сочетании с недостаточностью митрального клапана 2 степени. Во вторую группу входили пациенты с СН в сочетании с недостаточностью трикуспидального и митрального клапанов 1-2 степени. Было проведено объективное обследование: в момент поступления, в процессе лечения и на момент выписки. В него

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

входило определение границ относительной сердечной тупости (ОСТ) с помощью перкуссии и определение поперечного диаметра сердца с помощью линейки, как расстояние от правой до левой границы ОСТ.

Результаты. На момент поступления в первой и во второй группе границы ОСТ были расширены. В первой - правая граница определялась у правого края грудины в 4 межреберье, левая на $3,5 \pm 0,5$ см кнаружи от среднеключичной линии в 5-м межреберье и верхняя на 3-м ребре по парастеральной линии слева. Во второй группе правая граница была на 1,5-2,0 см кнаружи от правого края грудины, левая и верхняя были также расширены, как и в первой группе.

При наблюдении в динамике границы ОСТ изменились. В первой группе вначале сократилась левая граница в среднем на $2,0 \pm 0,5$ см кнутри, верхняя определялась в 3 межреберье, правая оставалась без изменений, а во второй группе первоначально сократилась правая граница на $1,5 \pm 0,5$ см кнутри, затем левая на $1,0 \pm 0,5$ см кнутри и верхняя определялась в 3 межреберье.

Выводы: Изначально у всех пациентов данных групп при поступлении отмечалось расширение границ ОСТ и поперечного диаметра сердца. На фоне лечения при динамическом наблюдении определялось сокращение границ ОСТ и поперечного диаметра сердца: в первой группе за счет левой и верхней границы, а во второй группе в большей степени за счет правой. Мы считаем, что на фоне лечения данной патологии можно контролировать в динамике границы ОСТ и поперечного диаметра сердца, так как это позволяет судить об изменении клинического состояния пациента и прогнозировать течение заболевания.

Маркова О.И., Космач А.Н., Кононенко Л. В.

ИЗМЕНЕНИЕ «ПОПЕРЕЧНОГО ДИАМЕТРА ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ТУПОСТИ СЕРДЦА» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Научный руководитель – доц. Шири А. И.

Цель. Оценка изменения «поперечного диаметра относительной тупости сердца» (данный термин взят из книги С.П. Боткина «Клинические лекции») в динамике у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в сочетании с хронической патологией дыхательной системы.

Материалы и методы. Обследовано 32 человека, из них 17 женщин (53%) и 15 мужчин (47%) в возрасте от 51 до 86 лет. Для исследования была сформирована группа пациентов с ХСН в сочетании с хронической патологией дыхательной системы. Было проведено объективное обследование: в момент поступления, в процессе лечения и на момент выписки. В него входило: определение границ относительной сердечной тупости (ОСТ) методом перкуссии и измерение поперечного диаметра сердца линейкой, как расстояние от правой до левой границы ОСТ.

Результаты. При сочетании ХСН с хронической патологией дыхательной системы, сопровождающейся, диффузным пневмосклерозом 2-3 степени и эмфиземой легких 2-3 степени у пациентов при поступлении были расширены все границы ОСТ. Средние данные показали, что правая граница ОСТ находилась на $2,0 \pm 0,5$ см кнаружи от правого

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

края грудины в 4-м межреберье; верхняя - в 3-м межреберье по парастеральной линии слева; левая - по передней подмышечной линии в 5-м межреберье слева. При наблюдении в динамике выяснилось, что границы ОСТ изменяются: первоначально сокращается правая граница ОСТ в среднем на $2,0 \pm 0,5$ см кнутри, далее левая граница ОСТ в среднем на $1,5 \pm 0,5$ см кнутри, затем верхняя граница на одно межреберье вниз по парастеральной линии.

Выводы: При обследовании пациентов с ХСН в сочетании с хронической патологией дыхательной системы было обнаружено, что у 100% отмечалось расширение границ ОСТ и поперечного диаметра сердца. У всех больных на фоне проводимого лечения при динамическом наблюдении определялось сокращение границ ОСТ и поперечного диаметра сердца параллельно с уменьшением СН, за счет правой границы. Мы считаем, что на фоне лечения данной группы было бы очень полезно, кроме определения частоты дыхательных движений, частоты сердечных сокращений и артериального давления контролировать в динамике границы ОСТ и поперечного диаметра сердца.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Кафедра госпитальной терапии
Зав. кафедрой – проф. Ватутин Н.Т.

Венжега В.В.

ДИЛАТАЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КАК МАРКЕР ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Научный руководитель – доц. Шевелёк А.Н.

Цель: оценить распространенность дилатации левого желудочка (ЛЖ) среди больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сохраненной фракцией выброса (ФВ) и провести сравнительный анализ тяжести заболевания в зависимости от размеров полости ЛЖ.

Материалы и методы. Проведено поперечное исследование с участием 114 больных (52 мужчин и 62 женщин, средний возраст $69,2 \pm 1,4$ лет) со стабильной ишемической болезнью сердца, имеющих ХСН с сохраненной ($>50\%$) ФВ ЛЖ. Для определения наличия и выраженности дилатации ЛЖ пациентам выполняли трансторакальную эхокардиографию в М-модальном и двухмерном режимах с оценкой конечно-диастолического размера (КДР) ЛЖ. Согласно рекомендациям по количественной оценке структуры и функции камер сердца, начальную дилатацию ЛЖ диагностировали при КДР 60-63 мм у мужчин и 54-57 мм у женщин, умеренную – 64-68 мм и 58-61 мм, выраженную – КДР ≥ 62 мм и 69 мм соответственно. Выраженность клинических проявлений ХСН оценивали в зависимости от степени ограничения физической активности (функциональный класс (ФК)) в соответствии с классификацией NYHA. Качество жизни пациентов оценивалось с помощью Миннесотского опросника качества жизни при ХСН, где 0 баллов – отличное качество жизни, 105 баллов – максимально плохое качество жизни.

Результаты. По результатам эхокардиографии 30 % ($n=34$; 95 % доверительный интервал (ДИ) 16,5-30,1 %) пациентов имели дилатацию ЛЖ (1-я группа), остальные 70 % ($n=80$; 95 % ДИ 34,4-48,2 %) – нормальные размеры полости ЛЖ. Среди лиц 1-й группы у 58 % отмечалась начальная дилатация ЛЖ, у 18 % – умеренная, у 24 % – выраженная.

Пациенты 1-й группы имели более высокий ФК ХСН (медиана ФК III (I; IV)) по сравнению с лицами 2-й (II (I; IV), $p=0,003$). В 1-й группе пациенты, имеющие тяжелую ХСН (III и IV ФК), преобладали над больными с I и II ФК (53 % против 47 %) , в то время как во 2-й группе соотношение было обратным (17,5 % против 82,5%, $p<0,001$). Показатель качества жизни в 1-й группе составил в среднем $39,8 \pm 7,7$ баллов, а во 2-й – $29,4 \pm 3,4$ баллов ($p<0,05$). По данным регрессионного анализа тяжесть ХСН была тесно взаимосвязана с наличием дилатации ЛЖ (отношение шансов (ОШ) 5,3, 95 % ДИ 2,2-12,9, $p<0,05$).

Выводы. Больные ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ представляют собой разнородную по эхокардиографическому профилю когорту пациентов: почти у трети больных

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

наблюдается дилатация ЛЖ, из них у 24 % – выраженная. Наличие дилатации ЛЖ является достоверным эхокардиографическим маркером тяжести ХСН (ОШ 5,3, 95 % ДИ 2,2-12,9, $p < 0,05$).

Канишева И.В.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ

Научный руководитель – доц. Г.Г.Тарадин

Цель: Легочная эмболия (ЛЭ) является одной из самых распространенных причин сердечно-сосудистой смертности. В острую фазу ЛЭ и за 30-дневный период умирает 20-40% больных. Необходимы улучшение диагностических и лечебных мероприятий для качественного ведения больных и разработка адекватных методик прогнозирования течения ЛЭ с помощью доступных и широко используемых клинико-диагностических признаков. Целью исследования было определение у больных ЛЭ гематологических показателей, включая индекс соотношения нейтрофилов и лимфоцитов (ИНСЛ), и их связи с группами риска.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование 23 случаев ЛЭ на базе Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака (2015-2017). Постановка «ЛЭ» базировалась на использовании традиционных диагностических критериях. Все больные были распределены в группы риска: высокого (1 больной), промежуточного (17) и низкого (5) в соответствии со значениями артериального давления (АД) и выраженностью дисфункции правого желудочка (ПЖ), определяемой эхокардиографически. Дисфункция ПЖ регистрировалась при наличии одного из следующих признаков: 1) конечный диастолический размер (КДР) ПЖ > 30 мм или отношение КДР ПЖ/КДР левого желудочка $> 0,6$; 2) градиент давления между ПЖ и правым предсердием > 30 мм рт. ст.; 3) парадоксальное движение межжелудочковой перегородки. ИНСЛ вычислялся на основании клинического анализа крови как отношение абсолютных значений нейтрофилов к лимфоцитам (норма 0,78-3,53).

Результаты: В группе пациентов с низким риском среднее значение ИНСЛ составило 3,75, промежуточным и высоким риском 4,57 и 9,89, соответственно. В течение периода наблюдения, составившего срок от 5 до 30 дней, не отмечено ни одного смертельного случая.

Выводы: Несмотря на изученность прогностической значимости ИНСЛ для ряда заболеваний, данных о его роли при ЛЭ крайне мало. В некоторых исследованиях сообщается, что воспалительный ответ в виде инфильтрации нейтрофилами ПЖ является причиной его тяжелой дисфункции и, как следствие, ухудшает течение и, соответственно, прогноз заболевания. Кроме того, полагают, что венозный тромбоз, инициируемый стерильным воспалением, запускает каскад механизмов врождённого и приобретенного иммунитета, а нейтрофилы при тромбозах и ЛЭ играют важную роль в процессах тканевой регенерации и ангиогенеза. По данным нашего исследования ИНСЛ связан с категорией групп риска больных при ЛЭ, что может свидетельствовать о корреляции между этим индексом и риском неблагоприятного исхода. Определение ИНСЛ может рассматриваться наряду с традиционными шкалами (PESI) в качестве дополнительного и

доступного показателя для стратификации риска больных и определения дальнейшей тактики ведения пациентов.

Пёрышкина К.Е., Загоруйко А.Н., Решетняк Е.А.

ВЛИЯНИЕ ДИУРЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА РИСК РАЗВИТИЯ ГИПОНАТРИЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Научный руководитель – доц. Шевелёк А.Н.

Развитие гипонатриемии у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ассоциируется с ухудшением кардиоваскулярного прогноза. Снижение уровня натрия в крови может быть вызвано применением диуретиков, однако влияние различных типов диуретической терапии на риск развития данного состояния недостаточно изучено.

Цель. Определить влияние различных типов диуретической терапии на риск развития гипонатриемии у пациентов с декомпенсацией ХСН.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование с участием 302 пациентов (118 мужчин и 184 женщины, средний возраст $68,3 \pm 6,4$ лет), госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН. В основную группу были включены 70 больных, у которых на фоне стационарного лечения развилась гипонатриемия (уровень натрия < 135 ммоль/л). Контрольную группу составили 232 пациента, у которых уровень натрия крови был в пределах нормы при поступлении и в течение всего периода госпитализации. У всех больных анализировали вид и дозу диуретиков, а также оценивали потерю массы тела, сопряженную с диурезом.

Результаты. Медиана среднесуточной дозы петлевого диуретика в пересчете на фуросемид в период активной диуретической терапии была достоверно выше в основной группе по сравнению с контрольной (80 (40; 120) мг против 40 (40; 80) мг соответственно, $p=0,001$). В контрольной группе число больных, принимавших фуросемид в дозе > 80 мг/сут, составило 27,6%, а в основной – достигло 70,0 % ($\chi^2= 39,52$, $p<0,001$). Все пациенты принимали спиронолактон, при этом его среднесуточная доза в обеих группах составила 75 (50; 100) мг. Частота назначения тиазидных диуретиков значимо не различалась между группами (4,3% и 5,2% соответственно, $p>0,05$)

Темпы потери массы тела за счет диуреза были существенно выше в основной группе по сравнению с контрольной ($981,6 \pm 58,4$ г/сут против $672,4 \pm 49,9$ г/сут соответственно, $p<0,001$). Среди лиц с гипонатриемией снижение массы тела > 1 кг/сут имело место у 57,1% пациентов, в то время как среди больных с нормальным уровнем натрия крови – лишь у 27,6% ($\chi^2= 19,52$, $p<0,001$).

По данным многофакторного анализа после поправки на возраст, тяжесть ХСН и сопутствующую патологию применение фуросемида в дозе > 80 мг/сут и сопряженная с ним потеря массы тела > 1 кг/сут явились независимыми факторами риска развития внутригоспитальной гипонатриемии (отношение шансов 3,8 и 5,4; 95% доверительный интервал 2,11-9,04 и 2,91-13,74 соответственно; $p<0,001$).

Выводы. У пациентов с декомпенсацией ХСН применение петлевых диуретиков в высоких дозах и быстрая потеря массы тела за счет диуреза являются независимыми факторами риска развития гипонатриемии.

Решетняк Е.А., Перышкина К.Е.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОНАТРИЕМИИ
ВО ВРЕМЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА
ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ**

Научный руководитель – доц. Шевелек А.Н.

Цель. оценить распространенность, степень выраженности и длительность гипонатриемии во время кардиохирургических вмешательств на открытом сердце.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 110 пациентов (45 мужчин и 10 женщин, средний возраст $59,4 \pm 11,4$ года), находившихся на стационарном лечении в отделении кардиохирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака за период с января по декабрь 2017г. Критерием включения в исследование являлось проведение кардиохирургического вмешательства на открытом сердце с применением аппарата искусственного кровообращения. У всех пациентов анализировали уровень натрия сыворотки крови, измеряемый серийно во время операции, при этом гипонатриемией считали уровень натрия ниже 135 ммоль/л. При концентрации натрия 130-135 ммоль/л диагностировали гипонатриемию легкой степени тяжести, 125-129 ммоль/л – средней степени, менее 125 ммоль/л – тяжелой.

Результаты. У 92 (83,6%) пациентов во время кардиохирургического вмешательства была зарегистрирована гипонатриемия, у остальных 18 (16,4%) пациентов уровень натрия сыворотки крови оставался в пределах нормы в течение всего периода оперативного вмешательства. У 36 (39%) больных развилась гипонатриемия легкой, у 44 (48%) – средней, у 12 (13%) – тяжелой степени. В 13,0% случаев гипонатриемия была транзиторной, в 52,2% – сохранялась длительное время в течение вмешательства, в 34,8% – имела устойчивый характер и сохранялась в послеоперационном периоде.

Выводы. При проведении кардиохирургических вмешательств на открытом сердце снижение уровня натрия крови наблюдается в 83,6 % случаев, при этом у трети больных развивается гипонатриемия средней степени тяжести, а у 13% она достигает тяжелой степени.

Роговая Ю.Д., Харченко А.В., Борт Д.В.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ УРОВНЯ ЭРИТРОЦИТОВ И
ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**

Научный руководитель – доц. Складная Е.В.

Цель: изучить распространенность изменений уровня эритроцитов и тромбоцитов у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы: Проведено ретроспективное исследование историй болезни 342 пациентов с инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией, находившихся на стационарном лечении в отделении неотложной кардиологии и тромбозиса Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака с июля 2015 г. по декабрь 2017 г. Уровень эритроцитов и тромбоцитов был проанализирован у 342 и 209 пациентов соответственно. Статистическая обработка данных проводилась с использованием лицензионного пакета программы «MedStat».

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты: Изменения уровня эритроцитов и тромбоцитов были выявлены у 142 пациентов (41,5%, 95% ДИ 36,4-46,8%). Из них 93 мужчины (65,5%, 95% ДИ 57,4-73,1%) и 49 женщин (34,5%, 95% ДИ 26,9-42,6%). Анемия была обнаружена у 57 пациентов (16,7%, 95% ДИ 12,9-20,8%), эритроцитоз – у 55 пациентов (16,1%, 95% ДИ 12,4-20,2%). Тромбоцитопения определялась у 9 пациентов (4,3%, 95% ДИ 2,0-7,5%), тромбоцитоз – у 38 пациентов (18,2%, 95% ДИ 13,3-23,7%). Сочетание анемии и тромбоцитопении наблюдалось у 2 пациентов (1,0%, 95% ДИ 0,1-2,7%), а эритроцитоза и тромбоцитоза – у 10 пациентов (4,8%, 95% ДИ 2,3-8,1%). Среди мужчин с ОКС анемия была зарегистрирована у 31 пациента (12,1%, 95% ДИ 8,4-16,4%), эритроцитоз – у 41 пациента (16,0%, 95% ДИ 11,8-20,8%), тромбоцитопения – у 7 пациентов (4,5%, 95% ДИ 1,8-8,2%), и тромбоцитоз – у 7 (4,5%, 95% ДИ 1,8-8,2%) пациентов. Среди женщин с ОКС анемия, эритроцитоз, тромбоцитопения и тромбоцитоз встречались у 26 пациентов (30,2%, 95% ДИ 20,9-40,5%), 14 пациентов (16,3%, 95% ДИ 9,2-24,9%), 2 пациентов (3,8%, 95% ДИ 0,3-10,9%) и 11 пациентов (21,2%, 95% ДИ 11,0-33,5%) соответственно. Частота встречаемости анемии и тромбоцитоза среди женщин с ОКС была достоверно выше, чем среди мужчин ($p < 0,001$ и $p = 0,002$ соответственно). Статистически значимых различий распространенности эритроцитоза и тромбоцитопении среди мужчин и женщин выявлено не было.

Выводы: Распространенность изменений уровня эритроцитов и тромбоцитов у больных с острым коронарным синдромом составила 41,5% (95% ДИ 36,4-46,8%). Анемия и тромбоцитоз достоверно чаще наблюдались среди женщин с ОКС ($p < 0,001$ и $p = 0,002$ соответственно).

Роговая Ю.Д., Харченко А.В., Борт Д.В.

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ УРОВНЯ ЭРИТРОЦИТОВ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Научный руководитель – доц. Склянная Е.В.

Цель: оценить влияние изменений уровня эритроцитов на течение острого коронарного синдрома (ОКС).

Материал и методы: Проведено ретроспективное исследование историй болезни 342 пациентов с ОКС, находившихся на стационарном лечении в отделении неотложной кардиологии и тромболизиса ИНВХ им. В.К. Гусака с июня 2015 г. по декабрь 2017 г. Было проанализировано влияние уровня эритроцитов на следующие показатели: длительность пребывания в стационаре, тип возникшего ОКС (с подъемом сегмента ST [ОКСспST] или без подъема сегмента ST) и развитие осложнений (ранней постинфарктной стенокардии, отека легких, острой сердечной недостаточности). Другие осложнения ОКС встречались у единичных пациентов, в связи с чем выполнение достоверной оценки влияния на частоту их развития не представлялось возможным. В зависимости от уровня гемоглобина и эритроцитов пациенты были разделены на 3 группы: 1 – показатели ниже нижней границы нормы для пациентов соответствующего пола и возраста; 2 – показатели выше верхней границы нормы для пациентов соответствующего пола и возраста; 3 – группа контроля. Статистическая обработка данных проводилась с использованием лицензионного пакета программы «MedStat».

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты: В 1 группу вошли 57 пациентов (16,7%, 95% ДИ 12,9-20,8%), во 2 – 55 пациентов (16,1%, 95% ДИ 12,4-20,2%), в 3 – 230 пациентов (67,3%, 95% ДИ 62,2-72,1%). Медиана длительности пребывания в стационаре в 1 группе составляла 18 (11; 23) дней, во 2 – 16 (8; 21) дней и в 3 – 14 (7; 21) дней. При этом длительность пребывания в стационаре в 1 группе была достоверно выше, чем в 3 группе ($p<0,05$). ОКСспСТ был зарегистрирован в 1 группе у 30 (52,6%, 95% ДИ 39,4-65,6%) пациентов, во 2 группе – у 45 (81,8%, 95% ДИ 70,4-91,0%) пациентов и в 3 группе – у 152 (66,1%, 95% ДИ 59,9-72,1%) пациентов. Частота развития ОКСспСТ во 2 группе была достоверно выше, чем в 1 группе ($p=0,007$). Суммарная частота развития осложнений не различалась между группами и составляла в 1 группе 17,5% (95% ДИ 8,7-28,7%), во 2 группе 36,4% (95% ДИ 24,0-49,7%) и в 3 группе 19,1% (95% ДИ 14,3-24,5%). Частота развития острой сердечной недостаточности была достоверно выше во 2 группе, чем в 3 группе (12,3% [95% ДИ 5,0-22,2%], 22,5% [95% ДИ 13,5-33,1%] и 12,6% [95% ДИ 8,6-17,2%] в 1, 2 и 3 группе соответственно; $p=0,018$). Частота развития ранней постинфарктной стенокардии достоверно не различалась между группами и составляла 3,5% (95% ДИ 0,3-10,0%) в 1 группе, 7,3% (95% ДИ 1,9-15,8%) во 2 группе и 7,0% (95% ДИ 4,0-10,6%) в 3 группе. Частота развития отека легких также достоверно не различалась между группами и составляла в 1, 2 и 3 группах 7,0% (95% ДИ 1,8-15,2%), 5,5% (95% ДИ 1,0-13,1%) и 2,6% (95% ДИ 0,9-5,1%) соответственно.

Выводы: Пациенты с анемией имели достоверно более высокую длительность пребывания в стационаре ($p<0,05$). У пациентов с эритроцитозом достоверно чаще наблюдался ОКСспСТ ($p=0,007$). У этих пациентов ОКС достоверно чаще осложнялся острой сердечной недостаточностью ($p=0,018$).

Сологуб И.А., Сидорова О.В.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Научный руководитель - доц. Склянная Е.В.

В последнее время, по данным литературы, отмечается тенденция к развитию первичного гиперпаратиреоза с нормальным или даже сниженным уровнем кальция крови, но при этом высокими показателями ПТГ, а также бессимптомное течение заболевания (по данным исследователей до 80% случаев), или клиническое течение, маскирующееся под другие нозологии вызывает особые трудности при диагностике данного заболевания.

Мы представляем клинический случай первичного гиперпаратиреоза, трудность в диагностике которого представили сниженный уровень кальция и малосимптомное клиническое течение с наличием труднотрактуемыми результатами дополнительных исследований. Больная К, 55 лет, поступила в онкогематологическое отделение ИНВХ им. В.К.Гусака с предварительным диагнозом множественная миелома? Больная предъявляла жалобы на общую слабость, боль в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах, пояснично-крестцовом отделе позвоночника, слабость в мышцах ног, потерю в весе до 12 кг за год. Из анамнеза стало известно, что около года назад пациентка в связи с вышеперечисленными жалобами обращалась за медицинской помощью к ревматологу, где в ходе проведенных обследований ей был установлен диагноз реактивного артрита. Больная получала соответствующее лечение, в том числе кортикостероиды (Преднизолон

10 мг/сут). Отмечалось кратковременное улучшение состояния, после которого, все же, жалобы стали прогрессировать. При повторном обращении больной было выполнено МРТ головного мозга и позвоночника в которой были обнаружены уплотнение костей черепа, дегенеративные изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника. На рентгенограмме костей черепа обнаружены очаги склероза чередующиеся с очагами деструкции. Больная была направлена на консультацию к гематологу с подозрением на множественную миелому и госпитализирована в отделение онкогематологии нашей клиники. В условиях стационара больной была выполнена рентгенография органов грудной клетки на которой были выявлены очаги костной деструкции в плечевых костях и лопатках. Уровень ионизированного кальция крови 0,74 ммоль/л. По данным миелограммы у больной были выявлены единичные плазматические клетки, что шло в разрез с диагнозом множественной миеломы. Полученные результаты иммунофиксации мочи, в которых моноклональные парапротеины не обнаружены, позволили исключить диагноз множественной миеломы. Был продолжен диагностический поиск. Выполнена сонография щитовидной железы на которой по задней поверхности левой доли был обнаружен узел неоднородной структуры с неровным контуром. По данным исследований был выявлен высокий уровень ПТГ - 418,8 пмоль/л. На основании этого эндокринологом был установлен диагноз аденомы паращитовидной железы. Больной было проведено оперативное плановое лечение, удален узел паращитовидной железы. Диагноз аденомы подтвержден гистологически.

Сологуб И.А.

СИНДРОМ ДА КОСТА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Научный руководитель – доц. Складная Е.В.

Цель: изучить этиологию, патогенез, клинические проявления, диагностику и лечения заболевания, опираясь на результаты проведенного систематизированного литературного обзора, а также изучить распространенность клинических проявлений и выявить зависимость возникновения клинических проявлений заболевания от тревожности у мирного населения и военных с синдромом Да Коста (СДК) в условиях боевых действий на территории Донецкой области.

Материалы и методы: Проанализированы литературные источники прошлых лет и современности. Для поиска использовались источники из Донецкой областной медицинской библиотеки, веб-сайта PubMed. Было обследовано 55 военнослужащих и 70 человек мирного населения в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст $28,6 \pm 2,5$ года), проживающих в зоне проведения боевых действий или непосредственного участвующих боевых действиях. Всем исследуемым было предложено заполнить опросники Symptom List-90-Revised и шкалу тревоги Шихана. Статистическая обработка данных была проведена на персональном компьютере в лицензионном пакете программы "MedStat".

Результаты: СДК—это комплекс симптомов, напоминающих органическое заболевание сердца, хотя физическое обследование таких пациентов не выявляет каких-либо физиологических отклонений от нормы. До настоящего времени нет общепринятой теории происхождения СДК, однако в настоящее время доминирует теория психогенного развития синдрома, т.к. она позволяет объяснить развитие заболевания как у военных, так

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

и мирного населения. Наиболее частыми симптомами СДК являются боль в груди (нередко с иррадиацией в левую руку или левую лопатку), одышка при физической нагрузке, чувство сердцебиения, перебоев в работе сердца, слабость, головокружение и тревожность. По данным проведенных нами исследований жалобы, характерные для заболевания сердечно-сосудистой системы были выявлены у 36 человек среди мирного населения (51,4%, 95% ДИ 39,6-63,2%, $p < 0,05$) и у 8 человек среди военных (14,5%, 95% ДИ 6,4-25,2%, $p < 0,05$). Выраженная общая тревожность при этом отмечалась у 43 исследуемых в группе мирного населения (61,4%, 95% ДИ 49,6-72,6%, $p < 0,05$) и у 14 человек среди военных (25,5%, 95% ДИ 14,7-38,0%, $p < 0,05$). Было установлено, что в группе мирного населения существует прямая сильная корреляционная связь между проявлениями тревожности и клиническими симптомами заболевания ($R=0,713$, $p < 0,001$), как и в группе военнослужащих, в которой отметилась достоверная прямая положительная связь ($R=0,645$, $p < 0,001$).

Выводы: Распространенность симптомов, характерных для СДК выявлены у 51,4% человек среди мирного населения и у 14,5% среди военных. Установлено наличие прямой сильной корреляционной связи между наличием клинических проявлений и тревожностью как у мирного населения, так и у военнослужащих.

Солоп И.В.

ВЛИЯНИЕ ГЛУБОКОГО ЙОГОВСКОГО ДЫХАНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель – доц. Шевелёк А.Н.

Цель – оценить влияние практики глубокого йоговского дыхания на показатели индивидуального здоровья и качества жизни лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование с участием 13 относительно здоровых лиц молодого возраста (3 мужчин и 10 женщин, средний возраст $19,3 \pm 1,9$ лет) – студентов ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького». Студенты были обучены полному глубокому йоговскому дыханию, состоящему из трех последовательных фаз – брюшного, грудного и ключичного дыхания. Участники практиковали дыхательную гимнастику по 10 дыхательных циклов ежедневно 2-4 раза в сутки в течение 14 дней. Исходно и после курса йоговского дыхания оценивали «офисные» уровни артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС), а также проводили анкетирование участников с анализом показателей качества жизни (опросник SF-36), психо-эмоционального состояния (шкала тревожности Спилбергера-Ханина, шкала HADS), качества сна, наличия и выраженности головных болей.

Результаты. В целом по группе за период исследования наблюдалось достоверное снижение ЧСС с $75,7 \pm 9,5$ уд/мин до $69,9 \pm 5,5$ уд/мин ($p < 0,05$). При этом у 69,2% участников ЧСС клинически значимо снизилась по сравнению с исходными значениями, у 23,1% – существенно не изменилась, а у 7,7% – увеличилась. Интересно, что снижение данного показателя было зафиксировано у студентов, исходно имеющих высокую ЧСС, а увеличение, напротив, – у лиц с тенденцией к брадикардии. У участников, имеющих оптимальную ЧСС, существенной динамики показателя не наблюдалось. Исходно все

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

студенты имели нормальный уровень АД, и за период исследования существенных изменений его зафиксировано не было.

У большинства участников улучшилось качество сна: 69,2% лиц отметили улучшение скорости засыпания, 23,1% – продолжительности сна, 30,8% – глубины сна и 76,9% – самочувствия после пробуждения. Распространенность и частота эпизодов головной боли значимо не изменились.

За время выполнения йоговского дыхания отмечалось улучшение психо-эмоционального статуса участников. Согласно шкале Спилбергера-Ханина, уровень реактивной тревожности снизился с $39,38 \pm 4,5$ до $35,7 \pm 5,1$ баллов, личностной – с $41,6 \pm 8,9$ до $36,5 \pm 9,0$. По шкале HADS выраженность тревоги уменьшилась с $6,1 \pm 3,4$ до $4,2 \pm 3,1$ баллов, депрессии – с $3,9 \pm 2,7$ до $2,6 \pm 2,4$ баллов (все $p < 0,05$).

На фоне выполнения полного йоговского дыхания наблюдалось некоторое улучшение психического компонента качества жизни (с $42,3 \pm 11,6$ до $46,1 \pm 8,1$ баллов, $p < 0,05$). Показатели физической составляющей значимо не изменились ($53,4 \pm 7,5$ против $55,9 \pm 5,2$ баллов, $p > 0,05$).

Вывод. У здоровых лиц молодого возраста выполнение глубокого йоговского дыхания ассоциируется с улучшением профиля ЧСС, показателей сна, психо-эмоционального состояния и качества жизни.

Федько В.Г.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРПРОДУКЦИИ КОРТИЗОЛА НА РИСК РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Научный руководитель – доц. Шевелёк А.Н.

Цель. По данным литературы изучить взаимосвязь между гиперпродукцией кортизола и риском развитием атеросклероза.

Материал и методы. Были проанализированы 67 источников литературы (28 – отечественных и 39 – зарубежных), размещенных в базах данных e-library, PubMed и OmniMedicalSearch за период 2013-2018 гг.

Результаты. Анализ экспериментальных и клинических исследований установил, что развитие клинически выраженного синдрома Кушинга приводит к достоверному повышению риска атеросклероза коронарных и сонных артерий. Наличие субклинического гиперкортицизма, вызванного хроническим стрессом, также ассоциируется с увеличением риска возникновения атеросклеротических бляшек в сосудах сердца и головного мозга.

Влияние гиперкортицизма на риск развития атеросклероза реализуется через несколько механизмов, среди которых основное место занимают гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия и гипергликемия.

Полагают, что воздействие кортизола на уровень липидов крови опосредовано жировой тканью, где под влиянием гормона происходит увеличение уровня липопротеинлипазы, активация липолиза, а в кровотоке высвобождаются свободные жирные кислоты. Это приводит к повышению уровня триглицеридов и липопротеидов низкой плотности, обладающих большей атерогенностью.

Развитию атеросклероза способствует и артериальная гипертензия, возникающая при стойком повышении уровня кортизола крови. Гемодинамической основой

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

артериальной гипертензии при этом является повышение периферического сопротивления сосудов в сочетании с гипокинетическим типом циркуляции. Длительная гиперпродукция кортизола потенцирует вазопрессорные эффекты катехоламинов и повышает активность симпатoadреналовой системы, и вместе с тем, увеличивает образование ренина. Кроме того, избыток кортизола в крови приводит к увеличению активности натрий-калиевой АТФ-азы гладких миоцитов и развитию вазоспазма, что ведет к еще большему повышению артериального давления. Стойкая артериальная гипертензия, в свою очередь, увеличивает липидоз стенок артерии за счет прессорного гемодинамического фактора. В местах большего давления крови повышается сосудистая проницаемость и усиливается фильтрация плазмы, богатой липопротеинами, что усиливает повреждение интимы сосудов.

Еще одним механизмом, способствующим развитию атеросклероза, является возникающая при гиперкортицизме гипергликемия. Показано, что высокий уровень кортизола крови приводит к угнетению утилизации глюкозы клетками и повышению глюконеогенеза. Возникающая при этом гипергликемия способствует гликозилированию циркулирующих липопротеидов, что делает невозможным их обратный транспорт в печень.

Выводы. Наличие клинически выраженного и субклинического гиперкортицизма ассоциируется с возрастанием риска развития атеросклероза коронарных и сонных артерий. Влияние гиперпродукции кортизола на риск возникновения атеросклеротических бляшек опосредуется за счет модификации липидного обмена, изменений сосудистой стенки под влиянием артериальной гипертензии и гипергликемии.

Харченко А.В., Роговая Ю.Д., Борт Д.В.

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ АНЕМИИ

Научный руководитель – доц. Склянная Е.В.

Цель: изучение клинико-демографических характеристик пациентов с ОКС на фоне анемии.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 342 больных с ОКС, находившихся на стационарном лечении в отделении неотложной кардиологии и тромболизиса ИНВХ им. В.К. Гусака за период с июня 2015г. по декабрь 2017г. В зависимости от уровня эритроцитов и гемоглобина пациенты были разделены на 2 группы: 1– показатели ниже нижней границы нормы для пациентов соответствующего пола и возраста; 2 – группа контроля. Оценивались демографические характеристики пациентов и наличие в анамнезе признаков ишемической болезни сердца. Обработку результатов выполняли на персональном компьютере с использованием программы MedStat.

Результаты: В первую группу вошли 57 пациентов с острым коронарным синдромом и анемией. Из них 31 мужчина (54,4%, 95% ДИ 41,2-67,3%) и 26 женщин (45,6%, 95% ДИ 32,7-58,8%). Во вторую группу вошли 285 пациентов, среди них 225 мужчин (78,9%, 95% ДИ 74,0-83,5%) и 60 женщин (21,1%, 95% ДИ 16,5-26,0%). При этом среди пациентов 1 группы женщин было достоверно больше, чем во 2 ($p < 0,001$). Было проанализировано распределение пациентов обеих групп по возрастным категориям до 45

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

лет, 46-60 лет, 61-75 лет и 76 и старше: в 1 группе - 3 (5,3%), 18 (31,6%), 22 (38,6%) и 14 (24,6%); во 2 группе - 23 (8,1%), 134 (47,0%), 98 (34,4%) и 30 пациентов (10,5%) соответственно. При этом среди пациентов 1 группы была выше доля пожилых пациентов ($p=0,014$). Признаки ишемической болезни сердца в анамнезе до развития ОКС одинаково часто наблюдались среди пациентов с и без анемии: в 1 группе у 11 мужчин (35,5%, 95% ДИ 19,3-53,6%) и 9 женщин (34,6%, 95% ДИ 17,2-54,6%), во 2 группе у 47 мужчин (20,9%, 95% ДИ 15,8-26,4%) и 18 женщин (30,0%, 95% ДИ 19,0-42,4%).

Выводы: Анемия у пациентов с ОКС чаще выявляется у пациентов пожилого возраста, особенно среди женщин.

Харченко А.В., Роговая Ю.Д., Борт Д.В.

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ЭРИТРОЦИТОЗА

Научный руководитель - доц. Складная Е.В.

Цель: изучение клинико-демографических характеристик пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) на фоне эритроцитоза.

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 342 больных с ОКС, находившихся на стационарном лечении в отделении неотложной кардиологии и тромболизиса ИНВХ им. В.К. Гусака за период с июня 2015г. по декабрь 2017г. В зависимости от уровня эритроцитов и гемоглобина пациенты были разделены на 2 группы: 1 – показатели выше верхней границы нормы для пациентов соответствующего пола и возраста; 2 – группа контроля. Оценивались демографические характеристики пациентов и наличие в анамнезе признаков ишемической болезни сердца. Обработку результатов выполняли на персональном компьютере с использованием программы MedStat.

Результаты: В первую группу вошли 55 пациентов с острым коронарным синдромом. Из них 41 мужчина (74,5%, 95% ДИ 62,0-85,3%) и 14 женщин (25,5%, 95% ДИ 14,7-38,0%). Во вторую группу вошли 287 пациентов, среди них 215 мужчин (74,9%, 95% ДИ 69,7-79,8%) и 72 женщины (25,1%, 95% ДИ 20,2-30,3%). Было проанализировано распределение пациентов обеих групп по возрастным категориям до 45 лет, 46-60 лет, 61-75 лет и 76 и старше: в 1 группе - 3 (5,5%), 32 (58,2%), 18 (32,7%) и 2 (3,6%); во 2 группе - 23 (8,0%), 120 (41,8%), 102 (35,5%) и 42 пациента (14,6%) соответственно. Статистически значимых различий в распределении пациентов по полу и возрасту выявлено не было ($p>0,05$). Средний возраст мужчин с эритроцитозом составил $55,74\pm 9,2$ лет и был достоверно меньше, чем в контрольной группе $66,04\pm 10,9$ лет, $p=0,011$. Средний возраст женщин 1 и 2 групп $61,21\pm 9,42$ и $58,69\pm 11,12$ лет соответственно достоверно не отличались ($p>0,05$). Признаки ишемической болезни сердца в анамнезе до развития ОКС наблюдались реже у пациентов с эритроцитозом как среди мужчин в 7,3 % по сравнению с 25,6%, так и среди женщин 5,5% против 33,3% ($p<0,001$).

Выводы: ОКС у пациентов мужского пола с эритроцитозом возникает в более раннем возрасте. Наличие эритроцитоза способствует дебюту заболевания картиной ОКС как у мужчин, так и у женщин.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Кафедра факультетской терапии
Зав. кафедрой – проф. Моногарова Н.Е.

Добрыднева А.М., Вишневская А.А., Цирковская Е.Р., Семендяева А.В.

СИНДРОМ ПЕРЕКРЁСТА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ: ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ, ФАРМАКОТЕРАПИИ

Научный руководитель - проф. Моногарова Н. Е.

Цель. Оценить клинические и патогенетические особенности, а также диагностику и тактику ведения пациентов с синдромом перекрёста.

Материалы и методы. Для изучения были рассмотрены основные положения международных рекомендаций GOLD и GINA по диагностике состояния, которое сочетает в себе симптомы бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни лёгких, так называемого, «синдрома перекреста БА–ХОБЛ».

Результаты. Бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – самые распространенные хронические заболевания респираторной системы и являются одной из важнейших проблем охраны здоровья во всех странах мира. Около 200,000 – 300,000 человек в Европе умирает каждый год от ХОБЛ, а от БА – 250,000 в год. Эти заболевания являются значительной социально-экономической проблемой, т.к. у пациентов с данной патологией наблюдаются частые обострения, для них характерны более низкое качество жизни, быстрое ухудшение функции внешнего дыхания и высокая летальность. Такие пациенты нуждаются в интенсивном использовании ресурсов здравоохранения.

Сочетание у одного пациента ХОБЛ и БА обозначают термином «синдром перекреста БА–ХОБЛ». Относительно синдрома перекреста существуют две гипотезы. Согласно «Британской гипотезе» БА и ХОБЛ — это два отдельных заболевания, имеющие собственные патогенетические механизмы, клинические особенности и, что является наиболее важным - различные подходы к лечению и прогнозу. Согласно «Голландской гипотезе» БА и ХОБЛ – это разные состояния, которые являются проявлением одного заболевания и имеют общую генетическую основу, а также последовательностью развития данных состояний. Это закреплено в международных клинических рекомендациях Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) и Global Initiative for Asthma (GINA). Данные документы обеспечивают подход к разграничению БА, ХОБЛ и состояния, сочетающего в себе симптомы БА и ХОБЛ («синдром перекреста БА–ХОБЛ»). В документах также представлен простой подход к начальному лечению пациентов с «синдромом перекреста БА–ХОБЛ».

Выводы. Выделение пациентов с синдромом перекреста в отдельную группу является целесообразным и обоснованным, т.к. эти пациенты отличаются от таковых, страдающих только БА или только ХОБЛ. Чтобы предотвратить осложнения,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

угрожающие жизни пациентов необходимо своевременное выявление у них синдрома перекреста, применение на практике предложенных рекомендаций, длительное наблюдение и лечение. Это будет способствовать улучшению прогноза и качества жизни пациентов.

Дьячкова Л.Ю.

ХОЛЕСТАЗ БЕРЕМЕННЫХ.

Научный руководитель — проф. Моногарова Н.Е.

Цель. Изучение причины возникновения, вариантов течения патологии, её клинические проявления, диагностика, лечение и прогноз.

Материалы и методы. В процессе работы были проанализированы отечественные и зарубежные издания, посвященные данной проблеме.

Результаты. В связи с повышенным содержанием эстрогенов у беременных, на почве генетически обусловленного дефекта их метаболизма, развивается внутрипечёночный холестаз. Заболевание связано с недостаточной экскрецией желчных кислот из печени. Причиной развития данной патологии может быть дефект гена MDR3, ответственного за перенесение фосфолипидов в желчные ходы. Патология возникает у 0,2-2,1% беременных, чаще всего в III триместре. В расширенных капиллярах отмечается очаговый холестаз с желчными тромбами с отложением желчного пигмента в печёночных клетках. При этом отсутствуют какие-либо морфологические признаки воспаления и некроза, дольки структурны.

Клинически патология проявляется кожным зудом, желтушность склер и кожных покровов, обесцвечиванием кала, потемнением мочи, диспепсическими явлениями, болью в правом подреберье, эритемой ладоней, на коже сосудистыми звёздочками и следами расчёсов. Гепато- и спленомегалия не наблюдаются. В биохимическом анализе крови определяется гипербилирубинемия за счёт прямой фракции, повышение желчных кислот, холестерина, фосфолипидов, триглицеридов. Трансаминазы остаются в пределах нормальных референтных показателей. На фоне нарушения всасывания витамина К происходит снижение тромбина.

В лечении используют препараты урсоедеоксифолиевой кислоты (урсофальк – 3 капсулы после ужина однократно), холестирамину, уменьшающему зуд, парентеральное введение витаминов А, Д, Е, К.

Выводы. Не смотря на выраженную клиническую картину, прогноз для беременных благоприятный: регресс симптоматики в течении 7-15 дней после родоразрешения. В случае неблагоприятного исхода не исключены синдром задержки развития плода, выкидыш, преждевременные роды (около 31%), послеродовые кровотечения (связанные с нарушением белково-синтезирующей функции печени), плацентарная недостаточность различной степени тяжести. Нельзя исключить и перинатальную смертность, которая встречается у 10-12% рожениц. Холелитиаз также не исключён после родоразрешения. Возможен рецидив внутрипечёночного холестаза в последующих беременностях.

Дьячкова Л.Ю.

**РАЗВИТИЕ ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛЯМСИИ И HELLP-СИНДРОМА У
БЕРЕМЕННЫХ, ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПЕЧЕНЬ.**

Научный руководитель — проф. Моногарова Н.Е.

Цель. Изучение причин развития патологии, клинические проявления, диагностика и лечение.

Материалы и методы. В процессе работы были проанализированы отечественные и зарубежные издания по акушерству и гастроэнтерологии.

Результаты. Во время возникновения тяжёлой преэкламсии происходит спазмом артерий из-за повышенной их чувствительности к эндогенным вазопрессорам и катехоламинам. Развивается ишемия в следствии отложения тромбоцитов и фибрина. Данная ишемия может привести к кровоизлияниям и некрозу. Для преэкламсии характерны артериальная гипертензия, отёки и протеинурия, поражение печени. Симптомами поражения являются: боль в правом подреберье, иктеричность кожных покровов и склер (42%), гипербилирубинемия, увеличение активности АЛТ и АСТ в сыворотке крови, появление уробелиногена в моче. Признаком перехода преэкламсии в экламию является возникновение судорог. В последующем может развиваться HELLP-синдром, который сопровождается гемолизом эритроцитов, повышением активности печёночных ферментов в крови, тромбоцитопенией. Увеличивается агрегация тромбоцитов с вовлечением волокон коллагена, фибрина, системы комплимента с образованием микротромба, приводящее к фибринолизу, а затем и к развитию ДВС-синдрома. Это аутоиммунный механизм повреждения эндотелия.

Клинически данное осложнение проявляется головной болью, диспепсией, болью в эпигастральной области и правом подреберье, субиктеричностью склер и кожных покровов, наличие кровоизлияний в местах инъекций (вплоть до обширных гематом), гепатомегалией, судорогами, заканчивающихся комой. В биохимическом анализе крови: тромбоцитопения, гипербилирубинемия, гемолитическая анемия. В коагулограмме: снижение содержания фибриногена, протромбина, антитромбина, увеличение активности АЛТ и АСТ, лактатдегидрогеназы, положительный D-димер тест, в моче протенурия.

Если шейка матки подготовлена, предусмотрено экстренное родоразрешение естественным путём. При неподготовленных родовых путях — кесарево сечение.

При наличии HELLP-синдрома без осложнений возможна пролонгация беременности до естественного родоразрешения. Также показан экстракорпоральный метод очищения крови – плазмоферез. Используется трансфузия тромбоцитарной массы, введение антитромбина, глюкокортикоидов. HELLP-синдром может привести к ДВС-синдрому, отслойки плаценты, ОПН, отёку лёгких, субкапсулярной гематоме печени.

Выводы. Материнская смертность при HELLP-синдроме составляет 1,6-5,2%, перинатальная — 12-61%. Проявление синдрома развивается в течении 1-2 суток после родов. При благоприятном исходе происходит быстрый регресс симптоматики. Риск рецидива при последующих беременностях составляет лишь 5%.

Михеева Н. Л., Цирковская Е.Р., Зейналова А.А., Ищенко Т.А.

РОЛЬ В-ТИПА НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Научный руководитель - проф. Моногарова Н. Е.

Пациенты с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) имеют более высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Определение уровня натрийуретических пептидов необходимо для ранней диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, выявления риска и тактики лечения.

Цель: Изучение роли натрийуретических пептидов при ХОБЛ.

Материалы и методы: Современные источники зарубежной и отечественной литературы.

Результаты: Были изучены результаты 31 исследования. Было выявлено, что уровень натрийуретических пептидов был ниже в стадии ремиссии ХОБЛ, чем в стадии обострения и значительно увеличивался с сопутствующей систолической дисфункцией левого желудочка или легочным сердцем. Однако уровень пептидов был повышен при заболеваниях сердечно-сосудистой системы вне зависимости от наличия сопутствующей патологии легочной системы. Уровни натрийуретических пептидов зависели от показателей давления в лёгочной артерии и фракции выброса левого желудочка, но на них не влиял уровень сатурации кислородом. Повышение уровня пептидов позволяет предсказать возможные неблагоприятные исходы на ранних стадиях, но прямая связь с уровнем смертности не была установлена.

Выводы. Уровень натрийуретического пептида часто увеличивается у пациентов с ХОБЛ. Дополнительное повышение пептида во время обострений, вероятно, является маркером как острого напряжения, так и основного сердечно-легочного заболевания: у некоторых пациентов является эффективным стресс-тестом и предвестником будущих неблагоприятных событий. Баланс этих патофизиологических аномалий среди популяций неясен. Показатели уровня натрийуретического пептида позволяют отразить различные аспекты деятельности сердечно-сосудистой системы, но не стоит опираться исключительно на полученные значения, изменение уровня пептида в организме пациента при различных патологиях требует дальнейшего изучения.

Савчук А.А., Добрыднева А.М., Самедова З.А., Бойко Е.Ю.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Научный руководитель - проф. Моногарова Н. Е.

Цель: описать клинический случай интерстициального поражения легких при системной склеродермии.

Материалы и методы: Пациентка поступила с жалобами на сухой кашель, одышку при физической нагрузке. Жалобы появились с декабря 2015 г. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над легкими перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое с обеих сторон. ЧДД - 20 в мин. Тоны сердца приглушены, деятельность сердца аритмична. ЧСС - 80/ мин. АД 130/80 мм. рт. ст.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты: Данные лабораторных исследований: общий анализ крови от 2.08.16. – ускоренная СОЭ. По результатам КТ ОГК от 2.08.16 диффузный интерстициальный процесс с буллезной трансформацией. 9.08.16 г была выполнена видеоассистированная миниторакотомия справа, биопсия легкого.

Гистологическое заключение: в ткани легкого картина хронического бронхита с обострением по типу катарального с перибронхиальным периваскулярным склерозом, участками плоскоклеточной метаплазии бронхиального эпителия, очагами эмфиземы, резкой деформацией бронхов, наличие бронхоэктазов.

Выставлен диагноз: Идиопатический легочный фиброз, подострое течение, ДН2. СКТ ОГК от 25.01.2017. По сравнению с исследованием от 26.10.16 отмечается следующая динамика: увеличилась интенсивность альвеолярной инфильтрации в базальных отделах нижней доли левого легкого.

Количество мелких очагов уменьшилось. На всем протяжении множественные тонкостенные воздушные полости от 0,2 см-2 см. На верхушках, в базальных отделах обоих легких и по ходу главной междолевой щели справа – участки пневмофиброза с наличием в базальных отделах справа обызвествления размерами 1,3×0,6см. Данные спирографии и бодиплетизмографии от 25.01.17. -умеренные нарушения вентиляционной способности легких по обструктивному типу, нарушение бронхиальной проходимости на уровне бронхов среднего калибра, резкое – на уровне бронхов мелкого калибра. Ig E общий – 50,46.

Профиль ANCA – аутоантитела класса Ig G к протеиназе 3. 2.03.17 было выполнено иммунологическое исследование: обнаружены аутоантитела класса IgG к нативному антигену SS-B и слабый сигнал аутоантител к высокоочищенной нативной двуспиральной ДНК.

Динамика КТ: увеличилась выраженность интерстициальных изменений в базальных отделах нижней доли левого легкого, уменьшилось количество мелких очагов. Динамика спирографии и бодиплетизмографии: значительное ухудшение бронхиальной проходимости на уровне бронхов мелкого калибра. Отмечается снижение общей емкости легких (85,7%).

Выводы: в данном клиническом примере отражены особенности течения и трудности диагностики интерстициального поражения легких при системной склеродермии.

Цирковская Е.Р., Михеева Н.Л., Семендяева А.В., Гуторка В.В.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ СПОРАДИЧЕСКОГО ЛИМФАНГИОЛЕЙОМИОМАТОЗА

Научный руководитель - проф. Моногарова Н. Е.

Цель: Изучить этиопатогенез спорадического лимфангиолейомиоматоза для анализа обоснованности применения в лечении данного заболевания ингибиторов mTOR.

Материалы и методы: В процессе работы были проанализированы оригинальные отечественные и зарубежные источники информации за 2000-2015 гг., результаты исследований Department of Medical Oncology, Fox Chase Cancer Center, в котором приняло участие 24 пациента со спорадическим лимфангиолейомиоматозом (ЛАМ) и лимфангиолейомиоматозом, ассоциированным с туберозным склерозом (ЛАМ-ТС).

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты: По данным Европейского респираторного общества за 2010 год, распространённость ЛАМ составляет 1 случай на 400 тыс. взрослых женщин и в 30-40% случаев встречается у лиц, страдающих туберозным склерозом. В связи с подобным характером распределения, принято выделять спорадический ЛАМ и ЛАМ ассоциированный с ТС (ЛАМ-ТС).

ЛАМ-ТС развивается из-за мутаций в генах TSC1 и TSC2, локализованных в участке 34 длинного плеча 9 и участке короткого 13 плеча 16 хромосомы соответственно. Данные гены кодируют комплекс белков туберин-гамартин. Их дефицит запускает фосфорилирование белков *s6* и *eIF4E*, что приводит в действие трансляцию ферментативной киназы mammalian target of rapamycin (mTOR). Активация mTOR приводит к нерегулируемому клеточному росту, что обуславливает клинику туберозного склероза и присоединение к данному заболеванию клиники ЛАМ.

В исследовании, проведённом на базе Fox Chase Cancer Center, у 54% пациентов со спорадическим ЛАМ были обнаружены утраты гетерозиготности локуса в гене TSC2 в клетках почек и лёгких, что указывает на единый механизм развития спорадического ЛАМ и ЛАМ-ТС, с той разницей, что при ТС мутации в генах TSC обнаруживаются в эмбриональной линии.

ЛАМ-ассоциированные клетки продуцируют протеиназу катепсин К и матриксные металлопротеиназы (ММП-2, ММП-14), разрушающие белки внеклеточного матрикса, что приводит к формированию кист, развитию хило- и пневмоторакса.

Выводы: спорадический ЛАМ в основе своего этиопатогенеза имеет соматические мутации в аллелях генов TSC1 и TSC2 (чаще), однако данные генные поломки не наследуются, в отличие от ЛАМ-ТС, а возникают после зачатия. Т.к. в основе развития спорадического ЛАМ лежат генетические поломки, приводящие к неконтролируемой экспрессии mTOR, то применение ингибиторов mTOR обосновано в терапии пациентов со спорадическим ЛАМ на том же уровне, что и у пациентов с ЛАМ-ТС.

Шаннани М.Н., Швороб Д.С.

АМИЛОИДОЗ СЕРДЦА

Научный руководитель – доц. Крюк М.А.

Цель. Обозначить особенности патогенеза, клинического течения, методов лечения амилоидоза сердца путем комплексного качественного и количественного анализа особенностей миокарда.

Материалы и методы. Проведен аналитический обзор литературы, описывающей особенности течения амилоидоза сердца, его лечения. Проведен математический анализ заболеваемости и верной диагностики данного заболевания на территории РФ.

Результаты. Амилоидоз — системный процесс, связанный с нарушением белкового и углеводного обмена, характеризующийся внеклеточным отложением сложного гликопротеида – амилоида. Наиболее часто встречающиеся виды амилоида: AL (первичный) из легких цепей иммуноглобулинов; AA из сывороточного амилоида А; ATTR из мутантной формы транстиретина. Отложение амилоида в сердце чаще всего встречается при AL-типе амилоидоза.

Заболеваемость системным амилоидозом – 9 случаев на 1 млн населения в год, поражение сердца наблюдается у 82% больных (n=40), застойная сердечная

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

недостаточность – у 23% (n=229). Диагноз «амилоидоз сердца» почти всегда выставляется на аутопсии. В РФ чаще ставится диагноз «кардиомиопатия» на основе клинической картины заболевания.

Амилоид откладывается в интерстиции миокарда, клапанах сердца и периваскулярно. Развивается концентрическое утолщение миокарда, различные нарушения ритма, дистрофия, атрофия и ишемия, инициирующая разрастание соединительной ткани, что ведет к нарушению диастолического наполнения и клинически выражается как рестриктивная кардиомиопатия. Повышение конечного диастолического давления вызывает дилатацию предсердий, что обуславливает сердечную недостаточность. Также фибриллы амилоида индуцируют развитие оксидативного стресса, снижающего сократительную способность миокарда.

Симптоматика амилоидоза сердца представлена картиной рестриктивной кардиомиопатии.

Единственный патогномичный признак амилоидоза - обнаружение амилоида в биоптате при окрашивании конго-красным и его иммуногистохимическое типирование. Эндомиокардиальная биопсия показана при невозможности поставить точный диагноз на основании менее инвазивных методов (ЭКГ, эхо-КГ, сцинтиграфия, МРТ).

В лечении амилоидоза сердца эффективно назначение высоких доз мельфалана в сочетании с трансплантацией стволовых клеток. Трансплантация печени при системном амилоидозе удаляет источник мутантного TTR.

Выводы. Возникающие у клиницистов трудности относительно правильной диагностики амилоидоза сердца требуют детального анализа для создания математической модели прогнозирования, что позволит обосновать внедрение специальных методов выявления амилоидных белков и прогрессивных методов лечения на территории Донбасса и Российской Федерации.

**Оренбургский государственный медицинский университет,
г.Оренбург, Россия**

**Кафедра факультетской терапии и эндокринологии
Зав. кафедрой - д.м.н. Сайфутдинов Р.И.**

Л.И. Лихоград, Е.С. Уколов,

ХРОНИЧЕСКИЙ МИЕЛОЛЕЙКОЗ - РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ

Научный руководитель – доц. Кучма Г.Б.

Цель: проанализировать результаты терапии пациентов с ХМЛ по данным регистра Оренбургской области.

Материалы и методы: В Оренбургской области на январь 2018 134 пациента страдают ХМЛ и состоят в регистре, из них мужчин – женщин - возраст пациентов от 22 до 81 года (медиана 59 лет). Давность заболевания от 1 месяца до 22 лет (медиана 8,5 лет). ХМЛ у всех пациентов диагностирован цитогенетическим и/или молекулярным методами. терапию ИТК 1-го поколения получали 78% пациентов, ИТК 2-го поколения 16%, гидроксикарбамидами – 5%, трансплантация костного мозга выполнена 1%.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты: Из 125 пациентов, получающих ИТК оценка ответа проведена у 106, длительностью приема препаратов более 2 лет. Полный цитогенетический ответ (ПЦО) и полный молекулярный ответ (ПМО) получен у 37 пациентов (35%), ПЦО и большой молекулярный ответ (БМО) – у 40 (38%), отсутствует ЦО и МО - у 11 (10%) пациентов, частичный цитогенетический ответ (ЧЦО) – 7 (6,5%), минимальный цитогенетический ответ – 7 (6,5%), нет ответа – 4 (4%). Терапию иматинибом (1-ая линия) получают 100 (78%) пациентов. Оценка ответа на терапию проведена 89 пациентам, из них ПЦО и ПМО – у 31 (35%), ПЦО и БМО – у 33 (37%), ЧЦО, нет МО - 4 (4,5%), ПЦО, нет МО – 12 (13,5%), мин ЦО, нет МО – 3 (3%), ЦО и МО отсутствует – у 6 пациентов (7%). Продолжительность жизни 5-10 лет имели 65% пациентов, из них более 10 лет – 27%. Оценка ответа на терапию иматинибом по литературным данным проведена 204 пациентам, из них ПЦО и ПМО – 78%, ПЦО и БМО – у 50 %. Продолжительность жизни 5-10 лет имели 82 % пациентов, из них более 10 лет – 63 %.

Выводы: продемонстрированы высокие показатели 10 летней выживаемости у больных ХМЛ, начавших терапию ИТК. На сегодняшний день основной причиной смерти у больных ХМЛ остается прогрессирование до стадии бластного криза (70%). Необходимым условием для уменьшения риска прогрессирования является наличие оптимального ответа на терапию. При этом полученные результаты свидетельствуют в пользу важности раннего назначения ИТК при неудаче терапии для наиболее оптимальных исходов лечения у пациентов с ХМЛ во всех фазах.

ПЕДИАТРИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР

Кафедра педиатрии

Зав. кафедрой – проф. Е.В.Прохоров

Берковченко Э.В., Нарижный М.Ю., Ратуш А.В.

ВЛИЯНИЕ ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ)

Научный руководитель - доц. И.М.Островский

Известно пагубное влияние курения, особенно пассивного, на состояние здоровья детей. К сожалению, многие родители, в частности, родители подростков, курят дома, ставя здоровье потомков в зависимость от своих дурных привычек.

Цель. уяснить влияние пассивного курения на состояние здоровья подростков.

Результаты. О курении в помещении сообщает 71 респондент ($43,3 \pm 3,87\%$), причем часто и периодически курят в 43-х домах ($30,5 \pm 3,59\%$).

В некурящих семьях подростки без каких-либо жалоб составляют 26,6%, тогда как в курящих домах таких не оказалось вообще! Так же достоверно чаще пассивно курящие дети предъявляют неврологические жалобы ($86,1 \pm 5,28\%$ против $65,9 \pm 4,89\%$, $p < 0,05$).

Установлено статистически значимое различие в частоте острых респираторных (простудных) заболеваний. Среди детей из некурящих семей 19 человек переносят простудные заболевания чаще 3-х раз в году, что составляет $20,2 \pm 4,14\%$, тогда как из числа «пассивно курящих» чаще 3-х раз в году болеют 16 детей ($37,2 \pm 7,37\%$, $p < 0,05$).

Статистическую достоверную разницу продемонстрировала еще одна позиция, наличие которой не связано именно с курением, но, как и курение, эта позиция отражает медицинскую неграмотность родителей. Так, из «пассивно курящих» детей $51,2 \pm 7,62\%$ перенесли паразитарные болезни (вшивость и/или чесотку и/или глистную инвазию), тогда как среди некурящих таких оказалось в два раза меньше - $27,7 \pm 4,61\%$, $p < 0,01$.

В 60 анкетах освещена профессия родителей. На удивление оказалось, что среди 29 курящих дома больше половины – родители с высшим образованием, а 8 – вообще врачи! Кроме того, в этих семьях шестеро детей сами «курят» или «покуривают». У курящих подростков процент «безотцовщины» в два раза выше, чем у всех опрошенных.

Выводы. Как и ожидалось, курение, в том числе пассивное, пагубно влияет на состояние здоровья подрастающего поколения. Такие дети чаще болеют простудными заболеваниями и страдают неврологическими расстройствами. В курящих семьях медицинская грамотность родителей на низком уровне, что наносит вред здоровью детей и поэтому требует особого внимания педиатрической участковой службы.

Лу О.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ (ПО ДАННЫМ РДКБ)

Научный руководитель - доц. И.М.Островский

Как показывает практика работы РДКБ, дифференциальная диагностика обструктивного бронхита и бронхиальной астмы (БА) традиционно представляет трудности для практических врачей первичного звена здравоохранения республики. Крайне редко в клинику попадают дети с установленным по месту жительства диагнозом «Бронхиальная астма». Большинство детей направляются с диагнозами «Обструктивный бронхит», «Рецидивирующий обструктивный бронхит» или «Рецидивирующий бронхообструктивный синдром». В редком случае, больной направляется в клинику с диагнозом «Бронхиальная астма?»

Цель. изучить качество диагностики БА у детей.

Материалы и методы. Истории болезни детей, поступивших в РДКБ в связи с бронхиальной обструкцией (БО).

Результаты. Изучены истории болезни 96 пациентов в возрасте до 8-ми лет, поступивших в РДКБ за шесть месяцев 2017 года в связи с наличием бронхообструктивного синдрома (БОС).

80 больных страдают БА, причем у 72-х диагноз был установлен в РДКБ (в последнюю госпитализацию – у 37, ранее – у 35); 15 больных направлены с диагнозом рецидивирующий БОС.

Средний возраст детей с впервые установленным диагнозом БА - 4 г 8 мес.

Планово (для коррекции терапии, установления диагноза) поступили 57 пациентов, 23 поступили выраженными явлениями БО.

В связи с обструкцией дети получали однотипный комплекс терапии: ингаляции через небулайзер беродуала и пульмикорта в возрастных дозах 2-3 раза в день, массаж грудной клетки, физиопроцедуры. В обсуждаемой группе пациентов необходимости в подключении системных стероидов, тем более эуфиллина, не потребовалось.

Среди 72-х историй болезни детей, которым диагноз БА был установлен в клинике, только в 12-ти случаях (16,7%) можно констатировать своевременность направления пациентов в РДКБ, во всех остальных случаях наблюдалась пролонгация постановки диагноза БА педиатрами периферического звена.

Сказанное иллюстрируют три примера:

1. Даниил З., БОС рецидивирует с 2-х лет, 5-6 эпизодов в год, диагноз установлен в клинике в 8 лет!
2. Иван Н., БОС рецидивирует с 5-ти месяцев, диагноз установлен в клинике в 7 лет!
3. София Г., 6 лет 9 мес. За предшествующие 2 года – 6 эпизодов БО, диагноза нет!

Выводы. БА – это не тот диагноз, который можно установить только в Донецке. Для постановки диагноза в большинстве случаев достаточно анамнестических и объективных данных. Нерешительность в постановке диагноза, желание перестраховаться консультацией в клинике, или, что еще хуже, неграмотность, приводит к отсрочке

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

назначения базисной терапии и, как следствие, увеличению страданий ребенка и расширению круга значимых аллергенов.

Нарижский М.Ю. Ратуш А.В.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ)

Научный руководитель - доц. И.М.Островский

Здоровые дети – здоровая нация. Состояние здоровья подрастающего поколения – важный показатель благополучия общества и государства, отражающий не только настоящую ситуацию, но и прогноз на будущее.

Цель. определить реальное состояние здоровья детей подросткового возраста, проживающих в большом городе, и выработать рекомендации для медиков первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы. Объект исследования - дети 14 – 17-ти лет. Метод - опрос родителей анкетой, содержащей 20 вопросов и 94 варианта ответов. При статистической обработке результатов определяли показатель доли, ошибку выборочной доли. Полученные данные сравнивали с аналогичными результатами анкетирования детей всех возрастов в 2016 году. Достоверность разницы определяли с помощью *t*-критерия Стьюдента.

Результаты. Проанализированы результаты анкетирования 164 родителей подростков (105 анкет опроса 2016 года плюс дополнительно еще 59 анкет в 2017 году). 79 анкет (48,5±3,91%) содержат информацию об аллергических реакциях у детей после года, причем 64 (39,0±3,81%) имели проявления аллергии чаще одного раза, а 19 (11,6±2,50%) – частые и постоянные аллергические реакции. Показатель распространенности аллергии (по нашим предыдущим данным) оказался достоверно большим 67,9±1,99% ($p<0,001$). Это указывает на то, что среди младших детей аллергиков больше, т.е. распространенность аллергии продолжает увеличиваться.

Простудными заболеваниями болеют менее 3-х раз в году 117 детей (71,9±3,51%), 38 (23,2±3,21%) болеют 3-5 раз в году, а 9 (5,5±1,78%) – простуживаются за год шесть и более раз.

34 человека (20,7±3,17%) часто болеют бактериальными инфекциями (бронхиты, пневмонии, ангины и кишечные инфекции).

Различные жалобы предъявляют 128 детей - (117 – неврологические, 25 – кардиологические, 120 – гастроэнтерологические, 20 – другие), без жалоб оказалось только 36 подростков (21,9±3,23%).

Среди опрошенных не оказалось ни одного ребенка первой группы здоровья (без жалоб, не состоящих на диспансерном учете, не аллергиков, не часто болеющих)!

Состояние здоровья детей с возрастом закономерно ухудшается. Так, подростки достоверно чаще, чем в общей популяции, предъявляют жалобы на здоровье (78,1±3,23 против 56,8±3,23, $p<0,001$).

Выводы. Ухудшение состояния здоровья детей с возрастом, в частности, рост числа аллергиков и детей с различными жалобами, свидетельствует о необходимости уделять повышенное внимание подросткам. Представляется значимым для улучшения

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

наблюдения за детьми 14-17 лет возродить должность подросткового врача, т.к. этот возраст (уже и не дети, но еще и не взрослые) – требует особого подхода и внимания.

Ратуш А.В., Нарижный М.Ю.

ВЛИЯНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ)

Научный руководитель - доц. И.М.Островский

Естественное вскармливание наиболее физиологично и преимущества его несомненны. Отсутствие грудного вскармливания не только нарушает формирование адекватного иммунного ответа ребёнка, что само по себе способствует возникновению аллергических реакций, но и приводит к раннему и/или продолжительному контакту с высокоаллергенным продуктом – коровьим молоком.

Цель. определить влияние естественного вскармливания на состояние здоровья детей подросткового возраста, проживающих в большом городе.

Материалы и методы. Объект исследования - дети 14 – 17-ти лет. Метод исследования - анкетирование родителей. При статистической обработке результатов определяли показатель доли, ошибку выборочной доли. Полученные данные сравнивали с аналогичными результатами анкетирования детей всех возрастов в 2016 году. Достоверность разницы сравниваемых показателей определяли с помощью *t*-критерия Стьюдента.

Результаты. Проанализированы результаты опроса 164 родителей подростков (105 анкет опроса 2016 года плюс дополнительно еще 59 анкет в 2017 году).

Как показали результаты опроса, более половины детей (56,1%) вскармливались грудным молоком менее 6-ти месяцев; 34,8% менее, чем 3 месяца; 17,1% детей получали грудь матери менее месяца, а 7,3% вообще не прикладывались к материнской груди. Понятно, что полученные данные отражают отношение родителей к естественному вскармливанию 14-17 лет назад. Соответствующие цифры по выборке из всех возрастов составляют 47,7%, 31,0%, 8,8%, 6,5% (далее цифры из предыдущего исследования приведены в скобках).

Свыше 12-ти месяцев кормили детей грудным молоком 26,2% матерей (31,0%), а 12,2% (11,0%) мам продолжали кормить детей и после полутора лет.

Среди детей, не получавших грудное молоко, аллергические реакции возникали в 75,0±13,01% (67,6%) случаев. С увеличением сроков грудного вскармливания частота развития аллергических реакций обратно пропорционально достоверно уменьшалась, достигая цифры 42,9±8,36% (50,8%) у вскармливавшихся 3 - 6 месяцев и 39,1±10,41% (43,5%) у вскармливавшихся от 12 до 18 месяцев.

У детей, получавших грудное молоко более полутора лет, аллергические реакции возникали уже в 45,0% (57,1±6,23%) случаев, что еще раз подчёркивает неэффективность продолжения грудного кормления после полутора лет.

Выводы. В последние годы наметились положительные тенденции в отношении родителей к грудному вскармливанию. Характер вскармливания является важнейшим средовым фактором, способствующим реализации генетической предрасположенности к

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

аллергозам. Следует рекомендовать грудное молоко детям до полутора лет, но не более того.

Рябченко А.А., Нарижный М.Ю., Ратуш А.В.

КОМПЬЮТЕР И ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ)

Научный руководитель - доц. И.М.Островский

С каждым годом состояние здоровья детей значительно ухудшается. По данным исследований, лишь 10% выпускников школ могут считаться здоровыми, тогда как 40% имеют различную хроническую патологию.

Нынешнее поколение воспринимает технику, и компьютеры в том числе, как нечто обыденное, давно известное и привычное. Современные дети много времени проводят возле оргтехники. По данным предыдущего анкетирования дети смотрят телевизор с 8 месяцев, играют в компьютер с 9 месяцев, в телефон – с 2-х лет. В среднем дети проводят у компьютера от 47 минут (в 2-3 года) до 3-х часов в день (подростки). Чрезмерное увлечение компьютерными играми накладывают определенный отпечаток на развитие личности современного ребенка. Наибольший вред, без сомнения, приносит длительное времяпровождение у компьютера. Негативным последствием этого процесса является возникновение компьютерной зависимости.

Цель. оценить реальное времяпровождения подростков у компьютера и его влияние на состояние их здоровья.

Материалы и методы. Объект исследования - дети 14 – 17-ти лет. Метод исследования - анкетирование родителей. При статистической обработке результатов определяли показатель доли, ошибку выборочной доли. Полученные данные сравнивали с аналогичными результатами анкетирования детей всех возрастов в 2016 году. Достоверность разницы сравниваемых показателей определяли с помощью *t*-критерия Стьюдента.

Результаты. Проанализированы результаты опроса 164 родителей подростков (105 анкет опроса 2016 года плюс дополнительно еще 59 анкет в 2017 году).

Только 16% подростков проводят у компьютера менее 5 часов в день, половина – от 5 до 10 часов, остальные – более 10 часов. Признаки зависимости, когда родители отмечают время у компьютера как «все свободное» или «сутками» и т.п. выявлены у 11% детей. Среднее время пребывания у компьютера – 6 часов 20 минут!

«Неврологические» жалобы выявлены у 68,5% детей, проводящих у компьютера менее 10 часов, и у 79,3% из тех, кто засиживается более 10 часов. Количество неврологических жалоб в среднем на подростка – 1,72 у сидящих менее 5 часов, 2,62 у сидящих от 5 до 10 часов и 3,21 у «зависимых».

Выборка оказалась недостаточной для получения статистически значимых результатов.

Выводы. Подростки проводят у компьютера почти все свободное время, что негативно сказывается на их здоровье, а каждый десятый ребенок уже проявляет признаки компьютерной зависимости. Следует ограничивать время пребывания у компьютера с того момента, когда ребенок с ним только знакомится, чтобы привить навыки здорового общения с техникой.

Токарева М.А.

КОМОРБИДНОСТЬ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Научный руководитель - доц. Челпан Л.Л.

Частота развития расстройств депрессивного спектра у больных ревматическими заболеваниями значительно превышает общепопуляционный уровень. Депрессивные расстройства встречаются и у детей, в том числе с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА), которые могут сочетаться с основным заболеванием, а так же проявляться на фоне медикаментозной терапии.

Цель. Изучить частоту развития расстройств депрессивного спектра у детей с ювенильным идиопатическим артритом.

Материалы и методы. В исследование было включено 17 детей, в возрасте от 8 до 17 лет, находившихся на лечении в Республиканской детской клинической больнице (РДКБ), из них преобладали девочки 94%. Системный вариант ЮИА диагностирован у 6% больных, суставная форма - у 94%. Длительность заболевания варьировала от 1 месяца до 3,5 лет (средняя длительность $2,1 \pm 0,5$ года). Использовалась методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунга, в адаптации Т.И.Балашовой. Версия опросника состоит из 20 утверждений, содержащих определённые симптомы депрессии. Проводился корреляционный анализ выявленных депрессивных нарушений с клиническими проявлениями и длительностью заболевания.

Результаты. При оценке выраженности депрессивных расстройств было показано, что у 12 % детей диагностировано состояние без депрессии, у 50 % депрессия легкой степени, у 31 % субдепрессивное состояние (маскированная депрессия), у 7 % диагностировано истинное депрессивное состояние. При оценке статистических данных была выявлена прямая корреляционная связь средней силы между длительностью заболевания и степенью тяжести депрессии, которая является статистически значимой ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, депрессивные расстройства при ЮИА широко распространены. На тяжесть депрессивных расстройств, влияет длительность заболевания. Наличие депрессии существенно ухудшает клинические проявления и динамику ЮИА. Установлено, что заболевание проявляется более выраженным болевым синдромом, большим количеством вовлеченных в воспалительный процесс суставов, более выраженной степенью функциональной недостаточности, чем у больных без депрессивных расстройств. По этому, в ведении пациентов с ЮИА следует учитывать коморбидное состояние, в частности, наличие и степень тяжести депрессивных расстройств.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР
Кафедра педиатрии и детских инфекций
Зав. кафедрой – проф. Кучеренко Н.П.

Захарова Л.А., Карпенко Д.А.

**ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЙ ПЕРИОД И АЛГОРИТМ НАБЛЮДЕНИЯ
ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В**

Научный руководитель – проф. Бобровицкая А.И.

Цель. изучение особенностей поствакцинального периода у детей раннего возраста, вакцинированных против вирусного гепатита В и разработать алгоритм их наблюдения

Материалы и методы. Проведено ретроспективный анализ 56 амбулаторных карточек детей первого года жизни методом общей выборки за 2017 год. Дети были разделены на 2 группы: I группа (30) детей, вакцинированные Энджерикс по схеме: 0-1-6-12 мес. жизни, II - 26 детей не привитые против вирусного гепатита В.

Результаты. Катамнестическое наблюдение в течение года выявило, что вакцинированные дети болели реже в 1,6 раза по сравнению с не-вакцинированными. Особенно демонстративны различия между этими группами детей по числу заболеваний ОРВИ (3-4 раза и более в течение года). Детей, болеющих 3-4 и более раз ОРВИ среди вакцинированных, было меньше и болели реже в 3-7 раза по сравнению с невакцинированными. На первом году жизни дети, вакцинированные против вирусного гепатита В, – в 1,6 раза.

При оценке лабораторных данных у вакцинированных детей по сравнению с невакцинированными выявлено:

- наличие у 4% детей вакциноассоциированной тромбоцитопении спустя 1 - 3 недели после 1-го или 2-го тура вакцинации
- в группе вакцинированных детей наблюдались изменения в гемограмме: более выраженный сдвиг палочкоядерных нейтрофилов, ускорение СОЭ, уменьшение количества тромбоцитов, что наряду с этим не выходило за пределы возрастной нормы.

При изучении специфической противоинойфекционной защиты у вакцинированных детей было установлено, что хорошая специфическая противоинойфекционная защита выявлена у 28,5% детей (анти - HBs – 353,6±0,99 мМЕ/мл), умеренная – у 45,9% (анти - HBs – 159,77±0,66 мМЕ/мл.), минимально необходимый уровень для иммунной защиты – у 25,6% (анти - HBs – 42,28 ±0,99 мМЕ/мл.). Однако, даже при низком титре анти-HBs <10 мМЕ/мл. дети имеют достаточную специфическую противоинойфекционную защиту – клетки «памяти» способны реагировать на инфекционный агент.

Следовательно, клиничко-лабораторные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения особенностей течения поствакцинального периода у детей, вакцинированных против гепатита В, а также уточнения показаний и противопоказаний к вакцинации детей различного возраста и состояния здоровья.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

С учетом вышеизложенного предложен следующий алгоритм отбора детей для противогепатитной вакцинации, а также этапное наблюдение в поствакцинальном периоде.

Первый (1) этап – первичный дородовой патронаж осуществляется участковым педиатром в 1-ом триместре беременности с целью выявления эпидемиологических и физиологических аспектов у беременной женщины и постановки ее на учет в детской поликлинике, даются рекомендации по охранительному режиму труда и отдыха, рационального питания, создания в семье оптимальной психологической обстановки, профилактики заболеваний различного генеза и вредных привычек.

Второй (2) этап – вторичный дородовой патронаж осуществляется участковым педиатром в 3-ем триместре беременности с целью выяснения течения беременности, переносимых заболеваний, результатов обследования в генетическом центре и иммунологической лаборатории, даются рекомендации по уходу за новорожденным, принципам грудного вскармливания, необходимости и значимости вакцинопрофилактики.

Третий (3) этап - наблюдения на уровне физиологического отделения новорожденных осуществляется неонатологом для прогнозирования риска возникновения инфекционно-воспалительных заболеваний и затяжного характера непрямо́й гипербилирубинемии с использованием клинико-лабораторных критериев: клинический анализ крови определение билирубина с помощью аппарата «Билитест».

Четвертый (4) этап – наблюдение в условиях детской поликлиники в течение первого года жизни и определение участковым педиатром билирубина с помощью аппарата «Билитест» с целью ранней диагностики затяжного характера непрямо́й билирубинемии, лечения и профилактики.

Выводы. Организация наблюдения за детьми, вакцинированными и не вакцинированными против вирусного гепатита В состоит из нескольких этапов, каждый из которых имеет свои конкретные цели и задачи. При выявлении у новорожденного желтушного синдрома необходимо проводить мониторинг с целью своевременного выявления состояний, требующих дополнительных вмешательств.

Ищенко Т.А.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ И АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ПРОСТЫМИ ФОРМАМИ ОЖИРЕНИЯ

Научный руководитель - доц. Зуева Г.В.

Ожирение является причиной кардиологических (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца), эндокринных (СД 2 типа) и других заболеваний (остеоартрит), способствующие снижению качества жизни. Увеличение числа детей, страдающих ожирением, не всегда связано с внешними факторами и особенностями образа жизни (гиподинамия, нерациональное питание), но может быть обусловлено наследственными причинами.

Цель. Уточнение влияния наследственных факторов и отдельных анамнестических сведений на формирование прогрессирующих форм ожирения II-III степени у детей и подростков.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 48 детей с прогрессирующими формами ожирения II-III степени в возрасте 7-15 лет, имеющие

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

индекс массы тела (ИМТ) более 95-го перцентиля. Клиническое обследование включало антропометрию: рост, вес, определение ИМТ. Анализировали медицинскую документацию: амбулаторные карты, истории болезни.

Результаты. У детей с ожирением II степени (1-я группа) отягощенная наследственность отмечена по материнской линии у 7% пациентов, по отцовской - у 8% обследованных. Наличие ожирения у обоих родителей было у 10% детей. У детей с III степенью ожирения (2-я группа) отягощенная наследственность по материнской линии зарегистрирована у 17,3% обследованных, по отцовской — 12,6%, ожирение у обоих родителей установлено в 23,1 % случаев.

Распределение детей с учетом величины МТ при рождении показало: в 1-й группе количество детей с массой менее 2700г составило-3,1%, более 4100г — 5,2%. Во 2 группе выявлено увеличение числа детей с высокой МТ при рождении — 24,2 %. Полученные результаты свидетельствуют о преобладании детей с крупной МТ при рождении среди пациентов с ожирением III степени. Средний возраст начала избыточной прибавки массы тела составил $5,6 \pm 3,3$ года для детей 1 группы и $6,3 \pm 3,8$ года во 2 группе.

По данным анамнеза прибавка МТ за год, предшествующий настоящему обследованию составила в 1-й группе $9,2 \pm 4,3$ кг, во 2-й группе $11,4 \pm 6,5$ кг. Данные показатели превышают известные нормативы по динамике прироста массы тела за год, согласно которым в младшем школьном возрасте (7-11 лет) средняя прибавка в массе тела составила 2,6 кг и в старшем школьном возрасте (12-15 лет)- 4,5 кг.

Выводы. Таким образом, в семьях тучных детей отягощенная наследственность по ожирению регистрировалась более чем в половине случаев, что является дополнительным подтверждением причастности наследственных механизмов к реализации данной патологии.

Распределение обследованных детей с учетом величины МТ при рождении показало статистически значимое преобладание детей, родившихся с крупной МТ более 4100г, 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, 9,2-11,4 кг; отмечена тенденция к увеличению числа детей с прибавкой массы тела более 15 кг за год при III степени ожирения.

Колос А.С., Ли О.В., Пономаренко Т.В.

ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель - доц. Голосной Э.В.

Цель. Определить наиболее часто встречаемые формы энтеровирусной инфекции (ЭВИ), определить тактику ведения пациентов.

Материалы. Проанализированы 43 истории болезней детей, госпитализированных в инфекционные отделения ЦГКБ№1 г. Донецка с диагнозом ЭВИ, с 2013 по 2017.

Результаты. Согласно данных регистрируемых случаев заболеваемости с 2013 по 2017г. можно определить, что большее количество заболевших ЭВИ приходится на осенне-летний период 76%. В возрастных категориях наиболее высокий уровень заболеваемости приходится на возраст 7-17 лет. Где составляет 40% от всей

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

заболеваемости ЭВИ, в других возрастных категориях - 4-6 лет (36%), 1-3 года (22%), от 0 до 1 года (2%).

Серозный менингит наблюдался в 66% случаев и начинался, как правило, остро с повышения температуры тела (до 39-40°C) и симптомов общей интоксикации. К концу первого или на второй день болезни появлялись четко выраженные менингеальные симптомы (сильная головная боль, ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского). Цереброспинальная жидкость вытекала под давлением, прозрачная, цитоз 200-300 в 1 мкл, нейтрофилов до 50%, содержание сахара и хлоридов нормальное. У некоторых больных отмечается вторая волна лихорадки. Герпангина наблюдалась в 12% случаев и заболевание начинается остро, быстро повышалась температура тела до 39-40°C, однако общее состояние больных оставалось удовлетворительным. Лихорадка длилась 2-5 дней. Боли в горле были выражены умеренно или отсутствовали. Характерны изменения зева: на фоне умеренно гиперемированной слизистой оболочки зева появлялись единичные (от 1 до 20) четко отграниченные элементы, которые иногда были представлены в виде небольших папул (1-2 мм в диаметре), затем они превращались в пузырьки (до 5 мм), наполненные прозрачной жидкостью. Пузырьки быстро лопались, и на их месте возникали поверхностные изъязвления, покрытые сероватым налетом и окруженные узким венчиком гиперемированной слизистой оболочки. Отдельные язвочки могли сливаться, образуя более обширные дефекты (до 7 мм). Расположены они на передних дужках, реже на небе, язычке, небных миндалинах. К 4-7-му дню болезни наступало заживление дефекта слизистой оболочки без каких-либо следов.

Эпидемическая миалгия встречалась в 5%. Заболевание начиналось внезапно. Появлялся озноб, повышение температуры тела (до 39-40°C) и почти одновременно сильнейшие мышечные боли, которые локализовались в мышцах живота (в пупочной области) и в нижних отделах грудной клетки. Боль усиливалась при движении, кашле. Приступы миалгии продолжались 5-10 мин и повторялись через 30-60 мин. Лихорадка чаще длилась 2-3 дня. У половины больных отмечалась вторая волна лихорадки с новым приступом болей. Из других симптомов часто отмечают гиперемию слизистой оболочки зева, лимфаденопатию, иногда экзантему, смешанные формы - 2%.

Выводы. Согласно проведенным исследованиям мы можем сказать, что энтеровирусная инфекция наиболее часто встречалась в возрастной группе от 7 -17 лет. С преобладанием осенне-летней сезонности. Серозный менингит ведущая форма заболевания (66%) от всей структуры ЭВИ.

Оброчная А.Г.

ВЛИЯНИЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ДЕТЕЙ

Научный руководитель - доц. Зуева Г.В.

Цель. Определить влияние недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) на течение острой Эпштейн-Барр вирусной инфекции (ОЭБВИ) у детей.

Материалы и методы. Мы проанализировали истории болезней 71 пациентов, находившихся на стационарном лечении в КУ ГДКБ№2 г. Донецка во II инфекционном отделении по поводу ОЭБВИ. У всех детей НДСТ была сопутствующей патологией. Все

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

пациенты были распределены на возрастные категории: от 1 года до 3 лет – 12 пациентов, от 3 до 7 лет -36 человек, от 7 до 10 лет – 20 детей, от 10 до 15 лет – 3 ребенка. Для подтверждения диагноза ОЭБВИ были использованы иммуноферментный анализ обнаружения специфических IgM и IgG Эпштейн-Барр вируса, а так же полимеразная цепная реакция. Для определения синдрома НДСТ применяли критерии Т. Милковской-Дмитровой и А.Каркашева, учитывали так же характер стигм дизэмбриогенеза.

Результаты. Наиболее частыми стигмами дизэмбриогенеза были: деформация грудной клетки -62%, гипертелоризм и монголоидный разрез глаз- 42%, готическое небо – 32,7%, крипторхизм у 49,5% мальчиков, редкие зубы – 49,3%, узкий лоб – 38,1%, аномальная форма ушных раковин – 35,5%, дисплазия тазобедренных суставов – 12,3%, короткая шея- 7,7%, тенденция к синдактилии 2-3 пальцев ног – 2,2%.

Из висцеральных признаков наиболее часто определялись аномально расположенные хорды левого желудочка сердца (67,3%), сколиоз (59,4%), широкое пупочное кольцо (48,8%), плоскостопие (48,4), дисфункция желчевыводящих путей и деформация желчного пузыря (42,9%), дисметаболическая нефропатия (19,6%), которая проявлялась чаще всего как оксалатурия, энурез (2,4%). Степень выраженность НДСТ у 37,7% детей была минимальна, у 39,4% обследованных умеренная, максимальная – у 22,9% пациентов. Анализ клинической картины ОЭБВИ показал, что у всех больных отмечены симптомы интоксикации, изменения слизистой оболочки ротоглотки, увеличения периферических лимфатических узлов. Распространенная мелкоочечная и пятнисто-папулезная сыпь на коже была у 32,1% больных. Гепатомегалия была отмечена у 44,3% детей, а спленомегалия – у 12,3% обследованных. У 5,4% больных ОЭБВИ протекала с развитием синдрома цитолиза гепатоцитов и повышения активности трансаминаз (АЛТ) более, чем в 3 раза. Количественных изменений биохимических показателей билирубина у этих пациентов не было отмечено, что послужило основанием диагностировать паренхиматозный безжелтушный гепатит, вызванный вирусом Эпштейн-Барр. Мы сопоставили степень выраженности клинических проявлений НДСТ и форм тяжести ОЭБВИ. При наличии НДСТ I степени чаще отмечали среднетяжелая форма ОЭБВИ (у 56,2%), тяжелая – 21,1%, легкая – 22,7%. Установлено, что у пациентов с диагностированной НДСТ II степени ОЭБВИ протекала в тяжелой форме – 52,7%, среднетяжелой – 22,1%, легкой – 25,2%. При III степени НДСТ чаще всего отмечалось тяжелое или средней тяжести течение ОЭБВИ с поражением печени.

Выводы. Определено, что тяжесть острой Эпштейн-Барр вирусной инфекции находится в прямой зависимости от выраженности клинических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Оглух А.А., Бычков Д.В.

ГАЛОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель – доц. А.В. Налетов

Цель. Изучить влияние галотерапии (ГТ) на нормализацию ферментативной функции желудка у детей с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП).

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы. На базе ГДКБ №1 г. Донецка обследовано 80 детей с ХГДП, ассоциированной с *H. Pylori* (НР) в возрасте от 14 до 17 лет. Всем пациентам была проведена эффективная эрадикация инфекции НР. Пациенты были разделены на основную группу и группу сравнения. В каждую группу вошло 40 детей. Курс ГТ пациентам основной группы проведен через 1 месяц после эрадикации. ГТ проводилась в специализированной галокамере с использованием сухой солевой аэрозольтерапии. Курс состоял из 10 ежедневных сеансов, длительностью 30 минут. В группе сравнения курс ГТ не проводился. Ферментативную функцию желудка оценивали по уровню пепсиногенов (ПГ) в плазме крови. У всех пациентов при поступлении и в конце исследования были определены уровни ПГ1 и ПГ2. В группу контроля вошли 30 здоровых детей.

Результаты. Повышение концентрации ПГ в плазме крови у детей с ХГДП указывает на активацию агрессивных свойств желудочного сока. Показатели ПГ1 и ПГ2 в плазме крови у пациентов с ХГДП исходно были статистически значимо выше ($p < 0,05$) относительно группы контроля. Между основной группой и группой сравнения исходные показатели данных ферментов не имели статистически значимого отличия ($p > 0,05$).

Средние значения уровня ПГ1 в группе сравнения при контрольном исследовании составил – $119,6 \pm 6,4$ мкг/л. При изучении влияния ГТ на показатели ферментативной функции желудка установлено, что после курса ГТ в основной группе показатели ПГ1 и ПГ2 в сыворотке крови были статистически значимо ($p < 0,05$) ниже относительно детей группы сравнения. При этом, среднее значение концентрации ПГ1 у детей основной группы после проведения курса ГТ составило $83,6 \pm 5,8$ мкг/л и статистически значимо не отличалось ($p > 0,05$) от соответствующего показателя здоровых детей – $74,0 \pm 3,0$ мкг/л. Уровень ПГ2 в сыворотке крови пациентов основной группы при контрольном визите составил $17,4 \pm 0,8$ мкг/л, что было ниже относительно пациентов группы сравнения ($20,9 \pm 1,1$ мкг/л). Среднее значение ПГ2 в контрольной группе составило $11,4 \pm 0,8$ мкг/л.

Выводы. Использование ГТ в период реабилитации детей с ХГДП, после эрадикации НР способствует нормализации ферментативной функции желудка, снижая агрессивные свойства желудочного сока. Повышение концентрации ПГ в сыворотке крови у пациентов, которым не проводились реабилитационные мероприятия, может играть роль в повышении риска рецидива заболевания даже на фоне эффективной эрадикации инфекции НР.

Рябченко А.А., Ордец Н.Н.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИММУНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель - доц. Медведева В.В.

Цель. Изучить клиническую и лабораторную эффективность стандартного алгоритма лечения герпесвирусных инфекций у детей, основанного на включении иммунотропной терапии иммуновенином.

Материал и методы. Были проанализированы 255 историй болезни детей с герпетической инфекцией за период с 2012 по 2017 гг., находившихся на лечении в детских инфекционных отделениях ЦГКБ № 1 г. Донецка. Использовался стандартный подход к диагностике, основанный на выявлении специфических антител классов IgM и IgG, определение авидности IgG и ДНК вирусов в биологических средах (кровь, слюна,

моча). Критериями оценивания стали результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты. В г. Донецке за последние 5 лет отмечается рост заболеваемости внутриутробными инфекциям (преимущественно за счет герпесвирусных инфекций). По данным этиологической расшифровки: ВЭБ инфекция составила 66,84%, ЦМВ инфекция – 1,5%, ВПГ-1, 2 инфекция – 1,17%, ВПГ-6 инфекция – 0,39%, ВПГ-3 инфекция – 30,1%. По возрастному составу преобладали дети дошкольного возраста (70%). Среди детей преобладали мальчики (65%). Среди проявлений ВЭБ, ЦМВ и ВПГ-6 инфекции у детей дошкольного возраста наиболее часто регистрировали хронический аденоидит (64%), у детей старшего возраста – лимфаденопатию (54%). У трети детей вне зависимости от возраста отмечали гипертрофию небных миндалин 2, 3 степени. Гепатомегалию чаще наблюдали у детей младше 7 лет (28%). У половины пациентов отмечали подъемы температуры до субфебрильных (30%) или до фебрильных цифр (20%). На выраженную астению жаловались в основном дети старшего возраста (32%). У всех наблюдаемых пациентов регистрировали рецидивирующие заболевания дыхательных путей. Наиболее часто отмечали аденоидиты (56%), рецидивирующие ангины (23%) или хронический тонзиллит (13%), реже – рецидивирующие отиты (17%), острый стенозирующий ларинготрахеит (7%), синуситы (8%), бронхиты и пневмонии (19%). Наряду с клинической эффективностью иммунозаместительной терапией (иммуновенина) у детей с герпесвирусной инфекцией (сокращение длительности везикулярной сыпи, лимфоаденита и частоты ОРВИ, увеличения размеров печени и гипотрофии, увеличение длительности клинически благополучного периода, уменьшение количества детей с рецидивами инфекции) отмечались купирование астеновегетативного (76,9%) и геморрагического синдрома (тромбоцитопении и анемии), достоверное снижение содержания атипичных мононуклеаров в крови. Клинические эффекты состоят в значимом сокращении длительности периода активности заболевания, быстром улучшении состояния, выраженным иммуномодулирующим действием иммуномодулятора.

Выводы. Таким образом, высокая клиничко-лабораторная эффективность иммуновенина в составе комплексной терапии герпетических инфекций у детей обуславливает целесообразность его использования для потенцирования защитных сил организма в реализации иммуотропной стратегии борьбы с герпетическими инфекциями.

Соколова А.А., Олейник Е.А., Рожнова А.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ЦИКЛИЧЕСКОЙ РВОТЫ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – доц. Масюта Д.И.

Цель. Изучить современные особенности лечения синдрома циклической рвоты у детей.

Материалы и методы. Анализ публикаций, посвященных синдрому циклической рвоты у детей.

Результаты. Синдром циклической рвоты характеризуется повторными интенсивными эпизодами тошноты и рвоты, продолжающихся от часов до нескольких дней, разделенных интервалами от недель до месяцев, во время которых состояние

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

ребенка не нарушено. Распространенность синдрома циклической рвоты составляет от 1 % до 2 %, чаще всего встречается у детей старше 3-х лет.

Согласно Римскому консенсусу IV критериями синдрома циклической рвоты являются: два или более периодов упорной рвоты продолжительностью от нескольких часов до дней в течение последних 6 месяцев; эпизоды стереотипны у каждого пациента; эпизоды разделяются периодами от недель до месяцев с возвращением к нормальному здоровому состоянию между эпизодами рвоты. У больного должны быть все указанные критерии.

Оптимальное лечение синдрома циклической рвоты зависит от фазы болезни. В продромальный период до появления рвоты некоторые эксперты предлагают использовать нестероидные противовоспалительные средства. Во время рвоты основное лечение носит поддерживающий характер. Ребенок должен в спокойной обстановке, затемненном помещении без каких-либо внешних раздражителей. Лечение включает в себя соответствующие возрасту ингаляции суматриптана, внутривенное введение раствора глюкозы и противорвотные средства (ондансетрон). При необходимости добавляются седативные препараты, такие как дифенгидрамин или лоразепам, и анальгетики. Если указанная терапия не приносит облегчения больному, врачу следует подумать о наличии острой хирургической патологии. После эпизода последней рвоты начинается период реконвалесценции, который обычно продолжается несколько часов. В этот период больные ощущают чувство голода и становятся толерантными к постепенно расширяющемуся диетическому питанию.

Профилактическое лечение во время периодов благополучия назначается только в случаях частых или тяжелых эпизодов рвоты, требующих госпитализации ребенка. Следует исключить такие триггеры, как гипервозбудимость, усталость, стресс и голодание. Когда оправданным для профилактики рвоты является назначение медикаментов, то у детей 5 лет и младше отдается предпочтение ципрогептадину, у детей старше 5 лет – амитриптилину. Эффективным средством второго ряда является пропранолол, который является альтернативным препаратом с более приемлемым спектром побочных эффектов. Также эффективны антиконвульсанты, применяющиеся при лечении мигрени. Последние исследования показывают, что добавки коэнзима Q или L-карнитина также могут быть полезными.

Выводы. Адекватное лечение и профилактика эпизодов синдрома циклической рвоты приводит к тому, что в 65-75 % случаев данная проблема со временем исчезает. У остальных детей к подростковому или взрослому возрасту может развиваться мигрень.

Толстикова Н.А., Клебанова А.А.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Научный руководитель – доц. Гончарова Л.А..

Цель. Изучить клиническую симптоматику, динамику развития и особенности диагностики инфекционного мононуклеоза у детей на современном этапе.

Материалы и методы: Проанализированы 30 историй болезни детей, госпитализированных во 2 инфекционное отделение ЦГКБ №1. Больные дети были

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

распределены на 2 группы: 1 группа – дети до 3 лет(17 человек) и 2 группа - дети школьного возраста до 8 лет(13 человек).

Результаты. В процессе исследований были получены результаты: со стороны жалоб : на резкую слабость, лихорадку (37,4-38,6)- (99%), заложенность носа(90%), боль в горле(85%) и увеличение лимфоузлов(100%), что является типичной клиникой для инфекционного мононуклеоза. В гемограммах у детей выявлялись атипичные мононуклеары(68%), к концу первой недели, в этот же период отмечалась гепатоспленомегалия(86%) и лимфаденопатия(100%), ангина(88%)

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. На фоне проводимой терапии главные симптомы болезни регрессировали уже к 7-9 дню, однако, в гемограмме еще длительно сохранялись в небольшом проценте случаев атипичные мононуклеары.

Вывод. При анализе историй болезни летальных исходов не выявлено.

Инфекционный мононуклеоз не является смертельным заболеванием. При своевременном обращении и адекватном лечении осложнений не отмечается. Переболевшие инфекционным мононуклеозом в группе риска гематологических заболеваний.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР

Кафедра педиатрии ФИПО

Зав. кафедрой – доц. Пшеничная Е.В.

Бойкова Т.Ю.

ПРИЧИНЫ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Научный руководитель - доц. Тонких Н.А.

В работе анализируются анамнестические и клинико-лабораторные данные, зарегистрированные при первичном обращении детей с суставным синдромом на приеме в консультативной поликлинике сотрудниками кафедры педиатрии факультета интернатуры и последипломного образования (ФИПО) ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Цель. Выяснить наиболее частые причины суставного синдрома у детей на догоспитальном этапе, используя алгоритм, предложенный сотрудниками кафедры педиатрии ФИПО.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ истории болезни 16 детей с артралгиями от 4 до 14 лет (11 девочек, 5 мальчиков), обратившихся на прием в консультативную поликлинику в период с января по март 2018 года. Пациентам проводились общеклинические исследования, рентгенография суставов, определение острофазовых показателей, титра антистрептококковых антител, уровня мочевой кислоты, электрокардиография, доплерэхокардиография. Всем детям оценивали признаки дисплазии соединительной ткани, оценка движений в суставах проводилась по шкале Бейтона. При подозрении на симптом «беспокойных ног» оценивали исходный вегетативный статус по таблице А.М. Вейна в модификации Н.А. Белоконь.

Результаты. Длительность суставного синдрома составила от 2-х недель (8 чел.) до 3-х лет (2 чел.). Периферический артрит был выявлен у 81,2% детей, при этом в 25% случаев он носил моноолигоартикулярный характер. Клинические признаки коксита в сочетании с утренней скованностью отмечались у 2-х (12,5%) детей, которые с диагнозом ювенильный идиопатический артрит были отправлены на лечение в специализированный стационар. 9 (56,3%) детей предъявляли жалобы на полиартралгии в суставах верхних и нижних конечностей. У 2 (12,5%) детей причиной полиартралгий явились обменные нарушения в виде гиперурикемии. У 11 (68,8%) чел., помимо гипермобильности суставов, отмечались множественные стигмы дисэмбриогенеза и другие внешние и соматические фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани. Из них у 3 (18,8%) чел. в анамнезе суставному синдрому предшествовала ОРВИ, в биохимическом анализе крови констатировано повышение С-реактивный белка. Диагностирован реактивный артрит. У 3-х (18,8%) подростков выявлены рентгенологические признаки болезни Осгуда-Шляттера. Вегетативная дисрегуляция и связанный с ней симптом «беспокойных ног» отмечался у 2-х (12,5%) пациентов.

Выводы. Используя алгоритм «Дифференциальной диагностики суставного синдрома у детей» в условиях консультативной поликлиники диагноз ювенильного

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

идиопатического артрита был установлен у 12,5%, реактивного артрита – у 18,8% чел., обменные нарушения как причина болей в суставах выявлены 12,5% обследованных. Самой частой причиной артралгий у детей является синдром гипермобильности суставов на фоне дисплазии соединительной ткани различной степени выраженности.

Куркурин К.К., Усенко Н.А.

АСПЕКТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Научный руководитель – доц. Тонких Н.А.

Цель. изучение ориентации студентов-медиков на здоровый образ жизни по данным анкетирования.

Материалы и методы. Анкетирование проводилось на бумажном носителе среди 47 студентов первого и второго курсов (29 девушек, 18 юношей) в возрасте 17-18 лет. Анкета содержала 33 вопроса, разделенных на 4 блока, касающихся: 1) состояния здоровья, 2) характера питания и образа жизни, в том числе физической активности, 3) характеристики сна, 4) наличия вредных привычек и отношения к ним.

Результаты. оценка студентами состояния своего здоровья: 44,8% – крепкое, 37,0% – среднее, 18,2% – слабое; психоэмоционального состояния: устойчивое – 27,3%, среднее – 40,3%, лабильное – 32,3%. Согласно ответам, 62,4% опрошенных не курят, 68,9% респондентов употребляют алкоголь 3-4 раза в год, 12,8% чел. не употребляют вообще, что характеризует невысокую степень активности употребления алкоголя. При ранжировании жизненных интересов большинство студентов (74,2%) выбрали желание совершенствоваться духовно. При этом обращает внимание малое количество времени, затрачиваемое на физическую активность (у 48,2% опрошенных отмечена гиподинамия), превышение допустимого времени пребывания за компьютером (73,5% подростков ежедневно более 4 часов проводили за гаджетами) и нарушение ритма сон-бодрствование (100% студентов ложатся спать позже 22 часов). Большинство учащихся (82,8%) не соблюдают принципы рационального питания. Среди устойчивых привычек у 42,5% студентов зафиксировано употребление «фастфуда», майонеза, кетчупа, других готовых приправ. При этом выявлено редкое включение в рацион овощей и фруктов у четверти опрошенных (24,1%).

Выводы. Опрошенные студенты-медики хорошо ориентированы на отказ от вредных привычек, разрушающих здоровье, необходимость самосовершенствования. При этом существуют отрицательные стереотипы в отношении физической активности, длительного пребывания за компьютером, нарушения режима питания и сна. Указанное обосновывает необходимость широкой просветительской работы среди студентов по формированию правильного пищевого поведения и образа жизни. Одним из направлений такой деятельности является реализация образовательных программ, активизация спортивно-массовой деятельности. Становление навыков здорового образа жизни учащихся позволит профилактировать развитие ряда заболеваний и формировать у будущих врачей ценностное отношение к здоровью.

Паршинова А.Е., Лимаренко М.П.

**СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА КЛИППЕЛЯ-ФЕЙЛЯ У РЕБЁНКА
РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Научный руководитель – доц. Лимаренко М.П.

Синдром Клиппеля-Фейля – генетически детерминированная аномалия строения шейного отдела позвоночника, включающая уменьшение количества и сращение позвонков. Клинически проявляется визуально определяемым укорочением шеи, низким расположением границы роста волос на затылке, ограничением движений головой. Синдром Клиппеля-Фейля в 50-60% случаев сочетается со сколиозом, у 45% пациентов диагностируется дистопия, аплазия или гипоплазия почек, у 15% больных выявляются врождённые пороки сердца и др.

Приводим собственное клиническое наблюдение. Ребенок В. поступил в реабилитационное отделение Городского специализированного дома ребёнка г. Донецка 20.10.17г. в возрасте 7 месяцев 28 дней из ЦПМСП г. Шахтерска с массой тела 4500 г. Из анамнеза известно, что девочка родилась от 5-й беременности, 2-х срочных родов. Масса тела при рождении 2950 г, рост 48 см, оценка по шкале Апгар 7-7 баллов. Состояние ребёнка после рождения расценено как тяжелое за счет явлений дыхательной недостаточности, неврологической симптоматики. Находилась на лечении в отделении патологии новорождённых РДКБ г. Донецка по поводу внутриутробной пневмонии. В дальнейшем в мае 2017г. перенесла правостороннюю очаговую пневмонию, а в сентябре-октябре 2017г. – левостороннюю очаговую пневмонию.

Диагноз при поступлении в дом ребёнка: перинатальное гипоксическое поражение ЦНС, поздний восстановительный период, синдром двигательных нарушений, задержка всех видов развития на соматически неблагоприятном фоне. Врождённые пороки развития (агенезия левой почки, аномалия развития грудного отдела позвоночника, рёбер). Гипотрофия 3 ст. Рахит II, подострое течение, период разгара. Железодефицитная анемия лёгкой ст. Тимомегалия 2 ст. Правосторонний сколиоз верхне-грудного отдела позвоночника. Деформация грудной клетки.

Учитывая множественные врождённые пороки, грубую задержку всех видов развития, ребёнок был направлен на консультацию в Республиканский специализированный центр медицинской генетики и пренатальной диагностики г. Донецка. Проведено дообследование – кариотип 46, XX. Дифференциальная диагностика проводилась между синдромами MURCS (для которого характерны, кроме врождённых аномалий позвоночника и почек, гипоплазия матки и отсутствие двух третей проксимального отдела влагалища) и Клиппеля-Фейля. Девочка осмотрена детским гинекологом, проведено УЗИ матки и яичников – патологии не выявлено. Совокупность фенотипических и клинических признаков, имеющих у ребёнка, позволили диагностировать синдром Клиппеля-Фейля.

Таким образом, приведенное клиническое наблюдение демонстрирует редкую наследственную патологию и представляет интерес для педиатров и генетиков.

Усенко Н.А., Куркурин К.К.

ВЛИЯНИЕ НАГРУЗОЧНО-ТРЕНИРОВОЧНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ РЕГУЛЯЦИИ СОСУДИСТОГО ТОНУСА И УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ

Научный руководитель - доц. Тонких Н.А.

Цель. Комплексная оценка толерантности к физической нагрузке (ТФН) детей с гипертонической реакцией (ГР) на физическую нагрузку для составления индивидуальных рекомендаций.

Материалы и методы. Проведен тредмилл-тест (ТТ) по модифицированному протоколу Bruce 30 подросткам (11 девочек и 19 мальчиков) в возрасте 12 - 16 лет с гипертонической реакцией на физическую нагрузку. Всем детям указанной группы были исключены первичные и вторичные причины артериальной гипертензии и установлен диагноз вегетативной дисфункции (ВД) по гипертензивному типу. Обследованные дети занимались различными видами спорта на протяжении двух лет в режиме тренировок 3 раза в неделю продолжительностью 60 минут.

Результаты. У 100% чел. ТФН была выше средней. У 19 (63,3%) чел. сохранялась ГР на физическую нагрузку. Также отмечено более раннее достижение субмаксимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС) (до 9-й минуты пробы) - у 17 (56,7%) чел., замедленное восстановление ЧСС в периоде реституции – у 14 (46,7%) чел., артериального давления (АД) – у 16 (53,3%) чел., что свидетельствует о снижении адаптационных механизмов. Обращало внимание, что 17 (56,7%) чел. с ГР на физическую нагрузку занимались такими видами спорта, как бокс, тяжелая атлетика, велосипедный спорт, восточные единоборства. Несмотря на высокую ТФН, патологическая реакция ЧСС, АД на высоте нагрузки, замедленное восстановление этих показателей в периоде реституции свидетельствовали о нарушении регуляторных механизмов сердечно-сосудистой системы, перенапряжении центральной нервной системы, в связи с чем виды спорта, предполагающие высокие статические нагрузки, микротравматизацию головного мозга, шейного отдела позвоночника детям с ГР на физическую нагрузку не были рекомендованы. В тоже время лица, занимавшиеся динамическими и циклическими видами спорта (плавание, легкая атлетика, коньки) имели нормотонический тип реакции на физическую нагрузку (36,7%) и только 6,7% - дистонический.

Выводы. ТТ позволил объективно оценить толерантность детей с ВД по гипертензивному типу к физической нагрузке (выше средней у 100% обследованных); определить компенсаторные возможности сердечно-сосудистой системы (напряжение адаптации сердечно-сосудистой системы выявлено у 16 (53,3%) детей) и составить индивидуальные рекомендации по оптимизации физической активности: вид спортивных занятий, плотность тренировок, пределы оптимальной ЧСС. Предпочтительны виды нагрузок с преимущественно динамическим компонентом аэробной направленности: спортивная ходьба, бег, плавание, лыжи, коньки.

Шевцова Е.И., Лимаренко М.П., Коломенская С.А

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НОЧНОЙ ГЕМОГЛОБИУРИИ У ПОДРОСТКА

Научный руководитель – доц. Лимаренко М.П.

Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (ПНГ) – это неопухоловое заболевание системы кроветворения, развивающееся вследствие недостаточности или отсутствия GPI-AP на гемопоэтической стволовой клетке, характеризующееся внутрисосудистым гемолизом, костномозговой недостаточностью, тромбозами и др.

Приводим собственное клиническое наблюдение. Больной Э., 15 лет, был переведён в детское онкогематологическое отделение ИНВХ им. В.К. Гусака из ОИТ ЦГКБ №1 г. Донецка 18.07.17г. с диагнозом: гемолитическая анемия неуточненного генеза. При поступлении кожные покровы бледные с иктеричным оттенком. Ослабление дыхания в задне-нижних отделах лёгких, на высоте вдоха – единичные хрипы. Общий анализ крови – нормохромная гиперрегенераторная анемия, лейко- и нейтропения: Hb-32 г/л, эр.-1,2 Т/л, рет.- 1,7%, лейко.-3 Г/л, лимф.-43%, плазм.-1%, СОЭ-82 мм/ч, общий анализ мочи – цвет-красно-бурый, отн. плотность-1004, протеинурия (2,25 г/л), глюкозурия (2,58%), большое количество белк.-зерн. цил., крист. билирубина. Повышены непрямо билирубин – 49,5 мкмоль/л, АСТ – 149,3 мкмоль/л. Снижен уровень витамина В12 в крови – 112,6 (норма-191-663) пг/мл. Данные стеральной пункции, трепанобиопсии: гиперплазия эритроидного и гранулоцитарного ростков. Основной диагноз: В12-дефицитная анемия, сопутствующий: прикорневая пневмония. Больной пролечен и выписан в удовлетворительном состоянии. Через 3 недели подросток вновь поступил в гематологическое отделение с диагнозом гемолитическая анемия неясного генеза. Этиологию гемолиза в условиях ДНР определить не удалось. Ребёнок был направлен на обследование в Россию. Отмечалось повышение ЛДГ-1933 (норма-до280) Ед/л, растворимых рецепторов трансферрина-15,8 (норма до 2,32) мг/л, активности Г-6-ФД-365 (норма до 299) мЕд/10⁹эр., снижение гаптоглобина до 0,01 (норма-0,2) г/л. На электрофореграмме: снижен HbA и HbA2, повышен HbF. Выполнено цитофлюориметрическое исследование на наличие ПНГ-клона: ПНГ-клон выявлен на эритроцитах, гранулоцитах и моноцитах, суммарная величина ПНГ-клона- 55,7%, из них частичная недостаточность CD59 (тип II) – 47,14%, полное отсутствие CD59 (тип III) – 10,63%, гранулоциты-FLAER-/CD24 – 98,55%, моноциты-FLAER-/CD14 – 97,51%. На основании данных обследования установлен диагноз: пароксизмальная ночная гемоглобинурия. В настоящее время подросток готовится к проведению трансплантации гемопоэтических стволовых клеток в России.

Таким образом, приведенное клиническое наблюдение представляет большой интерес не только для гематологов, но и педиатров в связи с редкостью данного заболевания, трудностью диагностики и серьезным прогнозом.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР

**Кафедра пропедевтики педиатрии
Зав. кафедрой – доц. Кривущев Б.И.**

Михалёва Е.С.

**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОСТИ НА ФИЗИЧЕСКОЕ
РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ**

Научный руководитель - Ярошенко С.Я.

Цель. Изучить особенности физического развития детей, подвергшихся внутриутробному воздействию ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Проведено сравнение динамики увеличения массы тела детей, живущих в домах ребенка г. Донецка и г. Макеевки. Основная группа составила 54 ребенка, подвергшихся воздействию ВИЧ-инфекции внутриутробно, в группу контроля вошли 34 ребенка, не имевшие контакта с ВИЧ. Группы детей были сравнимы по полу и возрасту и отличались только изучаемым признаком. Дети наблюдались в возрасте от 1 месяца до 2 лет. В качестве критерия оценки физического развития использованы средняя масса тела и абсолютный прирост массы тела к определенному возрасту. Масса тела измерялась по стандартной методике с использованием электронных, предварительно откалиброванных, весов.

Результаты. При анализе изменения массы тела в динамике, было отмечено, что у детей, которые подверглись внутриутробному воздействию ВИЧ-инфекции, средняя масса тела во всех возрастных периодах была меньше, чем у детей из группы контроля. При этом, наибольшее расстояние между кривыми отмечалось в возрасте 4-5 и 7-8 месяцев, что может быть связано с расходом нутриентов, как строительного материала иммунной системы, на борьбу с вирусом иммунодефицита человека, поскольку совпадает с естественным снижением количества антител (за счет распада материнских иммуноглобулинов) и необходимостью синтеза новых. Изучение кривых прибавки массы тела (масса тела в определенном возрасте за вычетом массы тела при рождении) позволило выявить неравномерность прибавки в группе контроля, с выраженными скачками в возрасте 5 и 7 месяцев. При этом кривая в основной группе была равномерной пологой, без выраженных спадов и подъемов. Такие отличия объяснимы с точки зрения введения прикормов – у детей контрольной группы вновь поступившие нутриенты включаются в метаболизм и идут на формирование соматических изменений, в то же время у детей основной группы – на восстановление израсходованных запасов, прежде всего – запасов белка.

Выводы. Таким образом, можно сделать выводы о том, что перинатальный контакт с ВИЧ-инфекцией, оказывает влияние на физическое развитие ребенка, тем самым обуславливая его задержку. Поэтому, следует, при составлении комплексной программы лечения данного контингента пациентов, помимо антиретровирусных препаратов и сопутствующей терапии оппортунистических инфекций проводить пересмотр рациона в сторону повышения количества нутриентов, особенно белка и микроэлементов (особенно

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

тех, которые участвуют в иммунных реакциях), и калоража. Данный вопрос требует дополнительного изучения с целью разработки научно обоснованных норм питания для детей, подвергшихся внутриутробному воздействию ВИЧ-инфекции.

Летихова Л.П., Герасименко И.С., Каменева Ю.В.

ПНЕВМОНИЯ НА ФОНЕ МУКОЛИПИДОЗА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Научный руководитель – доц. Вакуленко С.И.

Муколипидозы - это группа наследственных метаболических заболеваний, которые оказывают влияние на способность организма осуществлять нормальный обмен различных материалов в клетках.

Цель. Изучить редко встречающееся наследственное заболевание на примере конкретного пациента с внебольничной пневмонией.

Материалы и методы. Приводим случай наблюдения пациента с внебольничной пневмонией на фоне тяжелого врожденного наследственного заболевания – муколипидоза.

Результаты. Мальчик Н. 5 лет 8 мес. поступил в детское инфекционное отделение 21.10.2017 г. с жалобами на высокую температуру тела, одышку, влажный кашель, заложенность носа со слизистым отделяемым, снижением аппетита. Из анамнеза жизни известно, что мальчик родился от первой нормально протекающей беременности, преждевременных родов, осложненных, в тазовом предлежании. С первого года жизни у ребенка определялись деформации скелета: необычно больших размеров голова, килевидная деформация грудной клетки, ограничения движений в коленных, локтевых, плечевых и тазобедренных суставах, повышение тонуса скелетной мускулатуры верхних и нижних конечностей, врожденная правосторонняя паховая и пупочная грыжа. Рос и развивался с задержкой и отставанием в физическом, психо-речевом и моторно-статическом развитии. Была выявлена диспластическая кардиомиопатия на фоне недифференцированного синдрома дисплазии соединительной ткани. В возрасте 2 лет и 11 месяцев ребенку был впервые установлен диагноз: наследственный муколипидоз. Младшая сестра, 4 года, тоже страдает муколипидозом (клинически), генетическое консультирование не проведено.

При поступлении в детское инфекционное отделение состояние ребенка тяжелое за счет выраженной интоксикации, дыхательной недостаточности и сопутствующей патологии (муколипидоз). Установлен диагноз внебольничной двусторонней очаговой пневмонии, ДН 2, наследственный муколипидоз. Лечение: диета №5, оксигенотерапия, стартовая антибиотикотерапия цефепимом. На фоне терапии состояние улучшилось, но на четвертые сутки вновь повысилась температура тела до фебрильных цифр и стойко удерживалась последующие трое суток, в крови в динамике возросли лейкоцитоз и нейтрофиллез - решено заменить цефепим на антибиотик резерва – меронем. На фоне интенсивной антибактериальной, дезинтоксикационной, инфузионной терапии на седьмые сутки лечения у пациента наступило клиническое и рентгенологическое улучшение, что позволило выписать ребенка на десятые сутки в восстановительном периоде пневмонии на амбулаторное долечивание.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. Последующее амбулаторное наблюдение констатировало в сравнительно короткие сроки полное выздоровление пациента от пневмонии на фоне тяжелейшего генетического нарушения обмена веществ - муколипидоза.

Сердюкова Д.А.

АКЦЕНТУАЦИЯ ХАРАКТЕРА У СТУДЕНТОВ

Научный руководитель – доц. Кривущев Б.И.

Цель. Определение акцентуации характера у студентов III курса педиатрического отделения.

Материалы и методы. С помощью патохарактерологического диагностического опросника, разработанного А.Е. Личко, было проведено анкетирование 58 студентов в возрасте от 18 до 20 лет.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что у всех обследованных студентов есть склонность к акцентуации характера, также были выявлены студенты с определенно выраженным типом акцентуации. 6 студентов (10,3%) обладают гипертимным типом, для которого присуще постоянно приподнятое настроение, повышенная психическая активность с жадой деятельности и тенденцией «разбрасываться», не доводить дело до конца. 1 студент (1,7%) обладает эмотивным, лабильным типом акцентуации. Для этого типа характерно резкая смена настроения в зависимости от ситуации. 12 студентов (20,7%) обладают циклотимным типом характера с чередованием фаз хорошего и плохого настроения. 2 студентов (3,4%) проявили неуравновешенный, возбудимый тип, характеризующийся слабоволием, легкой внушаемостью, отсутствием устойчивых интересов и склонностей. Все их поступки определяются случайными внешними обстоятельствами. У 1 студента (1,7%) выявлен демонстративный тип акцентуации, для которой характерна выраженная тенденция к вытеснению неприятных для субъекта фактов и событий, фантазированию и притворству, которые используются для привлечения к себе внимания. 17 студентов (29,3%) обладают экзальтированным типом акцентуации, для которого свойственна высокая контактность, словоохотливость, влюбчивость. У 2 студентов (3,4%) определен застревающий, ригидный тип акцентуации с повышенной подозрительностью и болезненной обидчивостью, стойкостью отрицательных аффектов, неприятию мнения других.

Выводы. Сформированность определенного типа акцентуации является одной из основных причин трудностей адаптации студентов. Наиболее распространенным, независимо от пола, являются циклотимные, гипертимные, экзальтированные и демонстративные типы акцентуаций. Раннее определение типа акцентуации позволяет своевременно обратить внимание на особенности характера, что дает возможность предотвратить формирование отклоняющегося поведения.

ПРОПЕДЕВТИЧЕСКАЯ И ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», ДНР

Кафедра пропедевтической и внутренней медицины

Зав. кафедрой – член-корр. НАМНУ д.мед.н. проф.

Игнатенко Г.А.

Берёза Н.А., Кандаурова И.А.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ДАВЛЕНИЯ КРОВИ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Научный руководитель - Грушина М.В.

Артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД) 2 — наиболее распространенные заболевания современного человечества. Сочетание АГ и СД в 5-6 раз увеличивает риск сердечных и цереброваскулярных осложнений в сравнении с гипертензивными больными без диабета. Продолжается поиск новых медикаментозных и немедикаментозных подходов к лечению АГ при сочетанной патологии. Одним из немедикаментозных направлений является интервальная нормобарическая гипокситерапия (ИНБГТ), которая посредством активации синтеза/высвобождения эндотелиального NO способствует системной/локальной вазодилатации и снижению артериального давления (АД).

Цель. заключалась в анализе особенностей суточной вариабельности АД под воздействием комплексного лечения с включением ИНБГТ у гипертензивных больных СД 2-го типа.

Материалы и методы. В исследование включено 50 гипертензивных пациентов СД 2-го типа в возрасте от 40 до 62 лет. Критериями включения в исследование были: АГ 1-2 стадии и 1-2 степени, СД 2 типа в стадии компенсации. Пациенты были рандомизированы в 2 статистически однородные группы. Первая группа (28 больных) получала стандартную медикаментозную антигипертензивную и сахароснижающую терапию (антагонисты кальция, ингибиторы АПФ/сартаны, диуретики, статины, бета-адреноблокаторы, бигуаниды, меглитиниды, глитазоны, препараты сульфанилмочевины или их комбинации), а вторая группа (22 пациента) в дополнении ежедневные сеансы ИНБГТ длительностью до 50-60 минут в течение 20 дней с помощью стационарных гипоксикаторов "ГИП 10-1000-0", фирмы Трейд Медикал (Россия) и "Тибет-4" фирмы "Newlife" (США, Россия) по стандартной формуле 5-5-5.

Суточное мониторирование АД проводили с помощью холтеровского кардиомонитора «Кардиотехника» – 04-АД-3(М), «Incart», Россия. Для определения циркадного варианта АД пользовались величиной суточного индекса. Статистическую обработку материала проводили с помощью программы "Statistica 6".

Результаты. Показатели суточного мониторирования АД в группах больных исходно не различались по величине систолического и диастолического давления. Между

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

тем, величины систолического и диастолического давления крови были существенно выше в ночные часы. На фоне включения в лечебную программу ИНБГТ степень снижения АД оказалась более выражена с разницей 18 и 15% соответственно (на 9 и 8% в группе обычного лечения). Достичь наиболее оптимального уровня АД удалось только при комбинированном медикаментозно-гипокситерапевтическом лечении, причем такой эффект был более выраженным в дневные часы.

Выводы. У гипертензивных больных СД 2-го типа формируется умеренная, преимущественно систоло-диастолическая АГ, что соответствует 2-ой степени заболевания с преобладанием ночного повышения давления. Включение в комплексную лечебную программу ИНБГТ способствует нескольким позитивным моментам: достаточно выраженному снижению АД, перераспределению части больных в категории с более физиологическими колебаниями давления и более высокой частоте достижения оптимальных значений АД в конце 20-ти дневного курса лечения.

Бондаренко Н. А., Брова Ю.А.

ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИЯ КАК ГЛОБАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС

Научный руководитель – проф. Мухин И.В.

Артериальная гипертензия (АГ) и сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной заболеваемости и смертности ликвидаторов аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС).

Цель. Заключалась в анализе роли симпатической гиперактивности в формировании АГ у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС.

Материал и методы. В исследование включены 35 гипертензивных мужчин (АГ 1-2 стадии 1-3 степени) в возрасте $59,3 \pm 1,5$ лет и 30 практически здоровых мужчин аналогичного возраста ($58,9 \pm 0,5$ лет). Состояние симпатико-парасимпатического баланса изучали посредством показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) в ходе проведения суточного кардиомониторирования (кардиомониторы SDM-23 производственного объединения «ИКС-Техно», Украина и MD plus). В дополнении к стандартным параметрам ВСР, оценивали признаки вегетативной дисфункции по А. М. Вейну (2007) на основании оценки вегетативного показателя (ВП). Общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) рассчитывали по формуле: $(ОПСС = АД_{\text{среднее}} \times 79,92 / \text{МОК}, (\text{дин} \times \text{с} \times \text{см}^{-5} / \text{м}^2))$, где МОК – минутный объем крови. Величину МОК для мужчин получали по формуле: $\text{МОК} (\text{л/минуту}) = 26,9 - 0,19 \times \text{возраст} (\text{лет})$. МОК для женщин получали по формуле: $\text{МОК} (\text{л/минуту}) = 16,0 - 0,09 \times \text{возраст} (\text{лет})$. Статистическую обработку проводили при помощи компьютерной программы «Statistica 6».

Результаты. У 22 (73,3%) гипертензивных ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, в отличие от здоровых, отмечались признаки активности симпатической составляющей сердечного ритма, что в большей степени встречалось у лиц до 60 летнего возраста с непродолжительным гипертензивным анамнезом (в среднем до 7 лет). У 20 (66,7%) больных имела место либо ортостатическая тахикардия покоя и/или пульсовая лабильность у 18 (60,0%). У больных ОПСС составило $1332,1 \pm 5,8 \text{ дин} \times \text{с} \times \text{см}^{-5} / \text{м}^2$, против $928,3 \pm 4,2$ у здоровых (различия высоко достоверны, $t=14,9$, $p=0,001$), что свидетельствует

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

о выраженном периферическом сосудистом спазме и является следствием гиперсимпатикотонии.

Выводы. У 73,3% гипертензивных ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС одной из основных причин формирования гипертензивного синдрома является гиперсимпатикотония, с явлениями тахикардии и высокого ВП на фоне сниженной активности парасимпатической составляющей сердечного ритма, что обусловлено неблагоприятным влиянием частоты сокращений сердца на величину давления и системным периферическим артериальным спазмом, приводящим к повышению АД. Выявленные изменения подлежат медикаментозной и немедикаментозной коррекции, направленной на снижение симпатической стимуляции сердца с сосудами и на повышение активности вагуса.

Гавриляк В.Г.

СИНТРОПНЫЙ ХАРАКТЕР ВЗАИМОВЛИЯНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Санаторий «Ливадия», АР Крым, Российская Федерация

Несмотря на продолжительный период изучения коморбидности у больных кардиальной патологией, остается немало невыясненных вопросов, связанных как с патогенетическими взаимосвязями формирования синтропии («взаимного притяжения»), так и с элементами взаимного влияния двух и более одновременно существующих заболеваний сердца и сосудов.

Цель. Заключалась в анализе характера синтропического взаимодействия при сочетанной кардиальной патологии у молодых гипертензивных пациентов стабильной стенокардией (СС).

Материал и методы. В исследование включено 139 больных СС и гипертонической болезнью (ГБ) (основная группа) и 30 практически здоровых лиц аналогичного пола и возраста (группа контроля). Критерии включения: возраст больных и здоровых от 43 до 50 лет, ГБ 1-2 степени, СС 1-2 функциональных классов. Методом случайной выборки основная группа была разделена на 2 подгруппы. В 1-ю подгруппу включено 68(48,9%) пациентов, которые получали стандартное медикаментозное лечение, а во 2-ю - 71(51,1%), которые получали в дополнении к медикаментозному, сеансы интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНБГТ) по методике (5+5+5) при помощи гипоксикаторов «ГИП 10–1000–0», «Трейд Медикал», Россия и «Тибет-4», «Newlife», Россия. В течение года проводили еще 4 амбулаторных курса гипокситерапии по 20 дней каждый.

Статистическую обработку выполняли при помощи программы Statistica v. 6 (StatSoft, США). Определяли статистическое отношение шансов (ОШ) и доверительный интервал (ДИ). При величине ОШ более 1,0 считали совпадение не случайным, а при значении менее 1 – случайным, не связанным. За уровень статистической значимости различий принимали величину $p < 0,05$.

Результаты. По результатам выполненного статистического анализа установлено, что между СС и ГБ исходно (на 1-м этапе обследования) существует неслучайная высоко достоверная взаимосвязь (ОШ=2,3, ДИ 1,8-3,0, $p < 0,0010$), причем достоверные значения

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

имели только мужчины (ОШ=2,2, ДИ 1,7-2,9, $p=0,001$), а не женщины (ОШ=1,8, ДИ 1,9-2,8, $p=0,06$).

У пациентов 1-ой группы на 2-м этапе исследования (т.е. через год) ОШ=2,2, ДИ 1,8-2,7, $p=0,02$, а у представителей 2-ой группы – ОШ=1,6, ДИ 1,5-2,0, $p=0,12$.

Выводы. Среди сопутствующих кардиальных заболеваний, в частности между СС и ГБ, установлен синтропный характер взаимосвязей, выявленных с частотой 10% и выше, указывающий на существование взаимных влияний и имеющих общность патогенетических механизмов формирования общности. Одним из основных путей формирования коморбидности является синтропия. На фоне стандартного противоишемического и антигипертензивного лечения через год наблюдения таковой характер взаимосвязи и взаимовлияния сохранился, хотя и в меньшей степени. Напротив, во 2-ой группе наблюдения через год не было установлено общности двух патологий, что указывает на позитивное патогенетическое влияние ИНБГТ на формирование/поддержание кардиальной коморбидности, нарушение общности ранее существовавших механизмов взаимного усугубления.

Дзюбан А.С.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ КАРДИОИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Научный руководитель - проф. Мухин И.В.

Стабильная стенокардия (СС), гипертоническая болезнь (ГБ) и сахарный диабет (СД) 2-го типа являются синтропными заболеваниями, лидирующими по распространенности у лиц старше 40 лет. Существующие стандарты не предусматривают рекомендаций относительно особенностей курации коморбидных состояний. В этой связи продолжается поиск универсальных направлений, позволяющих осуществлять коррекцию универсальных базовых механизмов прогрессии такой коморбидности. Одним из немедикаментозных направлений является использование интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНБГТ).

Цель. Оценить влияние ИНБГТ на частоту кардиоишемического синдрома у больных СС, ГБ и СД 2-го типа.

Материал и методы. В исследование включено 102 пациента СС, ГБ и СД 2-го типа, которые методом случайной выборки были распределены в две группы наблюдения. Критериями включения в исследование были: СС 1-2 функционального класса, ГБ 1-2 стадии и 1-2 степени, СД 2-го типа средней тяжести.

Методом случайной выборки пациенты были рандомизированы в две однотипные группы наблюдения. В 1-ю включено 60(58,8%) пациентов, которым на протяжении года проводили только медикаментозное лечение ишемического, гипертензивного и диабетического синдромов. 62(60,8%) представителя 2-ой группы получала в дополнении 20-ти дневные ежедневные 60-ти минутные сеансы ИНБГТ по методике (5+5+5) при помощи гипоксикаторов «ГИП 10–1000–0», «Трейд Медикал», Россия и «Тибет-4», «Newlife», Россия. В течение года проводили еще 4 амбулаторных курса гипокситерапии по 20 дней каждый. Сравнительный анализ стенокардических проявлений проводили на иницирующем этапе исследования и через год.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета лицензионной программы «Statistica 6.0».

Результаты. Частота загрудинной боли при физической нагрузке до лечения составила 70,0 и 69,3% соответственно, а после лечения 53,3 и 45,2% соответственно. Различия до и после лечения в каждой группе были достоверными ($t=4,2$, $p=0,04$ и $t=6,8$, $p=0,01$), а различия между группами по результатам лечения ($t=5,9$, $p=0,02$).

Частота безболевого ишемии миокарда (БИМ) в группах больных исходно равнялась 33,3 и 30,6% соответственно, а после лечения – 23,3 и 16,1%. Различия до и после лечения в группах составили $t=4,5$, $p=0,03$ и $t=5,1$, $p=0,02$, а разница между группами по результатам лечения – 7,2% ($t=4,2$, $p=0,04$).

Выводы. Частота приступов СС не превышает 70%. БИМ зарегистрирована в каждом 4-м случае. Случаи БИМ фиксировали у больных как с наличием, так и без симптомов СС. ИНБГТ позволила снизить преимущественно частоту случаев безболевого ишемии.

Джоджуа Р.А., Ступакова К.А, Брова Ю.А.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ У ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ КАК ПУТЬ К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Научный руководитель - член-корр. НАМНУ Игнатенко Г.А.

Механизмы формирования гипертонической болезни (ГБ) во многом остаются мало изученными. Одним из главенствующих не модифицируемым фактором формирования ГБ является отягощенная наследственность. До настоящего времени лечение таким пациентам назначается исходя из принципа органопротекции величины артериального давления без учета генетических маркеров.

Цель. Изучить частоту распределения генотипов у пациентов ГБ и обосновать оптимальность патогенетического подхода к лечению.

Материалы и методы. В исследование включили 30 амбулаторных пациентов генетически детерминированной ГБ 2-3 стадии и 2-3 степени в возрасте 36 до 68 лет. Генетический полиморфизм оценивали на аппарате «DT 96, ДНК технологии России». Определяли ADD1(G1378T), который участвует в регуляции электролитного транспорта; AGT(T704C и C521T) – участвуют в регуляции и активации ангиотензина 2; AGTR1 (A1166C) – кодирует рецептор ангиотензина 2 1 типа (сосудистый спазм, сосудистое ремоделирование); AGTR2 (G1675A) – кодирует белок-рецептор к ангиотензину 2 2 типа (расширение артерий); CYP11B2(C344T) – контролирует уровень альдостерона; b3(GNB3) – кодирует ген, контролирующий тонус артерий и клеточную пролиферацию; NOS3 (T704C) – контролирует синтез оксида азота (вазодилатация, тромбоз, атерогенез). Статистическую обработку данных осуществляли с помощью статистической программы Statistica 6.0.

Результаты. У больных генетически детерминированной ГБ гены, кодирующие разные звенья альдостероновой, рениновой и ангиотензиновой системы (G1378T, G1675A, C521T, A1166C, G1675A) встречались чаще (у 26,7%) тех, что регулируют эндотелиальную вазодилатацию (T704C) (всего у 16,7%, $t=3,1$, $p=0,03$). У подавляющего числа больных отмечено преобладание сочетание нескольких полиморфных вариантов генов – 17 (56,7%), контролирующих разные уровни и механизмы формирования ГБ.

Выводы. При генотипировании больных эссенциальной артериальной гипертензией 2-3 стадии 2-3 степени одной стороны преобладают гены, прямо или опосредованно участвующие в активации альдостероновой и ренин-ангиотензиновой системы, а с другой – наблюдается низкая экспрессия генов, кодирующих NO-зависимую вазодилатацию. По-нашему мнению это является патогенетическим обоснованием для применения таким пациентам комбинированных препаратов, ингибирующих активность альдостерон-ренин-ангиотензиновой системы (ингибиторов АПФ или сартанов) в сочетании с антагонистами альдостерона, и/или периферическими вазодилататорами артериального типа (антагонисты кальция), а также активаторов эндотелиального синтеза оксида азота – интервальной нормобарической гипокситерапии.

Карпенко М.А., Прозоров Д.Е.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ ГИПОКСИ-ГИПЕРОКСИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Научный руководитель - член-корр. НАМНУ Игнатенко Г.А

Цель. Оценка эффективности применения интервальной гипоксии-гипероксической терапии в комбинированном лечении пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. В исследование включено 32 пациента стенокардией напряжения 2-3 функциональных классов. Методом случайной выборки пациенты были разделены на 3 однотипные группы наблюдения. В 1-ю группу вошли 10 пациентов, которые получали стандартную медикаментозную терапию: ингибиторы АПФ, β -адреноблокаторы, дезагреганты и статины. Вторая группа (11 пациентов) дополнительно к данной терапии получала курсы интервальной нормобарической гипокситерапии в течение 3 недель. Третья группа (11 пациентов) в комбинации со стандартной медикаментозной терапией получала курсы интервальной гипоксии-гипероксической терапии в течение 3 недель. Эффективность терапии оценивалась на основании субъективных ощущений, шкалы госпитальной тревожности и депрессии (HADS), показателях функциональных методов (ЭКГ покоя, нагрузочных проб, результатах холтеровского мониторирования ЭКГ, которые выполняли до лечения, спустя 5 дней после проведенного лечения и спустя месяц.

Результаты. Установлено, что частота стенокардитических приступов у больных 1-ой группы составила $3,6 \pm 0,1$ /сутки, во второй группе - $1,2 \pm 0,06$, и у третьей – $1,1 \pm 0,08$ в сутки ($\chi^2=6,1$, $p=0,02$). В 2-ой и 3-ей группах отмечено достоверное улучшение в виде повышения толерантности к физической нагрузке ($\chi^2=4,9$, $p=0,04$). Уровень тревожности и депрессии (HADS) в первой группе до лечения составлял 9,2 и 8,1 баллов, после лечения 8,9 и 7,8 соответственно. Во второй группе до лечения уровень тревожности и депрессии составлял 9,3 и 8,6 баллов, после лечения 5,8 и 6,2 баллов соответственно. В третьей группе до лечения 9,0 и 8,2 баллов, после лечения 5,4 и 6,4 баллов соответственно.

Выводы. Применение курсов интервальной гипоксии-гипероксической терапии, на фоне стандартной медикаментозной терапии пациентов со стенокардией напряжения 2-3 функциональных классов, способствует значительному снижению частоты стенокардитических приступов, повышению толерантности к физической нагрузке, снижению уровня общей

Карпенко М.А., Прозоров Д.Е.

ВАРИАНТЫ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИНА 2 У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Научный руководитель - член-корр. НАМНУ Игнатенко Г.А.

Возникновение и течение сердечно-сосудистых заболеваний в значительной мере определяется наследственными факторами. Среди большого числа генов-кандидатов привлекает внимание ген рецептора 1-го типа ангиотензина II (AT2R1), что особенно важно для больных артериальными гипертензиями.

Цель. Оценить значение изучения полиморфизма генов у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. В исследование включили 30 амбулаторных пациентов ГБ 1-2 стадии и 1-3 степени в возрасте 25–65 лет (в среднем (48,4±2,5) лет. Ген AT2R1 идентифицировали из слюны и клеток буккального эпителия с помощью проведения полимеразной цепной реакции с использованием комплекта реагентов для амплификации «SNP-экспресс» (мутация AGTR1 – A1166C: серия 03/131/11; производство ООО НПФ «Литех», Россия). Статистическую обработку данных осуществляли с помощью статистической программы Statistica 6.0.

Результаты. В ходе изучения полиморфизма гена AT2R1 у больных с ГБ выявлено три генотипа: 19 (63,3%) пациентов оказались нормальными гомозиготами (генотип AA), 9 (30,0%) – гетерозиготами (генотип AC) и только 2 (6,7 %) – мутантными гомозиготами (генотип CC). Носителями генотипа CC в обоих случаях были женщины (у них имел место стенозирующий брахиоцефальный атеросклероз, формирования гипертензивного сердца и ожирение). В перспективе, по мере набора клинического материала, планируется оценить фармакодинамические и фармакокинетические особенности, антигипертензивную эффективность, скорость и частоту достижения целевых цифр артериального давления, темпы формирования медикаментозной резистентности и пр. у больных ГБ с разными генотипическими вариантами на фоне приема ингибиторов АПФ и сартанов.

Выводы. В ходе изучения генотипов у гипертензивных больных оказалось, что наибольшая часть больных имела нормальный гомозиготный вариант (генотип AA), 1/3 часть пациентов – гетерозиготный (генотип AC) и только 6,7 % – мутантный гомозиготный (генотип CC). Гипотетически можно предположить, что прогностически наиболее худшим может оказаться мутантный вариант (генотип CC). Исходя из представленных данных, можно полагать, что эффективность терапии разными антигипертензивными классами лекарственных средств, блокирующими ангиотензиновую систему (ингибиторы АПФ и сартаны) у представителей с разными генотипическими наборами будет также разной и в этом контексте, мы приближаемся к персонализированной, индивидуализированной терапии ГБ.

Плахотников И.А.

МАРКЕРЫ СОСУДИСТОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ/ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ РЕЗИСТЕНТНЫМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

Резистентность является краеугольным камнем неудовлетворительных результатов лечения неспецифического язвенного колита (НЯК).

Цель. Проанализировать в динамике этапного лечения изменение маркеров сосудистого повреждения/защиты сосудов у больных резистентным НЯК.

Материал и методы. В исследование включено 174 больных резистентным НЯК. Больным 1-ой группы с кишечным предраком проводили хирургическое лечение. Второй группе выполняли стандартное хирургическое пособие с последующим началом стандартного противоязвенного лечения. Пациентам 3-ей группы проводили только комбинированное медикаментозное лечение. Пациентам 4-ой группы проводили аналогичное медикаментозное лечение, но с внутрикишечным озонированием (озонатор «ОЗОН УМ-80», Харьков, Украина). Больным 5-ой группы назначали такую же базисную медикаментозную терапию, но в сочетании с озонотерапией и интервальной нормобарической гипокситерапией (ИНБГТ) в режиме 5х5х5 (гипоксикаторы «ГИП 10–1000–0», «Трейд Медикал», Россия и «Тибет-4», «Newlife», Россия).

В работе оценивали маркеры сосудистой «агрессии» и «защиты» - эндотелин-1 (ЭТ-1) и оксид азота (NO). ЭТ-1 определяли иммуноферментным методом (райдер «PR2100 Sanofi diagnostic pasteur» (Франция). Сывороточную концентрацию NO определяли при помощи реактива Грейса с использованием спектрофотометра «СФ–56» (Россия).

Полученные результаты обработаны с применением методик математической статистики и использованием пакета программы Statistica 6.0.

Результаты. Исходные величины ЭТ-1 во всех группах больных статистически значимо превышали уровень здоровых людей. Причем, если на 1-м этапе исследования ЭТ-1 превышал группу здоровых на 3,7 мг/мл, то уже на 2-м – на 7,2 мг/мл. На последующих этапах содержание ЭТ-1 медленно снижалось, но на финальном этапе по-прежнему в 2 раза превышало уровень здоровых лиц. Во 2-ой и 3-ей группах закономерность изменений была подобной 1-ой группе, однако превышение значений было выражено в меньшей степени, однако прослеживалось на всех без исключения этапах обследования. В 4-ой группе изменения на 1-3 этапах имели только тенденционный характер. В 5-ой группе значимое уменьшение ЭТ-1 наблюдалось между 1-м и 2-м и между 3-м и 4-м этапами наблюдения.

Исходное содержание в крови оксида азота было 2,7 раза ниже, чем у здоровых. В 1-ой группе значимых изменений оксида азота не происходило. Во 2-ой группе появилась тенденция к его увеличению, а в 3-ей группе отмечен статистически значимый прирост. Наивысшая интенсификация оксида азота наблюдалась в 5-ой группе, причем это отмечено как с нарастанием его концентрации между этапами.

Выводы. У больных резистентным НЯК формируется дисбаланс маркеров сосудистого повреждения/защиты. Малоактивное восстановление баланса на протяжении годовичного периода наблюдения было в «хирургических» (1-я и 2-я) группах больных. Максимальный вазопротективный эффект был достигнут у представителей 5-ой группы.

Прозоров Д.Е., Карпенко М.А.

**ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ
КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ X НА ФОНЕ ИНТЕРВАЛЬНОЙ
НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ**

Научный руководитель - член-корр. НАМНУ Игнатенко Г.А.

Кардиальный синдром X является достаточно редким заболеванием, частота которого по результатам коронарной ангиоэнцефалографии колеблется от 3 до 15%, а эффективность медикаментозного лечения не превышает 40-50%.

Цель. Оценить частоту кардиального синдрома X среди хронических форм ИБС и оптимизировать лечение больных путем коррекции функции сосудистого эндотелия при использовании сеансов интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНБГТ).

Материал и методы. Сосудистая ангиография была выполнена 441 больным стабильной хроническими формами ИБС (ангиограф «Philips Integris 3000», Голландия). В исследование отобрано 59(13,4%) больных кардиальным синдромом X. Критериями включения были: боль при физической нагрузке, отсутствие ишемических изменений на ЭКГ покоя и их наличие при нагрузочных пробах, отсутствие эффекта от нитроглицерина, отсутствие клапанных пороков сердца, гипертрофии отделов сердца и сегментарного нарушения сократимости по результатам эхокардиографии, отсутствие в анамнезе инфаркта миокарда, стенозирующего атеросклероза коронарных артерий, систолической и диастолической дисфункции. Не включали пациентов сахарным диабетом, артериальными гипертензиями, пролапсом митрального клапана. Ангиографическими признаками кардиального синдрома X были: «задержка» контрастного вещества, извитость и неровность контуров в дистальных отделах артерий.

Методом случайной выборки пациенты были распределены в 2 однотипные по полу, возрасту, длительности заболевания группы наблюдения. В 1-ю включено 30 пациентов, которые получали базисную терапию бета-адреноблокатором, антагонистом кальция, аспирином, статином. Вторая группа (29 пациентов) получала аналогичное лечение в сочетании с сеансами ИНБГТ продолжительностью по 50-60 минут на протяжении 20 дней в режиме 5x5x5 после пробы Штанге и острого гипоксического теста на переносимость гипоксии (гипоксикаторы «ГИП 10–1000–0», «Трейд Медикал», Россия и «Тибет-4», «Newlife», Россия-США). Толерантность к физической нагрузке определяли при помощи велоэргометрии непрерывно ступенчато начиная с 25 Вт (велоэргометр «Ergometrics 900», «Jaeger», Германия). Нагрузку прекращали после достижения субмаксимальной частоты сердечных сокращений или появления ишемических симптомов. Суточное мониторирование ЭКГ проводили при помощи кардиомонитора «Кардиотехника»–04-АД-3(М), «Incart», Россия. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программы для статистического анализа «Statistica 6.0». Проверку на нормальность распределения проводили при помощи метода Шапиро-Вилка.

Результаты. Частота кардиального синдрома X среди больных хроническими формами ИБС составила 13,4%. По результатам 20-ти дневного курса лечения отмечено увеличение толерантности к физической нагрузке в группе с гипокситерапией ($\chi^2=4,9$, $p=0,04$), уменьшение частоты приступов стенокардии ($\chi^2=5,8$, $p=0,03$) и частоты ишемических изменений при выполнении нагрузочных тестов ($\chi^2=6,1$, $p=0,02$).

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. Частота кардиального синдрома X по данным ангиоэнтерикулографии составила 13,4%, что эквивалентно данным литературных источников. 20-ти дневный курс лечения с гипокситерапией способствовал значимому приросту толерантности к физической нагрузке, уменьшению частоты приступов стенокардии и частоты ишемических изменений по данным нагрузочных тестов.

Ступакова К.А., Джоджуа Р.А., Брова Ю.А.

ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Научный руководитель - член-корр. НАМНУ Игнатенко Г.А

Цель. Определить влияние полиморфизма генов на уровень провоспалительных цитокинов и показатели комплекса интима-медиа каротид у больных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Обследовано 28 пациента метаболическим синдромом. Группу контроля составили 30 практически здоровых человека. Полиморфизм гена PPAR α определялся методом полимеразной цепной реакции, уровень цитокинов методом иммуноферментного анализа, толщина комплекса интима-медиа оценивалась во время ультразвукового исследования сонных артерий.

Результаты. Частота различных вариантов генотипа Pro12Ala гена PPAR α составила: Pro12Pro – 64,3%, Pro12Ala – 28,6%, Ala12Ala – 7,1%. Было установлено, что у больных с Pro12Pro генотипом концентрация фактора некроза опухоли-альфа была достоверно больше на 29%, чем уносителей Ala аллеля ($p < 0,05$) и на 20% выше, чем у носителей Pro12Ala ($p < 0,05$).

По уровню интерлейкинов 10 и 6, установлена статистически достоверная разница между Pro12Pro и Ala12Ala ($p < 0,05$), но не между Pro12Pro и Pro12Ala ($p > 0,05$).

Но у пациентов –носителей Ala аллеля была более низкая концентрация С-реактивного протеина по сравнению с Pro12Pro генотипом ($p < 0,05$), а носителей Ala12Ala генотипа она была еще ниже ($p < 0,05$). Исследование толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии показало, что значения этого показателя были наибольшими при Pro12Pro, чем при Pro12Ala и Ala12Ala генотипе ($p < 0,05$).

Выводы. Частота разных генотипов у больных метаболическим синдромом разная (Pro12Pro – 64,3%, Pro12Ala – 28,6%, Ala12Ala – 7,1%). По всей вероятности, разница генотипных наборов определяет активность системного воспаления и влияет на процессы активности раннего атеросклеротического поражения интимы сонных артерий.

Ханас Е.С., Селезнев Е.А.

МИОКАРДИАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

Научный руководитель - к.мед.н. Грушина М.В.

Цель. Анализ влияния двух режимов лечения (только медикаментозного и медикаментозного с интервальной нормобарической гипокситерапией (ИНБГТ)) на

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

состояние миокардиального ремоделирования (МР) и диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у лиц высокого кардиоваскулярного риска в условиях коморбидности.

Материалы и методы. В исследование было включено 92 пациента с сахарным диабетом 2 типа, разделенные на 2 группы. Пациенты 1-ой группы (47 человек) получали только стандартную антигипертензивную (иАПФ/сартан, антагонист кальция, β -адреноблокатор, диуретик) и противодиабетическую терапию, гиполипидемические средства, дезагреганты. 45 пациентам 2-ой группы наблюдения, помимо данного медикаментозного лечения, проводились ежедневные 20-ти дневные сеансы ИНБГТ.

Весь период наблюдения был условно разделен на 3 этапа. Этап I – исходное изучение показателей, этап II – конец стационарного 20-ти дневного периода лечения, и III этап соответствовал году постоянного приема антигипертензивной терапии и повторных 20-ти дневных сеансов гипокситерапии с частотой 1 раз в квартал.

Сонографическое исследование сердца проводили по стандартной методике из трансторакального доступа, а также в режимах импульсного доплера. Статистическая обработка данных проводилась с помощью «Statistica 6.0».

Результаты. В 1-ой группе отмечается увеличение частоты дилатации левого предсердия (ЛП) (относительно 1-го этапа на 11,4%), а во 2-ой группе снижение на 10,5% относительно I этапа обследования.

Различия частоты гипертрофии межжелудочковой перегородки между I и III этапом в 1-ой группе составили 14,7%, тогда как во 2-ой – всего 3,7%. Разница показателей гипертрофии задней стенки ЛЖ между I и III этапами составила для представителей групп 16,5% и 3,9% соответственно.

Частота ГЛЖ в 1-ой группе на III этапе исследования составила 94,9%, а во 2-ой – 78,6%. Различия между I и III этапами в группах больных составили 24,7% и 7,5% соответственно.

Проявлением процесса МР является нарушение диастолических параметров ЛЖ. К концу III этапа 100% больных 1-ой группы имели диастолические нарушения, во 2-ой группе - 73,8%.

Выводы. ИНБГТ, как компонент комплексной лечебной программы в дополнении к медикаментозному лечению, позволила уменьшить частоту и размеры дилатированного ЛП, затормозить дальнейшее прогрессирование гипертрофического процесса, снизить частоту диастолических расстройств. Так же, можно полагать, что ИНБГТ, как компонент комплексной антигипертензивной терапии, оказывает помимо снижения пред- и постнагрузки на миокард, комплекс вазопротективных эффектов, позволяющих более эффективно контролировать гипертензивный синдром и тормозить прогрессирование МР.

Черенкова А.А.

КОМПЛАЕНТНОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Научный руководитель - член-корр. НАМНУ Игнатенко Г.А

Цель. Заключалась в анализе влияния интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНБГТ) на параметры приверженности к лечению (комплаентности) у больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы. В исследование включены 56 гипертензивных пациентов СД 2-го типа в возрасте от 40 до 62 лет. Критерии включения: артериальная гипертензия (АГ) 1-2 стадии и 1-2 степени, СД 2 типа в стадии компенсации/субкомпенсации.

Методом случайной выборки пациенты были распределены в две однотипные группы наблюдения, статистически однородные по возрасту ($\chi^2=0,7$, $p=0,51$), полу ($\chi^2=2,0$, $p=0,21$), клиническим проявлениям гипертензивного ($\chi^2=1,3$, $p=0,34$) и диабетического (гипергликемического) синдромов ($\chi^2=3,0$, $p=0,23$). Пациенты 1-ой группы (28 человек) получали стандартную антигипертензивную (ингибитор АПФ/сартан, бета-адреноблокатор, статин/фибрат, диуретик) и оральную противодиабетическую терапию. 28 пациентам 2-ой группы, кроме аналогичного медикаментозного лечения, проводили ежедневные сеансы ИНБГТ по методике 5x5x5 продолжительностью 60 минут в течение 20 дней при помощи гипоксикатора.

Результаты. Среднее количество лекарственных средств в 1-ой группе наблюдения составило $4,8 \pm 0,2$, тогда как после месячной терапии - $4,9 \pm 0,3$ соответственно. Во 2-ой группе аналогичные значения составили - $4,9 \pm 0,1$ и $4,0 \pm 0,2$ соответственно. По нашему мнению, различия значений между группами больных после лечения на 0,9 обусловлены эффектом прерывистого влияния гипоксии с чередующимися эпизодами нормоксии на состояние сосудистого эндотелия с активацией синтеза оксида азота – мощного естественного вазодилататора. К концу периода наблюдения в первой группе на фоне лечения наблюдалась транслокация больных из категории низкой комплаентности. Во 2-ой группе приверженность оказалась на 10,9% ниже, чем в 1-ой. Напротив, во 2-ой группе на 10,7% было больше лиц с умеренной комплаентностью при одинаковых значениях частоты высокой (по 10,7% в каждой из групп).

Выводы. Комплаентность у гипертензивных пациентов СД 2-го типа находится в прямой зависимости от количества одновременно принимаемых лекарственных средств. Включение гипокситерапии в комплексную гипотензивную программу у гипертензивных больных СД 2-го типа способствует росту приверженности к лечению путем потенцирования антигипертензивного эффекта за счет активации естественной NO-зависимой вазодилатации, а также рост частоты достижения целевого уровня артериального давления на фоне уменьшения количества одновременно принимаемых медикаментозных средств.

ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Зав. кафедрой – проф. Абрамов В.А.

Абрамов В.А.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОЦЕССА СИТУАТИВНОГО ОТЧУЖДЕНИЯ (СМЫСЛОУТРАТЫ) В ФОРМИРОВАНИИ САМОСТИГМЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Научный руководитель - проф. Абрамов В.А.

Цель. Оценить влияние смыслоутраты на формирование самостигмы у больных шизофренией.

Материалы и методы. Было отобрано и обследовано 120 больных, страдающих шизофренией, находящихся на стационар лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. Обследованные больные были разделены на две группы. Основная группа больных была сформирована из 80 пациентов, страдающих параноидной шизофренией с длительностью заболевания до 5 лет. Группа сравнения включала 40 человек, репрезентативных по гендерно-возрастным и клиническим особенностям, перенесших первый эпизод психоза.

Уровень и структурные составляющие процесса самостигматизации, изучались с помощью оригинальной шкалы (Абрамов В.А., 2011), предназначенной для оценки отношения пациента к своему статусу психиатрического пациента с учетом отношения к самому себе, возможности участия в различных сферах жизнедеятельности, реальных взаимоотношений с окружающими, жизненных планов и возможности их осуществления. Для оценки уровня ситуативного отчуждения использовался опросник субъективного отчуждения (СОТЧ) С. Мадди в адаптации Е.Н. Осина. Данные подвергались статистической обработке в MedStat.

Результаты. В ходе анализа результатов исследования, было установлено, что высокий уровень самостигматизации (СС) определялся у 12 пациентов (15,0%) основной группы, средний уровень СС был выявлен у 44 больных (55,0%), низкий уровень СС – у 24 пациентов (30,0%). У больных группы сравнения показатели СС были следующими: у 7 пациентов (17,5%) был выявлен средний уровень СС, у 33 больных (82,5%) – низкий уровень СС, высокий уровень самостигматизации в данной группе больных не наблюдался.

По уровню выраженности ситуативного отчуждения (СО) больные основной группы распределилась следующим образом: абсолютное отчуждение определялось у 63 пациентов (78,7%), относительное отчуждение – у 17 больных (21,3%), мнимое отчуждение в данной группе больных не выявлялось. У больных группы сравнения показатели СО были следующими: относительное отчуждение было установлено у 13 пациентов (32,5%), мнимое отчуждение – у 27 больных (67,5%), абсолютное отчуждение в

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

данной группе больных не выявлялось. Была установлена статистически значимая разница ($p < 0,05$) между показателями самостигматизации и ситуативного отчуждения двух сравниваемых групп больных.

Выводы. Анализ результатов проведенного исследования позволяет утверждать, что феномен смыслоутраты лежит в основе формирования стигмы у больных шизофренией. При этом значительный уровень самостигмы, а, следовательно, ухудшения качества жизни больных наблюдается уже в первые годы после первого психотического эпизода. Это доказывает необходимость использования антистигматизационных подходов при оказании психиатрической помощи на ранних стадиях заболевания.

Альмешикина А.А., Пугач Л.Ю.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОЛИ ЦЕННОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ МИРОПРОЕКТА ЛИЧНОСТИ

Научный руководитель - проф. Абрамов В.А.

Цель. Изучение теоретических основ в понимании важности ценностных образований в формировании миропроекта личности.

Материалы и методы. С помощью системного информационно-аналитического метода проведен анализ отечественных и зарубежных литературных источников по вопросам теоретических основ понимания важности ценностных образований в жизни человека.

Результаты. Проблема ценностей и их изучения имеет междисциплинарный характер, являясь объектом исследования в психологии, психиатрии, социологии, этике, философии и педагогике. В настоящее время существует огромное количество интерпретаций терминов «ценность» и «ценностные ориентации». По нашему мнению, ценности – это своеобразная оценка или значение определенного объекта в представлении субъекта, а ценностные ориентации – это предпочтения субъекта, позволяющие ему ранжировать объекты по значимости для него и определяющие направленность его деятельности и поведения. Так как различные авторы ценности разграничивают по разнообразным критериям, на данном этапе образовалось множество их классификаций. Однако, большинство из них (например, выделение типов личности (У.Томас и Ф.Знанецкий, Э.Шпрангер) и типов характера (Д.Рисмен) на основании ценностных ориентаций) являются достаточно условными. Необходимо учитывать тот факт, что в течение жизни человека система ценностей претерпевает изменения на основе меняющегося социального статуса личности и социальной среды, участвуя в формировании уникального миропроекта личности. Система ценностей это определенного рода фильтр, через который проходит вся воспринимаемая информация, часть которой игнорируется, отсеивается, а вторая часть – актуализируется. Они имеют двойственную природу, так как с одной стороны ценности социальные, а с другой - индивидуальные. Личностные ценности, как регуляторы индивидуального поведения, образуются путем интериоризации личностью социальных ценностей, но не все социальные ценности становятся личностными, даже если они осознаются и к ним индивид относится положительно. Главным условием данной трансформации является практическое погружение субъекта в коллективную деятельность, ориентированную на

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

реализацию соответствующей ценности. То есть в процессе интериоризации ценностей участвуют когнитивный, эмоциональный и волевой компоненты.

Выводы. ценности являются внутренним движущим фактором человека, основой для выбора целей, что оказывает влияние на формирование миропроекта личности, ее потребностей, идеалов, интересов и убеждений.

Белянкина Б.И., Герасименко Д.С., Панченко Д. Р.

ИССЛЕДОВАНИЕ БАЗОВЫХ ЛИЧНОСТНЫХ УБЕЖДЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВНИЯ

Научный руководитель - асс. Соловьева М.А.

Базовые утверждения личности в целом определяют представление о мире и о людях, являются базой для формирования положительных и отрицательных установок, основанных на социальном опыте. Базовые установки личности являются ядром её субъективного мира и составляют мировоззренческие установки индивидуума, которые могут видоизменяться и даже разрушаться под влиянием болезни, стигматизации, недостаточного комплайенса.

Цель. Изучение особенностей базовых личностных убеждений у больных параноидной шизофренией с длительным течением заболевания среди пациентов Психиатрической больницы №1 г.Макеевки.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 14 пациентов Психиатрической больницы №1 г. Макеевки в возрасте от 32 до 67 лет с параноидной шизофренией. Оценка базовых личностных убеждений проводилась с помощью шкалы базовых убеждений, Р.Янов-Бульман, адаптация О.Кравцовой.

Результаты. В ходе исследования были выделены две группы пациентов: 1 – с давностью заболевания менее 5 лет (6 человек), 2 – с давностью заболевания более 5 лет (8 человек). В результате исследования было обнаружено несколько более высокие показатели у пациентов 1 группы: благосклонность мира с повышенным уровнем определена у 5 из 6 (83.3%) опрашиваемых, а у пациентов 2 группы только 3 из 8 (37.5%) имели результаты выше среднего; осмысленность мира в первой группе была выше среднего у 5 из 6 (83.3%) пациентов, а во второй группе у 4 из 8 (50%); ценность собственного «Я» в первой группе была выше среднего у 3 из 6 (50%) пациентов, во 2 группе у 2 из 8 (25%).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о сохранности на более высоком уровне базовых личностных убеждений (вера в то, что в мире больше добра, чем зла; убеждение, что мир полон смысла; убеждение в ценности собственного «Я») у пациентов с длительностью заболевания до 5 лет и их постепенным снижением у больных с длительностью более 5 лет. Необходимо отметить, что высокий уровень базовых личностных убеждений является важнейшим фактором адаптации личности, в том числе и к переживанию болезни, так как создает в неблагоприятных обстоятельствах зону психической стабильности. Вместе с тем недостаточный уровень базовых личностных убеждений влечет за собой нарушения в эмоциональной и психической сферах, что может привести к срыву адаптации и усугублению течения заболевания. Снижение данных показателей у пациентов с

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

давностью заболевания более 5 лет может объясняться неполноценностью социальных отношений, вследствие аутизации, нарушений мышления, нарастанием дефекта, а также угнетения ценностей, привычек, образа жизни в следствии болезни и ее лечения.

Бойченко А.А.

СТРУКТУРА СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ВИКТИМИЗАЦИИ

Научный руководитель - проф. Абрамов В.А.

Состояние высших регуляторных систем личностной структуры – личностных смыслов больного шизофренией, может рассматриваться как один из факторов его виктимизации. Они выступают в виде ценностных ориентаций личности, основной функцией которых является обеспечение процесса социализации. Недостаточная реализация каких-либо из основных психологических механизмов смыслообразования может привести к дезадаптации в социуме, что особенно актуально для группы больных, страдающих шизофренией.

Цель. Оценка особенностей структуры смысложизненных ориентаций личности больных шизофренией с разной степенью виктимизации.

Материал и методы. Исследование смысложизненных ориентаций проводилось путем обследования 71 респондента в возрасте от 18 до 60 лет с установленным диагнозом «шизофрения». Для оценки степени виктимизации использовался оригинальный авторский опросник. Исследование личностных смыслов проводилось с помощью теста смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева. Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработке «MedStat».

Результаты. В зависимости от уровня виктимности исследуемые были разделены на 4 группы: группа I - с минимальной степенью виктимизации – 7 чел. (9,8%); группа II - с легкой степенью виктимизации – 27 чел. (38,1%); группа III - с умеренной степенью виктимизации – 23 чел. (32,4%); группа IV – с тяжелой степенью виктимизации – 14 чел. (19,7%).

С помощью корреляционного анализа Спирмена на основе данных психологических методик в исследуемой группе больных шизофренией была выявлена статистически достоверная (показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$) отрицательная связь ($r = -0,255$) между показателем субшкалы «Лocus контроля – Я» и степенью виктимизации. В ходе сравнительного анализа показателей смысложизненных ориентаций в выделенных группах с разной степенью виктимизации были выявлены достоверные различия по показателю субшкалы «Лocus контроля – Я» ($p < 0,05$).

Выводы. Низкие показатели коррелируемых характеристик у виктимизированных больных шизофренией свидетельствуют о дисфункции на уровне личностных смыслов, что проявляется в невозможности адекватно реагировать на изменения окружающей среды. Для более виктимизированных больных шизофренией характерна интровертированность, неспособность принимать решения, нерешительность и неуверенность в собственных решениях, отсутствие чувства персональной включенности в жизнь, безволие, преобладание сдержанности. Таким образом, смысложизненные ориентации являются важной индивидуально-психологической личностной

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

характеристикой, в значительной мере детерминирующей степень виктимизации больных шизофренией.

Волова О.С., Киселев К.И.

ВЫЯВЛЕНИЕ ОСНОВНОГО ТИПА СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

Научный руководитель - асс. Мельниченко В.В.

Цель. Оценка общего уровня интернальности-экстернальности, а также отдельных его составляющих у пациентов с невротическими и психотическими расстройствами.

Материалы и методы. Обследовано 17 пациентов (41% женщин и 59% мужчин) Республиканской клинической психиатрической больницы в возрасте от 29 до 67. Оценка уровня субъективного контроля проводилась с помощью опросника уровень субъективного контроля Дж. Роттера (УСК), оценивающего 7 основных шкал: Шкала общей интернальности (Ио), Шкала интернальности в области достижений (Ид), Шкала интернальности в области неудач (Ин), Шкала интернальности в семейных отношениях (Ис), Шкала интернальности в области производственных отношений (Ип), Шкала интернальности в области межличностных отношений (Им), Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни (Из).

Результаты. В ходе исследования были выделены две группы пациентов: 1- с невротическими расстройствами; 2- с психическими расстройствами. В результате исследований были выявлены более высокие показатели уровня интернальности у пациентов с психотическими расстройствами: Ио(6,5±2,6); Ид(8±2,1); Ин(6,3±2,1); Ис(6,5±1,7); Ип(6,5±1,7); Им(5,3±2,2); Из(5±2,1). Выявлены также половые различия по этим шкалам: женщины имеют более высокие показатели (Ид – 5,9±3; Ин – 5,9±2,3), чем мужчины (Ид – 5,4±2,2; Ин – 5,2±2,4). Показатели по шкалам выше в группе пациентов, на которых не воздействовал эмоционально-стрессовый фактор (Ид – 5,9±3; Им – 5,7±2,4). Удалось установить связь между уровнем расстройства и шкалами: у пациентов с психотическими расстройствами более высокие показатели интернальности в областях: достижений (8±2,1) и производственных отношений (6,5±1,8), чем у пациентов с невротическими расстройствами (Ид (4,8±2,1) тэмп 3,1>ткр, p≤0,05; Ип (3,7±2,1) тэмп 2,8>ткр, p≤0,05).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о смешанном типе субъективного контроля у больных с психотическими расстройствами. Пациенты убеждены, что их успехи и неудачи зависят, прежде всего, от внешних обстоятельств – условий окружающей среды, действий других людей, случайности, везения или невезения. В областях семейных и производственных отношений у них преобладает интернальный тип контроля, что свидетельствует об уверенности в себе, достаточном уровне саморегуляции и эмоциональной устойчивости. Полученные данные могут быть использованы при составлении индивидуальных личностно-ориентированных реабилитационных программ пациентов с различным уровнем психических расстройств.

Горулёва Ю.А.

ОСОБЕННОСТИ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель - асс. Абрамов В.А.

Саморегуляция – способность человека регулировать свое взаимодействие со средой деятельности. Составляющими поведенческой регуляции являются: самооценка, уровень нервно-психической устойчивости, а также наличие социального одобрения (социальной поддержки) со стороны окружающих людей.

Цель. Оценить особенности саморегуляции поведения у больных шизофренией и больных с аффективной патологией.

Материалы и методы. Было обследовано 26 пациентов, находящихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. Обследуемые были разделены на две группы: в первую группу вошли пациенты страдающие шизофренией (14 пациентов), вторая группа включала 12 пациентов с аффективной патологией. Для оценки уровня саморегуляции использовался опросник «Стиль саморегуляции поведения - 98» Моросановой В.И. Данные подвергались статистической обработке в MedStat.

Результаты. В ходе анализа результатов исследования была установлена статистически значимая разница ($p < 0,05$) между показателями саморегуляции двух сравниваемых групп. Средний балл саморегуляции для больных шизофренией составил $22,8 \pm 0,98$, для больных с аффективной патологией $29,9 \pm 1,02$ балла. Показатели уровней саморегуляции поведения у больных шизофренией распределились следующим образом: у 5 больных (35,8%) был выявлен средний уровень саморегуляции поведения, у 9 пациентов (64,2%) – низкий, высокий уровень саморегуляции поведения у данной группы больных не определялся. Для больных с аффективной патологией показатели саморегуляции были следующими: у 3 пациентов (25,0%) определялся высокий уровень саморегуляции, у 7 обследованных (58,3%) – средний и у 2 больных (16,7%) – высокий.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных шизофренией несформированна потребность в программировании и планировании своей деятельности, они в большей степени, в сравнении с больными с аффективной патологией, зависят от окружающих людей. Возможность компенсации неблагоприятных для достижения поставленной цели личностных особенностей у таких испытуемых снижена по сравнению с больными с аффективной патологией.

Егоров А.Е., Мельниченко В.В.

САМОАКТУАЛИЗАЦИОННЫЙ КОМПОНЕНТ СМЫСЛО-ЖИЗНЕННОГО ПРОСТРАНСТВА ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Научный руководитель - проф. Ряполова Т.Л.

Цель. Определение особенностей самоактуализации больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра в зависимости от продолжительности психического расстройства.

Материал и методы. Стандартизованная оценка особенностей самоактуализации была проведена у 60 больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра в

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

возрасте от 16 до 58 лет, проходивших лечение в РКПБ г. Донецка. Среди обследованных преобладали мужчины (41 чел. – 68%). По продолжительности психических расстройств пациенты были распределены следующим образом: с первым эпизодом психоза – 30 чел. (50,0%), с хронической шизофренией - 30 чел. (50,0%). Все больные на момент обследования получали стандартную терапию атипичными антипсихотиками. Психодиагностический метод предусматривал оценку уровня самоактуализации и ее составных элементов с помощью методики САТ (Э. Шостром, 1987). Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

Результаты. Показатель сензитивности к себе у больных с хронической шизофренией ($7,17 \pm 0,24$) статистически значимо ($p < 0,05$) превышал аналогичный показатель у больных с первым эпизодом психоза ($6,4 \pm 0,26$). Остальные показатели самоактуализации в обследованных группах пациентов находились примерно на одном уровне. Это можно объяснить тем, что при хронической шизофрении переживание содержания психотической симптоматики, когнитивного и эмоционально-мотивационного дефицита, а также факта госпитализаций и социального отторжения вследствие стигматизации и аутостигматизации способствует гиперсензитивности и излишней, не всегда продуктивной, саморефлексии, а первый психотический эпизод протекает в условиях относительной сохранности личностного потенциала и достаточного ресурса самоактуализации.

Выводы. Полученные данные могут быть использованы для разработки комплекса дифференцированных мероприятий, направленных на восстановление личностных ресурсов больных шизофренией, возвращение им возможности и желания жить в социуме

Заикина А.Ю.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТИЛЯ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Научный руководитель - асс. Мельниченко В.В.

Цель. Оценка стиля саморегуляции поведения у пациентов с различным уровнем психических расстройств.

Материалы и методы. Обследовано 17 пациентов (41% женщин и 59% мужчин) Республиканской клинической психиатрической больницы в возрасте от 21 до 67 лет. Оценка стиля саморегуляции проводилась с помощью опросника «Стиль саморегуляции поведения», оценивающего 6 основных шкал: Планирование(Пл), Моделирование(М), Программирование(Пр), Оценивание результатов(ОР), Гибкость(Г), Самостоятельность(С), Общий уровень саморегуляции(ОУ). Метод математической обработки результатов включал использование лицензионного пакета статистического анализа «StatMed».

Результаты. В ходе исследования были выделены 2 группы пациентов: 1 - с психическими расстройствами, 2 - невротическими расстройствами. В результате были обнаружены высокие показатели у пациентов с невротическими расстройствами: ОУ ($30,2 \pm 1,7$), планирование ($6,1 \pm 0,4$), моделирование ($3,9 \pm 0,4$), программирование ($6,4 \pm 0,8$), оценивание результатов ($4,6 \pm 0,6$), гибкость ($6,077 \pm 0,5484$), самостоятельность ($4,4 \pm 0,4$). Выявлены также некоторые половые различия по этим шкалам: женщины имеют более

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

высокие показатели (планирование $20,3 \pm 12,9$, программирование $5,7 \pm 0,3$, гибкость $4,9 \pm 0,5$, самостоятельность 7 ± 5 , общий уровень саморегуляции $30,1 \pm 2$), чем мужчины (планирование $5,4 \pm 0,5812$, программирование $6,6 \pm 1,1$, гибкость $4,5 \pm 0,5$, самостоятельность $5,8 \pm 0,6$, общий уровень саморегуляции $28 \pm 1,8$). Так же выявлены различия значений по всем показателям опросника в группе пациентов до 40 лет, исключение составляли шкалы планирование (до 40 лет - $6,2 \pm 0,6$, после 40 лет - $6,3 \pm 0,5$), программирование (до 40 лет - $6 \pm 0,5$, после 40 лет - $7,9 \pm 1,9$).

Выводы. Получение результаты характеризуют высокий уровень сформированности осознанного планирования деятельности у пациентов с невротическим уровнем расстройств. При высокой мотивации пациенты способны формировать такой стиль саморегуляции, который позволяет компенсировать влияние личностных, характерологических особенностей, препятствующих достижению цели. Чем выше общий уровень саморегуляции, тем легче человек овладевает новыми видами активности, увереннее чувствует себя в незнакомых ситуациях. У испытуемых психотического уровня расстройств потребность в осознанном планировании и программировании своего поведения несформирована, часто неадекватна ситуации и зависит от мнения окружающих. Соответственно успешность овладения новыми видами деятельности ограничена. Это является основанием для дальнейшего глубокого изучения проблем саморегуляции поведения у выделенного контингента пациентов.

Зейналов Р.З., Мельниченко В.В.

ОТЧУЖДЁННОСТЬ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Научный руководитель - проф. Ряполова Т.Л.

Цель. Исследование особенностей отчужденности у больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра с различной продолжительностью заболевания.

Материал и методы. Стандартизованная оценка отчужденности была проведена у 58 больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра в возрасте от 16 до 50 лет, проходящих лечение в РКПБ г. Донецка. Среди обследуемых преобладали мужчины (34 чел. – 58,6%). Количество обследуемых больных с первым эпизодом психоза составляло 28 чел. (48,3%), с хронической шизофренией - 30 чел. (51,7%). Все больные на момент обследования получали стандартную терапию атипичными антипсихотиками. Психодиагностический метод предусматривал оценку уровня отчужденности и её составных элементов с помощью методики ОСТОЧ-В С. Мадди (в адаптации Е.Н. Осина, 2007). Математическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

Результаты. У больных хронической шизофренией статистически значимо ($p < 0,05$) более выраженными были показатели авантюризма в сфере отчужденности работы, вегетативности, бессилия и нигилизма в сфере отчужденности от общества, бессилия в отчужденности от других людей и нигилизм в отчужденности от самого себя. Несмотря на нарастание когнитивного и эмоционально-мотивационного дефицита, больные хронической шизофренией имели тенденцию к импульсивным поискам трудовой деятельности, которая отражала недостаточность критики к своему состоянию и не была стабильной. Больные после первого эпизода психоза не теряли веры в возможность

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

сохранения социальных контактов, но по мере хронификации болезни отчуждение от общества приобретало все более катастрофический характер вплоть до вегетативности, сочетаясь с утратой веры в возможность общения с другими людьми в форме бессилия. Данные переживания отчуждения от окружающего мира по мере хронификации болезни приводили к отрицанию собственной идентичности.

Выводы. Полученные данные могут быть использованы при разработке комплекса мероприятий психосоциальной реабилитации с акцентом на использование гуманистических подходов, направленных на восстановление личностной идентичности больных и возвращение их в сообщество.

Ковалева К.В.

ОСОБЕННОСТИ БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель - асс. Абрамов В.А.

Цель. Изучить особенности базисных убеждений личности у больных шизофренического спектра и больных с аффективной патологией.

Материалы и методы. Обследовано 25 пациентов, находящихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. Обследуемые были разделены на две группы: в первую группу вошли 13 пациентов страдающих расстройствами шизофренического спектра, вторая группа включала 12 пациентов с аффективной патологией. Для оценки базовых убеждений личности использовалась шкала базовых убеждений Р. Янов-Бульмана в адаптации О. Кравцовой, которая разработана в рамках когнитивной концепции базовых убеждений личности. По данной концепции, основа субъективного мира человека состоит из трех категорий базовых убеждений: вера в то, что в мире больше добра, чем зла; убеждение, что мир полон смысла; убеждение в ценности собственного "Я". Данная методика состоит из 32 вопросов, выявляющих восемь категорий убеждений, на основе которых вычисляются три вышеупомянутых базовых убеждения: благосклонность мира (BW), доброта людей (BP), справедливость мира (J), контролируемость мира (C), случайность как принцип распределения происходящих событий (R), ценность собственного "Я" (SW), степень самоконтроля (SC), степень удачливости (L). В норме показатели по всем шкалам выше середины (не менее 3,5 баллов).

Результаты. При проведении исследования установлено, что показатель общего отношения к благосклонности окружающего мира занижен у 2 пациентов с аффективной патологией (17%) и у 3 больных шизофренического спектра (23%). Общее отношение к осмысленности мира ниже нормы у 7 пациентов с аффективной патологией (58%), а также у 7 пациентов с заболеваниями шизофренического спектра (54%). В отношении убеждений о собственной ценности, способности управления событиями и везении результаты распределились следующим образом: низкие показатели у 3 больных с аффективной патологией (25%) и у 6 больных шизофренического спектра (46%).

Выводы. Базисные убеждения личности у людей, страдающих психическими заболеваниями, претерпевают серьезные изменения под влиянием, как самой болезни, так и неизменно сопутствующих ей внешних факторов (изменение отношений в семье и кругу

друзей, ограничение полноценной социальной жизни, утрата трудоспособности, стигматизация и другие), в результате которых значительно изменяются привычные жизненные представления и схемы поведения. Исходя из проанализированных выше данных, наибольшие затруднения у пациентов обеих групп возникают в сфере общего отношения к осмысленности мира (то есть, контролируемости и справедливости событий), а наименьшие – в отношении к благосклонности окружающего мира.

Колесникова О. А.

ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ

Научный руководитель - асс. Бойченко А.А.

Цель. Изучение особенностей самосознания пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения» с различной выраженностью негативных симптомов.

Материал и методы. Исследование особенностей самосознания больных проводилась путем обследования 38 пациентов в возрасте 19-63 лет с установленным диагнозом «параноидная шизофрения», проходивших лечение на базе Республиканской клинической психиатрической больницы г. Донецка. Распределение обследованных по полу: мужчины – 23 человека (60,5%), женщины – 15 человек (39,5%). Оценка уровня экзистенциальной исполненности, ее составных элементов, таких, как самодистанцирование, самотрансценденция, свобода, ответственность осуществлялась с помощью шкалы экзистенции А. Лэнгле и К. Орглер. Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки "MedStat".

Результаты. Были выделены 3 группы опрошенных с различной выраженностью негативных симптомов по данным шкалы негативной психопатологической симптоматики (SANS): 1 группа – пациенты с общим показателем 0-19; 2 группа - общий показатель - 20-39; 3 группа - общий показатель - 40 и более. В результате проведенного исследования были вычислены средние значения показателей экзистенциальной исполненности в общей выборке: самодистанцирование – $26,2 \pm 1,8$ (средний показатель); самотрансценденция – $58,8 \pm 2,2$ (средний показатель); свобода – $40,8 \pm 1,8$ (средний показатель); ответственность – $42,3 \pm 2,4$ (средний показатель). Показатели факторов личности: персональность – $85,5 \pm 3,5$ (низкий показатель); экзистенциальность – $83,1 \pm 3,9$ (средний показатель); суммарный показатель - $168,6 \pm 7,1$ (низкий показатель). В результате статистической обработки с помощью критерия Краскела-Уоллиса выявлено, что между этими группами нет статистически достоверного различия ($p > 0,05$).

Выводы. В группах не было выявлено статистически достоверных различий, однако выявлены низкие значения показателя персональности и суммарного показателя. Низкий показатель персональности говорит о замкнутости больных шизофренией. Замкнутость личности, неуверенность отображаются так же в низких параметрах общей экзистенциальной исполненности. Больным шизофренией свойственна аффективная уплощенность и скудность в отношении с социумом. Это делает больных беспомощными в понимании ценностей. Больные шизофренией нерешительны и не уверены в собственных заключениях. Им характерна тревожность, вызванная необходимостью принять решение из-за опасения возможных последствий.

Кочетова М. А.

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В СТАДИИ РЕМИССИИ

Научный руководитель - асс. Бойченко А. А.

Цель. Изучение особенностей копинг-стратегий поведения больных шизофренией в стадии ремиссии с различной выраженностью негативной симптоматики.

Материал и методы. Были изучены особенности копинг-стратегий поведения у 38 больных в возрасте от 19 до 63 лет с установленным диагнозом шизофрении. Распределение по полу: 23 мужчины, 15 женщин. В зависимости от степени выраженности негативных симптомов шизофрении исследуемые больные были разделены на 3 группы по общему показателю степени выраженности негативных симптомов по шкале негативной психопатологической симптоматики (SANS): 1 группа – 20 человек (общий показатель - 0-19); 2 группа – 11 человек (общий показатель - 20-39); 3 группа – 7 человек (общий показатель - 40 и более). Для оценки структуры копинг-стратегий был использован методика «Индикатор копинг-стратегий Д. Амирхана». Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

Результаты. В ходе сравнительного анализа при использовании критерия Краскела-Уоллиса не было установлено статистически достоверных различий ($p < 0,05$) в группах больных. Однако, можно наблюдать тенденцию к тому, что больные во 2 и 3 группах меньше стремятся избегать проблем и больше ориентированы на поиск социальной поддержки. Средние значения показателей каждой субшкалы в каждой группе доказывают это наблюдение. Среднее значение субшкалы «избегание проблем» в 1 группе больных имеет значение равное $5,5 \pm 0,5$, во 2 группе – $5,3 \pm 0,9$, в 3 группе – $5,1 \pm 0,4$. Среднее значение субшкалы «поиск социальной поддержки» в 1 группе имеет значение $7,3 \pm 0,7$, а во 2 и в 3 группах – $7,1 \pm 1,2$ и $7,3 \pm 0,9$ соответственно.

Выводы. У больных с различным уровнем выраженности негативных симптомов наблюдаются различия в характере и в показателях копинг-поведения. У исследуемых со слабо выраженной негативной симптоматикой преобладают конструктивные виды копинг-стратегий. У больных с умеренным дефектом наблюдается снижение использования конструктивных, и преимущественное использование неконструктивных копинг-стратегий. У больных с сильно выраженной негативной симптоматикой наблюдается недостаточность копинг-поведения. По мере нарастания негативной симптоматики наблюдается значительное снижение внимания и прогрессирующее нарушение мыслительной деятельности, что ведет к тенденции снижения использования копинг-стратегий - как конструктивных, так и неконструктивных видов.

Краснова К.В.

ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ К САМОКОНТРОЛЮ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель - асс. Абрамов В.А.

Цель. Оценить способность к самоконтролю у больных шизофренией и больных с аффективной патологией.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материал и методы. Обследовано 26 пациентов, находящихся на стационарном лечении в РКПБ г. Донецка. Обследуемые были разделены на две группы: в первую группу вошли 14 пациентов страдающих шизофренией, вторая группа включала 12 пациентов с аффективной патологией. Оценка способности к самоконтролю осуществлялась при помощи шкалы контроля за действием Ю. Куля. Данные подвергались статистической обработке в MedStat.

Результаты. При анализе результатов исследования было установлено, что у 4 пациентов (28,5%) страдающих шизофренией определялся высокий уровень самоконтроля, у 7 больных (50,0%) – средний уровень самоконтроля и у 3 обследованных (21,5%) – низкий уровень самоконтроля. Для больных с аффективной патологией показатели самоконтроля были следующими: высокий уровень самоконтроля определялся у 2 пациентов (16,7%), средний уровень самоконтроля был выявлен у 1 больного (8,3%) и 9 пациентов (75,0%) был установлен низкий уровень самоконтроля. В ходе анализа результатов исследования была установлена статистически значимая разница ($p < 0,05$) между показателями самоконтроля двух сравниваемых групп.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с аффективной патологией в большей степени, в сравнении с больными шизофренией, нарушены способности формировать репрезентации собственных ожиданий и эмоциональных предпочтений. Для больных с аффективной патологией в большей степени характерна фиксация на эмоциональных переживаниях, склонность к раздумьям, они более подвержены влиянию конкурирующих намерений и негативного опыта, более склонны к формированию таких негативных психологических состояний как выученная беспомощность и алиенация, и в целом менее успешно реализуют свои намерения в действии, даже когда действия, которые намеревались осуществить, полезны и потенциально просты.

Лукашов В.Б.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель - асс. Абрамов В.А.

Цель. Оценить толерантность к неопределенности у больных шизофренического спектра и больных с аффективной патологией.

Материалы и методы. Обследовано 26 пациентов, находящихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. Обследуемые были разделены на две группы: в первую группу вошли 14 пациентов страдающих расстройствами шизофренического спектра, вторая группа включала 12 пациентов с аффективной патологией. Оценка уровня толерантности к неопределенности проводилась с помощью шкалы уровня толерантности к неопределенности Баднера. Шкала включает в себя 16 вопросов с 7 вариантами ответов и включает в себя следующие субшкалы: «Новизна проблемы», «Сложность проблемы» и «Неразрешимость проблемы». Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета статистических программ «MedStat» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты. В ходе сравнительного анализа полученных в результате исследования данных, статистически значимых различий установлено не было ($p > 0,05$). В группе пациентов шизофренического спектра среднее значение общего показателя толерантности к неопределённости составило 62.14 ± 8.57 балла (средний уровень), для субшкалы «Новизна проблемы» - 12.86 ± 5.29 (средний уровень) балла, «Сложность проблемы» - 39.43 ± 6.25 (средний уровень) балла, «Неразрешимость проблемы» - 10.57 ± 3.11 балла (средний уровень). У больных с аффективной патологией средний балл толерантности к неопределённости составил 67.33 ± 6.51 балла (средний уровень), для субшкалы «Новизна проблемы» - 13.75 ± 3.89 балла (средний уровень), «Сложность проблемы» - 43 ± 4.02 балла (высокий уровень), «Неразрешимость проблемы» - 10.42 ± 2.71 балла (средний уровень).

Выводы. Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что уровень толерантности к неопределённости не зависит от патологии, определяемой у больного, однако, у обследованных пациентов выявлены средние показатели толерантности к неопределённости, что указывает на то, что такие больные плохо переносят новую обстановку и сложнее адаптируются к незнакомым условиям. Они не способны продуктивно действовать в незнакомой обстановке, не в состоянии в полной мере реализовать свои способности и навыки, а принятие решения в таких условиях сопровождается долгими сомнениями и боязнью неудачи.

Мельниченко В.В.

ОЦЕНКА СМЫСЛОЖИЗНЕННОЙ ОРИЕНТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Научный руководитель - проф. Ряполова Т.Л.

Цель. Оценка смысложизненной ориентации пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Материалы и методы. Обследованы 47 пациентов Республиканской клинической психиатрической больницы: 14 (30 %) женщин и 33 (70 %) мужчин в возрасте от 18 до 50 лет. Диагностика смысложизненной ориентации проводилась с помощью теста "Смысложизненные ориентации" (методика СЖО) Д. А. Леонтьева, оценивающего 5 основных субшкал и общий показатель СЖО: Цели в жизни, Процесс жизни, Результат жизни, Локус контроля – Я, Локус контроля – жизнь. Метод математической обработки результатов включал использование статистических методов анализа с использованием лицензионного пакета «Statistica 5.5» (StatSoft) на IBM PC/AT.

Результаты. Вне зависимости от социально-демографических показателей средние значения по субшкалам теста ниже нормативных показателей: «Цели в жизни» - 27 ± 11 баллов (80%), «Процесс жизни» - $24,8 \pm 7,7$ (77,3%), «Результат жизни» - $21,5 \pm 8,8$ (84,2%), «Локус контроля – Я» - $18,6 \pm 6,6$ (80,1%), Общий показатель СЖО - $81,5 \pm 16,5$ (77,3%). Группы исследования сформированы в зависимости от давности заболевания и клинического диагноза: I – 17 (36 %) больных с острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении; II – 30 (64 %) пациентов с параноидной шизофренией, давность заболевания более 3 лет. Низкие показатели наблюдаются у респондентов с давностью заболевания более 3 лет по всем шкалам теста, достоверные различия установлены в субшкалах «Цель в жизни», «Локус контроля – Я», общий

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

показатель СЖО на уровне значимости $p \leq 0,05$, что свидетельствует об утрате смысла жизни из-за влияния болезненных психических переживаний на общую жизнедеятельность и самореализацию больных с параноидной шизофренией.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии у респондентов целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Пациенты не удовлетворены своей жизнью в целом, не верят в свои силы контролировать ход событий, не способны принимать решительные активные действия. Особенно эти качества характерны для больных с давностью заболевания более 3 лет, которые «сживаются» со своей болезнью, сфера их интересов и деятельности ограничивается текущим психическим состоянием. Полученные данные могут быть использованы при составлении индивидуальных экзистенциально-личностных программ выздоровления пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Плескач Е.А., Мельниченко В.В.

К ВОПРОСУ ОБ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЯХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Научный руководитель - проф. Ряполова Т.Л.

Цель. Исследование особенностей стойких внутренних состояний личности больных шизофренией с различной давностью заболевания для формирования индивидуальных программ психосоциальной реабилитации.

Материал и методы. Обследовано 56 больных шизофренией с хроническим течением заболевания (более 5 лет) – 27 чел. (48%), с первым эпизодом психоза – 29 чел. (52%), среди которых мужчин - 39 чел. (69%), женщин - 17 чел. (31%), пациентов в возрасте до 20 лет – 8 чел. (14%), от 21 до 30 лет – 17 чел. (30%), более 30 лет – 31 чел. (56%). Психодиагностический метод предусматривал оценку таких стойких внутренних состояний, как одиночество, ощущение бессмысленность существования, свобода выбора, половой конфликт, враждебный настрой, расхождение между реальным и идеальным Я, свобода воли, безнадежность, неприкаянность с помощью опросника А.Т. Джерсайлда (Personal Issues Inventory) (2004). Математическая обработка результатов проводилась с использованием лицензионного пакета статистического анализа – «Statistica 7.7» (StatSoft) на IBM PC/AT.

Результаты. По данным проведенного исследования были выявлены следующие средние значения показателей: в группе пациентов с хроническим течением заболевания - одиночество $2,59 \pm 0,35$, бессмысленность существования $2,85 \pm 0,35$, свобода выбора $2,97 \pm 0,31$, половой конфликт $2,38 \pm 0,33$, враждебный настрой $3,72 \pm 0,35$, расхождение между реальным и идеальным Я $2,31 \pm 0,33$, свобода воли $3,91 \pm 0,34$, безнадежность $2,88 \pm 0,34$, неприкаянность $2,22 \pm 0,37$; в группе пациентов с первым эпизодом психоза – $2,17 \pm 0,37$, $2,58 \pm 0,38$, $2,46 \pm 0,43$, $1,75 \pm 0,44$, $2,58 \pm 0,46$, $1,92 \pm 0,36$, $3,96 \pm 0,26$, $2,63 \pm 0,32$, $2,08 \pm 0,42$ соответственно.

Средние показатели в группах демонстрируют преобладание слабо (половой конфликт, расхождение между реальным и идеальным Я у второй группы пациентов) и умеренно (все остальные показатели у обеих групп) выраженных состояний личности, при этом, несмотря на отсутствие статистически значимых ($p > 0,05$) различий, средние

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

показатели в группе больных с хроническим течением заболевания несколько выше, чем в группе больных с впервые диагностированной шизофренией.

Выводы. Полученные результаты могут быть свидетельством большей сохранности самоидентичности и способности к экзистенциальным переживаниям пациентов с первым эпизодом психоза наряду с нарастанием переживаний одиночества, бессмысленности существования, безнадежности, безволия, враждебности по мере хронификации болезни. Полученные данные могут быть использованы при разработке индивидуальных программ психосоциальной реабилитации с использованием личностно-ориентированных психотерапевтических подходов.

Пугач Л.Ю., Альмешкина А.А.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ КАК КЛЮЧЕВОГО ЛИЧНОСТНОГО РЕСУРСА БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Научный руководитель - проф. Абрамов В.А.

Цель. Изучение современных подходов к трактовке понятия «жизнестойкость».

Материалы и методы. С помощью системного информационно-аналитического метода проведен анализ отечественных и зарубежных литературных источников по вопросам современных теоретико-методологических подходов к изучению жизнестойкости как ключевого личностного ресурса в норме и патологии.

Результаты. Условия, в которых протекает жизнедеятельность современного человека, можно назвать стрессогенными, а в некоторых случаях даже экстремальными и стимулирующими развитие стресса. Это связано с социально-экономическими, политическими, экологическими, информационными факторами. Психическое расстройство и сопряженные с ним социальные, психологические, финансовые и другие риски являются по сути стрессогенными. Способность личности успешно преодолевать неблагоприятные средовые условия, проявляя устойчивость к стрессогенным факторам, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая продуктивность своей деятельности, получила название – жизнестойкость («hardiness», С. Мадди, С. Кобейса). По их мнению, жизнестойкость представляет собой особое интегративное качество, систему установок и убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром, позволяющее личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя при этом внутренний баланс и гармонию. В структуре жизнестойкости, выделяется три компонента – вовлеченность, контроль и принятие риска. Вовлеченность – это убежденность человека в том, что погруженность в происходящее дает возможность найти нечто стоящее и интересное для личности. Человек с развитым компонентом вовлеченности получает удовольствие от собственной деятельности, а отсутствие подобной убежденности порождает чувство отвергнутости. Контроль представляет собой убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Человек с развитым компонентом контроля ощущает, что сам выбирает собственную деятельность, свой путь. Компонент принятие риска, определяется как убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его личностному развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта. Исследование жизнестойкости и ее компонентов у больных с психическими расстройствами, по нашему

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

мнению, позволяет не только раскрыть их адаптационные ресурсы, но и заложить основы лично-ориентированных подходов в разработке персонализированных реабилитационных программ.

Выводы. Жизнестойкость является ключевым личностным качеством, позволяющим успешно преодолевать стрессовые ситуации, поддерживая при этом оптимальную работоспособность и сохраняя внутренний баланс.

Рязанцев Р.Е., Кравченко М.О., Ищенко Т.Е.

ОСОБЕННОСТИ СУВЕРЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Научный руководитель - асс. Соловьева М.А.

Цель. Изучение особенностей суверенности психологического пространства у больных шизофренией.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 29 пациентов Республиканской клинической психиатрической больницы г. Донецка в возрасте от 18 до 65 лет, без учета гендерной принадлежности. В группу входили 26 пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения» и 3 с диагнозом «шизоаффективное расстройство личности». Все пациенты на момент обследования находились в состоянии умеренного обострения психотической симптоматики. Для оценки суверенности психологического пространства использовался опросник «Суверенность психологического пространства» С.К. Нартовой-Бочавер.

Результаты. В результате проведенного исследования было выявлено снижение среднего значения показателя суверенности по всем шкалам: ни по одной шкале он не превышал 40%, что указывает на общую депривированность пациентов. Ни у одного исследуемого показатель суверенности психологического пространства не достиг уровня высоких показателей суверенности (свыше 60%). У 20,7% (6 человек) он соответствовал среднему (достаточному) уровню, у 51,7% (15 человек) - уровню депривации, у 27,6% (8 человек) - субъективному ощущению травмированности, отсутствию способности сохранять свои внутренние границы.

Выводы. Полученные данные указывают, что у 79,3% больных шизофренией в исследованной группе психологическое пространство и структура личности подверглись угнетению, было сниженным или практически отсутствовало чувство телесной, территориальной и личностной безопасности и сохранности границ. Субъективно это также проявлялось снижением переживания благополучия, способности устанавливать и поддерживать стабильные доверительные, позитивные отношения с другими людьми, была снижена способность как получать, так и проявлять теплоту, уважение и доверие в общении с ними. В клиническом плане это совпадало с эмоциональной неустойчивостью, неадекватностью, высоким уровнем тревоги, внутреннего напряжения, субдепрессивной окраской переживаний. Данное снижение конструкта суверенности может быть обусловлено как субъективным переживанием болезненно измененного восприятия реальности, так и реакцией личности на ситуацию социальных ограничений, накладываемых заболеванием, восприятием жизненных изменений как вынужденных, потерей ценностей, а также неполноценностью социальных отношений.

Савченко И.А.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИРРАЦИОНАЛЬНЫХ УСТАНОВОК У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель - асс. Абрамов В.А.

Цель. Изучить особенности формирования иррациональных установок у больных шизофренического спектра и больных с аффективной патологией.

Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов, находящихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. Обследуемые были разделены на две группы: в первую группу вошли 13 пациентов страдающих расстройствами шизофренического спектра, вторая группа включала 7 пациентов с аффективной патологией. Для оценки наличия иррациональных установок использовалась методика диагностики иррациональных установок А. Эллиса. Метод математической обработки результатов включал использование статистических методов анализа с использованием лицензионного пакета статистического анализа «Statistica 5.5» (StatSoft) на IBM PC/AT.

Результаты. При анализе результатов, полученных в ходе исследования было установлено, что у всех обследованных больных определяется наличие иррациональных установок (ИУ). Показатели степени выраженности ИУ у больных шизофренией были следующими: ярко выраженное наличие ИУ определялось у 2 пациентов (15,4%) и у 11 больных (84,6%) – средняя степень выраженности ИУ. Больные с аффективной патологией по выраженности ИУ распределились следующим образом: наличие ИУ было выявлено у 6 больных (85,7%), ярко выраженные ИУ определялись у 1 пациента (14,3%). Статистически значимых различий, показателей степени выраженности иррациональных установок, в сравниваемых группах больных, установлено не было ($p > 0,05$).

Выводы. Полученные в ходе исследования данные, позволяют утверждать, что наличие и выраженность иррациональных установок, не зависит и не определяется патологией, наличествующей у пациента, однако у всех обследованных пациентов иррациональные установки определялись, а, следовательно, каждому из них было свойственно оценивать каждое неблагоприятное событие происходящее в их жизни, как ужасное и невыносимое, для данных пациентов было характерно выдвигать завышенные требования к окружающим, при этом, не выдвигая никаких требований к себе, окружающих людей, они оценивали не как личность в целом, а лишь их отдельные черты и поступки.

Сорокопуд В.В.

ОСОБЕННОСТИ СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Научный руководитель - асс. Абрамов В.А.

Цель. Оценить особенности смысложизненных ориентаций у больных шизофренического спектра и больных с аффективной патологией.

Материалы и методы. Обследовано 26 пациентов, находящихся на стационарном лечении в РКПБ г. Донецка. Из обследованных больных были сформированы две группы: в первую группу вошли 14 пациентов страдающих расстройствами шизофренического

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

спектра, вторая группа включала 12 пациентов с аффективной патологией. Для оценки уровня смысложизненных ориентаций был использован «Тест смысложизненных ориентаций» Д.А. Леонтьева. Статистический анализ полученных данных проводился в программе MedStat.

Результаты. Средний балл показателя смысложизненных ориентаций (СЖО) для больных шизофренического спектра $79,6 \pm 3,72$, для больных с аффективной патологией - $99,8 \pm 5,07$. Показатели уровней смысложизненных ориентаций распределилась следующим образом: среди больных (42,9%) шизофренического спектра преобладал средний уровень СЖО, высокий уровень СЖО определялся у 1 обследованного (7,1%), низкий уровень СЖО определялся у 6 пациентов (50,0%). Для пациентов с аффективной патологией показатели СЖО были следующими: у 4 пациентов (33,3%) был выявлен высокий уровень СЖО, у 6 больных (50,0%) - средний уровень СЖО и у 2 обследованных (16,7%) - низкий уровень СЖО. В ходе анализа результатов исследования была установлена статистически значимая разница ($p < 0,05$) между показателями смысложизненных ориентаций двух сравниваемых групп.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что для больных шизофренического спектра в большей степени характерно нарушение СЖО, в сравнении с больными с аффективной патологией. Больные шизофренического спектра, меньше удовлетворены прожитой частью своей жизнью, не считают свою настоящую жизнь интересной, наполненной смыслом и не видят перспектив в будущей жизни. Они убеждены в том, что все уже предрешено и жизнь неподвластна сознательному контролю, они не верят в свои силы контролировать события собственной жизни.

Темербек Ю.Н.

ОСОБЕННОСТИ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ИСПОЛНЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель - асс. Абрамов В.А.

Цель. Изучить особенности экзистенциальной исполненности у больных шизофренией и больных с аффективной патологией.

Материал и методы. Обследовано 23 пациента, находящихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. Обследуемые были разделены на две группы: в первую группу вошли 11 пациентов страдающих расстройствами шизофренического спектра, вторая группа включала 12 пациентов с аффективной патологией. Оценка уровня экзистенциальной исполненности проводилась с помощью шкалы экзистенции А. Лэнгле и К. Орглера. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных статистических программ «MedStat» и электронных таблиц Microsoft Excel 2010.

Результаты. В ходе анализа результатов исследования было выявлено, что у 3 пациентов (27,3%) страдающих шизофренией определялся средний уровень экзистенциальной исполненности (ЭИ), у 8 больных (72,7%) – низкий уровень ЭИ, высокий уровень экзистенциальной исполненности у данных обследуемых не определялся. У больных с аффективной патологией показатели экзистенциальной исполненности были следующими: средний уровень ЭИ был выявлен у 10 пациентов (83,3%), средний уровень ЭИ определялся у 2 больных (16,7%), высокий уровень ЭИ в

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

данной группе пациентов не наблюдался. В ходе сравнительного анализа полученных в результате исследования данных, статистически значимых различий в сравниваемых группах больных установлено не было ($p > 0,05$).

Выводы. Полученные в ходе исследования данные, позволяют утверждать, что уровень экзистенциальной исполненности, не зависит от патологии, наличествующей у пациента, однако у большинства обследованных больных определяется низкий уровень ЭИ, что говорит о том, что данные пациенты демонстрируют слишком низкие требования, предъявляемые к своей жизни, очень низкую устойчивость к стрессам, им свойственно считать, что их жизнь не удалась, но своей вины в этом они не признают, вина окружающих людей, случай и тому подобное.

Титиевская А. И.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СУБЪЕКТИВНОГО ОТЧУЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель - асс. Абрамов В.А.

Цель. Оценить особенности формирования субъективного отчуждения у больных шизофренией и больных с аффективной патологией.

Материал и методы. Обследовано 26 пациентов, находящихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. Обследуемые были разделены на две группы: в первую группу вошли 14 пациентов страдающих шизофренией, вторая группа состояла из 12 пациентов с аффективной патологией. Для оценки уровня субъективного отчуждения использовался опросник субъективного отчуждения (СОТЧ) в адаптации Е.Н. Осина. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6.0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты. При анализе полученных в ходе исследования данных, была выявлена статистически значимая разница ($p < 0,05$) между показателями субъективного отчуждения двух сравниваемых групп. Средний балл субъективного отчуждения, у больных шизофренией составил $76 \pm 2,78$ балла, у больных с аффективной патологией – $42 \pm 1,89$ балла. По уровню субъективного отчуждения больные шизофренией распределились следующим образом: у 4 пациентов (28,6%) определялся высокий уровень субъективного отчуждения (СО), у 7 обследованных (50,0%) – средний уровень СО, у 3 больных (21,4%) – низкий уровень СО. Для больных с аффективной патологией показатели уровней СО были следующими: у 5 обследованных (41,7%) определялся средний уровень СО, у 7 пациентов (58,3%) – низкий уровень СО, высокий уровень субъективного отчуждения, в данной группе больных выявлен не был.

Выводы. Полученные в ходе исследования данные, свидетельствуют о том, что показатели субъективного отчуждения значительно выше у больных с шизофренией, чем у больных с аффективной патологией. Больные шизофренией в большей степени испытывают отчужденность от работы (их интересует только результат, процессом выполнения работы они не увлечены), от семьи (не ищут поддержки от семьи, уделяют внимание родственникам, когда им хочется), от собственной личности (редко уделяют

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

внимание себе, своим потребностям и желаниям), от общества и других людей (контактируют с другими людьми только тогда, когда им это необходимо).

Токарева О.Г.

ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Научный руководитель - проф. Ряполова Т.Л.

Цель. Определение влияния клинико-демографических характеристик больных на особенности временной перспективы как компонента смысло-жизненного пространства личности больных шизофренией.

Материалы и методы. Материал исследования - 59 больных шизофренией, проходивших лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. Согласно диагнозу больные были распределены следующим образом: первый эпизод шизофрении (ПЭШ) – 29 чел. (49,2%), хроническая шизофрения (ХШ) – 50 человек (50,8%); по полу: мужчины – 40 чел. (67,8%), женщины – 19 чел. (32,2%); по возрасту: до 20 лет – 8 чел. (13,6%), 21-30 лет – 17 чел. (28,8%), 30 лет и более – 34 чел. (57,6%). Для исследования временной перспективы использовались субшкалы «Цель в жизни», «Процесс жизни» и «Результат жизни» методики «Смыслжизненные ориентации» Д. Леонтьева (СЖО), а также субшкала «Ощущение времени» Самоактуализационного теста (САТ). Метод математической обработки результатов включал использование статистических методов анализа с использованием лицензионного пакета статистического анализа «Statistica 5.5» (StatSoft) на IBM PC/AT.

Результаты. В ходе исследования было определено, что статистически значимыми ($p < 0,05$) являются различия между шкалами «Цель в жизни» у пациентов с ПЭШ ($33,03 \pm 2,06$) и аналогичной шкалой у пациентов с хронической шизофренией ($25,90 \pm 1,68$). По шкалам «Процесс жизни», «Результат жизни» и «Ощущение времени» для данных пациентов статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$). Не отмечалось также различий по каждому из показателей в зависимости от пола. Однако, в подтверждение различий между пациентами с ПЭШ и ХШ, статистически значимые ($p < 0,05$) различия наблюдались по шкалам «Цель в жизни» и «Результат жизни» в различных возрастных группах: в группе до 20 лет – $39,75 \pm 2,25$ по шкале «Цель в жизни» и $28,50 \pm 1,71$ по шкале «Результат жизни»; в группе пациентов 21-30 лет – $29,41 \pm 2,89$ и $21,71 \pm 1,57$ соответственно; в группе больных старше 30 лет – $26,97 \pm 1,65$ и $22,97 \pm 1,11$ соответственно.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что для пациентов с первым эпизодом психоза характерна явная устремленность в будущее, такие больные способны строить различные жизненные планы, и образовывать определенные цели. Больные с хроническим течением шизофрении при нарастании когнитивного и эмоционально-мотивационного дефицита живут скорее в настоящем или прошлом, теряют склонность к целеобразованию, видят мало перспектив в будущем, их жизнь представляется им потерявшей смысл, что усугубляется с возрастом и специфическим образом видоизменяет смысло-жизненное пространство личности пациентов.

Трошина Е.О.

УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Научный руководитель - асс. Бойченко А.А.

Цель. Изучение уровня субъективного контроля больных шизофренией с различной степенью выраженности негативных симптомов.

Материал и методы. Исследование уровня субъективного контроля было проведено у 38 больных возрастом от 19 до 63 лет с установленным диагнозом параноидной шизофрении, получавших стандартную терапию атипичными антипсихотиками в Республиканской клинической психиатрической больнице, г. Донецк в 2018 г.

Пациенты были разделены на три группы по степени выраженности негативных симптомов по шкале негативной психопатологической симптоматики (SANS). В первую группу вошли 20 больных с показателями от 0 до 19 по SANS. Во вторую группу – 11 больных с показателями от 20 до 39 по SANS. В третью группу вошли 7 больных с показателем 40 и более по SANS. Психодиагностический метод предусматривал оценку уровня субъективного контроля в различных сферах жизни с помощью опросника «Уровень субъективного контроля». Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

Результаты. По данным проведенного исследования средние показатели общей интернальности составили для первой группы 3.70 ± 0.44 , для второй - 3.0 ± 0.49 , для третьей - 4.42 ± 0.81 . Достоверных различий не выявлено (критерий Краскела-Уоллиса $\chi^2=2.885$, $p>0.05$). В области достижений средний показатель первой группы составил 5.3 ± 0.48 , второй группы – 4.54 ± 0.62 , третьей – 6.42 ± 0.69 . Значимого различия нет ($\chi^2=3.849$, $p>0.05$). В области неудач средние показатели составили 4.25 ± 0.42 для первой группы, 3.0 ± 0.59 – для второй и 4.42 ± 0.61 – для третьей. Достоверных различий между показателями не выявлено ($\chi^2=4.522$, $p>0.05$). В области семейных отношений средний показатель первой группы 5.0 ± 0.34 , второй – 4.0 ± 0.75 , третьей – 5.57 ± 0.72 . Достоверного различия между группами нет ($\chi^2=4.577$, $p>0.05$). Показатель в области производственных отношений составил 4.0 ± 0.34 для первой группы, 3.36 ± 0.75 - для второй и 5.0 ± 0.72 - для третьей. Достоверных различий между показателями не выявлено ($\chi^2=4.522$, $p>0.05$). В области межличностных отношений средний показатель первой группы 5.85 ± 0.53 , второй – 4.90 ± 0.58 , третьей – 6.57 ± 0.65 . Значимого различия между показателями не выявлено ($\chi^2=2.316$, $p>0.05$). В отношении здоровья и болезни средний показатель составил 4.15 ± 0.47 для первой группы, 3.54 ± 0.39 - для второй и 5.14 ± 0.74 - для третьей. Достоверных различий между показателями нет ($\chi^2=2.636$, $p>0.05$).

Выводы. Полученные данные показывают, что больные шизофренией имеют преимущественно экстернальный тип субъективного контроля, независимо от степени выраженности негативных симптомов. У больных из первой группы наблюдается тенденция к интернальности в сфере межличностных отношений, у больных из третьей группы – тенденция к интернальности в сферах достижений, межличностных и семейных отношений.

Цветкова А.С.

ФЕНОМЕН ОНТОЛОГИЧЕСКОЙ УВЕРЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель - асс. Абрамов В.А.

Цель. Оценить особенности онтологической уверенности у больных с аффективными расстройствами и больных шизофренического спектра.

Материал и методы. Обследовано 23 пациента, находящихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. Обследуемые были разделены на две группы: в первую группу вошли 11 пациентов страдающих расстройствами шизофренического спектра, вторая группа включала 12 пациентов с аффективной патологией. Оценка уровня онтологической уверенности проводилась с помощью методики онтологической уверенности Н.В. Коптевой. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных статистических программ «MedStat» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты. По уровню онтологической уверенности (ОУ) больные шизофренией распределились следующим образом: у 4 пациентов (36,0%) определялся высокий уровень ОУ, у 6 больных (55,0%) – средний уровень ОУ и у 1 испытуемого (9,0%) был выявлен низкий уровень ОУ. У больных с аффективной патологией показатели онтологической уверенности были следующими: высокий уровень ОУ определялся у 3 больных (25,0%), средний уровень ОУ у 8 пациентов (67,0%) и у 1 испытуемого (8,0%) – низкий уровень онтологической уверенности. В ходе сравнительного анализа полученных в результате исследования данных, статистически значимых различий в сравниваемых группах установлено не было ($p > 0,05$).

Выводы. Полученные в ходе исследования данные, позволяют утверждать, что уровень онтологической уверенности, не зависит и не определяется патологией, наличествующей у пациента, однако, у большинства обследованных больных преобладает средний уровень онтологической уверенности, что свидетельствует о том, что для таких больных характерны осознание разобщенности с людьми и миром, внутренняя пустота, отстраненность от собственного тела и поведения. Невоплощенность и отчуждение, присущее данным пациентам обнаруживаются в переживаниях подлинности существования, разрыва между собственной внутренней сущностью и маской, ролью.

Чистик И.А.

ОЦЕНКА УРОВНЯ САМОЭФФЕКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель - асс. Абрамов В.А.

Цель. Оценить особенности формирования самооффективности у больных шизофренического спектра и больных с аффективной патологией.

Материал и методы. Было обследовано 26 пациентов, находящихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. Обследуемые были разделены на две группы: в первую группу вошли 14

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

пациентов страдающих расстройствами шизофренического спектра, вторая группа состояла из 12 пациентов с аффективной патологией. Для оценки уровня самоэффективности использовался тест определения уровня самоэффективности Маддукса и Шеера. Математическая обработка результатов проводилась с использованием лицензионного пакета статистического анализа – «Statistica 7.7» (StatSoft) на IBM PC/AT.

Результаты. В ходе анализа результатов исследования была установлена статистически значимая разница ($p < 0,05$) между показателями самоэффективности двух сравниваемых групп. Показатели уровней самоэффективности у больных страдающих расстройствами шизофренического спектра распределились следующим образом: у 2 пациентов (14,3%) определялся высокий уровень самоэффективности, у 3 обследованных (21,4%) – средний уровень самоэффективности и у 9 больных (64,3%) – низкий уровень самоэффективности. У больных с аффективной патологией показатели самоэффективности были следующими: у 5 больных (41,6%) был выявлен высокий уровень самоэффективности, у 6 пациентов (50,0%) – средний уровень самоэффективности, низкий уровень самоэффективности определялся у 1 пациента (8,4%).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что для больных страдающих расстройствами шизофренического спектра в большей степени характерно снижение показателей самоэффективности, в сравнении с больными с аффективной патологией. Для больных с аффективными расстройствами было характерно предпринимать попытки мобилизовать все свои силы для осуществления поставленных задач, они более объективно относились к своим возможностям, чем пациенты шизофренического спектра, которые старались избегать испытаний, так как полагали, что не смогут достойно справиться с ними.

Швецова И.М.

ДИАГНОСТИКА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Научный руководитель - асс. Мельниченко В.В.

Цель. Диагностика социально-психологической адаптации у пациентов с различным уровнем психических расстройств.

Материалы и методы. Обследованы 17 пациентов (41% женщин и 59 % мужчин) Республиканской клинической психиатрической больницы в возрасте от 27 до 67 лет. Оценка социально-психологической адаптации проводилась с помощью методики «Диагностика социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймона», включающей в себя шесть основных показателей: Адаптация(А), Самовосприятие(С), Принятие других(ПД), Эмоциональная комфортность(ЭК), Интернальность(И), Стремление к доминированию(СД). Метод математической обработки результатов включал использование лицензионного пакета статистического анализа «StatMed».

Результаты. В ходе исследования было выделено 2 группы респондентов: 1 – невротический уровень расстройств, 2 – психотический уровень. В результате у респондентов невротического уровня показатели адаптации выше: А(57±3,6), С(64±4,9), ЭК(55±5). Исключение составляют показатели: Принятия других(1 группа – 50,1±5, 2

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

группа – $53,2 \pm 7$), Стремления к доминированию (1 группа - $48,2 \pm 5$, 2 группа – $50,5 \pm 3,5$). Выявлены так же различия в зависимости от пола: в группе мужчин более высокие оценки практически по всем показателям социально-психической адаптации. Прослеживается так же определённая зависимость показателей от длительности заболевания: респонденты, с длительностью заболевания менее года показывают лучшие результаты, за исключением двух показателей: Интернальность (давность менее года - $57 \pm 8,3$, более года – $62,1$); Стремление к доминированию ($46,2 \pm 7,6$, $50,5 \pm 7$ соответственно). Так же при сравнении группы респондентов, чьей нынешней госпитализации предшествовали какие-либо неблагоприятные факторы, удалось выявить, что общая адаптация выше у тех, кто не сталкивался с ними ($85,5 \pm 12,1$). Полученные результаты по всем шкалам не имеют статистически значимой разницы на уровне значимости $p \leq 0,05$.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высоких показателях социально-психологической адаптации у пациентов с невротическим уровнем психических расстройств. Так как у таких людей слабо или же вовсе не нарушены основные психические функции, им легче взаимодействовать со своим окружением и легче адаптироваться к изменениям их действительности. Пациенты, которые подверглись перед госпитализацией каким-либо неблагоприятным факторам, усугубившим их состояние, очевидно, адаптируются гораздо тяжелее. Полученные данные могут быть использованы при составлении индивидуальных и коллективных реабилитационных программ для больных с различным уровнем психических расстройств.

Ширинбекова Ф.Ш.

ПОКАЗАТЕЛИ СУБЪЕКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ

Научный руководитель – асс. Бойченко А.А.

Цель. Оценка особенностей показателей субъективного благополучия у больных шизофренией с разной степенью выраженности негативных симптомов.

Материал и методы. Исследование проводилось путем обследования 38 больных в возрасте от 19 до 63 лет с установленным диагнозом «Параноидная шизофрения» на базе Республиканской клинической психиатрической больницы г. Донецка.

Психодиагностический метод исследования заключался в использовании шкалы негативной психопатологической симптоматики (SANS) и шкалы субъективного благополучия. Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat».

Результаты. В зависимости от степени выраженности негативных симптомов были разделены на три группы: 1 группа - общий показатель SANS 0-19, 2 группа - 20-39, 3 группа – общий показатель SANS 40 и более. С помощью критерия Краскела-Уоллиса на основе данных психологической методики в исследуемой группе больных шизофренией было выявлено статистически значимое различие показателей субъективного благополучия: напряженности и чувствительности ($\chi^2=5,259$; $p<0,05$); основной психоэмоциональной симптоматики ($\chi^2=5,151$; $p<0,05$); изменение настроения ($\chi^2=3,885$; $p<0,05$); значимости социального окружения ($\chi^2=4,907$; $p<0,05$); самооценка здоровья

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

($\chi^2=1,04$; $p<0,05$); степени удовлетворенности повседневной деятельностью ($\chi^2=2,56$; $p<0,05$); а также показателей общей самоофективности ($\chi^2=2,269$; $p<0,05$);

Выводы. Полученные результаты указывают на нарушение субъективного благополучия у больных параноидной шизофренией. Низкие показатели субъективного благополучия указывают на эмоциональный дискомфорт, говорят о плохой переносимости стрессовых ситуаций этим контингентом пациентов. Чем больше выражена негативная симптоматика у больных шизофренией, тем сильнее они переживают неудовлетворенность в эмоциональном плане. Они эмоционально напряжены и эмоционально болезненнее реагирует на происходящие с ними события. Больные с большей степенью выраженности негативных симптомов хуже переживают тяжесть выполняемой работы, негативно относятся к необходимости взаимодействовать с другими, испытывают потребность в уединении, чаще жалуются на нарушения сна и субъективно переживаемое чувство беспредметного беспокойства. Для них характерно нарастающее переживание усиления рассеянности и значительное снижение оптимистического модуса восприятия, для них более остро становится вопрос одиночества и общего переживания за свое здоровье, такие пациенты перестают испытывать удовлетворение от повседневной деятельности.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР

Кафедра судебной медицины

Зав. кафедрой – доц. Шевченко В.В.

Аверин Б.М, Золото М.С, Петренко Т.В.

АНАЛИЗ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Научный руководитель - доц. Кузнецов О.Г.

Цель. Определить и проанализировать долю злокачественных новообразований различной локализации в структуре общей смертности.

Материалы и методы. Анализ архива Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ ДНР, за период 2011-2013 гг. Из общего количества были выбраны акты судебно-медицинского исследования трупов, в которых непосредственно либо в результате развившихся осложнений, причиной смерти явились злокачественные новообразования различной локализации, которые были выставлены в качестве окончательного диагноза.

Результаты. Злокачественные новообразования в 2011 г составили 4% от общего числа вскрытий, из них мужчины – 65,2% и женщины – 34,8%. По возрастной группе случаи распределились: 10-39 лет – 5,4%, 40-59 лет – 34,8%, 60-79 лет – 49,2%, 80-100 лет – 10,6%. Выявленные случаи были распределены и систематизированы по группам: новообразования бронхо-лёгочной системы – 25%, пищевода и желудка – 9,1%, поджелудочной железы – 9,1%, кишечника – 9,1%, грудной железы – 11,7%, матки – 7,6%, мочеполовой системы – 8,3%, печени – 6,1%, щитовидной железы и надпочечников – 1,5%, головного мозга – 6,8%, новообразования крови – 1,5%, другие – 4,5%. В 2012 г: 4,96% от общего числа, из них мужчины 62,1% и женщины 37,1%. По возрасту: 20-39 лет – 2,8%, 40-59 лет – 25,3%, 60-79 лет – 57,5%, 80-100 лет – 14,4%. По группам: новообразования бронхо-лёгочной системы – 44 25,3%, пищевода и желудка – 11,5%, поджелудочной железы – 5,2%, кишечника – 12,6%, грудной железы – 11,5%, матки – 8,6%, мочеполовой системы – 9,2%, печени – 4,1%, щитовидной железы и надпочечников – 1,1%, головного мозга – 2,9%, новообразования крови – 3,4%, другие – 4,6%. В 2013 г: 4,22% от общего числа, из них мужчины 67,4% и женщины 45 32,6%. По возрасту: 20-39 лет – 13 9,4%, 40-59 лет – 35 25,3%, 60-79 лет – 70 50,7%, 80-100 лет – 14,5%. По группам: новообразования бронхо-лёгочной системы – 28,7%, пищевода и желудка – 7,9%, поджелудочной железы – 7,9%, кишечника – 12,3%, грудной железы – 2,8%, матки – 8,7%, мочеполовой системы – 16 11,6%, печени – 4,3%, щитовидной железы и надпочечников – 2,8%, головного мозга – 6,5%, новообразования крови – 2,2%, другие – 5,1%.

Выводы. Злокачественные новообразования занимают в среднем 4% от общего числа судебно-медицинских исследований, проводимых в год. Чаще всего злокачественные новообразования были у лиц мужского пола, в возрасте 60-79 лет, с

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

поражением лёгких, а также тонкой и толстой кишки, на которые приходилось около 40% от общего числа выявленных злокачественных новообразований. Самым частым осложнением выявленных злокачественных новообразований явились: интоксикация с распадом первичного очага, а также метастазы во внутренние органы.

Герман О.П., Харлашка Н.С.

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ГИСТОЛОГИИ

Научный руководитель – доц. Кузнецов О.Г.

Цель. Проанализировать результаты судебно-гистологического исследования в случаях детской смерти за 5 лет.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ архива актов судебно-гистологических исследований отделения судебно-медицинской гистологии Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

Результаты. Доля случаев детской смерти в возрасте до одного года составила 0,9% от общего числа судебно-гистологических исследований, произведенных за данные пять лет. Ненасильственная смерть составила 63,4% случаев, насильственная – 36,6%. Доля мальчиков, умерших в возрасте до одного года, составляет 56,3%, девочек – несколько меньше – 43,7%. Среди причин наступления ненасильственной смерти основными можно выделить: синдром внезапной смерти грудного ребенка – 51,7%, заболевания органов дыхания (пневмония, бронхит, ОРВИ) – 27,4%, генерализованную вирусную инфекцию – 11,7%, внутриутробные инфекции – 6,1%, тимико-лимфатическое состояние – 3,1%. Среди видов насильственной смерти чаще всего встречаются: механическая асфиксия (от закрытия дыхательных путей компактным телом, рвотными массами, удушения, сдавления груди и живота, утопления и др.) – 58,6%, черепно-мозговые травмы (открытые и закрытые) – 41,4%.

Выводы. В ходе данного исследования было установлено, что дети в возрасте до одного года чаще умирают ненасильственной смертью, в частности от синдрома внезапной смерти грудного ребенка. Детская смертность остается важной медико-социальной проблемой, отражающей уровень санитарного и социально-экономического благополучия населения и требует особо пристального внимания.

Емельянова Е. С.

СУДЕБНО-ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕКРЕТА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель – доц. Шевченко В. В.

Цель. Изучить возможность применения цитологического метода исследования секрета молочной железы в судебно-медицинской практике.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ литературы отечественных и зарубежных авторов по вопросам истории развития исследования секрета молочной железы, особенностей цитологического метода и перспективы применения его в судебно-медицинской практике.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты. Состав и качество грудного молока всегда было предметом изучения учёных всего мира. Первое официально зарегистрированное цитологическое исследование принадлежит Альфреду Донне в 1837г. Данный метод развивался вместе с совершенствованием микроскопии. Огромный вклад в развитие и применение цитологического метода исследования грудного молока в судебно-медицинской практике внесла доктор медицинских наук, профессор Хижнякова К. И. (1956 г.). В современной судебной медицине данная метода может использоваться при возбуждении уголовных дел в случаях: криминальных абортов, определение срока беременности, симуляция или сокрытия родов, установления их давности, при расследовании детоубийства. Морфологический состав секрета, имея постоянные составляющие, значительно изменяется в различные периоды жизни женщины. Так, количество эпителиальных клеток средней величины и число жировых шариков с течением беременности возрастает. Шарики жира в грудном молоке могут располагаться отдельно или в виде небольших скоплений. Для 5-6-ого месяца беременности более характерно расположение мелких эпителиальных клеток в виде скоплений, увеличивается количество свободных шариков жира. В третьем триместре наблюдается разнообразие эпителиальных клеток, среди которых встречаются единичные гигантские базофильные клетки с большим количеством ядер, обломки разрушающихся ядер, нейтрофильные лейкоциты. В раннем послеродовом периоде наблюдается значительное увеличение числа жировых шариков и распадающихся клеток, количество эпителиальных клеток и нейтрофилов уменьшается. После кесарева сечения - значительно большее количество лейкоцитов. В морфологическом составе секрета у рожениц, не кормивших детей, содержатся жировые шарики и большое количество эпителиальных клеток, с преобладанием эпителиоцитов среднего размера. Их количество в течении 3-10 месяцев значительно уменьшается. После отмены грудного вскармливания ребенка количество секрета и форменных элементов постепенно уменьшается в зависимости от ряда причин.

Выводы. Таким образом, цитологический метод исследования секрета молочной железы может быть применен с высокой эффективностью для решения вопросов о наличии и сроках беременности, для определения бывших абортов и родов.

Кукурика А.В.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ОЦЕНКА СОЧЕТАННЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Научный руководитель – асс. Минаков Г.Р.

Цель. Оценить риск развития опасных для жизни состояний при сочетанной травме, выявить непосредственную причину смерти при сочетанных повреждениях.

Материал и методы. Случаи судебно-медицинского исследования трупов с сочетанными повреждениями, их статистический анализ.

Результаты. В ходе проведённого исследования выявлены основные причины повреждений: автотравма – 31,4%, падение со значительной высоты – 27,2%, бытовая травма – 9,4%, рельсовая травма – 6,8%, мототравма – 4,7%, взрывная травма – 2,6%, другие причины – 17,8%. Среди погибших мужчины – 67,5%, женщины – 32,5%. Средний возраст погибших от сочетанной травмы тела составил 46,4 года: для мужчин – 41,8 лет,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

для женщин – 56 лет. В городские больницы были доставлены 18,8% потерпевших. В состоянии алкогольного опьянения находились 34,5%. В структуре повреждений закрытая травма составила 50,1%, открытая тупая – 42,3%, ожоговая – 35,6%, колото-резаная – 10%, огнестрельная – 2,3%, комбинированная – 5,6%. Наиболее часто наблюдались травмы черепа – 62%, нижних конечностей – 18%, реже – верхних конечностей – 3,2%, грудной клетки – 1,8%, позвоночника – 1,3%, таза – 1,2%. В 48,3% случаев выявлены множественные травмы различной локализации, а в 38,5% случаев – комбинированная травма. Непосредственной причиной смерти установлены: травматический шок – 58,6%, общее острое малокровие – 17,3%, повреждение головного мозга – 3,7%, гемоторакс – 2,6%, гнойная пневмония – 2,6%, жировая эмболия лёгких – 1,5%, другие причины – 13,6%. Структура несовместимых с жизнью повреждений: перелом мозгового черепа – 44%, повреждение больших полушарий головного мозга – 59,7%, разрыв аорты – 4,4%, гемоперитонеум – 37,2%, гемопневмоторакс – 41,9%. Частота сочетания черепно-мозговой травмы с другими повреждениями очень высока и составляет 59,7%. При этом повреждения мозгового черепа и головного мозга сочетались только в 39,8% случаев, повреждения головного мозга с повреждениями таза – 20,4% случаев, с переломами рёбер – 46,6%, с развитием пневмогемоторакса – 39,3%, с органами грудной полости – 31,9%, с повреждениями органов брюшной полости – 28,8%, с органами забрюшинного пространства – 10,5%, с повреждением спинного мозга – 17,8%.

Вывод. Подводя итоги проведённого исследования, следует отметить, что при сочетанной травме имеется высокий риск развития опасных для жизни состояний. Потерпевшие с сочетанной травмой в ряде случаев погибают не от несовместимого с жизнью повреждения, а от сочетания повреждений ряда органов, приводящего к угрожающему жизни нарушению физиологических функций организма (травматический шок, общее острое малокровие) и к смерти.

Харлашка Н.С., Герман О.П.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУПП КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВ0 СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Научный руководитель – доц. Шевченко В.В

Цель. Определить частоту встречаемости различных групп крови по системе АВ0 в Донецкой Народной Республике, а так же сравнить с частотой встречаемости различных групп крови по системе АВ0 среди европейского населения.

Материалы и методы. Для определения частоты встречаемости различных групп крови в Донецкой Народной Республике (ДНР) были исследованы образцы жидкой крови в судебно-биологическом отделении Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ ДНР.

Результаты. Частота встречаемости различных групп крови в ДНР составляет: 0 анти-А анти-В (I) – 29%, А анти-В (II) – 47%, В анти-А(III) – 18%, АВ(IV) – 6%. Частота встречаемости различных групп крови среди европейского населения составляет: 0 анти-А анти-В (I) -35%, А анти-В (II) – 41%, В анти-А(III) – 25%, АВ(IV) – 7%. В ходе исследования было проведено сопоставление данных встречаемости групп крови среди европейского населения с результатами, отмеченными в ДНР.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. Частота встречаемости различных групп крови в ДНР составляет: (0 анти-А анти-В) – 29%, А анти-В (II) – 47%, В анти-А(III) – 18%, АВ(IV) - 6%. На основании сопоставления данных встречаемости групп крови среди европейского населения с результатами, полученными в ходе проведенного исследования, можно сделать вывод, что в Донецком регионе частота встречаемости группы 0 анти-А анти-В (I) на 8% ниже показателя среди европейского населения; А(II) группы – на 6% превышает его; В (III) группы – на 4% выше, АВ(IV) группы - 2% ниже.

УРОЛОГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР

Кафедра урологии

Зав. кафедрой – проф. Кривобок А.Г

Аванесов А.В., Мурадов Т.М., Егоров В.С.

ВЫБОР СПОСОБА ПЕРКУТАННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПОЧЕК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Научный руководитель – проф. Кривобок А.Г.

Цель: изучить возможности наложения первично-хронического перкутанного дренажа большого диаметра без системного обезболивания.

Материал и методы: Изучены 2 группы, состоящих из 144 пациентов, наблюдавшихся с 2016 по 2018гг., которым было проведено перкутанное дренирование ЧЛС почки по Сельдингеру на длительный срок под сочетанным рентгенологическим и ультразвуковым контролем и местным инфильтративным обезболиванием. У 20 пациентов (13,8%) облитерация мочеточника была вызвана запущенным онкологическим процессом, у 88 (61,1%) МКБ на фоне анестезиологических противопоказаний, обусловленных тяжелой сопутствующей патологией, у 36(25%) пациентов стриктуры мочеточника. В первую группу вошли 72 пациента, которым произведено наложение J-нефростом 6-12 по Шарьер стандартным набором нефростомических средств, во вторую – 72 пациента, у которых с помощью телескопического бужирования или применения дилататоров раневой канал расширялся до 16-20 по Шарьер и по Сельдингеру в полостную систему почки через бокал устанавливался катетер Фолея большого диаметра (16-20Ch). Группы были сравнимы по возрасту и полу. Длительность проведения ЧПНС с одной стороны в обеих группах не превышала 21 минуты с сопоставимыми медианами в 12,2 и 15,1 минуты в первой и второй группах соответственно. У всех пациентов второй группы после введения струны-проводника в почку проводилась дополнительная инфильтративная анестезия: у 30(42%) из них была проведена полноценная паранефральная новокаиновая блокада по Вишневскому; у 42(58%) проводилась модернизированная паранефральная анестезия 10-20 мл 2% раствора лидокаина, по ходу прокола обезболивались капсула почки, клетчатка фасции Героты, мышцы и глубокие слои кожи.

Результаты: Постпункционная гематурия с развитием тампонады отмечена у 8 (11,1%) пациентов первой группы. Во всех случаях данное состояние разрешено консервативно. 6 (8,3%) пациентам первой группы на следующие сутки после дренирования потребовалась реннефростомия в связи с самопроизвольным выпадением фиксирующего элемента дренажа вне ЧЛС. В обеих группах срок наблюдения за нефростомами колебался от 2 месяцев до 2 лет. 16 (22,2%) больных МКБ пациентов первой группы потребовали постоянной замены J-нефростом с интервалом в 4-12 недель в связи с их инкрустацией солями и невозможностью восстановления проходимости

дренажа. Плановые ренектостомии у пациентов первой группы проводились через 4-20 недель, во второй 1,5-4 месяца.

Выводы. Дренирование ВМП с помощью дренажей большого диаметра с гарантированной фиксацией в ЧЛС является наиболее предпочтительным и позволяет снизить кол-во послеоперационных осложнений, себестоимость дренирования и ухода за нефростомой, упрощает и удешевляет ренектостомию. Применение новокаиновой блокады по Вишневскому и инфильтративная анестезия вдоль операционного канала с помощью 2% р-ра лидокаина позволяет полностью предотвратить осложнения связанные с болью.

Демьяненко А.О.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У МУЖЧИН

Научный руководитель – доц. Виненцов Ю.А.

У мужчин синдром хронической тазовой боли составляет до 90-95% всех случаев простатита. Основными проявлениями являются симптомы нижнего мочеполового тракта (простатическая триада – боли в промежности или гениталиях, нарушения мочеиспускания, такие как дизурия или поллакиурия, и копулятивная дисфункция), которые продолжаются не менее трех месяцев и не связаны с выявляемыми стандартными методами уропатогенами, и диагностируется, когда при микроскопии секрета простаты или 3-й порции мочи полученной после массажа простаты в одном поле зрения выявляется не более 10 лейкоцитов. Синдром хронической тазовой боли может сопровождаться изменениями в простате неинфекционного характера. Эти изменения могут развиваться на фоне первичных неврологических изменений.

Цель: оптимизировать подходы к лечению синдрома хронической тазовой боли у мужчин.

Материал и методы: под нашим наблюдением находилось 126 пациентов с СХТБ. Возраст больных от 21 до 65 лет, средний возраст составлял – 27,8 лет. Давность заболевания – от трех месяцев до 10 лет. На протяжении заболевания пациенты лечились у урологов, андрологов, сексапатологов по поводу воспалительных заболеваний половой системы или копулятивной дисфункции. Проводимое ранее лечение не приводило к уменьшению болевого синдрома. Все пациенты в клинике обследованы согласно стандартам. Исключены воспалительные заболевания МПС и инфравезикальная обструкция. Пациенты были разделены на пять групп, в зависимости от превалирующих синдромов, что определило тактику лечения.

Результаты: В первой группе были получены хорошие результаты лечения в связи с применением трансректальной микроволновой термотерапии, которая повышает болевой порог. Во второй группе хорошие результаты терапии были связаны с применением миорелаксантов и НПВС, которые обладают обезболивающим действием. В третьей группе хорошие результаты обусловлены эффектом прямой электростимуляции простаты. В четвертой группе – результаты достигнуты в результате комплексного лечения пациентов. В пятой группе – хороший эффект достигнут благодаря м-холинолитическому и $\alpha 1$ -адреноблокирующему воздействию. В дальнейшем пациентам проводилась терапия зависящая от превалирующих на данном этапе клинических проявлений заболевания. К лечению привлекались психологи или психотерапевты.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы: Синдром хронической тазовой боли является сложной патологией в повседневной практике уролога. Он требует системного подхода к диагностике и лечению. Исключение воспалительного процесса в мочеполовой системе является краеугольным камнем в диагностике синдрома хронической тазовой боли. Лечение синдрома хронической тазовой боли должно быть комплексным, выбираться строго индивидуально и зависит от превалирующей клиники. Считаем обязательным привлечение к терапии психолога или психотерапевта.

Ермилов С.Г.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

Научный руководитель – проф. Кривобок А.Г.

Цель. Изучить эффективность консервативной терапии у пациентов с болезнью Пейрони.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт 196 больных болезнью Пейрони. Возраст пациентов был от 23 до 76 лет. Продолжительность заболевания варьировала от 2 до 32 месяцев. Локализация бляшек на половом члене варьировала: по боковой поверхности кавернозных тел- у 120 (61,22%) больных, возле корня пениса - у 47 (23,98%), и в стволовой части – у 29 (14,8%) пациентов. Угол девиации полового члена колебался от 0° до 90°. Половая жизнь была затруднена или невозможна у 102 (52,04%) мужчин. Количество бляшек составляло от одной до трех. Болевой синдром разной степени выраженности беспокоил всех больных. Консистенция бляшки у 137 (69,89%) пациентов была плотноэластической, у 55 (28,06%) – хрящеподобной, у 4 (2,04%) – костной консистенции. Клиническое обследование пациентов осуществлялось в соответствии рекомендациям Европейской ассоциации урологов. Консервативная терапия проводилась до 3-х месяцев и включала: назначение плаквенила 100 мг, тамоксифена 80 мг, токоферолаацетата 300 мг в день. Параллельно с пероральной консервативной терапией назначались физиотерапевтические методы лечения (электрофорез с лидазой и с 3% раствором калия йодида, фонофорез с 1% гидрокортизоновой мазью) в область фиброзной бляшки. Противопоказаниями для проведения консервативной терапии мы считали: повышенную чувствительность к одному или нескольким препаратам, воспалительные заболевания кожи в месте локализации бляшки, заболевания крови, склонность к кровотечениям, злокачественные новообразования.

Результаты. Критериями улучшения после лечения были: исчезновение или уменьшение болевого синдрома в половом члене, уменьшение величины бляшки и ее плотности, уменьшение или исчезновение курваты полового члена, а также нормализация эректильной функции. Болевой синдром после лечения остался у 12 (6,1%) пациентов. Размер бляшки, после проведенной консервативной терапии уменьшился у 121 (61,7%). Полного рассасывания бляшки удалось достичь у 43 (21,9%). Угол искривления полового члена вовремя эрекции уменьшился у 152 (77,6%), остался без изменений у 31 (15,8%) и увеличился у 13 (6,6%). Улучшение эрекции наблюдалось у 167 (85,2%). Побочных реакций на назначенное лечение не отмечалось ни у одного пациента. У 44 (22,4%) пациентов эффекта от проводимой консервативной терапии не было.

Выводы. Болезнь Пейрони тяжело поддается консервативному лечению, целью которого можно считать остановку процесса гиалинизации и оссификации структур белочной оболочки. Комплекс консервативной терапии позволяет добиться удовлетворительных результатов при воспалительной стадии заболевания. В стадии стабилизации процесса не обходимо хирургическое лечение.

Ковач А.В.

ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО УРОЛИТИАЗА

Научный руководитель – 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.

Цель работы: повысить результаты лечения мочекаменной болезни, снизить инвазивность, сократить сроки пребывания больного в стационаре.

Материал и методы. Нами за период с 2006 по 2018 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 контактных нефролитотрипсий (КНЛТ) в почках, 8 антеградных контактных уретеролитотрипсий (АКУЛТ), 127 контактных уретеролитотрипсий (КУЛТ), 221 экстракорпоральных ударноволновых литотрипсий (ЭУВЛ) в почках и 25 ЭУВЛ в мочеточниках. 369(52,1 %) больным выполнены одномоментные оперативные пособия. Эффективность КНЛТ составила 91,2%, АКУЛТ – 100%, ЭУВЛ почки – 68,3%, ЭУВЛ мочеточника – 43,5%.

Результаты: представленный нами подход к лечению распространенного уролитиаза с акцентом на одномоментные варианты лечения позволяет уменьшить материальные затраты на лечение, путем снижения среднего послеоперационного койко-дня до 12,1 дней, при низком уровне осложнений (8,7%) и эффективности первых этапов лечения (до 82,1 %), а также позволяет уменьшить эмоциональную и моральную нагрузку на пациента.

Выводы: одномоментные варианты лечения мочекаменной болезни позволили добиться значительно лучших результатов.

Кривобок А.А., Егоров В.С.

РОЛЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЕЦЕПТОРОВ АНДРОГЕНОВ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель – доц. Виненцов Ю.А.

Цель: изучить результаты лечения бикалутамидом местнораспространённого рака предстательной железы.

Материалы и методы: проведено лечение 51 больного местнораспространённым РПЖ в возрасте от 52 до 83 лет (в среднем – $74,1 \pm 5,8$ лет). Диагноз РПЖ верифицировался на основании данных тонкоигольной мультифокальной биопсии предстательной железы. У 32 (62,7%) больных на момент выявления диагноза имелась перикапсулярная инвазия, у 19 (37,3%) – отдаленные метастазы. Уровень простатического специфического антигена (ПСА) колебался от 12 до 950 нг/мл (в среднем - $36,2 \pm 10,7$ нг/мл). Наиболее частыми гистологическими формами рака предстательной железы была мелкоацинарная и крупноацинарная аденокарциномы, которые встречались у 49 (96,1%) больных, у двух – обнаружены плоскоклеточный рак. Перед началом лечения всем пациентам выполнялось иммуногистохимическое исследование экспрессии рецепторов к андрогенам (РА) в предстательной железе (в гистологическом материале. Гистологический материал был получен с помощью пункционной биопсии или трансуретральной резекции простаты. Количественный анализ распределения рецепторов к андрогенам выявил высокий уровень их экспрессии (от 40 до 85%) в ядрах анапластических эпителиальных клеток предстательной железы у 30 (58,8%) обследованных, которые составили первую группу. У 14 (27,4%) пациентов второй группы выявлен невысокий уровень экспрессии рецепторов к андрогенам (от 10 до 40%). В третью группу вошло 4 (7,8%) больных, у которых среднее количество ядер в анапластических клетках с положительной иммуногистохимической реакцией на рецепторы составило менее 10%. Высокодифференцированные РПЖ содержали большее количество РА ($72,6 \pm 5,9\%$), чем низкодифференцированные ($15,8 \pm 9,6\%$). Трое больных, у которых отсутствовали андрогеночувствительные рецепторы в ткани предстательной железы, были исключены из исследования. Остальным пациентам была выполнена билатеральная орхидэктомия, после чего назначался бикалутамид по 50 мг в сутки в течение всего периода наблюдения, которое составило три года.

Результаты: У 93,2% больных первой группы получен положительный клинический эффект. При этом стабилизация опухолевого процесса была достигнута у 76,6%. У 92,8% пациентов второй группы отмечен положительный результат в виде частичной регрессии (42,8%) и стабилизации (50%) ракового процесса. У одного (7,14%) больного отмечено прогрессирование РПЖ. В третьей группе частичная регрессия наблюдалась только у одного (25,0%) человека, у троих (75,0%) – выявлено дальнейшее прогрессирование ракового процесса, что привело к летальному исходу одного (13,3%) пациента.

Выводы: определение чувствительности РА имеет важное клиническое значение в отношении эффективности антиандрогеновой терапии и позволяет провести отбор больных для соответствующей терапии.

Мельник В.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР И ТРАВМ УРЕТРЫ

Научный руководитель – доц. Сохин С.А.

Цель работы: изучить причины повреждений уретры, их клинические проявления, эволюцию методов и результатов хирургического лечения.

Материал и методы. С 1975 по 2018 гг. в клинике урологии изучено 1321 пациент с травмами мочеиспускательного канала (ТМИК) и их последствиями. Из них 1317 (99,6%) - мужчины и четверо (0,3%) - женщины. Больные были в возрасте от 17 до 93 лет. Все пациенты обследованы согласно протоколам оказания медицинской помощи (Приказ МОЗ ДНР).

Результаты. Сочетанная травма уретры с повреждением костей таза отмечена у 1189 (90%), с перелом позвоночника - у 41 (3,1 %) пациентов, с разрывом почки - у 42 (3,3 %), с повреждением прямой кишки - у 55 (4,2%) наблюдений, с разрывом мочевого пузыря - у 272 (20,6%). Первичный шов уретры выполнен в различные сроки первых суток после травмы у 41 (3,2%) пациентов. В 624 (47,3%) наблюдениях произведено иссечение рубцов окружающих тканей для создания подвижности краев раны (операция по Хольцову). Для восстановления задней части мочеиспускательного канала в 191 (14,5%) случаях был наложен анастомоз между уретрой и шейкой мочевого пузыря (операция по Соловову). При коротких посттравматических стриктурах у 454 (34,4%) больных выполнена внутренняя оптическая уретротомия (ВОУТ). При протяженных стриктурах в 8 случаях была выполнена буккальная пластика уретры (0,6%), а 6 пациентам была выполнена пластика кожно-фасциальным лоскутом (0,5%). Наилучшие результаты получены после первичного шва уретры: у 82,8% наблюдений восстановлен естественный пассаж мочи, осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не было. После ВОУТ только 12,2% больных нуждались в бужировании уретры в течение 3-х месяцев после операции. Хуже результаты получены у больных, где выполнялась операция по Хольцову и Соловову. Осложнения возникли у 317 (24%), в том числе: уросепсис – у 119 (9%), мочевые свищи – у 264 (20%). В данной группе пациентов не удалось восстановить естественный акт мочеиспускания, сохранялся надлобковый мочепузырный дренаж, выполнялись повторные хирургические вмешательства. Более того, там, где удалось восстановить целостность мочеиспускательного канала, - в 32,6% наблюдений пациенты подвергались периодическому бужированию в течение 6-9 месяцев. При буккальной пластике в 16,6% наблюдений потребовалась ВОУТ в последующем, при пластике кожно-фасциальным лоскутом - у 14,4%.

Выводы. ТМИК являются сложной проблемой клинической урологии. Первичный шов уретры наиболее эффективен в ранние сроки после получения травмы. Пластики уретры по Хольцову и Соловову в 63,1 % не требуют последующих ВОУТ, которую следует считать операцией выбора при коротких стриктурах уретры. Буккальную пластику и пластику кожно-фасциальным лоскутом целесообразно использовать при протяженных (более 3 см) стриктурах уретры, осложненных спонгиозом 2-3 ст. или её длинных облитерациях. Прогноз заболевания зависит от характера повреждения, своевременности хирургического вмешательства и опыта хирурга.

Мироненко С.В.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЯИЧКА

Научный руководитель – доц. Виненцов Ю.А.

Эстетические требования современного мира вынуждают людей не терпеть физических изъянов. Из-за этого хирурги стремятся к повышению качества жизни оперированного больного, как с точки зрения результата лечения болезни, так и с точки зрения косметологии. Одним из основополагающих звеньев мужской самооценки является полноценно функционирующая и эстетически привлекательная область гениталий. Так как на сегодняшний день, количество операция по поводу орхиэктомии не имеет тенденции к снижению, у нас в клинике выполняется одновременно орхиэктомия и эндопротезирование яичка (15 пациентов – одноэтапное лечение), либо эндопротезирование яичка, если последнее отсутствует или ранее удалено (19 пациентов – двухэтапное лечение).

Цель: определить показания к одноэтапному или двухэтапному выполнению операции эндопротезирования яичка.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 34 историй болезни пациентов, которым проводилось эндопротезирование яичка в плановом порядке за период 2009-2017г. Возраст больных был от 18 до 42 лет. Продолжительность заболевания варьировала от 1 года до 7 лет.

Причинами орхиэктомии являлись:

- 1.атрофия яичка – 11 пациентов.
- 2.гнойный орхоэпидидимит – 7 пациентов.
- 3.опухоль яичка – 5 пациентов.
- 4.травма яичка – 4 пациента.
- 5.крипторхизм – 4 пациента.
- 6.монорхизм – 2 пациента.
- 7.перекрут яичка – 1 пациента.

Так как эндопротезирование яичка является плановой операцией, выполняется предоперационная подготовка больных, повышенные условия асептики: в операционной должно находиться ограниченное количество людей, эндопротез доставляется в операционную в стерильной упаковке, которая вскрывается в стерильных условиях, после выполнения операции накладывается асептическая повязка. Каждый протез подбирается индивидуально, в зависимости от объема контрлатерального яичка. (21, 27, 36 см3). В послеоперационном периоде проводится антибактериальная и спазмолитическая терапия. Пациент выписывается на следующие сутки.

Результаты: При изучении ближайших и отдаленных результатов хирургического вмешательства нами отмечено полное эстетическое удовлетворение всех пациентов.

Выводы: Эндопротезирование яичка является выбором метода устранения косметических дефектов, так как функцию яичка протез не выполняет. На результаты хирургического лечения данной группы пациентов влияет правильный подбор размера эндопротезов яичка, техника выполнения и выбор этапности оперативного вмешательства (одноэтапное или двухэтапное), правильное ведение послеоперационного периода.Протезирование яичка характеризуется хорошим эстетическим результатом. Определить наличие имплантата визуально невозможно. Шов после операции

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

практически незаметен. Благодаря эндопротезу мужчина может снова почувствовать свою полноценность и избавиться от косметического дефекта и психологических проблем.

Присяжнюк Е.Н.

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ БИЛАТЕРАЛЬНОГО НЕФРОЛИТИАЗА

Научный руководитель – доц. Сохин С.А.

Цель: изучить результаты лечения больных с билатеральным нефролитиазом с использованием малоинвазивных и эндоскопических методов лечения.

Материал и методы. За период 2015 – 2017 гг. наблюдались 1201 больных с нефролитиазом, в 165 (13,7%) случаях имел место билатеральный нефролитиаз. Коралловидный двухсторонний нефролитиаз выявлен у 15 (1,24%) больных. Из 165 пациентов с билатеральным нефролитиазом 144 (78,5%) пациентам выполнили одномоментно с двух сторон: 140 (84,8%) пациентам выполнена одномоментная двухсторонняя КНЛТ, 4 (2,77%) больным - одномоментная двухсторонняя ЭУВЛ. Остальным 21 (12,7%) больным с билатеральным нефролитиазом применялись последовательные варианты лечения: 20 (0,12%) пациенту выполнялась последовательная двухсторонняя КНЛТ; 1 (0,6%) - произведено выполнение последовательных двухсторонних ЭУВЛ. С целью профилактики воспалительно-гнойных осложнений лечения выполнена предварительная антибактериальная терапия согласно бактериологического посева мочи у 150 (90,9%) больных. Дренирование верхних мочевыводящих путей 42 (12,7%) пациентам с билатеральным нефролитиазом: 12 (7,3%) пациентам выполнена одномоментная двухсторонняя перкутанная нефростомия; 30 (18,2%) - односторонняя нефростомия.

Результаты: Средние сроки стационарного лечения после одномоментной двухсторонней КНЛТ - 9,1 дня, при односторонней КНЛТ – 7,9 дней. При последовательном лечении двухстороннего нефролитиаза методом КНЛТ - 14,6 дней. При одномоментной двухсторонней ЭУВЛ сроки стационарного лечения составили 12,8 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.

Шаповаленко М.И.

РАДИКАЛЬНАЯ ПРОСТАТЭКТОМИЯ КАК ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель – доц. Виненцов Ю.А.

Радикальная простатэктомия подразумевает удаление предстательной железы с семенными пузырьками и участком мочеиспускательного канала и выполнение лимфаденэктомии. Цель операции при локализованном или некоторых вариантах местнораспространенного рака предстательной железы (РПЖ) – полное излечение больного.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Цель: уточнить показания к выполнению радикальной простатэктомии при раке предстательной железы.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 78 историй болезни пациентов, которым проводилось хирургическое лечение рака предстательной железы за период 2010-2017 гг. Возраст больных был от 51 до 68 лет. Классификация опухоли по системе TNM была от T_{1a}N₀M₀ до T_{2c}N₀M₀. Морфологическая классификация (степень злокачественность) была 6-8 баллов по шкале Глисона. Уровень общего ПСА варьировал от 12 до 50 нг/мл. После хирургического вмешательства оценивали морфологическую структуру опухоли предстательной железы, степень дифференцировки железистых структур опухоли по Глисону, наличие экстракапсулярного распространения, ангиолимфатическую и перинеуральную инвазию.

Результаты: Отдаленные результаты лечения показали, что пятилетняя безрецидивная выживаемость наблюдалась в 87% случаев. Рецидив опухоли наблюдался в 12% случаев, таким больным назначалась антиандрогенная терапия, последняя снизила уровень ПСА. Наблюдались следующие осложнения радикальной простатэктомии: стрессовое недержание мочи – 20%, стриктура анастомоза – 8,5%, полное недержание мочи – 5%, травма прямой кишки – 2,5%. Эректильная дисфункция развилась у всех больных после выполнения радикальной простатэктомии без применения нервосберегающей техники. Для сохранения эректильной функции разработана техника операции, при которой сохраняют кавернозные нервно – сосудистые пучки. Исходя из вышеперечисленных результатов, мы уточнили показания к радикальной простатэктомии: опухоли T_{1a}- T_{3a}; ограниченная экстракапсулярная инвазия; степень дифференцировки 6-8 баллов по шкале Глисона; уровень ПСА <50 нг/мл. Так же можно выделить противопоказания к радикальной простатэктомии: нет улучшения выживаемости рассчитанной по формулам предложенным С.Н. Шамраевым, по сравнению с другими методами лечения; низкая вероятность излечения (опухоли T_{3a} и больше с обширной экстракапсулярной инвазией); дифференцировка опухоли ≥8 баллов по Глисон; уровень ПСА >50 нг/мл; любое распространение первичной опухоли(T) при наличии N+ и M+.

Вывод. Выполнение радикальной простатэктомии является наиболее радикальным методом лечения локализованного рака предстательной железы. Необходимо оценивать показания и противопоказания к выполнению радикального вмешательства в каждом конкретном случае. Необходимо помнить о риске развития осложнений, в полной мере информировать больного о них.

Ermilov S.G.

SURGICAL TREATMENT OF PEYRONIE'S DISEASE

Scientific Adviser: prof. Krivobok Alexander Grigoriyevich, M.D.

Purpose. The study and comparison of the efficacy of various techniques of surgical treatment of patients with Peyronie's disease.

Materials and methods. The results of treating 88 patients “aged 42 to 73” have been analyzed. The patients were operated on for fibroblastic induration of penis at the Department of Urology of the Donetsk Clinical Territorial Medical Association (DCTMA) in 1997 to 2017. The major criteria of choosing the type of surgical treatment were such indices as erectile deformation, the extent of penis shorting, erectile dysfunction, and the mode of the disease

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

course. Excision of tunica albuginea paths and its defect grafting (without endophalloprosthetics) was carried out in 76 (86.4%) patients, 12 (13.6%) patients underwent endophalloprosthetics with defect coverage (group 4). Tunica albuginea grafting was made in different techniques: autodermoplastics (group 1) was employed in 38 (50%) patients, biocollagenic complex “Collost” (group 2) – in 33 (43.4%) patients, and autovenous flap with v. dorsalis penis (group 3) – in 5(6.6 %) patients. The duration of disease ranged one to four years (1.4 ± 0.5 on average). The extent of penis deviation varied 35° to 110° . Penis dopplerography was made to estimate the arterial blood flow of the cavernous bodies.

Results. The patient`s follow- up made up 9 months to 8 years. Complete erectile function restored by the fourth month in 32 (84.2%) of patients (group 1), in 32 (96.7%) of patients (group 2), 5(100%) patients (group 3), and 12 (100%) patients (group 4). Penis curvature relapse was diagnosed in 12 (15.8%) of cases. The statistic analysis demonstrated the authentic distinction ($p<0,05$) of the follow-ups between the patients of group 1,2 and 4. Unsatisfactory functional results and difficulties during the remission were noted in 6 (15.8 %) of patients in group 1 and one patient (3.1%) in group 2. On last examination good results were noted in 22(57.9%) of patients in group 1, in 32 (96.9 %) of patients in group 2, in 5 (100%) patients in group 3, and 12 (100%) in group 4. Analyzing the results of surgical treatment between group 1 and group 2 we can observe the authentic decrease in the quality of rigidity and satisfaction of the results of treatment with an increase in the follow-up ($p<0.05$) in group 1 and the absence of such differences in group 2. The patients of group 3 did not participate in a statistic analysis because of its paucity.

Conclusions. The choice of method of treatment of patients with fibroblastic induration of penis must be carried out considering the stages of hyalinosis the degree of the erectile dysfunction, the size and localization of patches. The employment of heterotransplant (Collost) and an autovenous flap for the replacement of tunica albuginea defect in comparison with tunica albuginea autodermoplastics in surgical treatment of patients with fibroplastic induration of penis allows to attain a better functional and cosmetic result.

ФТИЗИАТРИЯ И ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Зав. кафедрой – доц. Лепшина С.М

Красноштан В.В., Матюк Е.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОЕДИНЕНИЯ SQ 109 В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЁЗА

Научный руководитель – доц. Миндрул М.А.

Цель – проанализировать информацию о создании соединения SQ 109, для лечения химиорезистентных штаммов микобактерии туберкулеза.

Материалы и методы. Проанализировано 17 источников литературы, 5 из них стран СНГ и 12 зарубежных (США, Канада, Англия, Чехия), описывающих результаты различных фаз испытания SQ 109.

Результаты. В настоящее время проблема химиорезистентного туберкулеза остается актуальной, что требует разработки новых противотуберкулезных препаратов. SQ109 является принципиально новым противотуберкулезным препаратом. Он представляет собой малую молекулу, база которого была синтезирована на основе 1,2-этилендиаминовой структуры этамбутола, обладающую тройным уникальным механизмом действия. По данным литературы при создании соединения были отсортированы шестьдесят девять наиболее удачных взаимодействий препарата по отношению к *Mycobacterium tuberculosis* из оригинальных исследований, которые подверглись последовательному набору тестов *in vitro* и *in vivo*-определения МИС для *M. tuberculosis* H37Rv. Двадцать семь соединений с МИС (0,7 - 1,56 мкМ) были испытаны на клетках Vero для определения цитотоксичности *in vitro* (IC50) и установления индекса селективности (SI) ($SI = IC50 / MIC$). Десять соединений с приемлемым SI были проверены на активность против внутриклеточных бактерий - все они были эквивалентны (в пределах 1%) или превосходили этамбутол в несколько раз, продемонстрировав активность в отношении клеток. На первой фазе клинических испытаний пять из наиболее эффективных соединений были протестированы *in vivo* в мышинной модели хронической туберкулезной инфекции. В настоящее время проводится клиническое испытание препарата на больных с мультирезистентным туберкулезом в сочетании со стандартными схемами лечения. По результатам фазы 2b-3 клинических исследований, после применения соединения SQ109 в течение шести месяцев, частота прекращения бактериовыделения выросла до 80% по сравнению контрольной группой (61%). Отмечено, что SQ109 безопасен и хорошо переносится больными данной категории.

Вывод. Соединение SQ109 с МИС 0,7-1,56 мкМ (H37Rv и лекарственно-устойчивые штаммы *M. tuberculosis*), с SI - 16,7 и ингибирующей активностью 99% против внутриклеточных бактерий, продемонстрировало активность *in vivo* и ограниченную токсичность *in vitro* и *in vivo*. Согласно промежуточным отчетам клинических испытаний

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

препарат значительно сокращает сроки прекращения бактериовыделения у больных мультирезистентным туберкулезом.

Осетрова М. Е., Смоляков Е. В.

АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С ГЛУБОКОЙ ИММУНОСУПРЕССИЕЙ

Научный руководитель – асс. Шумляева Т.М.

Цель: Изучить причины смерти больных, получавших лечение по поводу ко-инфекции туберкулез/ВИЧ.

Материал и методы. Анализировали истории болезни и протоколы вскрытия 27 больных умерших от туберкулеза легких как на фоне ВИЧ (IV клиническая стадия), так и без иммунодефицита. Больные были разделены на три группы. Первая группа, в составе 10-человек, при поступлении в противотуберкулезный диспансер имела уровень CD4 менее 100 кл/мкл. Вторую группу составили 9 пациентов с количеством CD4 более 100 кл/мкл. Третью группу сравнения была представлена пациентами, без иммунодефицита (8 человек), смерть которых наступила при прогрессировании туберкулеза. Среднестатистический возраст составил – 35,8; 36,8 и 52,5лет, соответственно. По данным карт стационарных больных изучена функция сердечно-сосудистой системы. Определены наиболее частые причины смерти пациентов трех групп.

Результаты. По данным патологоанатомического исследования наиболее частыми клиническими формами туберкулеза среди умерших в обеих группах с иммунодефицитом был генерализованный процесс (90% и 89,9%), с диссеминацией в легких, менингоэнцефалитом и вовлечением лимфатической системы. У больных первой группы, при глубоком иммунодефиците (медиана CD4 22,4 кл/мкл) отметили увеличение количества локализаций туберкулеза (до 4-х). Во второй группе (при медиане CD4 213,7 кл/мкл) на фоне диссеминации чаще выявили поражение серозных оболочек. В группе сравнения выявили фиброзно-кавернозный туберкулез (ФКТ) в 50,0% случаев, ФКТ сочетался с онкопатологией и сахарным диабетом. У 13-и (48,1%) больных, по данным ЭКГ, выявлена синусовая тахикардия в сочетании с дистрофическими изменениями в миокарде. У 3 (11,1%) пациентов были изменения в виде выраженного нарушения реполяризации желудочков, у 2 (7,4%)- отмечена мерцательная аритмия. На диспансерном учете состоял 1 пациент по поводу ишемической болезни сердца. Непосредственной причиной смерти больных всех групп была туберкулезная интоксикация 21 (77,7%), реже встречались отек головного мозга – 4 (14,8%) и легочно-сердечная недостаточность 2 (7,4%)

Выводы. Глубокая иммуносупрессия у больных (CD4 менее 100 кл/мкл) способствовала развитию генерализованного туберкулеза с полиорганным поражением и выраженной интоксикацией.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Селимшаева Д. С., Иноземцев Р. О., Бондаренко И. О.

АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ КО-ИНФЕКЦИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ-ВИЧ

Научный руководитель – доц. Гуренко Е.Г.

В настоящее время в связи с неуклонным увеличением количества пациентов с ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ все актуальнее становится проблема применения антиретровирусной терапии и оценка связанных с ней рисков.

Цель: изучить влияние антиретровирусной терапии на течение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных.

Материал и методы. Анализировали результаты обследования 90 ВИЧ-инфицированных больных с уровнем CD4 менее 100 кл/мкл, которым на этапе стационарного лечения туберкулеза была начата антиретровирусная терапия (АРТ). Из них у 43 человек диагностирован воспалительный синдром восстановления иммунной системы (СВИС) (основная группа), у 47 больных осложнений не было (группа сравнения).

Результаты. Перед началом антиретровирусной терапии больные основной и контрольной группы получили 40 и 37 (медианы) доз противотуберкулезного лечения соответственно, симптомы СВИС возникали в течение первых 45 дней после начала лечения, медиана – 16,0 дней. Процентное содержание CD4 перед началом АРТ в группе пациентов со СВИС было в 1,6 раза ниже, чем в группе сравнения, через 2-3 месяца лечения показатели медиан возрастали в 1,5 и 1,1 раза, различия между группами не достигали статистической значимости, $p > 0,05$. Перед началом АРТ не было различий и по абсолютному количеству CD4, а интенсивность увеличения Т-хелперов через 2-3 месяца была практически одинаковой: показатели медиан возрастали соответственно в 2,3 и 2,6 раз, $p > 0,05$, медиана вирусной нагрузки (ВН) перед присоединением АРТ у больных со СВИС была в 3,2 раза выше, чем в группе сравнения: 1348500 против 413567 РНК-копий в 1 мл крови, $p < 0,01$, снижение ВН после 3-4 месяцев АРТ в основной группе было более выраженным: 486 против 997 РНК-копий, или в 3633 и 516 раз, $p < 0,01$.

Выводы. У ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом при развитии тяжелого иммунодефицита с уменьшением количества CD4 до 100 кл/мкл и ниже продолжительность приема противотуберкулезных препаратов до начала антиретровирусной терапии и интенсивность увеличения Т-хелперов после 3-4 месяцев лечения не оказывали статистически значимого влияния на частоту развития синдрома восстановления иммунитета. Высокий уровень вирусной нагрузки до начала антиретровирусной терапии и выраженное ее снижение на фоне лечения является вероятным предиктором развития воспалительного синдрома восстановления иммунной системы, однако данный вопрос нуждается в дальнейшем изучении.

Скрипка Н.С., Скрипка Л.В.

ВАКЦИНАЦИЯ БЦЖ: ОХВАТ И ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Научный руководитель - доц. *Летшина С. М.*

Цель: изучение охвата вакцинацией вакциной БЦЖ и БЦЖм детей до 1 года, а также поствакцинальных осложнений.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы. Использованы вакцины БЦЖ и БЦЖм. Проанализированы данные компьютерной программы «DONVAK». Материалы обработаны методом вариационной статистики.

Результаты. Охват вакцинацией БЦЖ детей в возрасте до 1 года составил: в 2014г. – 48,5%, в 2015г. – 56,2%, в 2016г. – 93,5%. Удельный вес отказов от вакцинации вакциной БЦЖ – 3,5%, и 0,3%, и 1,9%, соответственно. В течение трех лет произошло увеличение удельного веса поствакцинальных осложнений: в 2014г.- 0,03%, в 2015г.- 0,05%, в 2016г. – 0,06%.

В структуре поствакцинальных осложнений лимфадениты занимают 98%, в то время как поверхностные холодные абсцессы составляют 2%. Однако, в Донецкой Народной Республике удельный вес лимфаденитов снизился с 35,7% в 2014г. до 20% в 2016г., а холодных абсцессов увеличился с 43% до 80%, соответственно.

У детей, привитых в детских поликлиниках, подкожные холодные абсцессы регистрировали в 0,08% случаев, лимфадениты – не зарегистрированы. Таким образом, чем раньше проведена вакцинация против туберкулеза (3-5 сутки жизни), тем риск развития лимфаденитов выше и наоборот, если ребенок вакцинируется в условиях прививочного кабинета детской поликлиники, увеличивается риск развития поствакцинальных осложнений вследствие нарушения техники введения вакцины БЦЖ (холодные абсцессы, поверхностные язвы).

Выводы: охват вакцинацией БЦЖ детей в возрасте до 1 года вырос на 45%. Удельный вес отказов от вакцинации вакциной БЦЖ в среднем составил 1,9%. Удельный вес лимфаденитов снизился с 35,7% в 2014г. до 20% в 2016г., а холодных абсцессов увеличился с 43% до 80%, соответственно.

Тарамалы О.В., Толстунова Л.С.

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ МЕНИНГИТ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ

Научный руководитель – доц. Гуренко Е.Г.

Цель: изучить особенности течения туберкулезного менингита у ВИЧ-инфицированных лиц.

Материал и методы. Обследовали 90 ВИЧ-инфицированных больных туберкулезным менингоэнцефалитом: 50 – с уровнем CD4 менее 100 кл/мкл (медиана – 29,9 кл/мкл), и 40 – более 100 кл/мкл (медиана – 268,6 кл/мкл), $p < 0,001$. Группой сравнения служили 35 больных туберкулезным менингоэнцефалитом, не инфицированных ВИЧ.

Результаты. У 87 (96,7 %) ВИЧ-инфицированных больных вне зависимости от состояния иммунитета наряду с туберкулезным менингитом диагностировали туберкулез легких, у 59 (65,6 %) – различные формы внелегочного туберкулеза. Наиболее часто внутренние органы поражались у пациентов с количеством CD4 менее 100 кл/мкл: у 31 (62,0 %) пациента определялись признаки генерализации туберкулезной инфекции. Короткую продрому менингита (менее 5 дней) наблюдали у 34 (37,8 %) ВИЧ-инфицированных лиц, однако наиболее часто острое начало регистрировали при CD4 менее 100 кл/мкл – 24 (48,0 %) случаев. Независимо от количества CD4 основными симптомами менингита у ВИЧ-инфицированных пациентов были повышение температуры тела, головная боль и нарушения сознания. При неврологическом

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

обследовании у 71 (78,9 %) больных определяли характерные признаки менингита (положительные симптомы натяжения, ригидность мышц затылка, симптомы поражения черепно-мозговых нервов), у 68 (75,6 %) в ликворе диагностировали изменения, характерные для туберкулеза (повышение содержания белка, снижение глюкозы и хлоридов, лимфоцитарный плеоцитоз). Отличительной чертой туберкулезного менингита на фоне ВИЧ-инфекции было частое развитие нейтрофильного плеоцитоза – у 30 (33,3 %) лиц, и отсутствие характерных неврологических симптомов (по отдельности или в различных сочетаниях) у пациентов с уровнем CD4 менее 100 кл/мкл – у 20 (40,0 %) лиц.

Выводы. У 87 (96,7 %) ВИЧ-инфицированных больных вне зависимости от количества CD4 наряду с туберкулезным менингитом диагностировали туберкулез легких, а у 59 (65,6 %) – различные формы внелегочного туберкулеза. Основными симптомами менингита у всех ВИЧ-инфицированных больных были повышение температуры тела, головная боль и нарушения сознания. Особенности туберкулезного менингита на фоне ВИЧ-инфекции были частое выявление нейтрофильного плеоцитоза (33,3 % случаев), отсутствие отдельных неврологических симптомов при снижении CD4 менее 100 кл/мкл (40,0 % случаев).

Темербек Ю. Н., Халабузарь В. А., Кузнецова М. О.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТОКСОПЛАЗМОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА И ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ

Научный руководитель – проф. Корж Е.В.

Цель. Выделить основные критерии для дифференциальной диагностики токсоплазмоза головного мозга и туберкулезного менингита.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 70 историй болезни больных ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ, из них у 50 человек был верифицирован туберкулезный менингит и у 20 человек – токсоплазмоз головного мозга. При выделении критериев использовались также литературные данные о проявлении церебрального токсоплазмоза у ВИЧ-инфицированных лиц (А.Б. Перегудова, Москва, 2013).

Результаты. У 95 % больных токсоплазмозом головного мозга содержание CD4 было ниже 100 кл/мкл, из них у 78 % – ниже 50 кл/мкл, при туберкулезном менингите удельный вес пациентов с уровнем CD4 менее 100 кл/мкл не превышал 66 %. Специфические антитела класса IgG к *T. gondii* в высоких и средних титрах определялись в крови 94 % больных токсоплазмозом, и 30 % больных туберкулезным менингитом. Таким образом, содержание CD4 более 100 кл/мкл и отсутствие специфических антител в диагностической концентрации практически исключает диагноз токсоплазмоза.

Клинически у 80 % больных токсоплазмозом наблюдалось постепенное начало с неуклонным нарастанием клинических симптомов в течение 30-35 дней, тогда как у больных туберкулезным менингитом продолжительность продромального периода колебалась от 5 до 30 дней, и только у 10 % пациентов превышала месяц. В спинномозговой жидкости всех больных токсоплазмозом уровень глюкозы был нормальным, у 25 % лиц клеточный и биохимический состав ликвора не изменялся. При туберкулезном менингите нормальное содержание глюкозы встречалось менее, чем у 18 % пациентов, а полностью нормальный состав ликвора не был определен ни в одном случае. При магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга у 97 % больных

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

токсоплазмозом определялись множественные, реже единичные, очаговые изменения, при туберкулезном менингите основными находками были инфаркты, участки демиелинизации, расширение желудочков мозга.

Выводы. Для дифференциальной диагностики токсоплазмоза головного мозга и туберкулезного менингита наибольшее значение имеет уровень CD4 в крови, титр антитоксоплазмозных антител, определение уровня глюкозы в спинномозговой жидкости и МРТ головного мозга.

Токарева О.Г.

АНТИМИКРОБНАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Научный руководитель – доц. Миндрул М.А

Цель. Проанализировать информацию о разработках фотодинамической терапии для лечения больных туберкулезом различных локализаций.

Материалы и методы. Проведен анализ 15 литературных источников, 7 из которых – авторов стран СНГ, и 8 – зарубежных источников (США, Великобритания, Корея).

Результаты. Проблема высокой заболеваемости туберкулезом легочной и внелегочной локализации остается актуальной многие десятилетия. В настоящее время лидирующие позиции занимает туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МРТБ) – 490 000 чел. в мире, по данным на 2016 год. Из них туберкулез с расширенной лекарственной устойчивостью (РРТБ) – примерно 10%. Длительный прием лекарственных препаратов характеризуется развитием побочных эффектов, что оказывает влияние на комплаентность пациентов, что, в свою очередь, способствует еще большему распространению МРТБ. Создается порочный круг. Эти обстоятельства заставляют искать новые методы борьбы с туберкулезом, которые бы сочетали в себе одновременно простоту исполнения и низкую токсичность для пациента, а значит и минимизацию побочных эффектов. Ряд исследований сообщает о том, что ФС оказывают бактериостатическое действие на *Mycobacterium tuberculosis*. К таким веществам относят производные хлорина Еб, например, фотодитазин. В эксперименте выполнялось его разведение с бактериальной взвесью *M. tuberculosis* в соотношении 1:9, последующая инкубация и посев на питательную среду Middlebrook 7Н9 с дальнейшей обработкой результатов. Было обнаружено, что фотодитазин замедляет скорость роста *M. tuberculosis* в 1,32 раза в жидкой среде, и оказывает выраженный бактериостатический эффект, который можно связать с его способностью влиять на метаболизм микробных клеток. Но, согласно полученным данным, для достижения максимального эффекта необходимо использовать комплексность фотодинамического подхода – использование фотосенсибилизатора (ФС) совместно с лазерным излучением, поскольку при совпадении длины световой волны с максимальным поглощением ФС, образуется синглетный кислород, а он оказывает деструктивное влияние на *M. tuberculosis*. С положительной стороны зарекомендовал себя такой ФС, как радахлорин 0,00005%. В исследовании его по отношению к штамму *M. tuberculosis* H37Rv регистрировалась прямая зависимость фотодинамической инактивации от дозы светового излучения. Наибольший эффект достигался при использовании мощности излучения, равной 0,5 Вт, времени лучевого

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

воздействия 10 и 15 мин, что соответствовало дозам световой энергии инактивации 468,75 и 703,5 Дж/см².

Выводы. Антимикробная фотодинамическая терапия оказывает выраженный бактериостатический эффект и может стать новым и действенным методом лечения туберкулеза легочной и внелегочной локализации.

Цветкова А. С., Панченко О. В., Роговая В. В.

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ

Научный руководитель – проф. Корж Е.В.

Цель. Изучить клинические проявления и морфологические изменения в легочной ткани у больных туберкулезом легких, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 150 историй болезни пациентов с ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ: у 65 (43,3 %) лиц уровень CD4 составлял более 200 кл/мкл (медиана – 495,5), и у 85 (56,7 %) лиц – менее 200 кл/мкл (медиана – 59,5), $p < 0,001$. Изучали данные клинического, лучевого, общелабораторного и микробиологического обследований. Также были проанализированы результаты аутопсии 60 пациентов с ВИЧ-инфекцией, умерших от генерализованного туберкулеза: 30 человек с содержанием Т-хелперов менее 200 кл/мкл, (медиана 42,5 кл/мкл) и 30 – более 200 кл/мкл (медиана 235,5 кл/мкл).

Результаты. У значительной части больных (104 человека – 69,3 %) при поступлении в стационарные отделения для лечения туберкулеза диагностировали выраженное угнетение иммунитета, когда количество CD4-лимфоцитов не превышало 200 кл/мкл. На фоне тяжелого иммунодефицита определялось более частое развитие генерализованного туберкулеза: у 60 пациентов (70,5 %) с CD4 менее 200 кл/мкл кроме поражения легких в различных сочетаниях выявляли туберкулез плевры, вовлечение внутригрудных и периферических лимфоузлов, специфический перикардит, туберкулезное поражение кишечника. В группе больных с концентрацией CD4 более 200 кл/мкл количество случаев генерализованного туберкулеза составляло 10 (15,4 %), различия между группами были статистически значимыми, $p < 0,05$. Вне зависимости от степени иммуносупрессии такие показатели, как частота бактериовыделения, наличие химиорезистентности и деструкций легочной ткани в обеих группах были примерно одинаковыми. В легочной ткани всех умерших больных ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ при гистологическом изучении выявляли как туберкулезные гранулемы, так и сочетание их с мелкими участками казеозного некроза со слабовыраженной клеточной реакцией на периферии или с без клеточной реакции вообще. У пациентов с тяжелым угнетением иммунной системы и низким уровнем CD4 в легких более часто определялись большие зоны творожистого некроза с отсутствием клеток вокруг, различия достигали статистической значимости, $p < 0,03$.

Выводы. При выраженном угнетении клеточного иммунитета со снижением порога Т-хелперов до 200 кл/мкл и ниже у больных ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ достоверно чаще развиваются генерализованные формы туберкулеза. При гистологическом изучении легких у пациентов с низким уровнем CD4 чаще выявляли

большие участки казеозного перерождения ткани без формирования вокруг клеточного слоя.

Чистик И. А., Худякова А. С.

**СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ВПЕРВЫЕ
ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ
ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ**

Научный руководитель – асс. Шумляева Т.М.

Цель: изучить состояние функции внешнего дыхания у впервые выявленных больных с распространенными формами туберкулеза легких.

Материал и методы. Проведено обследование 50 мужчин, впервые заболевших туберкулезом легких и поступивших на лечение в противотуберкулезный стационар. Пациентов разделили на 2 группы. В первую группу выделили 35 больных со специфическим процессом в легких, протяженностью более 2 – х сегментов. Вторая группа была представлена 15 -ью больными с ограниченным процессом в легких, занимающим не более 2-х сегментов. Средний возраст пациентов первой группы составлял (37,0±1,75), второй - (39,3±2,59) лет. Всем больным проведено исследование функции внешнего дыхания (ФВД). Определены типы и степени нарушений вентиляционной способности легких. Критерием оценки состояния бронхиальной проходимости был - объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁). Функциональное состояние легких изучали по показателю жизненной емкости легких (ЖЕЛ). При равном снижении показателей ОФВ₁ и ЖЕЛ диагностировали смешанный тип нарушения ФВД.

Результаты. У больных как первой, так и второй группы наиболее часто встречался инфильтративный туберкулез легких - 11(73,3%) и 27(77,1%) соответственно. В обеих группах выявлено снижение показателей ОФВ₁ и ЖЕЛ. Деструктивные изменения при распространенных процессах, определялись у 25(71,4%) больных, и ассоциировались со снижением показателей бронхиальной проходимости и ЖЕЛ. При распространенном туберкулезном процессе в легких, полученные результаты компьютерной спирографии свидетельствовали о функциональных нарушениях, соответствующих смешанному типу дыхательной недостаточности I- III степени в 27(77,1%) случаях. Обструктивный тип нарушений ФВД был выявлен лишь при наличии сопутствующих хронических обструктивных заболеваний легких: у 6(17,1%) больных первой и 3-х (20,0%) – второй групп. Различия между группами по показателям не имели статистической значимости $p > 0,05$

Выводы. У больных распространенным туберкулезом легких выявлены более значительные изменения функции внешнего дыхания, соответствующие нарушению вентиляционной способности легких I-III степени по смешанному типу с преобладанием бронхообструктивных поражений.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАТОЛОГИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский
университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР
Зав. кафедрой – проф. Колесников А.Н.

Гелюх Е.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПРИНЦИПОВ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ТРАВМАХ

Научный руководитель – доц. Гридасова Е.И.

Цель: оценить степень эффективности применения современных методов и принципов реанимационных мероприятий при травмах различного характера, рекомендованных Европейским советом по реанимации (2015г.).

Материалы и методы: рекомендации Европейского совета по реанимации, статистические данные летальности отделения интенсивной терапии Республиканского травматологического центра, литературный обзор.

Результаты. Успешные реанимационные мероприятия при травматических повреждениях различного характера отмечаются всего лишь в 10% случаев (Kutcher ME, 2015). Это связано, в первую очередь, с множеством факторов танатогенеза, развивающихся при травмах (повреждение жизненно-важных органов, гиповолемия, анемия и т.д.). Европейским советом по реанимации в 2015г. были изданы рекомендации по ключевым мероприятиям, которые необходимо проводить для эффективной СЛР.

Важнейшим аспектом СЛР является так называемый алгоритм «четыре Г – четыре Т», направленный на выявление восьми потенциально обратимых причин смерти. В их число входят: электролитные расстройства (в частности, гипо/гиперкалиемия), гипоксия, гиповолемия, гипо/гипертермия, напряженный пневмоторакс, коронарный или лёгочный тромбоз, тампонада сердца, токсическое воздействие (отравления).

Для каждого отдельного вида травмы характерны ведущие из вышеперечисленных нарушений. Так, при множественных переломах конечностей, костей таза, травматических ампутациях конечностей, травмах органов грудной клетки и брюшной полости, ведущими симптомами, угрожающими жизни, являются гиповолемия (вследствие массивных кровотечений), гипоксия, тромбоз (жировая эмболия ветвей лёгочной артерии). При изолированных черепно-мозговых и спинальных травмах, а также сочетанных ЧМТ с травмами опорно-двигательного аппарата ключевыми являются гипоксия, гиповолемия (в меньшей степени) и гипертермия. Травмы грудной клетки чаще всего осложняются гемотораксом, напряженным пневмотораксом. Для массивных повреждений мягких тканей характерно выделение множества биологических токсинов (при гибели мышечной ткани). В связи с этим, одними из первых мероприятий реанимации при вышеперечисленных травмах должны быть действия, направленные на ликвидацию соответствующих ведущих симптомов.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Нами был проведен анализ статистических показателей летальности отделения интенсивной терапии РТЦ за 2015, 2016 и 2017 годы. Данные показатели составили 14,8%, 11,9% и 7,2% соответственно.

Выводы: после внедрения рекомендаций Европейского совета по реанимации в основные алгоритмы оказания реанимационной помощи больным при травмах, в период с 2015 по 2017 годы отмечается значительная тенденция к снижению уровня летальности. Абсолютный прирост случаев летального исхода в данный период на 100 случаев травматической патологии составил –7,5 случаев. Уровень летальности от травматической патологии в 2017 году на 50,7% ниже соответствующего показателя за 2015 год.

Горелов Д.В.

ВЛИЯНИЕ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ОСНОВЕ ПРОПОФОЛА НА РЕЦИДИВ И ОБЩУЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Научный руководитель – доц. Гридасова Е.И.

Цель: Оптимальное сочетание анестезирующего средства и техники может влиять на долгосрочные результаты в онкохирургии. Исследования *in vitro* и *in vivo* показывают, что пропофол независимо уменьшает миграцию раковых клеток и метастазирование. Таким образом, мы ретроспективно исследовали связь между общей внутривенной анестезией на основе пропофола (ТВВА) и рецидивом или общей выживаемостью у пациентов, подвергшихся модифицированной радикальной мастэктомии (МРМ).

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ электронной базы данных всех пациентов Korean journal of anesthesiology (30mar,2016) Pubmed central, перенесших МРМ при раке молочной железы в период с января 2007 года по декабрь 2008 года на базе отделения анестезиологии онкологического центра в Сеуле, Корея. Пациенты получали либо ТВВА на основе пропофола (пропофольная группа), либо анестезия проводилась на основе севофлурана (группа севофлурана). Мы проанализировали прогностические факторы рака молочной железы (гормональный сбой, климакс, стрессовые ситуации) и периоперационные факторы и сравнили выживаемость без рецидива и общую выживаемость между группами пропофола и севофлурана.

Результаты: Всего за период испытания было проведено 363 МРМ; Для анализа были использованы 325 случаев (173 случая группы пропофола и 152 случая севофлурановой группы). Существовали незначительные различия между группами по возрасту, весу, росту, гистопатологическим результатам, хирургическому времени или послеоперационному лечению (химиотерапия, гормональная терапия и лучевая терапия). Использование опиоидов в периоперационный период было больше в группе пропофола, чем в группе севофлурана. Общая выживаемость в группах достоверно не различалась. Пропофольная группа показала более низкую частоту рецидивов рака ($P = 0,037$), с оценочным отношением риска 0,550 (95% ДИ 0,111-0,973).

Выводы: данное ретроспективное исследование показывает, что использование ТВВА на основе пропофола при хирургическом лечении рака молочной железы приводит к меньшему количеству рецидивов рака по сравнению с группой севофлурана в отдаленном послеоперационном периоде.

Гуренко А.А., Колесникова В.В.

**ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОАКСИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ
БЕРЕМЕННОСТИ**

Научный руководитель – проф. Колесников А.Н.

Цель: литературный поиск данных, связанных с применением нейроаксиальных методов (НА) анестезиологического пособия, оказываемого при оперативном родоразрешении в случаях тяжёлых форм преэклампсий и эклампсий.

Материалы и методы. Для литературного обзора был произведён анализ публикаций, связанных с применением НА методов, где исследовалось их влияние на плод и на мать в случаях тяжёлых форм преэклампсий и эклампсий.

Результаты. Для общей анестезии (ОА), как метод наиболее давно и широко внедрённого в практику и часто применяемого при тяжёлых формах преэклампсий, характерно применение самого различного количества лекарственных веществ. Исходя из этого, ещё на этапе подготовки к операции, беременная с осложнениями беременности, подвергается медикаментозной нагрузке, в том числе и для коррекции нежелательных эффектов самой ОА. К медикаментозной нагрузке на этапах премедикации, добавляются препараты, применяемые во время индукции в наркоз и поддержания его, которые имеют так же свои особенности и негативное влияние на организм. Так большинство препаратов, которые используются для анестезии, проникают через плацентарный барьер и помимо этого, оказывают прямое негативное влияние на сократительную активность матки и на сам плод, что в состоянии циркуляторной гипоксии при условиях преэклампсии и эклампсии имеет особенно негативный эффект. Существуют большие риски столкнуться с трудностями вентиляции, трудных дыхательных путей, явлений регургитации и аспирации. Недостаточной антиноцицептивной защиты пациентки и как следствие этого формированием в подкорковых структурах доминанты боли с возникновением в дальнейшем проблем с послеоперационным обезболиванием. Всё это, заставляет обратить внимание на НА методики. Так, ранее по мнению ряда авторов считалось применение их нежелательными при тяжелых формах преэклампсий. Однако, установлено их положительное влияние на материнскую гемодинамику, и то что они не оказывают отрицательного влияния на маточно-плодово-плацентарный кровоток. Так, при родоразрешении рожениц с тяжелыми формами преэклампсий под ОА, с оценкой новорожденных по шкале Апгар была значительно ниже, чем при применении НА методов.

Выводы: В ходе анализа литературных данных, обращают на себя положительные результаты, полученные в отношении матери и плода при применении НА методов. Так, эффективная анальгезия, миорелаксация, отсутствие наркодепрессии у плода в сравнении с ОА, меньшая степень асфиксии при рождении, меньший риск отдалённых неврологических осложнений, возможность ранней активизации женщины, дешевизна самого метода, всё это позволяет улучшить материнские и перинатальные исходы.

Киреев И.А., Кварацхелия Л.Г., Чмырь Н.Э.

ВИДЕОЛАРИНГОСКОПИЯ — РЕШЕНИЕ ВОПРОСА ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ

Научный руководитель - проф. *Колесников А.Н*

Цель исследования. Разработка нового инновационного аппарата для трудной интубации.

Материалы и методы. Анализ зарубежных и отечественных статей по использованию видеоларингоскопии, как метода решения проблемы трудных дыхательных путей. Главным её преимуществом является возможность более легкой и четкой визуализации голосовых связок. Это послужило поводом для проведения экспериментальной работы по созданию нового прибора для видеоларингоскопии, который поможет в проблеме трудной интубации и обучении студентов и молодых специалистов.

Результаты. По данным литературного обзора были выявлены следующие преимущества видеоларингоскопии:

- Улучшенная визуализация голосовых связок при использовании данных приборов, особенно в случае возникновения трудной интубации;
- Применение видеоларингоскопов облегчает интубацию трахеи у неопытных врачей;
- Во время использования видеоларингоскопа снижается риск развития постинтубационных осложнений в виде повреждения мягких тканей ротоглотки, а также дискомфорта и боли в горле;
- Благодаря отображению процесса интубации на экране, данный метод более удобен в процессе обучения специалистов.

Преимущества нашего видеоларингоскопа заключаются в том, что при раскрытии створок прибора язык отодвигается кверху, интубационная трубка по желобу проводится к голосовой щели, что существенно облегчает процесс интубации трахеи. Также, немаловажно, что себестоимость материалов для нашего прибора составила 90\$, вместе с работой мастера. То есть, за относительно небольшую стоимость, мы получили функционирующий видеоларингоскоп.

Выводы. Данное изобретение имеет определенные преимущества. Оно подключается к любому мобильному устройству и не требует дополнительных затрат на специальные экраны. Благодаря наличию специального желоба облегчается проведение эндотрахеальной трубки. Возможна передача изображения с камеры по сети Wifi, что позволяет использовать видеоларингоскоп в процессе обучения студентов. Наконец, аппарат имеет относительно небольшую стоимость. Учитывая все вышеперечисленные преимущества, можно сделать вывод, что данный видеоларингоскоп соответствует необходимым требованиям и может быть использован в качестве решения вопроса трудной интубации, а также возможно его использование в процессе обучения студентов.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Кучеренко Е.А., Кварацхелия Л.Г., Брова Ю.А.

ОЦЕНКА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ГАРКАВИ-УКОЛОВОЙ У ПАЦИЕНТОВ В ОРИТ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ ОПИАТАМИ

Научный руководитель - проф. Колесников А.Н

Цель: Изучение динамики стрессоустойчивости с помощью индекса Гаркави-Уколовой (ИГ) у пациентов в ОРИТ с диагнозом: «Острое отравление опиатами».

Материалы и методы: Ретроспективное изучение историй болезни пациентов отделения интенсивной терапии Центральной городской клинической больницы №1 г. Донецка (ОИТдВ ЦГКБ№1) с диагнозом: острое отравление опиатами. Оценка стрессоустойчивости производилась с помощью индекса Гаркави-Уколовой. В норме

Лимфоциты(%)

ИГ=0,3-0,5. ИГ=Сегментоядерные нейтрофилы(%).

Все пациенты были отнесены к категории взрослых от 18 до 78 лет. 15% из всех исследованных составили женщины и 85% - мужчины. У 100% больных диагноз вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция) был исключен с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Забор крови производился с утра, натощак в одно и то же время.

Результаты: В исследование были включены 40 пациентов ОИТдВ ЦГКБ№1 г.Донецка. ИГ подсчитывался в динамике (в 1-й и 3-й день пребывания в ОРИТ). Был произведен расчёт среднего значения индекса. Динамика стрессоустойчивости оценивалась посредством полученных средних значений ИГ.

ИГ в 1-й день составил 0,35, что соответствует нормальным значениям индекса. Значения индекса указывают на адекватную реакцию адаптационных систем в результате экстренной стимуляции опиоидной стресс-системы. На 3-и сутки пребывает в стационаре наблюдалось значительное снижение показателей ИГ ниже нормы, до 0,16. Отрицательная динамика стрессоустойчивость связана, скорее всего, с истощением опиоидной стресс-системы из-за избыточной её стимуляции, блокады опиоидных рецепторов и развития вторичного иммунодефицита.

Выводы: Изучив особенности динамики индекса Гаркави-Уколовой у пациентов ОРИТ с диагнозом «Острое отравления опиатами», мы выявили, что у данной группы пациентов стресс-система реагирует адекватно только в 1 сутки. В результате прямого действия стрессорного агента на опиоидные рецепторы, к 3 суткам наблюдается истощение адаптационных механизмов, что приводит к снижению стрессоустойчивости организма, а соответственно, сопровождается снижением индекса Гаркави-Уколовой.

Чернышова Е.А.

РОЛЬ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ В РАЗВИТИИ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИИ.

Научный руководитель – проф. Колесников А. Н.

Цель: Изучение патомеханизмов развития нейродегенерации.

Материалы и методы: Анализ литературных источников.

Результаты: При активации стресс-системы организма, эндоплазматический ретикулум (ЭПР) активизирует набор сигнальных путей.Изменение ЭПР-протеостаз

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

приводит к накоплению несогласованных белков в просвете ЭПР (ЭПР-стресс), который активирует развернутый белковый ответ (РБО). РБО опосредуется тремя основными сигнальными ветвями: РНК-подобная ЭПР-киназа протеинкиназы (PERK), эукариотический трансляционный фактор 2 α (EIF2 α) и активации транскрипционного фактора (ATF) -6 α . Развитие воспаления зависит от силы ответа стресс-системы организма, так как умеренный ЭПР-стресс может способствовать защите от нейродегенерации путем активации большего количества X-box-связывающего белка 1 и ограничения накопления неправильно свернутых белков. Эффекты РБО обеспечивают: активацию защитных ответов и включение проапоптотических программ. При развитии второго сценария происходит стимуляция toll-like receptor-4 (TLR4) / ядерного фактора каппа В (NF- κ B) приводящего к активации и высвобождению провоспалительных цитокинов связанных с воспалительным ответом в головном мозге. TLR представляют собой рецепторы распознавания образов, которые опосредуют врожденный иммунный ответ. TLR4 рекрутирует переходные белки -myeloid factoriation 88 (MyD88) и активирует нисходящие сигнальные молекулы, такие как транскрипция фактора- каппа В (NF- κ B), чтобы вызвать производство провоспалительных цитокинов. Таким образом под воздействием стресса происходит активация каскадных механизмов, приводящих к ответу иммунной системы в качестве высвобождения провоспалительных цитокинов и развития воспаления. Активация лимфоцитов и последующее инициирование адаптивного иммунного ответа зависит от презентации антигенов Т-лимфоцитов, которые подразделены на CD8+цитотоксические Т(Тс) и CD4+Т-хелперы(Th) лимфоциты, в зависимости от типа их действий. Th клетки делятся на CD45RA - наивные Th клетки, и CD45RO -Th клетки памяти. Изменение соотношения популяций Th/Тс приводит к развитию воспалительных реакций, так как после активации Th-клетки(с метками CD45RA и CD45RO) экспрессируют CD25. Активированные Th-лимфоциты продуцируют цитокины(IL-17, IFNG, IL-4, IL-9, IL-10/TGF β) . Цитокины IL-17 являются нейротоксичными посредством воздействия адгезирующих молекул LFA1 и ICAM1 способствующих демиелинизации.

Выводы: Необходимо дальнейшее изучение взаимодействия цитокина IL-17 с нервными клетками и рассмотрение его как потенциального биомаркера развития нейродегенеративных заболеваний, исследование уровня IL-17 в крови и ликворе для возможного установления корреляции между этими показателями и прогноза о стадии и дальнейшем течении заболевания.

Чернышова Е.А.

ИНТЕРЛЕЙКИНЫ 1,2 КАК МАРКЕРЫ ЗАПУСКА СТРЕСС РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА

Научный руководитель - проф. Колесников А. Н.

Цель: Изучение влияния Ил-1 и Ил-2 на стресс-систему организма.

Материалы и методы: Анализ литературных источников.

Результаты: Стресс-система и иммунная система являются двумя основными адаптивными системами, которые быстро реагируют на проблемы, ставящие под угрозу здоровье организма. Их центры совпадают топически и связаны между собой двусторонними обратными связями. Цитокины являются иммунорегуляторами и

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

модуляторами различных нейронных функций и нейронной целостности. Есть две формы IL-1, IL-1a и IL-1b. IL-1 состоит из трех различных генов, расположенных на длинном плече хромосомы 2, которые кодируют три различных структурных белков. ИЛ-1a и ИЛ-1b связываются с одинаковыми рецепторами и действующие в качестве агонистов молекул, в то время как существует - антагонист рецептора IL-1 (IL1ra), который связываясь с IL-1a и IL-1b рецепторами, не вызывает какой-либо внутриклеточный сигнал и, следовательно, действует в качестве эндогенного ингибитора активности IL-1. Под действием повреждающих факторов происходит мгновенная активация сигнальных путей стрессовой системы и иммунный ответ в виде выброса ИЛ-1, ИЛ-6 и TNF. Развитие воспаления в случае активации данной цепи зависит от силы ответа стресс-системы организма, которая будет увеличиваться посредством воздействия на нее цитокинов ИЛ-1 и ИЛ-6. Интерлейкин-1 опосредует активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и интерлейкина 6 с помощью IL-1 типа I (a), стимулируя периваскулярные клетки в продолговатом мозге, которые активируют по возрастанию аминергические нейроны, что в конечном итоге приведет к стимуляции нейронов КРГ и увеличению ответа стрессовой системы и соответственно усугублению воспалительных реакций организма, что может привести к развитию хронического стресса и нейродегенерации.

Выводы: Необходимо дальнейшее изучение влияния провоспалительных цитокинов ИЛ-1 и ИЛ-6 на стресс-систему организма, их взаимодействия с нервными клетками и рассмотрение повышения уровня цитокинов ИЛ-1 и ИЛ-6 в крови, как потенциальный биомаркер активации стресс-системы организма, корреляции между этими показателями и прогноза о возможных сценариях развития ответа организма на повреждающие факторы, в частности прогнозировании развития шизофрении.

**ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск, ЛНР
Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной
медицинской помощи
Зав. кафедрой - доц. Налапко Ю.И.**

Стадник А.Д., Мартышова М.А., Гаргат Е.А., Россомахина О.М.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНЫМИ
ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА**

Научный руководитель - доц. Налапко Ю.И.

Туберкулез является одной из ведущих медико-социальных проблем, порождая значительный интерес к изучению качества жизни таких больных. Вместе с тем, вопросы качества жизни у лиц, перенесших высокотравматичные фтизиоторакальные операции не освещены в современной литературе.

Цель работы: изучить качество жизни фтизиатрических пациентов перенесших высокотравматичные операции на легких.

Материал и методы. Проведено открытое проспективное обсервационное исследование. Группу исследования составили 30 пациентов которым проводились резекционные и коллапсохирургические операции в условиях общей поликомпонентной анестезии с искусственной вентиляцией легких эндотрахеальным методом в 2017 - 2018 годах. Контрольная группа была представлена 30 больными, которым оперативное лечение показано не было.

Качество жизни пациентов оценивали с помощью опросника MOS SF – 36. Тестирование группы исследования проводили до и после хирургического вмешательства в динамике – на 14 и 30 сутки после операции. В качестве сравнения использовали результаты однократного тестирования респондентов контрольной группы.

Обработку данных проводили с использованием методов статистического анализа. Статистический анализ проведен с использованием программного обеспечения Statistica 10.0.

Результаты. В предоперационном периоде показатели опросника у пациентов были выше среднего, однако для всех исследуемых было характерны низкие значения по шкалам психологического компонента качества жизни.

Оценка динамики качества жизни у пациентов в ранние сроки после операции показала, что у исследуемых отмечается низкий уровень показателя ролевого функционирования, обусловленного физическим и эмоциональным состоянием, а также показателя, характеризующего интенсивность боли. У пациентов на фоне выраженного болевого синдрома отмечалась склонность к развитию нарушений тревожно-депрессивного спектра различной интенсивности, которые значительно ограничивали бытовое общение с родственниками и медицинским персоналом. Также у таких больных отмечался статистически значимо более низкий уровень физического функционирования, чем у респондентов контрольной группы ($p < 0,01$), что проявлялось трудностью в выполнении повседневной деятельности.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

У пациентов на 30 сутки после операции регистрировались показатели выше средних по всем шкалам опросника и являлись статистически значимо выше чем у больных на ранних сроках послеоперационного периода ($p < 0,01$).

Выводы Показатели качества жизни у пациентов с легочными формами туберкулеза при резекционных и коллапсохирургических операциях имеют тенденцию к снижению физического и психологического компонента здоровья на 14 сутки послеоперационного периода и нормализацию на 30 сутки после хирургического вмешательства.

Гаргат Е.А., Роечко Г.Н., Стадник А.Д., Захаров А.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ВЫСОКОТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ВО ФТИЗИОТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Научный руководитель - доц. Налапко Ю. И.

Современные подходы к лечению пациентов с туберкулезом, помимо медикаментозного, включают и хирургические методы, высокая травматичность которых является серьезной проблемой для анестезиолога. С точки зрения мультимодального подхода к обезболиванию, включение в стандартную схему анестезии дополнительных компонентов, а именно таких как лидокаин, магния сульфат и клофелин, должно повысить качество обезбоживания.

Цель изучение эффективности применения Opioid Free Anesthesia (OFA) во фтизиоторакальной хирургии.

Материалы и методы. В исследование было включено 46 человек, из них 20 пациентов, составивших группу контроля и 26 пациентов второй группы, у которых OFA дополняла стандартную схему анестезии. Исследуемые группы больных были сопоставимы по возрастному профилю, степени анестезиологического риска, объему, характеру и длительности оперативного вмешательства.

Ведение пациентов осуществлялось соответственно протоколам Fast track хирургии. В обеих группах пациентов применялась общая поликомпонентная анестезия, имела место одноклеточная вентиляция. Интраоперационный мониторинг в обеих группах осуществлялся в рамках Гарвардского стандарта.

Во второй группе в дополнение к стандартной схеме анестезии до нанесения хирургической травмы начинали вводить лидокаин в дозировке 1,5 мг/кг/час, магния сульфат 7 мг/кг/час, клофелин однократно 150-300 мг.

Унифицирование методики анестезии, тактики ведения пациентов и объемов операции позволяют считать, что все различия в течении периоперационного периода обусловлены именно элементами OFA.

Обработку полученных данных проводили с использованием методов статистического анализа с использованием программного обеспечения StatSoft Statistica 10.0. Достоверность различий между показателями определяли с помощью критерия Стьюдента–Фишера с вероятностью ошибки $p < 0,05$.

Результаты. На фоне относительно небольшого, в пределах 15% от исходного, снижения показателей гемодинамики, обращает на себя внимание выраженный анальгетический эффект компонентов OFA во второй группе. Оценка по 10-ти бальной

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

визуально-аналоговой шкале (ВАШ) выявила резко выраженную разницу в интенсивности послеоперационной боли между группами. В операционной, оценка по ВАШ составила $2,60 \pm 0,11$ баллов во второй группе и $5,40 \pm 0,06$ в первой. Через 3 и 6 часов после операции интенсивность боли составила $3,60 \pm 0,07$ и $3,51 \pm 0,06$ баллов во второй группе, и $4,90 \pm 0,02$ и $4,72 \pm 0,10$ в первой группе соответственно. Через 18 часов разница в интенсивности болевого синдрома нивелировалась и составляла в первой группе $3,70 \pm 0,11$ против $3,42 \pm 0,03$ во второй.

Вывод. Включение в схему общей анестезии при фтизиоторакальных операциях таких компонентов, как лидокаин, магния сульфат и клофелин, позволяет значительно повысить качество обезболивания при минимальном влиянии на гемодинамический профиль пациента.

НЕТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Курс нетрадиционной медицины,
Зав. курсом – проф. Кулемзина Т.В.

Чепелова Д.В.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ АДАПТОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ

Научный руководитель – асс. Криволап Н. В.

Цель. Проиллюстрировать возможность использования препаратов «Экстракта эхинацеи спиртового» и раствора для инъекций «Эхинацея композитум» с целью превентивной реабилитации.

Материал и методы. Анализ препаратов «Экстракт эхинацеи спиртовой» и раствор для инъекций «Эхинацея композитум» на основе их химического состава, механизмов действия и лечебных эффектов с использованием сравнительных и аналитических методов исследования.

Результаты. «Экстракт эхинацеи спиртовой» содержит: эфирные масла, гликозиды, смолистые вещества, флавоноиды, кумарины, алкалоид аралин, пектиновые вещества, витамины А, С, Е. В состав «Эхинацея композитум» входит: Echinacea, Zincum metallicum, Argentum nitricum, Euphorbium, Arnica montana. Препараты повышают фагоцитарную активность нейтрофилов и макрофагов, стимулируют синтез интерлейкина-1, стимулируют трансформацию В-лимфоцитов в плазматические клетки, улучшают функции Т-хелперов; оказывают противовирусный и антибактериальный эффект, что проявляется в выраженном иммуномодулирующем, дезинтоксикационном, противовоспалительном, десенсибилизирующем, репаративном действием за счет веществ растительного и минерального происхождения, входящих в их состав. К показаниям для их применения относятся: начальные проявления ОРВИ, комплексное лечение хронических рецидивирующих воспалительных заболеваний, длительное применение антибиотиков. Кроме того, раствор для инъекций «Эхинацея композитум» применяется в комплексном лечении острых и хронических воспалительных, гнойно-инфекционных заболеваний слизистых оболочек и внутренних органов, которые протекают с выраженной интоксикацией и частыми рецидивами, в схемах профилактики вирусных инфекций. Согласно доказательной базе и многочисленным клиническим исследованиям препарат включен в клинический протокол лечения стафилококковой пневмонии у детей. Вследствие комплексного действия биологически активных веществ представленных препаратов целесообразно их применение с целью превентивной реабилитации пациентов, часто и длительно болеющих, с наличием частых рецидивов хронических инфекционных и вирусных заболеваний. Препараты способствуют активации собственных защитных сил организма, а также обладают благоприятным

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

профилем безопасности. «Эхинацея композитум» рекомендуется детям с 1-го года, а также пациентам с аллергическими состояниями в анамнезе.

Выводы.

Согласно комплексному действию указанных препаратов, показано их назначение с превентивной целью у пациентов с хроническими рецидивирующими воспалительными заболеваниями.

Учитывая алергизирующее действие препарата «Экстракт эхинацеи спиртовой», «Эхинацея композитум» является препаратом выбора у пациентов с аллергическими состояниями и детей от 1-го года жизни.

Красножон С.В., Красножен В.В., Кулемзина Т.В.

ЗДОРОВЬЕ И ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА

Научный руководитель - проф. Кулемзина Т.В.

Существует две стратегии системы здравоохранения: через лечение заболевшего или путем сохранения здоровья практически здорового человека. В системе высшего медицинского образования недостаточно внимания уделяется здоровьесберегающим технологиям. Профессиональная подготовка врачей нацелена на изучение патогенеза, лечения и профилактики заболеваний. Однако, сберечь здоровье важнее и сложнее, чем заниматься его восстановлением.

Цель. Обосновать необходимость применения в системе комплексной превентивной реабилитации методов интегративной медицины и включения их в образовательную программу медицинских вузов.

Материал и методы. Наиболее распространенные методы интегративной медицины: рефлексотерапия, нутрициология, арома- и фитотерапия, гирудо- и озонотерапия, музыка- и гомеотерапия и др.

Результаты. Методологической основой немедикаментозных методов является устранение заболевания, воздействием на его основную причину естественными (природными) средствами. Это не столько лечение, сколько образ жизни. Это метод, требующий постоянного поддержания и взаимодействия с природными элементами и внутренней жизненной силой. Основное отличие интегративной медицины от официальной – в точке зрения на проблему. Врач официальной медицины лечит болезнь и не рассматривает организм как целостную систему, которая имеет огромный внутренний потенциал для поддержания здоровья. Интегративная медицина использует множество видов терапии, кардинально различающихся между собой. Одни из них, такие как массаж, остеопатия, хиропрактика и физиотерапия, оказывают свое действие непосредственно на физическое тело, другие (рефлексотерапия и шиацу) восстанавливают баланс энергии в организме, третьи методы, к которым относятся гипнотерапия, психотерапия и групповые занятия, влияют на здоровье на психическом и эмоциональном уровне. Вполне естественно, что каждый из вышеперечисленных методов лечения помогает восстановить здоровье организма, исходя из своей специфики.

Выводы. Интегративная медицина – это одно из направлений медицины, объединяющее традиционную медицину и классические методы лечения. Суть ее – в системном подходе, направленном не на заболевший орган в частности, а на организм в

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

целом, на мобилизацию защитно-компенсаторных и саногенетических механизмов (превентивная, донозологическая коррекция). Изучение здоровьесберегающих технологий интегративной медицины в медицинских и немедицинских вузах поможет сформировать у студентов мотивацию к сохранению, укреплению, формированию собственного индивидуального здоровья и расширению собственных резервных возможностей организма, ведению здорового образа жизни, сформировать стратегию здорового образа жизни с помощью самоконтроля собственной активности с целью повышения качества жизни.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР
Кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и нетрадиционной медицины
Зав. кафедрой – доц. Швиренко И.Р.

Шевчук Т.В.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ МАССАЖ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Научный руководитель – доц. Терещенко И.В.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) в настоящее время сохраняет свои приоритетные позиции, как одна из основных причин хронической заболеваемости и инвалидизации населения. По данным ВОЗ к 2020 году она займет 3-е место среди всех причин смертности пациентов. Сегодня оправдано применение в комплексном лечении ХОБЛ дифференцированной адаптационной терапии, к которой относятся кинезиотерапия, физиотерапия, массаж на фоне стандартов медикаментозного лечения. Для улучшения кровообращения в дыхательной системе, изменения параметров дыхания, стабилизации ВНС, облегчения отхождения мокроты, снижения тонуса в измененных мышцах (ассоциированных бронхолегочной системе и сегментарных), восстановления функций дыхательной мускулатуры назначается дифференцированный массаж.

Результаты. В исследование были включены 23 мужчины в возрасте 40-50 лет, страдающие ХОБЛ, легкой степени тяжести, умеренным течением, с легочной недостаточностью не более 1 степени, которые в последствие были разделены на две группы. Пациентам 1-й группы (11 человек) на фоне медикаментозной терапии (бронхолитики, мукоурегирующие, противовоспалительные лекарственные средства), классической дыхательной гимнастики назначалась методика классического лечебного массажа - группе сравнения. Больным 2-й, основной группы (12 пациентов), к традиционному лечению назначался дифференцированный массаж с элементами кинезиологического массажа, по 20 минут, ежедневно, курс 10 процедур. Эффективность лечения оценивалась по динамике кашля и одышки (в баллах), восстановлению тонуса ассоциированных и сегментарных мышц. Все пациенты адекватно переносили лечебные мероприятия. Результаты исследования показали более высокую эффективность комплексного лечения во 2-ой основной группе. Быстрее стабилизировались показатели одышки и кашля (в баллах: с 2,5 до 1,4 и с 2,0 до 0,9 соответственно), нормализовался тонус ассоциированных бронхолегочной системе и сегментарных мышц (с 4-5 процедуры). В то же время в группе сравнения, тонус мышц оставался без изменений и у 25% больных балльные показатели изменились незначительно, по сравнению с исходными, что свидетельствует о неустойчивой стабилизации процесса. Баллы одышки и кашля увеличились к 8-9 процедуре с 2,3 до 1,8 и с 1,9 до 1,6 соответственно.

Выводы. Таким образом, более высокая эффективность лечения достигалась при назначении дифференцированного массажа (с элементами кинезиологического) на фоне базисной терапии, было оправдано у данной категории пациентов и способствовало

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

снижению клинических проявлений болезни и улучшению согласованности функций дыхательной и соматической (ассоциированной бронхолегочной системе и сегментарной) мускулатуры.

Дмитриев С.Н.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ОСТРОМ САЛЬПИНГООФОРИТЕ

Научный руководитель – доц. Пеклун И.В.

Актуальность: Репродуктивное здоровье женщины является важнейшим фактором воспроизводства вида и сохранения генофонда. Главной причиной снижения репродуктивного здоровья являются воспалительные заболевания женских половых органов, среди которых доминирует острый сальпингоофорит (ОСО). Так в США ежегодно регистрируется более 1 миллиона случаев ОСО, что сопровождается затратами в размере 4,2 миллиарда долларов в год. Реабилитация больных рассматривается не только как медицинская задача, но и как социальное и экономическое решение.

Цель: Изучить эффективность применения физиотерапевтических методов при ОСО.

Материал и методы: Были изучены данные современных источников литературы об исследованиях, посвященных физиотерапевтическим методам при ОСО.

Результаты: Ранняя интенсивная ультразвуковая терапия значительно повышает результаты лечения. Применение ультразвука в импульсном режиме излучения приводит к быстрому купированию симптомов заболевания, что позволяет считать импульсный режим более результативным, в сравнении с непрерывным. У пациенток с ОСО происходит снижение показателей неспецифической резистентности организма. Включение в лечебный процесс интенсивного режима ранней ультразвуковой терапии приводит к повышению неспецифической резистентности. Гирудотерапия обеспечивает эффективную коррекцию локальных нарушений гемодинамики, иммунитета, гемостаза, является патогенетически обоснованным методом терапии и может использоваться как в лечении заболевания, так и в качестве профилактического противорецидивного метода терапии.

Выводы: Таким образом, ультразвуковая физиотерапия и гирудотерапия являются эффективными методами в реабилитации больных с ОСО.

Дмитриев С.Н.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

Научный руководитель – доц. Пеклун И.В.

Актуальность: Evidence based medicine - это медицина, основанная на доказанном, на точных сведениях, подтвержденных специалистами, которые не имели другой цели, кроме выяснения истины: помогает этот конкретный метод преодолеть болезнь или нет? Высокие достижения науки повлекли за собой развитие всевозможных физических методов лечения, которые внедряются в лечебную практику без достоверных доказательств. Существующая система оценивания деятельности научных сотрудников по количеству публикаций заставляет последних фанатично плодить их при отсутствии адекватной материальной базы для исследований. В конечном итоге публикуемые ими

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

научные работы перестают содержать атрибуты качества полученных результатов, а представляемые выводы - не соответствовать доказательности. В результате дефицита актуальных и достоверных данных многие гинекологи и врачи смежных специальностей по отношению к физическим факторам занимают крайние позиции - от их полного отрицания до панацеи. Таким образом, одним из основных направлений научных исследований современной гинекологии и физиотерапии являются анализ правил корректных исследований по доказательству эффективного воздействия лечебных физических факторов, которые представляют предмет доказательной физиотерапии.

Цель: Изучить методические аспекты применения принципов доказательной физиотерапии в гинекологии.

Материал и методы: Были изучены данные современных источников литературы об исследованиях, посвященных физиотерапевтическим методам в гинекологии.

Результаты: Унификация протоколов исследования (УПИ) и проведение контролируемых клинических исследований (ККИ) - основы методологии доказательной медицины. УПИ предполагает использование международных стандартов, принятых ВОЗ: качественная лабораторная практика - Good Laboratory Practice (GLP); качественная клиническая практика - Good Clinical Practice (GCP); качественная статистическая практика - Good Statistical Practice (GSP). Значение ККИ заключается в поиске наиболее точных и безопасных способов получения достоверных результатов, включающий в себя: сравнительный характер исследования; рандомизацию; ослепление исследования; оценку по конечным точкам. Итоги многочисленных ККИ часто бывают неоднозначными, результаты таких исследований суммируются в обзорах, наиболее качественным из которых является систематизированный. К этапам систематизированного обзора относятся: планирование исследования, поиск необходимой информации и отбор исследований на основе заранее определенных критериев. Методы доказательной физиотерапии находят свое применение при оценке доказательств научной публикации, поиске необходимых доказательств и их анализе.

Выводы: Таким образом, доказательная физиотерапия является приоритетным направлением в повышении эффективности лечения и реабилитации гинекологических больных. Применение ее возможно в следующих направлениях: выбор тактики применения физических методов; создание современных методов лечения, аппаратуры и ее формуляра; подготовка клинических руководств и их распространение; непрерывное последипломное образование специалистов

ХИРУРГИЯ

**ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР
Кафедра госпитальной хирургии им. Богославского В.М.
Зав.кафедрой - проф. Миминошвили О.И.**

Баиров И.И.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКИХ СВИЩЕЙ КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Научный руководитель - проф. Антонюк О.С.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных, оперированных на кишечник, путем разработки и внедрения нового направления хирургической тактики при послеоперационных свищах, а также новых способов оперативных вмешательств.

Материалы и методы. В основу настоящего исследования положены результаты лечения 100 больных с различными видами кишечный свищей в отделе абдоминальной хирургии и политравмы ИНВХ им. В.К. Гусака с 1997 по 2006 гг.

Результаты. Послеоперационные свищи представляют собой чрезвычайно актуальную проблему и составляют 15,8-39,56% от всех послеоперационных внутрибрюшных осложнений. Основными причинами их развития являются: перитонит, локальные гнойные очаги, технические ошибки при операции на кишечнике.

Разработка новой, патогенетически обоснованной клинической классификации высоких свищей позволила более оперативно и адекватно решать вопросы тактики лечения в каждом конкретном случае.

В основу разработанного нового направления в лечении высоких кишечных свищей положены принципы, учитывающие физиологические данные о механизмах процессов пищеварения в ТК, о взаимосвязи функций различных отделов ТК, в связи с этим главным направлением лечебных мероприятий должно быть воздействие на два ведущих патогенетических фактора: истечение кишечного содержимого и нарушение кишечного пассажа при обструктивных видах патологии.

Неукоснительным элементом комплексного лечения больных с высокими свищами является полное и стабильное восстановление кишечного пассажа дистальнее очага деструкции при любом варианте заболевания, при любом состоянии адгезивно-воспалительного процесса в брюшной полости, без исключения из процесса пищеварения значительных фрагментов ТК. Разработанные и усовершенствованные методы профилактики несостоятельности тонкокишечных анастомозов, а также спаечного процесса в брюшной полости после внутрибрюшных операций доказали высокую эффективность их; хорошие результаты в отдаленном периоде после профилактики спаечного процесса получены у 81,1% обследованных.

Выводы. Выполнение разработанной программы лечения больных с послеоперационными высокими свищами позволило добиться следующих результатов: снижение осложнений с 29,7% до 15,6%, а послеоперационную летальность с 12,6% до 6,9%

Василенко М.В.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.

Научный руководитель – доц. Иваненко А.А.

Многоуровневый и дистальный характер поражения артерий при сахарном диабете, наличие тяжелых сопутствующих патологий ограничивают технические возможности и показания к выполнению открытых ангиореконструкций.

Цель: изучить эффективность эндоваскулярных вмешательств у пациентов с многоуровневым окклюзионно-стенотическим поражением артерий нижних конечностей и критической ишемией на фоне нейроишемической формы синдрома диабетической стопы.

Материал и методы: исследование включает в себя 54 пациента, находившихся на лечении в ИНВХ им. Гусака в период с января 2015 по август 2017 года. Возраст составил от 49 до 85 лет. Все больные страдали сахарным диабетом II-го типа и имели критический уровень ишемии при нейроишемической форме диабетической стопы. У 3,5% больных была III степень хронической артериальной недостаточности, у всех остальных – IV степень (по классификации А.В. Покровского). Длительность патологии стоп составила от 1 месяца до 16 лет. Специальные методы исследований: дуплексное и триплексное сканирование, УЗДГ артерий, ангиография. Было выполнено 39 реваскуляризирующих операций: 1 гибридная и 38 эндоваскулярных вмешательств. Из них 17 больным выполнена балонная ангиопластика и 21 стентирование (55% и 45% соответственно), только 7 пациентов были оперированы изолированно на берцовом сегменте, 8 были выполнены стентирования подвздошных артерий, 9 выполнена ангиопластика и стентирование поверхностной бедренной артерии, 7 пациентам выполнена ангиопластика либо стентирование подколенной артерии, также произведены 4 многоуровневые ангиопластики и 3 одновременных стентирования двух сегментов.

Результаты. У всех оперированных пациентов результат операции был признан удовлетворительным, ишемия регрессировала, восстановлен кровоток по пораженным артериям. В раннем послеоперационном периоде удалось избежать высоких ампутаций и сохранить опорную функцию стопы.

Выводы. Рентгенэндоваскулярные вмешательства при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы являются оправданным и обоснованным подходом к лечению, эффективным способом купирования критической ишемии и сохранения опорной функции конечности, достоверно позволяющей избежать высокой ампутации. В связи с малой инвазивностью и малым количеством интра- и послеоперационных осложнений рентгенэндоваскулярным вмешательствам должно отдаваться предпочтение. Для улучшения результатов лечения необходима ранняя диагностика и своевременное формирование показаний к реваскуляризации до развития массивного гнойно-некротического поражения стопы.

Киреев И. А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОДНОЭТАПНЫХ И МНОГОЭТАПНЫХ ПОДХОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ СЕРДЦА СИНЕГО ТИПА

Научный руководитель – доц. Конов В. Г.

Цель: Анализ использования одноэтапных и многоэтапных подходов хирургического вмешательства при врожденных пороках сердца синего типа среди пациентов детского кардиохирургического отделения.

Материалы и методы. Произведен ретроспективный анализ данных историй болезней 45 пациентов в возрасте от 5 дней до 9 лет, содержащих информацию об оперативных вмешательствах больных с пороками сердца синего типа, а именно тетрады Фалло на базе детского кардиохирургического отделения ИНВХ им. В. К. Гусака г. Донецка за период 2007-2013 гг.

Результаты. Пациенты по возрастным периодам Н. П. Гундобина (1906 г.) были распределены на следующие группы: период новорожденности (до 4 нед.) – 5 (11,1 %) детей; грудной возраст (с 4 нед. до 12 мес.) – 19 (42,2 %) человек; дошкольный (от 1 года до 3 лет) – 14 (31,1 %) детей; дошкольный возраст (от 3 до 6 лет) – 5 (11,1 %) человек; младший школьный период (от 7 до 11 лет) – 2 (4,5%) пациента. В среднем оперативные вмешательства при коррекции тетрады Фалло были продолжительностью 4,5-8 часов. Время возрастало при повторных рестернотомиях, операции длительные (8,5-14 часов) из-за выраженного спаечного процесса в перикарде. При планировании операций исследуемой группы пациентов, принятие решения основывалось на данных ЭХО-ЭКГ, зондировании полостей сердца; двухэтапная коррекция выполнялась у детей первых 3 лет жизни, с гипоплазированным левым желудочком, когда одноэтапно было невозможно адекватно коррегировать порок. В структуре подходов к лечению больных детей с тетрадой Фалло доминировали пациенты с одноэтапной коррекцией – 33 пациента (73,3 %). Доля больных с многоэтапной коррекцией порока составила 12 (26,7 %) пациентов, которым в срок от 6 месяцев до 1 года была выполнена в 58,3 % радикальная коррекция тетрады Фалло, а в 41,7 % у детей выполнено повторное наложение модифицированного системно-легочного анастомоза с другой стороны, что было связано с неадекватным и несоответствующим возрасту развитием левого желудочка и ветвей легочной артерии. Анализ данных историй болезни позволил установить хорошую эффективность проведенных оперативных вмешательств и высокую точность прогнозирования лечения порока.

Выводы. Ранняя диагностика и хирургическая коррекция пороков сердца синего типа в период новорожденности или раннего детского возраста минимизирует возникновение отдаленных неблагоприятных последствий. Выбор оптимальной методики оперативного вмешательства зависит от характера самого порока, наличия сопутствующих патологий, возраста пациента, а также выраженности клинических проявлений.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Кокин А.Ю.

ПУТИ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ

Научный руководитель – асс. Ладык К.К.

Цель. Проанализировать эффективность лечения больных с разлитым перитонитом при применении эндолимфатического, внутриартериального, внутривенного введения антибиотиков

Материалы и методы. В основу исследования положены истории болезней 125 пациентов из них мужчины составили 75, женщины 50. Все больные поступили в ургентном порядке с диагнозом разлитой перитонит в хирургическое отделение ИНВХ им. В.К. Гусака с 2014 по 2017 гг.

Результаты. Перитонит – воспаление брюшины, сопровождающееся как местными изменениями брюшинного покрова, так и комплексом общих явлений с выраженной нарастающей интоксикацией. В зависимости от распространенности целесообразно выделять местный (ограниченный, неограниченный) и разлитой (диффузно-разлитой, общий) перитонит. Помимо традиционных методов антибактериальной терапии – внутривенного и внутриартериального (посредством введения катетера в аорту и подведения лекарственных веществ к чревному стволу, верхней и нижней брыжеечной артерии), в последнее время получил распространение эндолимфатический метод введения антибиотиков, который имеет целый ряд преимуществ. Лимфатическая система играет ведущую роль в патогенезе гнойно-воспалительных заболеваний. Так как распространение происходит в основном по лимфатическим сосудам и лимфоузлам. В связи с этим эндолимфатическое введение антибиотиков является патогенетически обоснованным. Для исследования были отобраны пациенты с разлитым перитонитом, и различным методом введения антибиотиков. Все пациенты были разделены на две группы: в первую группу вошли пациенты, которым антибиотикотерапия проводилась путем внутриартериального введения – 55, во вторую группу вошли пациенты, которым введение антибиотиков проводилось эндолимфатически – 70. Пациенты обеих групп показали высокий процент выздоравливаемости, однако пациенты второй группы показали более высокий результат полного выздоровления.

Вывод. На сегодняшний день не существует золотого стандарта при выборе пути введения антибиотиков при разлитом перитоните, однако именно эндолимфатический путь, параллельно с классическими, является этиологически и патогенетически обоснованным.

Коломийчук А.Б.

ЛЕЧЕНИЕ НЕОПЕРАБЕЛЬНОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.

Научный руководитель - проф. Миминошвили О.И.

Цель. Проанализировать результаты хирургического лечения больных с распространенным раком толстой кишки, осложненным кишечной непроходимостью, определить оптимальный вид операции для улучшения качества жизни пациентов.

Материалы и методы. В основу исследования положены истории болезней 126 пациентов из них мужчины составили 75, женщины 51. Все больные поступили в

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

ургентном порядке с обтурационной толстокишечной непроходимостью, вызванной раком толстой кишки в хирургическое отделение ИНВХ им. В.К. Гусака с 2008 по 2017 гг.

Результаты. Для исследования были отобраны пациенты с распространенным раком толстой кишки. У данных больных наблюдалась местная распространенность процесса и отдаленная метастатическая диссеминация, метастатический процесс в печени. Все пациенты были разделены на две группы: в первую группу вошли пациенты, которым была выполнена операция по типу Гартмана – 55, во вторую группу вошли пациенты, которым была выполнена операция по типу Микулича – 71. Больным во второй группе через 35 - 45 дней после операции выполнялось восстановление кишечной непрерывности, несмотря на паллиативный характер первичной операции.

Выводы. На сегодняшний день не существует золотого стандарта при выборе операции у больных с неоперабельным раком толстой кишки, осложненной кишечной непроходимостью. Большинство хирургов предпочитают выполнять операцию по типу Гартмана, однако больным, которым выполняется операция по типу Микулича, в дальнейшем возможно закрытие такой стомы, что значительно улучшает качество жизни таким больным и уменьшает количество осложнений.

Попова П.Г.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Научный руководитель - проф. Миминошвили О.И.

Цель. Изучить особенности симптоматики рака толстой кишки, в зависимости от локализации.

Материал и методы. Проанализировано 50 историй болезни пациентов со злокачественными опухолями толстой кишки, поступивших на лечение в ИНВХ им. Гусака, в колопроктологическое отделение. Объем исследования у пациентов включал оценку клинического состояния.

Результаты. Неблагоприятной особенностью колоректального рака является то, что он «даёт о себе знать» достаточно поздно, лишь тогда, когда опухолевая пролиферация достигает внушительных размеров и больной начинает ощущать дискомфорт, боль, изменения в стуле и т.д.

В результате анализа было установлено, что клинические проявления злокачественных опухолей толстой кишки существенно отличаются в зависимости от их места расположения. Так при локализации опухоли в правых отделах толстой кишки имеет место скрытое кровотечение и пациентов чаще беспокоит утренняя слабость и быстрая утомляемость обусловленная анемией. Важным диагностическим признаком являются жалобы пациентов на жидкий стул, т.к. содержимым правых отделов толстой кишки является жидкость. При локализации опухоли в левых отделах толстой кишки у пациентов чаще всего наблюдается клиника кишечной непроходимости, из-за того, что диаметр кишки в этих отделах меньше и каловые массы имеют полутвердую консистенцию. Застой кишечного содержимого активизирует процессы гниения и брожения, что сопровождается вздутием кишечника, урчанием в животе. Наличие крови в стуле чаще всего свидетельствует о распаде или изъязвлении опухоли. При раке прямой кишки

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

больные предъявляют жалобы на чувство неполного опорожнения после акта дефекации, тенезмы. На поздних стадиях присоединяются асцит, гепатомегалия.

Выводы. Учитывая трудности ранней диагностики рака толстой кишки необходимо тщательно обследовать больных, имеющих смазанную клиническую картину. Знание особенностей симптоматики данной патологии, в зависимости от места локализации опухоли, может облегчить задачу постановки правильного диагноза.

Решетняк А.А.

КРИТЕРИИ ОПЕРАбельНОСТИ ДЛЯ ВЫБОРА ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель- доц. Шаповалов И.Н.

Цель. Определить критерии операбельности при раке поджелудочной железы.

Материал и методы: Проанализированы данные отечественной и зарубежной литературы, посвященные хирургическому лечению рака поджелудочной железы.

Результаты: Среди операций, выполняемых при раке поджелудочной железы, существуют две их разновидности: радикальные (панкреатодуоденальная резекция и ее модификации) и паллиативные (различные виды билиодигестивных анастомозов и варианты стентирования холедоха). Критериями операбельности/неоперабельности рака поджелудочной железы являются: стадийность опухоли и степень сосудистой инвазии. Из методов диагностики наиболее информативными являются: мультисрезовая КТ с болюсным контрастированием, гидро-КТ, МР-ангиография, МР-холангиография, эндо-УЗИ, данные которых подтверждаются (опровергаются) на этапе интраоперационной ревизии с проведением тонкоигольной аспирационной биопсии для окончательной верификации рака поджелудочной железы. При определении стадийности опухоли используется классификация TNM. Оценка сосудистой инвазии определяется по КТ-критериям M.D. Anderson Cancer Center, National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 2014, в основу которых положено вовлечение перипанкреатических артерий (верхней брыжеечной артерии, чревного ствола, печеночной артерии) и вен (верхней брыжеечной вены и воротной вены) относительно диаметра их окружности.

Выводы: Таким образом, используя данные критерии, можно сделать вывод, что если по классификации TNM стадия опухоли определяется как T1-3N0-1M0, а степень сосудистой инвазии по КТ-критериям M.D. Anderson Cancer Center, NCCN 2014 свидетельствует о том, что нет вовлечения перипанкреатических артерий, перипанкреатические вены проходимы, то такую опухоль следует считать операбельной и показано радикальное хирургическое вмешательство. Если стадия, согласно TNM, T4N0-1M1, по КТ-критериям степень опухолевой инфильтрации составляет более 180° диаметра окружности сосуда и отсутствуют технические возможности для реконструкции из-за распространения опухоли на чревный ствол на уровне отхождения селезеночной и левой желудочной артерий или на проксимальный отдел чревного ствола, а перипанкреатические вены полностью непроходимы и нельзя провести их реконструкцию, то такую опухоль следует считать неоперабельной. В таком случае показано только паллиативное хирургическое вмешательство.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР
Кафедра детской хирургии и анестезиологии
Зав. кафедрой - доц. Щербинин А.В.

Гончаров К.А., Хаджинов П.В., Халабузарь В.А.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФАДЕНОПАТИЙ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

Научный руководитель – асс. Черкун А.В.

Цель: Обнаружить заболевания наиболее часто встречающиеся в детском возрасте, сопровождающиеся увеличением лимфатических узлов.

Материал и методы. В период с (1991 - 2016 гг.) в клинике детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца получали лечение 3109 ребенка в возрасте от 5 дней до 17 лет с различными поражениями лимфатических узлов. План обследования состоял из общего анализа крови и мочи, биохимического анализа крови, ультразвукового исследования лимфатических узлов. В отдельных случаях выполнялась обзорная рентгенография органов грудной клетки и ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Результаты. Среди всех видов лимфаденопатий наиболее часто встречались гнойные лимфадениты (57,4%). Далее следовали неопухолевые лимфаденопатии (25,8%), лимфогранулематоз (4,7%) и неходжкинские лимфомы (1,6%). На другие поражения пришлось около 1% наблюдений. У детей с поражением лимфо узлов чаще всего патологическому процессу подвергались шейные (28,5%), подмышечные (18,4%), подчелюстные (11,7%), паховые (8,5%), бедренные (10,5%) и мезентериальные (4,9%) группы. На долю других локализаций пришлось около 17% наблюдений. С 2009 по 2013 гг. в клинике на лечении находилось 420 детей с осложнениями после БЦЖ-вакцинации (дети возрастом до 3 лет). Среди них мальчиков было 63,6%, девочек – 36,4%. Преобладали (73%) поражения подмышечных лимфатических узлов слева, в плечевых (12%), надключичных (4%) и подключичных лимфоузлах (4%). Также отмечалось сочетанное поражение подмышечных и надключичных лимфоузлов (3%), подмышечных и подключичных лимфоузлов (0,8%), подключичных и плечевых (0,2%), надключичных и плечевых (0,5%). Формирование БЦЖ-абсцесса левого плеча в сочетании с поражением подмышечных лимфатических узлов отмечалось у 1,6% больных. Также отмечались поствакцинальные БЦЖ-оститы различных локализаций у (1,2%) пациентов. Неопухолевые лимфаденопатии чаще возникали в шейно-подчелюстных (38,1%) и подмышечных (18,8%) областях. Однако в этой нозологической группе значительно возрастал удельный вес поражений мезентериальных лимфатических узлов (13,9%).

У детей со злокачественными лимфаденопатиями, в частности, лимфогранулематозом ведущим является поражение шейных лимфатических узлов (60,6%), далее следуют медиастинальные (17%). Среди больных с неходжкинской лимфомой (106 пациентов) отмечалось большее количество интраабдоминальных первичных локализаций (59,4%), за ними следовали внутригрудные (13,2%), шейные (9,4%). В период с 1985 по 2005 гг. в клинике находился 81 ребёнок с доброкачественным

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

лимфоретикулезом в возрасте от 1 года 9 месяцев до 14 лет.

Среди наблюдаемых пациентов у 70% в патологический процесс вовлекались подмышечные и локтевые лимфатические узлы. Шейный лимфаденит отмечался в 10%, паховый – в 6%.

Выводы. В независимости от того, что в основе большинства лимфоденопатий у детей превалируют доброкачественные процессы, онкологическая настороженность в отношении любого новообразования, которое не уменьшается на фоне проводимого лечения.

Завертайло А.С., Осипенко А.А.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – доц. Москаленко А.С.

Введение. Острый аппендицит – наиболее частое острое хирургическое заболевание у детей. Общий уровень заболеваемости острым аппендицитом составляет от 3 до 6 на 1000 детей. Среди всех экстренных операций на органах брюшной полости аппендэктомия составляет 75%.

Цель. Изучить эффективность консервативного лечения неосложненного острого аппендицита у детей на основании анализа данных литературы.

Материалы и методы. Нами были проанализированы результаты 7 зарубежных и 4 российских исследований, опубликованные в рецензируемых научных изданиях с 2013 по 2017 год. В исследованиях принимали участие от 30 до 113 детей в возрасте от 5 до 17 лет. Критериями включения являлись: давность заболевания менее 48 часов, отсутствие перитонеальных знаков, обнаружение при сонографии или компьютерной томографии признаков острого аппендицита без перфорации отростка или аппендиколита. Лечение без хирургического вмешательства включало в себя курс внутривенных антибиотиков и стационарное наблюдение до момента разрешения симптомов, но не менее 1 суток, затем возобновление обычной диеты и назначение пероральных антибиотиков для завершения 10-дневного курса. Отсутствие положительной динамики в течение 24 часов от начала терапии побуждало к выполнению аппендэктомии.

Результаты. Консервативная терапия была эффективна в качестве начального лечения у 77-94% детей ($p < 0,05$). После успешной антибактериальной терапии дети находились под наблюдением от 8 недель до 4 лет в зависимости от исследования, за этот период избежать операции удалось у 72-86% пациентов ($p < 0,05$). У детей, которым после первоначальной антибиотикотерапии все же потребовалось оперативное лечение, не наблюдалось перфорации отростка и перитонита. В частоте осложнений и продолжительности госпитализации у пациентов, получавших консервативную терапию, и прооперированных детей достоверных различий не было выявлено. О серьезных неблагоприятных событиях, связанных с консервативным лечением аппендицита, не сообщалось. Следует отметить, что восстановление и возврат к повседневной активности у детей после консервативного лечения наступали раньше, чем у пациентов после аппендэктомии (4-6 дней и 17-22 дня соответственно).

Выводы. Консервативное лечение неосложненного острого аппендицита эффективно в качестве начальной терапии у 77-94% детей. При наблюдении за пациентами

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

в периоде от 8 недель до 4 лет аппендэктомия потребовалась лишь в 14-28% случаев. Долгосрочные клинические результаты и экономическая эффективность консервативной терапии по сравнению с аппендэктомией требуют дальнейших исследований.

Колос А.С., Ли О.В.

ОЦЕНКА ТЕСТИКУЛЯРНОГО КРОВОТОКА В ДО- И РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – доц. Фоменко С.А.

Несмотря на огромное количество работ посвященных изучению варикоцеле у детей, данная проблема не теряет своей значимости и сегодня в связи с сохраняющимся высоким процентом нарушения фертильности в репродуктивном возрасте.

Цель. Изучить состояние интра- и экстратестикулярного регионального кровотока в до- и раннем послеоперационном периодах при варикоцеле у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования 18 детей (12 – 16 летнего возраста), находившихся на лечение в РДКБ с различной соматической и хирургической патологией без поражения органов мошонки и сосудов, а также 13 детей прооперированных по поводу варикоцеле слева II – III степени. Используя эффект Допплера при ультрасонографическом исследовании, нами проведен анализ показателей максимальной систолической и диастолической скоростей, а также индекса резистентности в интратестикулярных и питающих яичко сосудах. Исследование проводилось накануне оперативного лечения, а также в 1-е и 6-е сутки послеоперационного периода.

Результаты. В дооперационном периоде показатели кровотока в левом и правом яичках практически не отличались друг от друга, однако в большинстве случаев они были меньше показателей контрольной группы. Оперативное вмешательство привело к положительным сдвигам в органной гемодинамике, однако не приблизилось к нормальным показателям.

Выводы. При варикоцеле у детей ишемизация паренхимы яичка отмечается не только в пораженной, но и в контрлатеральной гонаде. В до- и ранний послеоперационный периоды гемодинамика гонад осуществляется в условиях пониженного периферического сопротивления сосудистого русла.

Кондрашова Д.С., Панченко О.В., Халабузарь В.А.

СУРФАКТАНТНАЯ ТЕРАПИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Научный руководитель – доц. Анастасов А.Г.

Сурфактантная терапия занимает основное место в профилактике и лечении респираторного дистресс - синдрома у новорожденных.

Цель. Оценка эффективности инвазивной сурфактантной и интенсивной терапии (ИТ) у новорожденных.

Материал и методы. Ретроспективное клиническое исследование. Основная группа - 71 новорожденный, находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии (ОИТ) детей периода новорожденности ДРЦОМиД за период 2016 - 2017 г. 1 подгруппу с экстремальной низкой массой тела (ЭНМТ) (< 1000 гр.) составили 23 (33,5%) новорожденных, 2 подгруппу с очень низкой масса тела (ОНМТ) (1001 - 1499 гр.) - 16

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

(22,5%) пациентов, 3 подгруппу с низкой массой тела (НМТ) (1500 - 2499 гр.) - 25 (36,2%) новорожденных, 4 подгруппу с нормальной массой тела (N) (> 2500 гр.) - 5 (7,8%) детей. ИТ проводилась на основании клинических рекомендаций «Ведение новорожденных с респираторным дистресс - синдромом» (2016). Методы сурфактантной терапии – профилактическое введение по методике InSurE (Intubation - Surfactant - Extubation) и терапевтическое лечение искусственная вентиляция лёгких(ИВЛ)+сурфактант.

Результаты. У новорожденных 1 подгруппы оценка по шкале Апгар(ОША) на 1-ой мин - $3,0 \pm 0,3$ балла, на 5-ой мин – $4,3 \pm 0,2$ балла. Применение методики ИВЛ + сурфактант в 100% случаях. Длительность пребывания в ОИТ - $11,8 \pm 2,0$ суток. Длительность ИВЛ - $9,5 \pm 1,0$ суток. Во 2 подгруппе, ОША на 1-ой мин - $4,7 \pm 0,3$ балла, на 5-ой мин – $5,6 \pm 0,2$ балла. Применение методики ИВЛ+сурфактант в 95% случаев. Длительность пребывания в ОИТ - $11,3 \pm 1,6$ суток. Длительность ИВЛ $6,2 \pm 0,8$ суток. У новорожденных 3 подгруппы ОША на 1-ой мин составила $5,1 \pm 0,2$ балла, на 5-ой минуте – $5,9 \pm 0,1$ балла. Терапевтическое применение сурфактанта в 69,9% случаев, а методики InSurE в 31% случаев. Длительность пребывания в ОИТ - $9,0 \pm 1,03$ суток. Длительность ИВЛ $5,1 \pm 0,2$ суток. У новорожденных 4 подгруппы ОША на 1-ой мин - $5,4 \pm 0,9$ балла, на 5-ой мин – $5,8 \pm 0,5$ балла. Методика InSurE использовалась в 80% случаев. Длительность пребывания в ОИТ - $7,0 \pm 1,5$ суток. Длительность ИВЛ $3,5 \pm 0,3$ суток.

Выводы.

1. У обследуемых новорожденных зарегистрирована асфиксия при рождении, с наибольшей выраженностью у пациентов с ЭНМТ и ОНМТ.
2. Применение методики InSurE целесообразно у новорожденных с НМТ и нормальной массой тела, а также у данного контингента пациентов возможно использование менее инвазивного метода введения сурфактанта - LISA (Less Invasive Surfactant Administration).

Пшеничный Б.С.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД С 2010 ПО 2013 ГОД

Научный руководитель – асс. Черкун А.В.

Цель. Изучить закономерности эпидемического процесса злокачественных новообразований (ЗН) у детей, разного пола, классификацию, причины и факторы, влияющие на развитие ЗН. Определить структуру(%) заболеваемости детей ЗН в зависимости от возраста, связь между местностью проживания и заболеваемостью.

Материалы и методы. Для изучения эпидемиологии было проанализировано 143 истории детей со злокачественными новообразованиями, получавших лечение в ОДКБ (г. Донецк) в период с 2010 по 2013 год.

Результаты Наиболее распространенными у детей проживающих на территории Донецкой области являются: саркомы мягких тканей и костей (28%), нефробластома(23%), нейробластома(18%). Частота выявления ЗН у мальчиков составила – 59% (85 детей), у девочек – 41% (58 детей). Наиболее часто ЗН возникали у детей до 2-х лет – 15% (21 ребенок). При анализе места жительства оказалось, что наибольшее число детей проживало в Донецке – 26% (36 детей). Также высокая заболеваемость отмечалась в

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

городах: Горловка – 9% (12), Макеевка – 9% (13), Мариуполь – 7% (9), Краматорск – 6 % (8). Заболеваемость в остальных городах составила $\geq 4\%$.

Выводы Удалось установить, что наиболее часто злокачественные новообразования выявлялись у детей в возрастной группе до 2-х лет, проживающих в городах с крупными промышленными предприятиями.

Халабузарь В.А., Лепихов И.П., Кондрашова Д.С.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ И НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель - доц. Вакуленко М.В.

Цель. Улучшить результаты ранней диагностики и лечения осложненных и неосложненных форм пневмоний у детей путем использования комплексных подходов.

Материал и методы. За период с 2013 по 2017 год в РДКБ на лечении по поводу различных форм пневмоний находилось 122 ребенка. Среди них было 58 мальчиков (51,78%), девочек было 54 (48,22%). По возрастным группам больные распределились следующим образом: до 1 года – 3 ребенка (2,45%), 1-5 лет 74 (60,65%), 6-10 лет 30 детей (24,06%), 11-14 лет 7 детей (5,7%), 15-18 лет 8 детей (7,14%). По давности заболевания дети распределились следующим образом: до 3-х суток – 10 детей (8,2%), 4-7 суток – 39 детей (32%), более 7 суток – 73 ребенка (59,8%).

Результаты. На догоспитальном этапе по поводу первичного заболевания под контролем участкового педиатра находилось 105 детей (86%), которым была проведена соответствующая терапия. Среди госпитализированных детей были выделены группы по тяжести состояния и соответствующей рентгенологической картине. На основании рентгенологической картины были выставлены неосложненные формы пневмоний у 40 детей (32,7%), осложненных формы пневмоний у 84-х детей (68,8%) . Всем детям были проведены соответствующие курсы антибактериальной терапии- незащищенные пеницилины 3 случая (2,4%), защищенные пенициллины 15 случаев (12,2%), цефалоспорины III-IV поколений 15 случаев (12,2%), макролиды 7 случаев (5,7%), метронидазолы 2 случая (1,6%). При выявлении осложненных форм пневмоний детям была произведена плевральная пункция-у 52-х детей (42,6%), с последующим бактериологическим у 10 детей (8,1%) и цитологическим контролем у 41-го ребенка (33,6%) полученного биологического материала.

Выводы. 1. Ранняя диагностика и лечение способствует раннему и благоприятному течению заболевания и выздоровлению детей. 2. При лечении тяжелых форм пневмоний необходимо применять два курса антибактериальных препаратов, включающих - в первом курсе 2 антибактериальных препарата (цефалоспорины 3-4 поколения и метронидазолы парентерально), 2.курс должен включать защищенные пенициллины и аминогликозиды перорально. 3. Полноценное лечение завершается назначением физиотерапевтического лечения.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР

Кафедра общей хирургии № 1

Зав.кафедрой – проф. Борота А.В.

Avramova S.K, Pogrebniak T. I.

ACUTE APENDICITIS IN PREGNANT WOMEN: DIAGNOSING AND SURGICAL MANAGEMENT (A REVIEW OF THE LITERATURE)

Scientific adviser: Associate Professor Bashmakov M.N.

Aim of the study: To study the modern methods of acute appendicitis diagnostics and to determine the most prospective options for surgical intervention with the minimal prejudice for the mother and fetus.

Material and methods: the various articles were studied and a literature analysis was conducted in the tactics of diagnosis and surgical treatment for acute appendicitis at various stages of pregnancy. Various sources have been used, such as PubMed, NCBI, articles of scientific journals BMJ, AJMMS in the period from 2012 to 2017.

Research results: According to statistics, acute appendicitis is the most common surgical disease in pregnant women (0.05-0.12%). If we estimate the frequency of the acute appendicitis among all pregnant women in terms of trimesters, we get: I trimester - 19-32%, II - 44-66%, III - 15-16%. This occurs because the enlarged uterus facilitates the displacement of the cecum with the appendix up and out, which prevents its emptying and normal blood supply.

The most characteristic manifestation in diagnosis is a sharp pain in the right flank. Because of the big threat of pregnancy termination the early diagnosis and surgical resolution of this disease is extremely necessary. Differentiation of the diagnosis is complicated by concomitant gynecological symptoms, such as nausea, vomiting, etc.

Ultrasound is usually the first step of image modalities. Abdominal ultrasonography revealed the indefinite non-irritating tubular structure of heightened echogenicity in the right lower abdomen.

Laparoscopy has diagnostic and navigational qualities. The appendix is easily localized, and additional inclusions may be planned appropriately, reducing the risk of uterine irritability due to manipulation.

On MRI, the true FISP sequence is less sensitive to the motion artifact, and it can quickly have morphological images. The inflamed appendix has a thickened side and alter signal with increased signal intensity on T2-weighted imaging. During traditional appendectomy, there are different opinions about operation. Usually, in the first half of the pregnancy, surgeons perform access by McBurney in a typical place. Modifications have been used since 21 weeks, and the projection of the incision is planned higher due to the increased uterus. Accordingly, with the gestational age increase, the length of the incision for operative access increases.

Laparoscopic appendectomy has additional advantage of reduced postoperative pain compared to pain with open appendectomy, as a resulting the less fetal depression due to reduction the analgesic, less mother hypoventilation, and thromboembolic risk reduction, because of early mobilization and fewer complications caused by wounds.

Conclusions: Rapid and qualitative diagnosis of acute appendicitis and early surgical intervention (within 24 hours), showed that it reduce the mater and fetal morbidity and mortality.

Keywords: Acute appendicitis, Laparoscopic procedure, Outcomes, Pregnancy

Алимов Р.М., Чернявская Т.А., Чурилов А.А.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЁННОГО ДИВЕРТИКУЛЁЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Научный руководитель – проф. Гюльмамедов Ф.И.

Цель: Уточнить показания к различным способам оперативного вмешательства у больных с осложнённым дивертикулёзом ободочной кишки (ОК) и улучшить их результаты.

Материалы и методы: Рассмотрены результаты хирургического лечения 161 больных с осложнённым дивертикулёзом ОК. Из них у 101 (62,7±3,8%) 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 пораженного отдела ОК с формированием коло-колоанастомоза. При этом у 99 (61,4±3,8%) 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. 61 (37,8±3,8%) 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.

Барановская О.С., Чурилов А.А., Иванов В.Г.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Научный руководитель - проф. Борота А.В.

Хирургическое вмешательство всегда является некоторой агрессией и сопровождается значительной травмой тканей организма, связанной с необходимостью доступа к пораженному органу, массивной его мобилизацией и удалением. Лапароскопические технологии при хирургическом лечении больных с заболеваниями толстой кишки все более распространены, что во многих клиниках достигает до 90%. Частота возникновения осложнений в открытой хирургии, по данным литературы, может достигать 20-25%, а применение лапароскопии помогает снизить частоту этих осложнений.

Цель: Проанализировать результаты выполнения лапароскопических и лапароскопически ассистированных резекций прямой кишки

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы: В клинике общей хирургии №1 ДонНМУ на базе проктологического отделения ДоКТМО за период с 2012 по 2017 год лапароскопические и лапароскопически ассистированные резекции прямой кишки выполнены 53 пациентам. При этом брюшно-анальные резекции выполнены 26 пациентам, передние резекции прямой кишки - 20, брюшно-надсфинктерные резекции прямой кишки – 7 пациентам.

Результаты: Продолжительность операций варьировала в зависимости от локализации процесса, тяжести основной патологии, наличия сопутствующей патологии брюшной полости, требующей также одномоментной хирургической коррекции, распространенности патологического процесса. При этом стоит отметить, что в процессе выполнения лапароскопической операции визуализация слоев, сосудов и мелких анатомических структур была значительно лучшей, чем при открытом доступе, объем кровопотери значимо снижался. После выполнения лимфодиссекции, пересекались регионарные сосуды, мобилизовался соответствующий отдел кишки. После этого, через небольшой разрез в правой или левой подвздошной области, либо из отверстия монодоступа извлекался и отсекался препарат, формировался анастомоз.

Из осложнений следует отметить наличие серомы в одном случае - развилась ранняя спаечная болезнь органов брюшной полости, произведен висцеролиз. Продолжительность операций варьировала от 110 до 225 минут, среднее пребывание больного в стационаре 9,3 суток, а у больных оперированных стандартной техникой – 13,5 суток.

Выводы: Лапароскопические и лапароскопически ассистированные резекции прямой кишки обладают рядом преимуществ перед традиционными: лучшая визуализация и прецизионность обращения с тканями и мелкими структурами, уменьшение частоты возникновения осложнений, малый травматизм, сокращение сроков пребывания больных в стационаре и последующей реабилитации.

Герасименко Д.С.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОЛОГИЮ, ПАТОГЕНЕЗ И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Научный руководитель – доц. Кухто А.П.

Цель: Изучение литературы для поиска современных взглядов на этиологию, патогенез и способы лечения дивертикулярной болезни толстого кишечника (ДБТК).

Материалы и методы: Для освещения данной проблемы мы изучали научные статьи по данной теме, опубликованные с 2006 по 2018 гг.

Результаты: ДБТК имеет широкое распространение и среди всех хирургических патологий встречается в 3-5% случаев, хотя истинную частоту заболевания определить невозможно так как многие больные ДБТК за медицинской помощью не обращаются, поскольку данное заболевание протекает бессимптомно в 80% случаев.

Большинство современных авторов считают, что важное значение в развитии ДБТК занимает питание с недостаточным содержанием пищевых волокон. В пользу этой теории можно привести низкую распространенность ДБТК в странах Африки, население которых потребляет значительное количество пищевых волокон и более низкую частоту ДБТК у вегетарианцев. Снижение количества пищевых волокон приводит к уменьшению объема

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

пищевого содержимого в просвете толстого кишечника, это приводит к ее гиперсегментации, что способствует повышению внутрикишечного давления, которое является важнейшим фактором в формировании дивертикулов. Преимущественную локализацию дивертикулов в сигмовидной кишке можно объяснить тем, что она имеет меньший диаметр и более высокое внутри кишечное давление.

Пациентам с бессимптомно протекающим неосложненным дивертикулезом толстой кишки и с клинически манифестными формами неосложненного дивертикулеза рекомендуется диета с высоким содержанием растительных волокон. Так же таким больным показана симптоматическая терапия.

Больные с острым или рецидивирующим дивертикулитом нуждаются в госпитализации. В первые дни пациентам рекомендуются голод и перевод на парентеральное питание. При неосложненных формах болезни проводится консервативное лечение антибиотиками широкого спектра действия в течении 7–10 дней. В последнее время описывают хорошие результаты комбинированного применения рифаксимины и месалазина. При осложненных формах болезни применяют хирургическое лечение. Если операция проводится в плановом порядке, то она включает в себя резекцию пораженного участка и создание первичного анастомоза. При неотложных состояниях мы рекомендуем проводить операцию в два этапа. На первом этапе выполняют резекцию пораженного участка с формированием колостомы. Второй этап проводится через 2-3 недели после полного стихания воспалительного процесса и включает в себя воссоздание анастомоза между сегментами толстой кишки. Данная тактика хирургического лечения снижает риск послеоперационных осложнений.

Выводы: На основании выше перечисленного можно сделать вывод, что ввиду распространенности ДБТК среди населения возникает необходимость в поисках новых методов лечения. К которым можно отнести комбинированное применение рифаксимины и месалазина при неосложненном течении болезни, что снижает риск рецидива. Так же одним из современных методов лечения можно считать проведение операции в два этапа в ургентных ситуациях, что снижает риск послеоперационных осложнений и облегчает состояние пациента в послеоперационный период.

Горелов Д.В.

ПОКАЗАНИЯ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДКОЖНОЙ ДВУСТОРОННЕЙ МАСТЭКТОМИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ АУГМЕНТАЦИЕЙ

Научный руководитель - доц. Борота А.А.

Цель: Ретроспективный анализ рандомизированных исследований с медианой наблюдения более 13 лет показал, что у женщин с доказанной мутацией гена BRCA1/2 двухсторонняя профилактическая мастэктомия снижает риск развития опухоли в молочной железе в среднем на 90%, однако конкретных показаний для выполнения данной операции в профилактических целях до сих пор не существует.

Материалы и методы: были проанализированы исследования Fackental J.D «Breast cancer risk associated with BRCA1 and BRCA2 in diverse populations», Pharoah P.D «Polygenes, risk prediction, and targeted prevention of breast cancer», Meijers-Heijboer H «Breast cancer after prophylactic bilateral mastectomy in women with a BRCA1 or BRCA2 mutation».

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты: на фоне проведенного анализа очевидной становится необходимость проведения в группах риска рака молочной железы генетического исследования с целью выявления мутаций генов BRCA1, BRCA2. Нами выявлено, что вариантность выявления мутации колеблется в пределах от 10 до 50% при наличии в семейном анамнезе атипичных пролиферативных заболеваний молочной железы и яичников у ближайших родственников; а также у женщин при наличии билатеральных первичных доброкачественных опухолей в молочных железах, мультифокальности внутри одной железы, а конкретно при множественном рецидивном фиброаденоматозе, папиллярных кистах, протоковых папиломах и других доброкачественных дисгормональных заболеваниях молочной железы (мастопатии, дисплазии молочной железы). Ссылаясь на данные исследований Pharoah P.D, следует воспринимать любую доброкачественную патологию молочной железы как потенциальный предиктор рака, поэтому вопрос профилактической мастэктомии может рассматриваться при любой доброкачественной патологии молочной железы.

Выводы: на основании проведенного анализа можно сделать вывод, что вышеперечисленные анамнестические и клинические данные, а так же их связь с мутацией гена BRCA 1\2 приводит к ранней манифестации рака молочной железы. Профилактическая двухсторонняя мастэктомия — наиболее эффективная из известных на сегодня хирургических стратегий по снижению риска развития рака молочной железы у носителей мутации гена BRCA 1\2, хотя многие женщины не считают ее приемлемой по косметическим соображениям. Подкожная двусторонняя мастэктомия с одномоментной аугментацией может решить эту проблему. При отсутствии мутации гена BRCA 1\2 любую доброкачественную патологию молочной железы также следует воспринимать как потенциальный предиктор рака, что является поводом для дальнейших исследований.

Кожекина А. В.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ КОЛОНЭКТОМИИ. ОПЫТ КЛИНИКИ.

Научный руководитель - проф. Борота А.В.

Цель: Проанализировать результаты выполнения лапароскопических и лапароскопически ассистированных субтотальных колонэктомий

Материалы и методы: В клинике общей хирургии №1 ДонНМУ на базе проктологического отделения ДоКТМО за период с 2012 по 2017 год лапароскопические и лапароскопически ассистированные субтотальные колонэктомии выполнены 10 пациентам.

Результаты: Продолжительность операций варьировала в зависимости от локализации процесса, тяжести основной патологии, требующей также одномоментной хирургической коррекции, распространенности патологического процесса. При этом стоит отметить, что в процессе выполнения лапароскопической операции визуализация слоев, сосудов и мелких анатомических структур была значительно лучшей, чем при открытом доступе, объем кровопотери значимо снижался. После выполнения лимфодиссекции, пересекались регионарные сосуды, мобилизовался соответствующий отдел ободочной кишки. После этого, через небольшой разрез в правой или левой подвздошной области, либо из отверстия монодоступа извлекался и отсекался препарат, формировался анастомоз.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Из осложнений следует отметить наличие серомы в 3 случаях. В одном случае развилась ранняя спаечная болезнь органов брюшной полости, произведен висцеролиз. У пациентки во время субтотальной колонэктомии отмечено повреждение мочеточников, произведено стентирование, в последующем неоуретероцистостомия. У пациента после субтотальной колонэктомии отмечена несостоятельность швов анастомоза на 7 сутки, произведена илеостомия. Продолжительность операций варьировала от 110 до 225 минут, среднее пребывание больного в стационаре 9,3 суток, а у больных оперированных стандартной техникой – 13,5 суток.

Выводы: Лапароскопические и лапароскопически ассистированные субтотальные колонэктомии обладают рядом преимуществ перед традиционными: лучшая визуализация и прецизионность обращения с тканями и мелкими структурами, уменьшение частоты возникновения осложнений, малый травматизм, сокращение сроков пребывания больных в стационаре и последующей реабилитации.

Базиян-Кухто Н.К., Кошкер К. А.

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Научный руководитель - доц. Кухто А. П.

Цель: На основании имеющегося клинического материала проанализировать результаты использования режущего сетона у пациентов с острым парапроктитом при экстрасфинктерном расположении внутреннего свищевого отверстия.

Материалы и методы: Рассмотрены результаты хирургического лечения 29 пациентов, оперированных в клинике общей хирургии № 1 на базе проктологического отделения ДоКТМО с 2015 по 2017гг. по поводу острого парапроктита, которым выполнено вскрытие парапроктита с проведением режущего сетона. По половому признаку больные распределились следующим образом: мужчин-28, женщин-1. Возраст больных колебался в пределах от 19 до 67 лет, из них 19 трудоспособного возраста. Длительность заболевания составила от 2 до 4 дней.

Результаты: После идентификации внутреннего свищевого отверстия в случае его экстрасфинктерного расположения выполнялось первичное радикальное оперативное вмешательство при любой локализации внутреннего отверстия свища (в передней, задней, боковой криптах), при этом пуговчатый зонд проводился через внутреннее свищевое отверстие в просвет прямой кишки, на зонде рассекался массив тканей, при этом не повреждая волокна сфинктера, через внутреннее отверстие наружу проводились 3 отдельные шелковые лигатуры, одну из которых затягивали и завязывали интраоперационно, полость абсцесса дренировали, в последующем продолжали санацию, оставшиеся лигатуры завязывали и затягивали на 3 и 7 сутки соответственно. Случаев анальной инконтиненции не было. Рецидив свища возник только в одном случае (3,4%) при подковообразном расположении гнойника, повторно был проведен режущий сетон, послеоперационный период протекал гладко, рецидива свища и нарушения функции замыкательного аппарата прямой кишки у данного пациента также отмечено не было. Для уменьшения болевого синдрома в послеоперационном периоде, особенно на фоне

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

затягивания лигатур важным считаем проведение лигатур только через мышцы сфинктера, не вовлекая в шов окружающие ткани, в особенности, перианальную кожу.

Послеоперационный койко-день у пациентов ИГ варьировал от 7 до 9 дней в зависимости от скорости репарации тканей и ремиссии воспалительного процесса в перианальной зоне. Критерием эффективности данной методики являлось полное прорезывание лигатуры и выпадение последней.

Выводы: Таким образом, вскрытие парапроктита с проведением режущего сетона обладает множеством преимуществ перед традиционными способами хирургического лечения парапроктитов с экстрасфинктерным расположением внутреннего отверстия, поскольку является радикальным, эффективным одноэтапным методом хирургического лечения данной категории больных, позволяющим снизить число послеоперационных осложнений, рецидивов, а также является профилактикой послеоперационной недостаточности запирающего аппарата прямой кишки

Ляликов С.С.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИКИ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА (SILS)

Научный руководитель - проф. Борота А.В.

Цель: Проанализировать литературные материалы об использовании единого лапароскопического метода при хирургическом удалении желчного пузыря. Изучить статистику и определить частоту использования единого лапароскопического доступа. Оценить негативные последствия его применения. Подвергнуть анализу первое использование SILS, проанализировать потенциал использования данных вмешательств в эндоскопической абдоминальной хирургии с учетом их высокоэффективности и надежности, и превосходства перед классическими лапароскопическими операциями.

Материалы и методы: Подвергнут анализу опыт хирургического лечения 15 пациентов, имевших неосложненную форму желчекаменной болезни, прооперированных в клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М. Горького на базе Донецкого клинического территориального медицинского объединения с помощью единого лапароскопического доступа за период времени с августа 2017.

Результаты: Единый лапароскопический доступ – SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery) – является одним из вариантов нового направления малоинвазивной хирургии брюшной полости. Его развитие стало возможным благодаря многолетнему опыту лапароскопических вмешательств, наличию современного оборудования и стремлению хирургов к выполнению операций с минимальной травмой и максимальным косметическим результатом. С уменьшением числа разрезов на коже, теоретически, интенсивность послеоперационной боли должна быть ниже, косметический эффект выше и выше удовлетворенность пациентов выполненной операцией по сравнению с традиционной лапароскопической холецистэктомией. Выражены большие сложности выполнения данных операций, обусловленные нехваткой объемом расположения инструментария, связанного с этим пригодного, близкого к прямому углосоединение рабочих частей в зоне вмешательства; «столкновение» инструментария при расположении на одном уровне с руками оператора и ассистента; нехватка возможности разнонаправленной тракции для возможности создания наилучшей

экспозиции. Для лучшего экспонирования в проекции треугольника Калло хирурги использовали трансабдоминальную фиксацию желчного пузыря в области дна к диафрагме и к передней брюшной стенке живота нитью PDS3-0 на прямой игле. Для практичности манипуляции в брюшной полости иглу специально сгибали пополам под углом 45°. Обязательным считают дренаж по Винслову отверстия ПХВ-трубкой, которую проводят через имеющийся монопортовый доступ, дренаж удаляют через сутки. Необходимым фактором профилактики возникновения троакарных грыж считают детальное ушивание монопортового доступа.

Бесспорным преимуществом однопортовой лапароскопии является ее косметический результат - при продольном доступе в пупочном кольце не остается видимых следов операции, отсутствует выраженный болевой синдром, ранняя активизация пациентов, укорочение койко-дня. Относительным недостатком считается повышение длительности операции в среднем на 25-35 минут. Осложнений не наблюдалось ни в одном случае.

Выводы: Следовательно, опыт использования SILS показал положительные впечатления, хотя и имел некоторые технические моменты, но является очередным шагом на пути к улучшению косметического эффекта малоинвазивной хирургии, критически уменьшая возможные осложнения, связанные с болевым синдромом, многочисленными разрезами, что позволяет повысить качество жизни больных.

Макаренко А.Б.

ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Научный руководитель – доц. Г. Е. Полунин

Клиника общей хирургии № 1 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького занимается проблемой лечения язвенного колита (ЯК) и болезни Крона более полувека, и наши данные подтвердили высказанный на конгрессе прогноз. Если в 90-х годах прошлого столетия в клинике было пролечено 134 пациента с ЯК, то в период с 2000 по 2009 годы – 288, а с 2010 по 2018 – 323. Последняя цифра несомненно была бы более внушительной, если бы с 2014 года не начались боевые действия на Донбассе.

Цель: оценить вероятность развития хирургических осложнений у пациентов с язвенным колитом.

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 530 пациентов с ЯК за последние 15 лет. Из них оперировано 96 (18,1±1,7%). Мужчин было 47 (49,0±5,1%), женщин – 49 (51,0±5,1%).

Результаты: Средний возраст прооперированных составил 42,4±2,9 лет. Если сравнивать аналогичный показатель за предыдущие 15 лет, то он составил 33,1±3,9 лет ($p>0,05$).

Показаниями к операции послужили: прогрессирование синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) – 29 (30,2±4,7%), токсическая дилатация ТК – 25 (26,0±4,5%), кровотечение – 13 (13,5±3,5%), рак ТК – 13 (13,5±3,5%), полипоз ТК – 9 (9,4±3,0%), воспалительная опухоль (ВО) – 7 (7,3±2,7%) пациентов.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Возраст дебюта ЯК составил: при СПОН – $31,4 \pm 2,2$, токсической дилатации ТК – $39,2 \pm 3,2$, кровотечения – $30,2 \pm 2,6$, раке ТК – $38,7 \pm 3,6$, полипозе ТК – $39,1 \pm 3,1$, ВО – $58,0 \pm 4,2$ лет.

Время прошедшее от дебюта до развития осложнений распределилось следующим образом: при СПОН – $4,9 \pm 1,6$, токсическая дилатация ТК – $3,1 \pm 1,1$, кровотечение – $3,9 \pm 1,4$, рак ТК – $10,7 \pm 2,6$, полипоз ТК – $7,2 \pm 2,4$, ВО – $1,3 \pm 0,4$ года.

Выводы: В последние годы наблюдается тенденция к увеличению возраста, в котором производят операции пациентам с ЯК. Это связано с появлением современных схем консервативного лечения и лекарственных препаратов. Полученные данные позволяют нам утверждать, что у пациентов с ЯК дебют заболевания у которых был в более молодом возрасте более высокий риск развития таких осложнений как СПОН и кровотечение. Время, прошедшее от дебюта ЯК до развития urgentных осложнения (СПОН, токсическая дилатация, кровотечение) составляет в среднем около 4 лет. Эти расчеты необходимы для разработки методик прогнозирования развития осложнений при ЯК.

Морозова Е.Ю.

К ВОПРОСУ О ДЕОНТОЛОГИИ В ХИРУРГИИ

Научный руководитель - проф. Василенко Л. И.

На протяжении многих веков понятие деонтологии является неотъемлемой частью ухода за больными: создания благоприятного морального-психического климата и формирования адекватных взаимоотношений между всеми участниками лечебно-диагностического процесса. Всё это невозможно без наличия достаточной фундаментальной баз знаний и основных навыков психологического общения. Возникает вопрос, так каким же должен быть профессиональный современный врач? Какими навыками должен обладать для успешного выполнения возложенных на него обязанностей?

Цель: На основании имеющихся статей по деонтологии проанализировать и сформулировать образ современного профессионального хирурга.

Материалы и методы: Статьи из «Материалов съезда хирургов Украинской ССР»

Результаты: Характерными чертами современного хирурга должны быть высокие профессиональные знания, опыт и умение ориентироваться в любой сложной ситуации, быстрота реакции, сдержанность, гуманизм, беспрекословная готовность к выполнению врачебных обязанностей. Индивидуально-психические особенности лечащего врача имеют решающее значение в завоевании доверия больных, что достигается вниманием, душевностью, сочувствием к пациенту.

Каждый врач должен помнить и руководствоваться в работе основными положениями клятвы Гиппократова, современным аналогом которой является «Клятва врача», произносимая при получении документа о высшем медицинском образовании (в Израиле врачи приносят клятву еврейского врача).

«Клятва» содержит 9 этических принципов или обязательств:

1. обязательства перед учителями, коллегами и учениками;
2. принцип не нанесения вреда;
3. обязательства оказания помощи больному (принцип милосердия);

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

4. принцип заботы о пользе больного и доминанты интересов больного;
5. принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к эвтаназии;
6. принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к абортам;
7. обязательство об отказе от интимных связей с пациентами;
8. обязательство личного совершенствования;
9. врачебная тайна (принцип конфиденциальности).

Следует помнить, что в каждом направлении хирургической оперативной медицины существуют свои определённые нюансы, от которых профессиональный врач должен уметь оградить своего пациента.

Выводы: Для повышения качества работы хирургов должны использоваться и шире внедряться в практику решения съездов, конференций, также возможно использовать единую «доктрину» в профессиональной деятельности с учетом конкретной ситуации. Наряду с использованием новейшей диагностической аппаратуры помнить, что диагностические мероприятия не должны быть опаснее массового заболевания. Молодые хирурги должны твердо усвоить принципы деонтологии. Воплощение деонтологических принципов способствует повышению эффективности и качества хирургической помощи.

Сенчакова Ю. А., Орлатая А. А.

ОЗОНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН

Научный руководитель – доц. Кухто А.П.

Цель: На основании данных литературы, а также опыта клиники оценить эффективность применения медицинского озона для оптимизации течения раневого процесса.

Материалы и методы: В клинике общей хирургии №1 за 2011-2017 гг. проведено 312 сеансов системной и местной озонотерапии у больных с хирургическими инфекционно-воспалительными заболеваниями различной этиологии аппаратом «ОЗОН УМ-80». В качестве методики использовали внутривенное введение озонированного физиологического раствора в концентрации 5-15 мг с целью коррекции нарушений микроциркуляции и тканевого метаболизма, санацию брюшной полости, гнойных полостей, различных раневых поверхностей озонированным раствором фурацилина в концентрации 10-35 мг/л. Для получения максимального эффекта при парентеральном введении готовый озонированный раствор вводился через 6-7 мин после приготовления, при обработке ран – в течение 30 мин. 28 пациентам выполняли большую аутогемоозонотерапию. Для выполнения аутогемоозонотерапии к озонированному физиологическому раствору с концентрацией 30 мг\л в объеме 200 мл во флаконе объемом 400мл добавляли 5000 ед.гепарина. После этого выполняли забор крови больного во флакон с озонированным раствором в объеме 200мл, выдерживали экспозицию до 10 мин, после чего выполняли реинфузию экстракорпорально озонированной крови. При выполнении аутогемоозонотерапии с донорской эритроцитарной массой озонированный раствор не гепаринизировали. Концентрация препарата, скорость введения и кратность были установлены в зависимости от возраста больного, наличия сопутствующей патологии, тяжести состояния, степени выраженности изменений в ране.

Результаты: Количество выполненных процедур составил от 5 до 20. Реакций на внутривенное введение озонированного препарата не отмечено ни в одном наблюдении.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Положительные качества озона в хирургии используются за счет его бактерицидного, антиоксидантного действия, способности восстановления кровообращения и микроциркуляции, обезболиванию. При кровотечениях нарушается гемодинамика и доставка кровью кислорода, озон в этом случае улучшит транспортную функцию кровяных телец. Динамику лечения осуществляли путем лабораторного, иммунологического, бактериологического мониторинга, наблюдения за объективным состоянием течения раневого процесса.

Выводы: Таким образом, озонотерапия – высокоэффективный, экологичный и экономически выгодный метод лечения, создающий бактерицидное, фунгицидное, вирусоцидное, иммунорегулирующее, противогипоксическое воздействие, при котором практически нет побочных эффектов. Применение озонотерапии в условиях клиники снизило частоту послеоперационных осложнений у оперированных пациентов, повысило интенсивность заживления ран путем улучшения трофики тканей и повышения иммунного ответа. Проведённый анализ показал, что комплексное использование различных методов озонотерапии в условиях хирургической клиники позволило значительно улучшить результат лечения больных, сократилось количество осложнений, продолжительность пребывания в стационаре.

Базиян-Кухто Н.К., Фирсов Д.М.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ

Научный руководитель - проф.Борота А.В.

Цель: проанализировать результаты одномоментного хирургического лечения пациентов с сочетанной неопухолевыми патологией анального канала и прямой кишки

Материалы и методы: Проанализированы результаты хирургического лечения 776 пациентов, которые оперированы в клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М.Горького на базе проктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения по поводу сочетанной неопухолевыми патологией анального канала и прямой кишки за период с 2014 по 2017 гг. Из этой группы больных сочетание геморроя и другой патологии АК и ПК имело место у 232 (29,9%). При этом, у 126 (54,3%) имело место сочетание геморроя с анальной трещиной (АТ), у 33 (14,2%) – с прямокишечным свищом (ПС), у 23 (9,9%) – с острым парапроктитом (ОП), у 21 (9%) – с полипом прямой кишки (ППК), у 4 (3,1%) – с ректовагинальным свищом, у 4 (3,1%) – с ворсинчатой опухолью ПК, у 2 (0,8%) – со стриктурой АК, у 1 (0,4%) – с кондиломатозом промежности. Сочетание более двух патологий аноректальной зоны имело место у 18(7,7%): у 11 (4,8%) пациентов имело место сочетание геморроя с АТ и полипом АК, у 7 (1,8%) – сочетание АТ и ПС.

Результаты: Средняя продолжительность геморроидэктомии в сочетании с хирургическим лечением другой патологии ПК и АК составила 27±4 минут. При этом средняя продолжительность геморроидэктомии в сочетании с иссечением АТ составила 20±3 мин, в сочетании с иссечением ПС – 28±2 мин, в сочетании со вскрытием парапроктита – 29±5 мин, с полипэктомией – 20±2 мин. Средняя продолжительность геморроидэктомии в сочетании с хирургической коррекцией более чем одной сочетанной патологии АК и ПК составила 31±4 мин. При сочетании геморроя с АТ предпочтение

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

отдавали открытому способу геморроидэктомии с дозированной сфинктеротомией, формируя общую раневую поверхность в месте иссекаемой АТ и прилежащего геморроидального узла. При сочетании с ПС выполняли закрытый способ геморроидэктомии с восстановлением целостности слизистой оболочки ПК и АК. У 7 (3,1%) больных имели место дизурические расстройства, потребовавшие катетеризации мочевого пузыря. Кровотечения из послеоперационной раны имели место у 4 (3,1%) больных. Во всех случаях больным было произведено тампонирование анального канала марлевым тампоном, а при неэффективности последнего – прошивание кровоточащего сосуда. Гнойно-воспалительные осложнения имели место у 11 (4,7%) больных, в связи с чем проведена антибактериальная терапия, санации ран озонированными растворами, местная терапия, а при наличии показаний – такие хирургические манипуляции, как вскрытие и дренирование гнойников. Рецидив свища отмечен у 2 пациентов (0,8%), перенесших геморроидэктомию в сочетании с иссечением ПС, у 1 (0,4%) пациента, перенесшего геморроидэктомию в сочетании со вскрытием ОП, в последующем сформировался ПС. Еще у 2 (0,4%) пациентов имела место рубцовая стриктура АК, что во всех случаях обусловило необходимость бужирования АК в отдаленном послеоперационном периоде.

Выводы: Выполнение одномоментного хирургического вмешательства при сочетанной неопухолевой патологии анального канала и прямой кишки не ухудшает непосредственных результатов лечения и избавляет пациента от необходимости выполнения повторного хирургического вмешательства и возможных его осложнений.

Хрюкалова Д.Ю., Зверев А.П., Чернявская Т.А., Чурилов А.А.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Научный руководитель – доц. Гюльмамедов В.А.

Цель: 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 № 1 на базе проктологического отделения в ургентном порядке с 2007 по 2017 оперировано 462 человека. Из них по поводу подкожно-подслизистого парапроктита 201 (43,5±2,3%), ишиоректального 248 (53,7±2,3%), пельвиоректального парапроктита – 13 (2,8±0,76%) больных. Из них 149 (32,3±2,2%) 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 наряду со вскрытием и дренированием абсцесса производили проведение режущего сетона в ВО с последующим его затягиванием.

Результаты: Из 462 оперированных больных у 89 (19,2±1,8%) больных сформировались прямокишечные свищи, которые в последующем были оперированы в плановом порядке в клинике. У 373 (80,8±1,8%) больных выздоровление наступило после первого этапа хирургического лечения.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

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 наряду со вскрытием и дренированием абсцесса производить проведение режущего сетона в ВО с последующим его затягиванием.

Часовская А.С.

ОДНОПОРТОВЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Научный руководитель - проф. Борота А.В.

Цель: Проанализировать первый опыт выполнения лапароскопических однопортовых вмешательств при опухолях ободочной кишки в клинике общей хирургии № 1, оценить возможности выполнения данных операций в абдоминальной эндоскопической хирургии с учетом их эффективности и безопасности, а также преимуществ перед стандартными лапароскопическими вмешательствами.

Материалы и методы: Проанализирован опыт хирургического лечения 6 пациентов, оперированных в клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М. Горького на базе Донецкого клинического территориального медицинского объединения путем единого лапароскопического доступа за период с августа 2017г. Среди них 4 пациента с раком сигмовидного отдела ободочной кишки и 2 пациента с раком восходящего отдела ободочной кишки.

В одном из случаев операция выполнялась на 7 сутки после ранее перенесенного лапароцентеза в околопупочной области, ввиду чего отмечен умеренно выраженный спаечный процесс и некоторые технические сложности при установки монопорта в данной области.

Результаты: Монопортовый доступ осуществляли в продольном направлении в околопупочной области размером до 3 см. Кишку мобилизовали медио-латеральным доступом. Первым этапом выполнена лапароскопическая лимфодиссекция по ходу нижней брыжеечной артерии при раке сигмовидной кишки и артерии илеоколика при раке восходящего отдела ободочной кишки с клипированием и пересечением сосудов интракорпорально. Выполнялась лапароскопическая мобилизация кишки вплоть до границы резекции. Для улучшения экспозиции при работе на брыжейке использовали фиксацию сигмовидной кишки за appendix epiploica к передней брюшной стенке нитью PDS 3-0 на прямой игле. Препарат извлекали через расширенный монопортовый доступ (длина разреза 5-6см). Для предупреждения контаминации и имплантации опухолевых комплексов в переднюю брюшную стенку для извлечения препарата использовали специальный рукав. Инвагинационный анастомоз формировали экстракорпорально.

Некоторая сложность выполнения данных операций обусловлена отсутствием триангуляции инструментария; «конфликтом» инструментов при расположении их в одной плоскости и на одном уровне по отношению к рукам оператора и ассистента (при одинаковой длине лапароскопа и рабочих инструментов); отсутствием возможности разнонаправленной тракции для создания наилучшей экспозиции. Отчетливым преимуществом однопортовой лапароскопии является ее безусловный косметический результат - при продольном доступе в пупочном кольце не остается никаких видимых

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

следов операции, отсутствие выраженного болевого синдрома, ранняя активизация пациентов, сокращение койко-дня. Относительным недостатком считаем увеличение длительности операции в среднем на 90 минут.

Выводы: Таким образом, первый опыт выполнения SILS оставляет положительное впечатление, несмотря на технические аспекты, является очередной попыткой улучшить косметический эффект малоинвазивной хирургии, минимизируя возможные осложнения, связанные с многочисленными разрезами, болевым синдромом, что позволяет улучшить качество жизни больных.

Шумский В.Е. Чернявская Т.А., Иванов В.Г.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Научный руководитель - проф. Борота А.В.

Цель: Определить показания к выполнению симультанных оперативных вмешательств (СОВ) у пациентов с раком ободочной кишки.

Материалы и методы: В клинике общей хирургии на базе проктологического отделения ДоКТМО за период с 2012 по 2017г. проанализированы результаты хирургического лечения 55 (15,9 %) пациентов, которым выполнены симультанные оперативные вмешательства по поводу рака ободочной кишки.

Результаты: После лапаротомии, ревизии органов брюшной полости, оперативное лечение начинали с более чистого этапа (холецистэктомия, тубовариоэктомия, экстирпация матки с придатками и т.д.), после этого выполняли основной этап хирургического вмешательства по поводу патологии толстой кишки.

Выводы: Разработанный диагностический алгоритм предопределяет оптимальную хирургическую тактику, позволяет улучшить непосредственные результаты лечения и качество жизни пациентов, обеспечивает полноценную и эффективную коррекцию сопутствующей патологии в предоперационном периоде, профилактику интра-, - и послеоперационных осложнений, а также проведение эффективной целенаправленной интенсивной терапии у данной категории пациентов, что позволило во всех случаях добиться уменьшения осложнений при сохраненном одномоментном хирургическом радикализме.

Ясенко Д.М.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Кафедра общей хирургии, Алексеев С.А., д.м.н., Семенчук И.Д., к.м.н.

Цель. Оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения ВБНК с помощью эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК).

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование ближайших и отдаленных результатов лечения 135 пациентов (из них 91 женщина и 44 мужчин) в возрасте от 21 до 70 лет с варикозной болезнью (С2-С4), проходивших лечение в учреждении здравоохранения «5-я городская клиническая больница» г. Минска в 2016

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

году. Для проведения ЭВЛК использовался лазер «Медиола-компакт-1». Оценка клинических результатов лечения проводилась с использованием шкалы оценки тяжести хронических заболеваний вен VCSS (Venous Clinical Severity Score).

Результаты. При оценке ближайших результатов лечения средняя длительность пребывания в стационаре составила 1,33 койко-дня, ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 6 (4,4%) в стационаре и у 4 (3,0%) пациентов на амбулаторном этапе. При изучении отдаленных результатов варикозное расширение вен (ВРВ) отсутствовало в 84 случаях (62,2%), визуализировалось минимально в 39 (28,9%), было ограничено голенью или бедром в 8 (5,9%). Отек не отмечался в 131 случаях (97,0%), отек был ограничен окологолыжечной областью в 4 (3,0%). Компрессионным трикотажем не пользовались в 4 случаях (3,0%), пользовались периодически в 78 (57,8%), в остальных 53 случаях (39,3%) пользовались согласно полученным рекомендациям.

Выводы. Использование ЭВЛК при ВБНК значительно сокращают длительность стационарного лечения пациентов и сопровождаются низким процентом послеоперационных осложнений, быстрой реабилитацией и хорошими отдаленными результатами.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР

Кафедра общей хирургии №2

Зав. кафедрой – проф. Иващенко В.В.

Доценко А. К., Храповицкий К. Д., Мозговой И. С.

СТИМУЛЯЦИЯ ЗЕРКАЛЬНЫХ НЕЙРОНОВ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ФАНТОМНЫХ БОЛЕЙ

Научный руководитель – доц. Балацкий Е.Р.

Цель: Изучение фантомных болей травматически ампутированной конечности и одного из методов их лечения – зеркалотерапии.

Материалы и методы: Разработка метода купирования и предупреждения развития фантомных болей при помощи стимуляции зеркальных нейронов

Результаты: Фантомные боли малоизучены, они могут быть сильной интенсивности не купироваться как фармакологическими, так и хирургическими методами лечения. Эти боли связаны с возникновением патологической связи между отсутствующей конечностью и головным мозгом. В норме каждому участку тела в пространстве соответствует участок головного мозга, данное соответствие называется картой Пенфилда. При потере конечности импульс, возникающий в лобных долях мозга, поступив в теменные доли, не может адекватно анализироваться и сопоставляться с информацией, поступающей от мышц, суставов и прочих рецепторов, так как конечности нет. Ложная интерпретация сигнала мозгом вызывает рециркуляцию импульса, возбуждая разные структуры мозга, вызывая ложное восприятие несуществующей конечности. При подключении структур гиппокампа мозг воспроизводит болевые ощущения, испытанные пациентом в критический момент травмы.

Нервные импульсы кожи лица до лицевой части коры, «рассредоточиваются» за счёт отраживания тысяч новых нервных ответвлений, которые «перемещаются» в часть коры, отображающей руку, создавая новые «здоровые» синапсы. Этим объясняется то, что при прикосновении к определенному участку лица пациента, последний чувствует прикосновение к соответствующему участку на фантомной руке.

Для стимуляции зеркальных нейронов используется зеркальная коробка. Пациент помещает культю ампутированной конечности с одной стороны вертикально расположенного зеркала, а здоровую руку с другой стороны. После пациент смотрит на отражение сохранной руки в зеркале, одновременно пытаясь выполнить синхронное действие, при этом стимулируются зеркальные нейроны. Как показала практика, после зеркальной терапии у всех пациентов наблюдалось либо уменьшение фантомной боли, либо её купирование на определенный период, а у некоторых даже полное её исчезновение. Терапия такого рода сразу после проведения операции так же может снизить вероятность появления болей в отдаленном будущем.

Выводы: Существует множество способов лечения фантомных болей, но для фантомов рук самым результативным является зеркальная терапия. Стимуляция зеркальных нейронов способна полностью ликвидировать фантомные боли. Длительная терапия может полностью устранить фантомную боль.

Катомин Д.А., Темербек Ю.Н., Михайленко Д.О.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАКРЫТИЯ РАН ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПОСЛЕ СВОБОДНОЙ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ МЕТОДОМ РАСЩЕПЛЕННОГО ЛОСКУТА

Научный руководитель - доц. Балацкий Е.Р.

Цель: изучить эффективность закрытия раневых дефектов (РД) после лечения гнойно-некротических поражений диабетической стопы при использовании метода аутопластики расщепленным лоскутом (АРЛ) с помощью опроса и осмотра пациентов в различные сроки после оперативных вмешательств. Преимущества расщепленных лоскутов состоят в простоте их получения любыми типами дерматомов. Толщина лоскута 0,4-0,6 мм, то есть он является расщепленным по толще, так что в донорской поверхности остаются кератинобласты и возможно её самостоятельное закрытие. Он может растягиваться после перфорации, нет необходимости ушивать донорское место, из этой зоны можно забирать материал повторно.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов аутопластического закрытия РД диабетических стоп у 32 пациентов за период 2015-2018 гг. Критерий включения – возможность получения информации на всех этапах восстановления после операции (не менее 3-х месяцев). Данные получены из архивной базы клиники, а также методом анкетирования, опроса и осмотра после выписки больных из стационара. Большая часть РД образовалась после вскрытия флегмон (22/32), реже аутопластически закрывались раны после некрэктомий и ампутаций (6/32), иссечения язв (4/32). Результаты АРЛ оценивали по приживлению и сохранению пересаженных лоскутов на этапах восстановительного периода (в процентах от площади пересаженных лоскутов). Восстановление после операции пересадки кожи включает три этапа: 1) адаптации – от окончания операции до первых двух суток; 2) регенерации – начиная от третьих суток после пластики до трех месяцев; 3) стабилизации – с трех месяцев после пересадки кожи. Данные о первом этапе получали по данным историй болезни и непосредственного осмотра больных в клинике. Информацию о состоянии РД на втором и третьем этапах получали при последующих контрольных осмотрах, опросах дистанционно (интернет, телефония).

Результаты: Первичное приживление на этапе адаптации отмечено у всех 32 больных. Средний койко-день после АРЛ составил $8,4 \pm 2,6$ дней. На момент выписки (начало второго этапа восстановления) полного отторжения или лизиса лоскута не отмечено ни у одного пациента. У 8/32 больных отмечен частичный лизис лоскутов, но не более 25 % от исходной площади. В более поздние сроки этапа регенерации в целом у 10/32 больных отмечено отсутствие приживления расщепленных лоскутов, в среднем около 30 % от общей площади РД. В третий период восстановления, напротив, отмечена положительная динамика, удельный вес полностью закрытых РД составил 84,4 % (27/32 больных). Причем, у 6/32 больных, у которых РД локализовались на подошвенной поверхности стоп, во всех случаях отмечено приживление и сохранение лоскутов на этапе стабилизации. Трое из них осмотрены в срок более года, сохранена полная

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

функциональная способность поверхности с отсутствием трофических нарушений в зоне пересадки.

Выводы: Оценка жизнеспособности пересаженных лоскутов после АРЛ показала их сохранение у большинства больных не только в начальные этапы после операции, но и в отдаленном периоде. На этапе стабилизации РД полностью закрыты у 84,4 % больных.

Кононов Б.И., Саглаев В.Е., Волкова А.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПРОДЛЕННОЙ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИЙ БЕДРА

Научный руководитель – доц. Балацкий Е.Р.

Цель: изучить эффективность различных видов продленной проводниковой анестезии в раннем послеоперационном периоде после ампутаций на уровне бедра. Наиболее известными методами продленной проводниковой анестезии являются эпидуральная и по ходу магистральных нервных стволов.

Материалы и методы: Изучена эффективность продленной проводниковой анестезии у 14 больных после высоких ампутаций. У 5 больных использована проводниковая анестезия через катетер, установленный перинеурально к культе седалищного нерва, а у 9 – через эпидуральный катетер. Для анальгезии применяли 2,0 % раствор лидокаина по 2,0 мл 4 раза в сутки на протяжении 3-х суток. Все операции были выполнены у больных облитерирующим атеросклерозом по идентичной миопластической методике с однотипной обработкой магистральных нервных стволов. Для оценки интенсивности боли использовали стандартную аналоговую субъективную шкалу боли (от 1 до 10). Результаты переносили в таблицы Excel и строили графические изображения болевых ощущений, полученные по аналоговой шкале в течение периода наблюдения.

Результаты: Максимальная эффективность анальгезии с равномерным в течение суток обезболиванием получена у больных с введением анестетика в эпидуральное пространство (n=9). У больных с перинеуральными катетерами развивался нестойкий волнообразный эффект анальгезии, требовавший дополнительного внутримышечного введения наркотических и ненаркотических анальгетиков, особенно в ночное время, у большинства пациентов (4 из 5). Также у 3-х больных с перинеуральными катетерами отмечена ранняя (на 2-3 сутки) несостоятельность катетеров, связанная со смещением катетера при активных движениях культы. Сопоставление графиков болевых ощущений показало стойкий равномерный в течение суток обезболивающий эффект у больных после эпидуральной анестезии. При перинеуральных введениях эффект обезболивания носил прерывистый, неравномерный характер, вероятно, за счет недостаточной анальгезии только седалищного нерва. Эпидуральная анальгезия обеспечивает более полную болевую блокаду.

Выводы: Таким образом, максимальной и равномерной анальгетической эффективностью, среди использованных методов продленной проводниковой анестезии, обладает эпидуральное обезбоживание. Но выполнение такого обезболивания требует определенных анестезиологических навыков и наличия специальных наборов для выполнения катетеризации.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Кривошеенко Т.А., Самерок С.И., Петренко Т.В., Золото М.М.

ВАРИАНТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Научный руководитель - Зарицкий А. Б.

Цель: определить варианты особенности формирования источников кровоснабжения бедренной кости для обоснования оперативных вмешательств.

Материалы и методы: исследования проведены на 67 трупах людей обоего пола, умерших в возрасте от 21 до 77 лет на базе Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы. Срединным разрезом осуществляем доступ к седалищному нерву, в пределах задней поверхности надкостницы бедренной кости обнаруживали поднадкостничные ветви прободающих бедро артерий.

Результаты: у 63 (94 %) объектов исследований медиальные и латеральные артерии, огибающие бедренную кость, анастомозируя между собой с образованием кольца на уровне анатомической шейки бедренной кости, формировали ветвь диаметром $3,2 \pm 0,7$ мм, которая имела фасциальный футляр, образованный надкостницей бедренной кости, и направлялась вертикально вниз по задней срединной линии бедра. Данный сосуд имел анастомозы, по диаметру сопоставимые с ним I, II и III прободающими бедро артериями. Сосуд был назван нами поднадкостничным артериальным коллектором бедренной кости.

В восходящем направлении данное образование имело в 65 (97 %) случаях анастомоз наружным диаметром $2,2 \pm 0,5$ мм с нижней ягодичной артерией. В 53 (79 %) случаях данный сосуд имел анастомоз наружным диаметром $2,3 \pm 0,4$ мм с задней ветвью запирающей артерии. В 49 (73 %) случаях поднадкостничный коллектор имел анастомозы наружным диаметром $2,1 \pm 0,4$ мм с внутренней половой артерией. В 3 (5 %) случаях исследуемый сосуд имел анастомоз наружным диаметром $2,0 \pm 0,3$ мм с глубокой ветвью нижней ягодичной артерии.

На всем протяжении сосуд оставался стабильным по своему наружному диаметру, даже в тех случаях, когда анастомоз прободающих артерий с ним был значительно крупнее. Сосуд отдавал большое количество ветвей, которые в циркулярном направлении охватывали диафиз бедренной кости.

В 4 (6 %) случаях поднадкостничная ветвь бедренной артерии формировалась из правой огибающей бедренную кость артерии, которая имела слабо выраженный анастомоз с одноименной левой. По мере своего хода в 61 (91 %) случае от поднадкостничной ветви прободающих артерий формировались верхняя и нижняя а. nutritica, а в 6 (9 %) случаях - средняя а. nutritica.

Выводы: 1. Кровоснабжение бедренной кости преимущественно осуществляется за счет огибающих бедренную кость артерий и прободающих бедро сосудов. 2. Значительную роль в питании бедренной кости играет поднадкостничный артериальный коллектор, сформированный из системы глубокой артерии бедра. 3. Данное исследование позволит врачам-травматологам улучшить способы лечения переломов бедренной кости и оптимизировать способы проведения спиц для остеосинтеза при помощи аппарата Илизарова.

Рудской С.А. Кулебакина Я.А.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ ПРИ РАЗРЫВЕ СОБСТВЕННОЙ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА

Республиканский травматологический центр, г.Донецк, ДНР.

Научные руководители - Евтеев Р.В., Зарицкий А.Б.

Цель: исследование и модернизация методики Антонова А.А. и Лобко А.Я. по использованию аппарата внешней фиксации (АВФ) при переломах надколенника и разрывах собственной связки надколенника (ССН).

Материалы и методы: В феврале 2014 года в приемное отделение РТЦ бригадой СМП доставлена Больная Л 1982г. с иммобилизацией обеих нижних конечностей лестничными шинами Крамера, с жалобами на боль в области обоих коленных суставов, отсутствие активного разгибания, невозможность опоры на обе нижние конечности. С детства страдает системной склеродермией (легочная форма), синдром Рейно, в связи с чем получает гормональную терапию. Страдает ожирением II ст. Больная обследована клинически и рентгенологически. На рентгенограммах обоих коленных суставов отмечается проксимальное смещение обоих надколенников. Выставлен диагноз: закрытое повреждение ССН. По информированному согласию больной, учитывая соматический статус больной, наличие сопутствующих заболеваний и двухсторонний характер повреждений, с целью достижения ранней функции коленных суставов, в urgentном порядке выполнены следующие операции: открытый шов поврежденных ССН с низведением последних и фиксацией АВФ. В условиях бюро судебно-медицинской экспертизы студентами СНО общей хирургии №2 повторно смоделирована клиническая ситуация с разрывом с/3 ССН и использования АВФ в качестве лечебной иммобилизации по методике Антонова А.А. и Лобко А.Я.

Результаты: Оперативное вмешательство на обеих нижних конечностях производилось одновременно двумя операционными бригадами. Произведен шов синовиальной оболочки рассасывающимися узловыми швами, шов разгибательного аппарата и ССН лавсановыми швами. Швы на кожу. Наложено АВФ на нижнюю конечность по Антонову А.А. и Лобко А.Я. АВФ стабилизирован. На 1 сутки после операции больная стоит у кровати с полной осевой нагрузкой на обе нижние конечности. На 3 сутки 5-6 раз в день встаёт на 5-10 минут, передвигается при помощи ходунков с полной осевой нагрузкой на обе нижние конечности, занимается дозированной разработкой движений в обоих коленных суставах.

Данная методика использована при моделировании клинической ситуации в условиях бюро судебно-медицинской экспертизы. Движения в коленном суставе при наложении АВФ 0°/0°/30° по Марксу.

Выводы: использованная методика позволила

-обеспечить возможность осевой нагрузки с первых дней после операции и сохранение стереотипа ходьбы;

-обеспечить возможность движений в коленном суставе на весь период лечения, а для ранней функции в определенном секторе углов при начальном сгибания в коленном суставе в пределах 180° – 130°;

-создать оптимальные условия регенерации капсульно-связочного аппарата путем устранения тракционного воздействия четырехглавой мышцы бедра.

Темербек Ю.Н., Михайленко Д.О., Кравченко Л.Г.

**ОЦЕНКА СОВОКУПНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
ВАКУУМНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ПЛАНИМЕТРИИ**

Научный руководитель - доц. Балацкий Е.Р.

Цель: изучить эффективность применения вакуумного воздействия в комплексе лечения гнойно-некротических поражений у больных с нарушенной трофикой нижних конечностей (сахарный диабет, атеросклероз) с помощью современных средств цифровой и автоматизированной идентификации площади раневой поверхности.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов вакуумной терапии ран (ВТР) у 20 пациентов за период 2016-2018 гг. Критерий включения – наличие раневых процессов на фоне нарушенной трофики (РПНТ). Данные получены путем обработки архивной базы клиники, а также из электронной базы, сформированной непосредственно при лечении данной группы больных. Большая часть РПНТ (40/50) образовалась после вскрытия различного рода гнойников (флегмоны, абсцессы), а также вторичной хирургической обработки пролежней (10/50) у больных на фоне трофических нарушений (сахарный диабет, атеросклероз). Результаты применения ВТР оценивали по скорости и темпу сокращения площади раневой поверхности. Данные о динамике раневой поверхности получали и оценивали с помощью программы GNU Image Manipulation Program (GIMP). Данные получены при анализе историй болезни и непосредственных текущих измерений площади раневой поверхности больных. Для ВТР использовался аппарат вакуумной терапии HEACO NP32S (Корея).

Контрольная группа больных (50 больных), сходная по виду патологии, возрастному и половому составу получала лечение без применения локального вакуумного воздействия. Раневая поверхность в контрольной группе оценивалась тем же средством, что и в основной.

Результаты: При сравнении темпов сокращения площади раневой поверхности в условиях воздействия постоянным разрежением в диапазоне -75-120 мм рт.ст. только у 16 % (8 из 50) больных основной группы отмечена явная превалирующая динамика в сравнении с контрольной группой при первичном анализе. При дальнейшей статистической обработке полученных результатов, не выявлено значимой разницы в сроках лечения (до полного заживления) РПНТ между основной и контрольной группами. При этом затраты на оригинальные расходные материалы для ВТР достаточно высоки в сравнении с контрольной группой (превышают в несколько раз).

Выводы: В условиях трофических нарушений в лечении раневых дефектов значимый положительный регенераторный эффект получен у 16 % пациентов. Высокие затраты на оригинальные расходные материалы для проведения вакуумной терапии требуют поиска путей оптимизации для решения этой проблемы. Возможное решение лежит в плоскости использования импровизированных раневых покрытий для изоляции ран, что требует дальнейшего изучения и проведения экономических расчетов.

Шевякин Д.В., Мальгин Г.А., Халабузарь В.А.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕЦЕЛЛЮЛЯРИЗИРОВАННЫХ КОНДУИТОВ
МАЛОГО ДИАМЕТРА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

Научный руководитель – доц. Балацкий Е.Р.

Научный руководитель – асс. Балабан В.В.

Цель: Изучить возможность использования децеллюляризованного кондуита малого диаметра в эксперименте.

Материалы и методы: Выполнялось изготовление сосудистого биопротеза методом децеллюляризации лучевой артерии человека с использованием 1% водного раствора лаурилсульфата натрия и гистологическим контролем качества проведенной процедуры. Имплантация выполнялась на 14 мини-пигах, с соблюдением всех правил биоэтики. Было выполнено оперативное пособие аорто-подвздошного шунтирования изготовленным кондуитом с искусственной окклюзией общей подвздошной артерии путем лигирования. После операции животные получали 14-дневный курс антикоагулянтной терапии. В течении всего послеоперационного периода (3 месяца) проводился контроль кровотока по бедренным артериям с использованием доплерометрии, для контроля проходимости шунта. На заключительном этапе исследования выполнялась релапаротомия с биопсией кондуита для его гистологического исследования с последующим восстановлением непрерывности сосудистого русла.

Результаты: Выбранный метод децеллюляризации, по результатам гистологического контроля, позволил полностью удалить клетки донора. Повреждения экстрацеллюлярного матрикса выявлено не было. В 13 из 14 случаев животное благоприятно перенесло оперативное вмешательство (1 животное погибло через 14 суток после операции в результате нагноения послеоперационной раны и сепсиса). В остальных 13 случаях кровотоки по бедренным артериям был удовлетворительным на протяжении всего послеоперационного периода. В момент забора кондуита не было отмечено его аневризматического расширения, что позволяет судить о хорошей устойчивости к гемодинамическим нагрузкам в течении 3 месяцев. По результатам гистологического исследования сосудистый протез был эндотелизирован на всем протяжении, а его стенка инфильтрирована клетками реципиента.

Выводы: 1) Выбранный метод децеллюляризации является эффективным для удаления клеток без повреждения экстрацеллюлярного матрикса. 2) В результате проведенного исследования выявлено, что децеллюляризованные кондуиты устойчивы к гемодинамическим нагрузкам в течении 3 месяцев после имплантации и эндотелизируются на всем протяжении при назначении 14-дневной антикоагулянтной терапии. 3) Использование подобных биопротезов перспективно и требует более подробного изучения с увеличением объема выборки и контролем отдаленных результатов.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР
Кафедра хирургии имени К.Т. Овнатаняна
Зав. кафедрой – проф. Колкин Я.Г.

Аноприенко Д.Т.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАХ СЕРДЦА

Научный руководитель – проф. Колкин Я.Г.

Цель Проанализировать литературные данные и собственные наблюдения с целью оптимизации диагностики и максимального ускорения адекватного лечения пострадавших с ранениями сердца.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили истории болезней 64 пациентов с ранениями сердца, находившиеся на лечении в клинике хирургии им. проф. К.Т. Овнатаняна, а также, рентгенограммы органов грудной полости, ЭКГ, ультразвуковые методы исследования.

Результаты. Стоит подчеркнуть доминирование левосторонней локализации входного отверстия раневого канала (зона Грекова). У 97,3 % пациентов входное отверстие раневого канала находилось в проекции сердца и только в 2,7 % - вне ее. Необходимо также упомянуть, что ранения сердца вызывают массивное внутривнутриплевральное кровотечение (до 2-2,5 л) Огромное значение имело время, прошедшее от нанесения ранения сердца до доставки пострадавших в стационар. В первые 30 минут с места ранения поступило 21,3 % пациентов, до 1 часа – 51,4 %, свыше одного часа – 13,9 %. В 13,5 % случаев время травмы установить не удалось. Большинство пострадавших были доставлены в тяжелом состоянии (47,1 %), в состоянии средней тяжести - 19,2 %, в терминальном – 21,4 %, в состоянии клинической смерти – 12,3 %. Достаточно достоверным симптомокомплексом ранения сердца являлся гемоперикард и тампонада сердца. Кровоизлияние в полость перикарда более 200 – 250 мл крови, особенно за короткий период, неизбежно приводило к тампонаде сердца. В то же время длительное заполнение перикарда кровью может достигать 450мл без развития вышеупомянутого патологического состояния. При наличии этого симптома (60,2 %) диагноз ранения сердца считался нами бесспорным. Несвоевременная декомпрессия сердца является частой причиной ранней летальности. В наших наблюдениях наружное кровотечение имело место в 93,2 % случаев, из которых у 9 % пострадавших оно было профузным.

Выводы. Проникающие ранения груди являются тяжелым видом повреждений и сопровождаются большим количеством осложнений, что подтверждается симптомокомплексом, связанным с ранением сердца и с последующим его тампонадой (при быстром заполнения кровью сердечной сумки). Быстрая доставка в хирургический стационар и своевременно выполненная операция (при необходимости - срочная пункция перикарда) является залогом благоприятного исхода. При необходимости хирургическое пособие у пациентов с ранениями сердца должно выполняться без пролонгации на дополнительные методы исследования и предоперационную подготовку.

Бурцев С.С.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ МИННО – ВЗРЫВНЫХ И ПУЛЕВЫХ РАНЕНИЯХ ГРУДИ И ЖИВОТА

Научный руководитель – доц. Вегнер Д.В.

Цель. Проведение анализа и улучшение результатов лечения пострадавших с минно – взрывной травмой (МВТ) груди и живота

Материал и методы. В работе проведен ретроспективный анализ лечения пострадавших с минно-взрывной травмой и пулевыми ранениями груди и живота, находившихся на лечении в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна, за период с 2014 по 2016 год. Для постановки диагноза применялись общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты. В состоянии средней тяжести было доставлено 34% раненых, в тяжелом - 53%, в крайне тяжелом и терминальном - 13%. Тяжесть состояния была обусловлена, прежде всего, повреждением жизненно важных органов, необратимыми изменениями их функций, развитием синдрома взаимного отягощения.

Рентгенисследование при МВТ должно быть многоосевым и полипозиционным. Для исключения ранений пищевода необходимо выполнять исследование с контрастом. Целесообразно исследование органов грудной полости до и после любой инвазивной манипуляции или операции. В 91% случаев для разрешения внутриплевральных осложнений выполнялся торакоцентез и дренирование плевральной полости, в 9 % случаев была выполнена торакотомия. У пациентов с ранениями органов брюшной полости, в 30% случаев было выявлено повреждение печени, в 19 % - повреждение селезенки, в 17% - повреждение тонкой кишки, в 16% - повреждение почек, в 10% - повреждение толстой кишки, в 8 % - обнаружено ранение диафрагмы. Все пациенты оперированы. Наиболее часто у наших пациентов встречались следующие послеоперационные осложнения: пневмония – 11,4 %, бронхообтурационный синдром - 9,3 %, респираторный дистресс - синдром взрослых – 3,7 %, перитонит – 3,6 %, эмпиема плевры – 1,9 %. Послеоперационная летальность составила 5,9 %.

Выводы.

1) Высокая летальность, раневые осложнения, длительные сроки пребывания в лечебных учреждениях, утрата трудоспособности и высокий уровень инвалидизации определяют необходимость дальнейшего совершенствования медицинской помощи данной категории пострадавших.

2) Успех лечения раненых достигается грамотным и своевременным определением преобладающей травмы.

3) Операции по поводу проникающих ранений живота выполняются в первую очередь при отсутствии продолжающегося жизнеугрожающего кровотечения других локализаций. Необходимо соблюдать адекватность организации помощи пострадавшим и сокращение временного промежутка до момента начала оказания специализированной помощи.

Герасименко Д.С.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИЯМ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Научный руководитель – доц. Кузьменко А.Е.

Цель. Оценить возможности дооперационной компьютерной томографии (КТ) в определении показаний к применению открытых и малоинвазивных операций больных с панкреонекрозом.

Материал и методы. Из 1612 больных с острым панкреатитом, лечившихся в клинике за последние 8 лет, у 328 (20,3%) выявлен панкреонекроз – стерильный (23%), и инфицированный (77%). Среди них были 222 (67,7%) мужчин и 106 (32,3%) женщин в возрасте 24-79 лет. 62,5% пациентов были с тяжелой формой деструктивного панкреатита. Применены следующие методы исследований: клиничко-лабораторные; ультразвуковой; компьютерная или магнитно-резонансная томография; определение тяжести в соответствии с классификацией, принятой в Атланте в 1992 году; лапароскопия; цитологическое и бактериологическое исследование содержимого брюшной полости, сальниковой сумки, определение уровня амилазы; чресдренажная фистулография. Компьютерная томография выполнялась на томографе «SOMATOM AR.C» фирмы «Siemens» (Германия), с внутривенным болюсным усилением.

Результаты. При осложнённом панкреонекрозе возможности первичного ультразвукового исследования ограничены. В динамике КТ у неоперированных больных выполняли не реже одного раза в 7-10 суток. Применение внутривенного контрастного усиления позволило улучшить визуализацию паренхимы поджелудочной железы и оценить её размеры. На 2-3-й неделе заболевания образуется капсула, которая накапливает контрастное вещество, что явилось основанием для чрескожных пункционно-дренажных вмешательств под ультразвуковым контролем - в 106 (32,6%) случаев. Наиболее часто (60,2%) скоплений экссудата происходит в сальниковой сумке, затем (14,7%) – в левом параколическом кармане. У 171 (52%) пациентов выполнены различные лапароскопические вмешательства – некр -, секвестрэктомия, дренирование сальниковой сумки и др. Тяжёлое прогрессирующее течение панкреонекроза было у 51 (15,7%) больного, оно сопровождалось ферментативным перитонитом и поражением забрюшинной клетчатки. Этим пациентам выполнены открытые операции.

Выводы. Использование компьютерной томографии в диагностике форм и осложнений панкреонекроза, а также оценке его распространённости даёт возможность своевременно определить лечебную тактику, в том числе объём хирургических вмешательств, что положительно влияет на прогноз заболевания и жизни.

Калайтанов М.В., Самойлов Н.С.

ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

Научный руководитель – доц. Межаков С.В.

Цель. Оптимизировать результаты лечения больных гемангиомой печени (ГП) путём модификации видеолапароскопического метода.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ видеолапароскопического лечения 78 пациентов с сосудистой ГП, которые лечились в I хирургическом отделении

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

ДоКТМО с 2011 по 2017 годы. Среди пациентов было 55 (70,5%) женщины и 23 (29,5%) мужчины, средний возраст составил $32,4 \pm 2,6$ лет. Гемангиомы были диаметром от 3 до 19 см. Для диагностики использованы методы: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерная или магнитно-резонансная томография. Всем 78 больным выполнены различные видеолaparоскопические операции (резекция печени и энуклеация).

Результаты. Резекция печени произведена у 57 (73,1%) пациентов и энуклеация – у 21 (26,9%). Остановку кровотечения осуществляли с помощью ультразвукового скальпеля или электрокоагуляции. Применяли также пластину Тахокомб. В клинике разработан и успешно применен у 11 больных “Способ ликвидации остаточных полостей печени” (патент на полезную модель 35718 от 10.10.2008г.), с заполнением остаточной полости тромбоцитарным концентратом после резекции печени или энуклеации. Послеоперационный период протекал без осложнений. Средний срок пребывания пациентов в стационаре – $4,1 \pm 1,7$ дней.

Выводы. Видеолaparоскопические операции при сосудистых гемангиомах печени являются малоинвазивными, их необходимо применять в специализированных хирургических отделениях, оснащённых современным оборудованием (ультразвуковой скальпель и др.).

Киселев К.И., Самойлов Н.С.

ПРОНИКАЮЩАЯ ТРАВМА ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ БРЫЖЕЙКИ КИШЕЧНИКА

Научный руководитель – доц. Греджев Ф.А.

Цель. Анализ результатов хирургического лечения пострадавших с проникающей травмой живота и повреждением брыжейки кишечника.

Материал и методы. За последние 4 года в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна лечились 53 больных с открытой травмой живота, из них у 11 было повреждение брыжейки кишечника. Мужчин было 9, женщин – 2 в возрасте 23-65 лет. В состоянии алкогольного опьянения было 6 человек. Из 11 пострадавших у 10 была криминальная травма (ножевое или огнестрельное ранение), у 1 – суицидальная попытка. Одиночные ранения живота выявлены в 8 случаях, множественные – в 3. Применены методы обследования: клиничко-лабораторные, лапароцентез, ультразвуковой, лапароскопия.

Результаты. В удовлетворительном состоянии было 7 пациентов, средней тяжести – 3, в тяжелом – 1. С момента поступления через 1-2 часа оперированы 7 больных, поле 2 часов – 4. Во время операции в брюшной полости у 3 раненых выявлено до 500 мл крови, до 1000 мл – у 4, до 1500 мл – у 2, до 2000 мл – у 2. У 8 пострадавших проведена реинфузия крови в количестве от 200 до 1600 мл. В процессе операции выявлены следующие повреждения: брыжейка кишечника – 4, тонкая кишка и ее брыжейка – 5, толстая кишка и ее брыжейка – 2, множественные повреждения печени или селезенки – 3. В 4 случаях выполнена лапаротомия, перевязка сосудов брыжейки и её ушивание, в 6 – ушивание раны кишечника и брыжейки, в 1 резекция участка тонкой кишки с анастомозом «конец в конец», в 3 – симультанные операции. Летальных исходов не было.

Выводы. Проникающая травма живота с повреждением брыжейки кишечника является жизненно опасной, в первую очередь, из-за внутреннего кровотечения, и нуждается в срочной операции.

Колос А.С., Антилогов А.А.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Научный руководитель - проф. Хацко В.В.

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с торако-абдоминальными ранениями и повреждением печени.

Материал и методы. За последние 10 лет в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна лечились 53 пациента с проникающими ранениями живота, из них 14 (26,4%) было торакоабдоминальных с повреждением печени. Мужчин было 11, женщин - 3 в возрасте 21-72 лет. Криминальный характер травмы отмечен в 12 из 14 случаев. Колото-резаные ранения были у 12 человек, огнестрельных - у 2. Все пострадавшие обратились в стационар в первые 5 часов с момента ранения. В состоянии шока были 8 пациентов из 14. Применены методы исследования: клиничко – лабораторные, рентгенография грудной клетки и живота, лапароцентез (лапароскопия). При повреждениях печени применяли классификацию Е. Мооге (1994), для определения тяжести состояния пациентов - шкалы ВПХ-П (Р) и ВПХ –П (ОР).

Результаты. I ст. повреждения печени отмечена в 6 случаях, II ст. – в 4, III ст. – в 2, IV ст. – в 1. V ст. – в 1. Повреждения средней тяжести выявлены у 7 пострадавших, тяжелые – у 5 и крайне тяжелые – у 2. Ушивание раны печени с электрокоагуляцией выполнено в 8 случаях, атипичная резекция – в 4, тампонирование раны печени марлевой салфеткой – в 1, тампонирование прядью большого сальника – в 1. Сопутствующие повреждения также устранялись. После операции умер 1 пациент 72 лет от геморрагического шока.

Выводы. Оптимальными методами диагностики при торакоабдоминальных ранениях с повреждением печени являются рентгенография грудной клетки (торакоскопия) и живота, лапароцентез (лапароскопия). При ранениях печени целесообразно ушить рану печени и устранить сопутствующие повреждения. Тампонирование раны печени показано при невозможности остановить кровотечение другими методами и при выраженных нарушениях гемодинамики.

Литвинова А.С.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ УШИВАНИЯ РАНЫ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ОРГАНА

Научный руководитель – проф. Хацко В.В.

Цель. Модификация шва на рану паренхиматозного органа (печень, селезёнка, почка и др.) для повышения эффективности лечения.

Материалы и методы. Известно множество способов ушивания ран печени, селезенки и почки – это наложение простых узловых швов, 8–образных швов, швов Кузнецова–Пенского и др. Недостатками этих известных способов являются: недостаточные гемостаз и жёлчестаз; не исключаются образования остаточной полости, которые могут осложняться абсцессом селезёнки или печени, биломой, холангитом, сепсисом; при наложении шва нить прорезает паренхиму, вызывая дополнительную травму и усиление кровотечения; при наложении шва происходит деформация краёв раны; нередко возникают некрозы в зоне прохождения швов в паренхиме органа, которые

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

становятся причиной нагноения или вторичного кровотечения. Разработан новый способ ушивания раны паренхиматозного органа и апробирован на почке свиньи.

Результаты. Суть способа состоит в том, что перекрещиваемые нити проводят через правую и левую половины раны в виде прямоугольных трапеций с введением в середину раны 10-15 мл тромбоцитарного концентрата и завязыванием концов нитей на одной стороне раны.

Выводы. Разработанный способ обеспечивает герметичность раны, его целесообразно применять при ушивании раны паренхиматозного органа.

Литвинова А.С.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ СЕЛЁЗЕНКИ

Научный руководитель – проф. Хацко В.В.

Цель. Повышение эффективности органосохраняющих операций при непаразитарных кистах селезёнки (НКС).

Материалы и методы. В клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна за последние 6 лет лечились 8 больных с НКС различной локализации. Из них было 5 женщин и 3 мужчин в возрасте 19-47 лет. Применены следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой с дуплексным сканированием, компьютерную или магнитно-резонансную томографию, лапароскопию. Для интерпретации сонографических данных использовали классификацию типов кист по Ghardi M.A. et al.(1981). После установки 3-х портов при лапароскопии выполнялась пункция кисты селезёнки. Содержимое кисты удалялось с помощью электроотсоса. Выступающие стенки кисты иссекались с помощью ультразвукового скальпеля «Гармоник», с коагуляцией остающейся стенки кисты, что позволяло добиться стойкого гемостаза.

Результаты. Ранний послеоперационный период протекал без особенностей. Интра – и послеоперационных осложнений не отмечалось. Анальгетики применялись в течение первых суток после операции. Пациенты выписаны через 6-7 суток.

Выводы. Лапароскопическая цистэктомия обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода, улучшение качества жизни, сокращение срока госпитализации.

Макаренко А.О., Шаталюк М.П.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ (научный обзор)

Научный руководитель – проф. Хацко В.В.

Цель. Хирургическое лечение пациентов с непаразитарными кистами печени (НКП) по данным отечественной и зарубежной литературы.

Материал и методы. За последние годы, в связи с широким применением современных лучевых методов исследования, частота МКП увеличилась – 5,3 – 11,8% от всех случаев доброкачественных очаговых образований печени. Это заболевание в 3 – 5 раз чаще встречается у женщин, чем у мужчин (Гальперин Э.И. и др., 2011; Ярешко В.Г. и др., 2017). В настоящее время в литературе существуют различные взгляды на тактику ведения больных с НКП. При кисте диаметром до 5 см показано динамическое

наблюдение. В остальных случаях рекомендовано оперативное лечение: пункционно-дренажное (Гаврилов А.Е. и др., 2012; Зубов А.Д. и др., 2017), лапароскопическое (Филижанко В.Н. и др., 2015; Шаталов А.Д. и др., 2017), лапаротомное (Ничитайло М.Е. и др., 2015; Хворостов Е.Д. и др., 2017). Деэпителизацию оставшейся стенки кисты при частичном её иссечении проводят различными способами: диатермокоагуляцией, ультразвуковой кавитацией, коагуляцией аргоном, этанолом, тромбоваром и др. (Сипливый В.А. и др., 2014; Котенко О.Г. и др., 2017). Послеоперационные осложнения чаще (8 – 27,4%) наблюдаются после лапаротомных операций. В настоящее время, если киста не гигантская и не осложнённая, летальных исходов не бывает.

Выводы. По данным литературы, лучшими методами хирургического лечения НКП являются малоинвазивные: пункционно-дренажные и лапароскопические. Однако при кистах более 10 см, осложнённых и расположенных внутри паренхимы печени, показана лапаротомная операция.

Осетрова М.Е., Савкина О.Н.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТОЙ СОЧЕТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Научный руководитель – доц. Дудин А.М.

Цель. Оценить эффективность применения лапароскопии у пострадавших с закрытой сочетанной абдоминальной травмой (ЗСАТ).

Материал и методы. Проведен анализ результатов диагностики и лечения у 36 пострадавших ЗСАТ, которые лечились в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна за последние 5 лет. Из них мужчин было 31, женщин – 5 в возрасте 20 – 63 лет. Были повреждены 2 анатомо-функциональные части тела у 11 чел., три - у 19, четыре – у 6. Тяжесть травмы и прогноз травматической болезни определяли по шкале ВПХ – МТ и с помощью многофакторного анализа. Методы обследования у пациентов: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерная томография, лапароцентез, лапароскопия. Пострадавших с благоприятным прогнозом травматической болезни было 29, с сомнительным – 6, с неблагоприятным – 1.

Результаты. С помощью лапароскопии в 16 случаях диагностировано повреждение печени, в 6 – селезёнки, в 6 – тонкой кишки, в 1 – нисходящего отдела толстой кишки. У 29 пострадавших выполнена лапаротомия с ушиванием ран органов, у 4 – спленэктомия. У 3 пациентов с повреждением печени II ст. по Моогге кровотечение из печени остановлено с помощью диатермокоагуляции через лапароскопические порты. Брюшная полость санирована и дренирована. Диагностическая точность лапароскопии при ЗСАТ составила 96,7%, средняя длительность её выполнения – $24,7 \pm 1,8$ минут.

Выводы. Лапароскопия при ЗСАТ является диагностически ценным методом, который может быть лечебным и даёт возможность исключить пробную лапаротомию.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Пархоменко А.В., Фоминов В.М., Каплун А.И.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЛИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ С ПОЗИЦИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Научный руководитель – проф. Хацко В.В.

Цель. Изучить отдалённые результаты лечения после малоинвазивных и лапаротомных операций по поводу солитарных непаразитарных кист печени (СНКП).

Материал и методы. Исследование качества жизни (КЖ) является конечным этапом оценки эффективности конкретного способа операции. Изучены отдалённые результаты (в сроки от 1 года до 5 лет) хирургического лечения 116 пациентов с СНКП, которые были оперированы в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна за последние 8 лет. Женщин было 87 (75,0%), мужчин – 29 (25,0%) в возрасте от 21 года до 76 лет. По способу выполнения операций пациенты были разделены на 3 группы: I - я – пункционно - дренажные – 57 чел. (модифицированные – 31, стандартные - 27); II – я – лапароскопические – 38 чел. (модифицированные – 23, стандартные - 15); III – я – лапаротомные - 21 чел. (модифицированные – 13, стандартные - 8). Дизайн работы включал в себя объективные методы исследования и сбор субъективных данных путём анкетирования пациентов с помощью общего опросника здоровья MOS SF – 36 и специальной разработанной нами анкеты.

Результаты. Модифицированные операции были защищены 6 – ю патентами. После пункционно – дренажных вмешательств хорошие отдалённые результаты получены в 36% случаев, удовлетворительные - в 56%, неудовлетворительные – в 8%; после лапароскопических вмешательств: хорошие - в 41,9% случаев, удовлетворительные - в 53,5%, умерли от других заболеваний – 4,6%; после лапаротомных операций: хорошие результаты – в 25,8%, удовлетворительные – в 51,7%, неудовлетворительные – в 11,4%, умерли от других заболеваний – 11,4%. Пациенты с хорошими отдалёнными результатами имеют достаточно высокий уровень КЖ, который приближается к уровню здоровых лиц. Пациенты, как правило, сохраняют трудоспособность ($71,3 \pm 4,7\%$). В группе пациентов с удовлетворительными результатами общее КЖ было снижено по всем шкалам на 11 – 54%. В группе пациентов с неудовлетворительными результатами общее КЖ снижено на 26,74%.

Выводы. Уровень КЖ пациентов после малоинвазивных операций в отдалённом периоде приближается к популяционной норме. У больных после лапаротомных операций КЖ снижено в 2,3 раза относительно этой нормы. Малоинвазивные вмешательства можно считать операциями выбора в лечении пациентов с СНКП.

Пархоменко А.В., Фоминов В.М., Потапов В.В.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЛИТАРНЫМИ НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ

Научный руководитель – проф. Хацко В.В.

Цель. Анализ и оценка эффективности малоинвазивных и модифицированных способов хирургического лечения больных с непаразитарными кистами печени (НКП) по сравнению с лапаротомными операциями.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 138 пациентов с НКП, лечившихся в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна за последние 7 лет. Женщин было 102 (74%), мужчин – 36 (26%) в возрасте 20 – 73 лет. Размеры кист печени: от 4 до 5 см – 14 (10,5%), от 6 до 10 см – 92 (66,2%), более 10 см – 32 (23,3%). Наиболее информативными методами обследования были: ультразвуковой, компьютерная томография и лапароскопия. По способу выполнения оперативных вмешательств больные были разделены на 3 группы: I - я – пункционно-дренажные – 63 чел. (модифицированные – 34, стандартные – 29); II - я – лапароскопические – 45 чел. (модифицированные – 28, стандартные – 17); III –я - лапаротомные – 30 чел (модифицированные – 18, стандартные – 12).

Результаты. Модифицированные операции защищены 6 патентами:

1. «Способ резекции паренхиматозного органа» (патент № 81922 от 10.07.2013г.); 2. «Способ лечения полостного образования паренхиматозного органа» (патент № 82354 от 27.07.2013 г.); 3. «Способ анатомической резекции паренхиматозного органа» (патент № 86324 от 25.12.2013 г.); 4. «Способ лечения кисты печени» (патент № 123096 от 12.02.2018 г.); 5. «Способ малоинвазивного лечения кисты паренхиматозного органа» (патент № 123086 от 12.02.2018 г.); 6. «Способ пункционного лечения кисты паренхиматозного органа» (патент № 123085 от 12.02.2018г.).

После модифицированных пункционно-дренажных, лапароскопических и лапаротомных вмешательств различные осложнения отмечены в 2,9%, 3,6% и 5,6% случаев соответственно, после традиционных аналогичных вмешательств – в 6,9%, 5,9% и 8,3% соответственно. Умер 1 больной 72 лет после лапаротомной операции от полиорганной недостаточности.

Выводы. Операция при НКП целесообразно выполнять в специализированных гепатологических хирургических центрах, с применением разработанных в клинике модифицированных способов. Это позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений на 2,3 – 4% и увеличить количество хороших отдалённых результатов на 65,2%, уменьшить число неудовлетворительных результатов – на 27%.

Самойлов А.С., Косенко М.А.

НОВЫЙ СПОСОБ ПУНКЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТЫ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ОРГАНА

Научный руководитель – доц. Дудин А.М.

Цель. Модифицировать способ пункционного лечения кисты паренхиматозного органа.

Материал и методы. Способ разработан в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна (патент на полезную модель №123085 от 12.02.2018 г.). Способ включает выполнение чрескожной пункции кисты под ультразвуковым контролем, аспирацию её содержимого, введение через иглу 96% этилового спирта, эвакуацию его через 5 – 10 минут экспозиции. После эвакуации спирта остаточную полость кисты заполняют коллагеновым раствором Этоксисклерола или Фибро – Вейна в соотношении 1: 3, в объёме ½ эвакуированного содержимого кисты.

Результаты. Способ применён у 2 пациентов с непаразитарной кистой печени без осложнений. Срок госпитализации - 3 – 5 дней. Этоксисклерол и Фибро – Вейн вызывают

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

склерозирование остаточной полости паренхиматозного органа соединительной тканью, что было доказано при ультразвуковом исследовании. Остаточная полость в печени после резекции кисты значительно уменьшилась в размерах и была полностью заполнена соединительной тканью.

Выводы. Модифицированный способ пункционного лечения кисты паренхиматозного органа целесообразно применять в специализированных хирургических гепатологических отделениях.

Химич В.В.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ УЩЕМЛЁННОЙ ГРЫЖЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель – доц. Межаков С.В.

Цель. В настоящее время отмечается увеличение количества больных пожилого и старческого возраста в общей структуре больных хирургических отделений, в том числе с ущемлениями наружных грыж живота. Целью нашего исследования было оценить особенности клинического проявления и хирургической тактики у больных пожилого и старческого возраста при ущемленных грыжах живота.

Материал и методы. 52 больных, находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии им. К.Т.Овнатяна по поводу ущемленных грыж за период с 2012 по 2017 гг. Из них в возрасте старше 60 лет было 28 человек. Мужчин было 12, женщин - 40.

Результаты. В первые 6 часов с момента заболевания обратилось 35 (67,3%) больных, от 6 до 24 часов 11 больных (21,1%) и позже 24 часов – 6 (11,5%). Резекция участка кишки потребовалась 5 больным, причем у одного больного операция закончена наложением илеостомы. Умер 1 пациент. Послеоперационные осложнения встретились у 8 (15,3%) больных.

Выводы: Высокий процент осложнений, угроза летальных исходов диктует необходимость расширить показания к плановому оперативному лечению больных данной возрастной группы. С первого дня больным проводят профилактику тромбоэмболических осложнений, назначая антикоагулянты под контролем коагулограммы. Главной особенностью оперативного лечения у больных этой группы является необходимость при поступлении проведения дополнительных исследований и консультаций смежных специалистов, что вызвало задержку проведения операции от 1 до 2-х часов.

Шановалов А.С.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ С КОНТУЗИЕЙ ЛЁГКИХ

Научный руководитель – доц. Вегнер Д.В.

Цель. Оптимизация диагностики и лечебной тактики у пациентов с тяжёлой закрытой травмой груди (ТЗТГ) и контузией лёгких.

Материал и методы. За последние 7 лет в клинике хирургии им. К. Т. Овнатяна лечились 528 пациентов с ТЗТГ, из них у 104 был ушиб лёгких (ограниченный – 84 и обширный – 20). Для диагностики применялись в основном рентгенография органов грудной клетки и компьютерная томография.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты. При обширной контузии лёгкого, у 8 больных (37,1%) на второй день после травмы выявлены значительные патологические затемнения. Проведено динамическое рентгениследование через двое суток. В связи с кровохарканьем проводились гемостатическая терапия, адекватное обезболивание и поддержка проходимости дыхательных путей. При ограниченной контузии лёгких процесс протекал благоприятно и не требовал специальных методов санации трахео-бронхиального дерева, бронхоскопии, катетеризации трахеи по Кюну и др. При обширной контузии лёгких тяжесть состояния была обусловлена дыхательной недостаточностью из-за флотирующих переломов рёбер или грудины с кровоизлияниями в паренхиму лёгкого. Поэтому у 22 пациентов применена разработанная нами панель для экстраплевральной фиксации отломков рёбер. Санацию трахео-бронхиального дерева проводили сразу после поступления пострадавшего и продолжали в сочетании с антибактериальной терапией. Уже первая фибротрехеобронхоскопия позволяла определить характер содержимого дыхательных путей и различные повреждения. Рентгенологические изменения после контузии лёгкого исчезали или значительно уменьшались на 9-12 сутки, но иногда затягивались до 3 недель и более.

Выводы. Контузия лёгких является тяжелыми видами повреждений и сопровождаются большим количеством осложнений. Своевременная доставка в хирургический стационар таких пострадавших и своевременное лечение является залогом благоприятного исхода.

Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург, Россия Кафедра факультетской хирургии Зав. Кафедрой - проф. Дёмин Д.Б.

Уколова Е.С., Лихограй Л.И.

ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В ГОРОДЕ ОРЕНБУРГЕ

Научный руководитель – доц. М.Т. Авченко

Цель: проведение анализа тактики лечения пациентов с острой артериальной непроходимостью конечностей и оценка результатов хирургических методов лечения. В условиях отделения сосудистой хирургии за 2016 — 2017 гг. наблюдалось 123 пациента с острой артериальной непроходимостью.

Материалы и методы: Проанализированы истории болезни 123 пациентов за 2016-2017 гг. с острой артериальной непроходимостью: 55 случаев острой артериальной эмболии и 68 – острого артериального тромбоза. Среди оперированных преобладали мужчины - 79 (64,2%). Распределение по возрасту: 20- 35 лет- 1(0,8%), 35- 60 лет- 35(28,4%), 60- 75 лет- 41(33,3%), 75- 90 и старше лет – 46(37,3%). Количество пациентов с поражением верхних конечностей- 27 (21,9 %), нижних- 96 (78%). Наиболее типичными местами локализации тромбов и эмболов являются места разветвления сосудов, поскольку именно там диаметр сосуда уменьшается. Наиболее частой локализацией в нижней

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

конечности является бедренная артерия- 41(42,7%), затем подколенная артерия- 27(28,1%), но также часто поражались две артерии и более- 28(29,1%). В верхней конечности частой локализацией были плечевая артерия и артерии предплечья- 18(66,6%), подключичные и подмышечные артерии поражались в 9(33,3%) случаях. Тактика обследования и лечения во многом зависела от степени ишемии, а также от сроков от начала заболевания. По степени ишемии больные распределялись следующим образом : ишемия 1 степени — 34 (27,6 %), 2 степени — 86 (69,9 %), 3 степени — 1 (0,8 %), 4 степени- 2(1,6%); чаще всего — 2А стадия — 68 случаев (55,2 %). Сроки поступления пациентов в стационар от начала заболевания: 2- 4 ч — 62 (50,4 %), 4 —12 ч -40(32,5 %), 12 —24 ч — 16 (13 %) и свыше 24 ч —5 (4 %).

Результаты: Все пациенты оперированы в экстренном порядке через 1 — 2 ч после поступления. Первичная ампутация конечности — на уровне нижней трети бедра выполнена у 3-х пациентов — во всех случаях при 3Б стадии (сроки поступления всех этих пациентов были свыше 24 часов). Во всех остальных 77 случаях (94,2 %) выполнялась открытая эмболэктомия. Послеоперационные осложнения в виде ретромбоза наблюдались у 7(5,6%) пациентов.

Выводы: В группе риска острой артериальной непроходимости находятся люди старше 60 лет, наибольший риск развития патологии у мужчин (1:2). Оперативное вмешательство, выполненное по экстренным показаниям, с соблюдением анатомических особенностей и вариантов локализации тромботических масс или эмболов обеспечивает хороший эффект и уменьшает сроки лечения. Ранняя диагностика с помощью ультразвукового дуплексного ангиосканирования больных позволяет выявить локализацию, а затем выбрать наиболее рациональный метод лечения, которое помогает избежать грозных осложнений.

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, ЛНР, г. Луганск Отделение торакальной хирургии Луганской республиканской клинической больницы.

Ваганова М.Т.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ ОСТЕОХОНДРОМЫ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Научный руководитель – асс. Мосин Д.В.

Остеохондрома (костно-хрящевой экзостоз) – доброкачественное опухолевидное образование, которое представляет собой костное основание, снаружи покрытое хрящевой тканью, а изнутри заполненное костно-мозговым содержимым. На долю первичных опухолей грудной клетки приходится 5% всех опухолей.

Цель. Изучение редкого клинического случая гигантской остеохондромы с распадом у женщины 53 лет.

Материалы и методы. Анализ истории болезни пациентки и современных источников литературы.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты. В Луганскую республиканскую клиническую больницу обратилась женщина с жалобами на выделения с неприятным запахом из свищевых ходов над опухолевидным образованием, расположенным на передней стенке грудной клетки. Из анамнеза известно, что пациентка больна в течение 45 лет, по мере взросления размеры опухолевидного образования увеличивались - это влияло на качество жизни пациентки, однако за помощью она не обращалась.

На СКТ органов грудной клетки в мягких тканях передней грудной стенки определялось объемное образование размерами 33x17x21см с бугристыми контурами, гетерогенной структуры с наличием множества кальцификатов, а также полостей распада с содержимым и свищевыми ходами, открывающимися на передней поверхности грудной клетки. В торакальном отделении было произведено оперативное вмешательство в условиях комбинированной анестезии (продолжительный торакально-эпидуральный блок + общая поликомпонентная анестезия с ИВЛ). В ходе операции методом кускования наружная часть данного опухолевидного образования, вес которого составил около 10 кг, была отсечена от грудной стенки. Далее была произведена резекция средней и нижней трети грудины и парастернальных хрящей III-VI ребер с обеих сторон. Следует заметить, что при выделении грудины была вскрыта правая плевральная полость, образовавшийся дефект плевры был ушит непрерывным викриловым швом с последующим дренированием полости силиконовым дренажем по Бюлау в VII межреберье справа по средней подмышечной линии. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Выводы. Одним из важных разделов проблемы лечения доброкачественных опухолевых образований является выбор объема операции для их удаления, так как хирургическое вмешательство сопряжено с опасностью повреждения открытой зоны роста и окружающих сосудисто-нервных структур. Несмотря на внушительное количество оперативных методов лечения описанной выше патологии (от обширных резекций с созданием костного дефекта до ограниченных вмешательств) до настоящего времени нет единой выработанной тактики и подходов к лечению остеохондром, что показывает необходимость тщательного обследования и разработки плана оперативного вмешательства с учетом индивидуальных анатомо-физиологических особенностей пациента в каждом конкретном случае.

ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ И ХИРУРГИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ ФИПО

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР

Кафедра травматологии, ортопедии и хирургии
экстремальных ситуаций ФИПО

Зав. кафедрой – проф. Лобанов Г.В.

Евтушенко Б.О., Павлюченко Е.В., Бодаченко К.А.

ПРИМЕНЕНИЕ V.A.C. - ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ТРАВМАТОЛОГИИ

Научный руководитель – проф. Лобанов Г.В.

Цель. Оценить эффективность лечения обширных инфицированных ран нижних конечностей.

Материал и методы. Проанализированы результаты по 144 пациентам находившиеся на госпитализации в условиях ОКГИ с 2012 по 2017 гг. Общее количество оперативных вмешательств по первичной установке, смене повязки и закрытию раны составило 183. Локализация использования дренажных систем на бедро 54 (29,5%), голень 76 (41,5%) и стопа 53 (28,9%). При первичной установке V.A.C. системы наиболее часто из раны высевали грамположительный возбудитель *Enterococcus fascialis*, стафилококки *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis*.

Результаты. Проблема лечения ран остается актуальной темой современной травматологии и ортопедии. В настоящее время одним из достижений в лечении обширных инфицированных ран нижних конечностей является V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) терапия. Главным принципом данной методики является создание отрицательного давления в ране с помощью замкнутой системы. Состоящего из источника отрицательного давления и герметичной повязки: стерильная пористая гидрофильная губка с порами размером от 400 до 2000 микрометров, ригидные перфорированные дренажные ПВХ – трубки и источник вакуума с контейнером для экссудата (Висма-Планар 40А и 80А) и закреплялась повязка при помощи стерильного адгезионного покрытия в виде прозрачной пленки (TEGADERM FILM 3М или IOBAN 3М). За промежуток с 2012 по 2017 гг. было проведено 183 операции с применением методики V.A.C. Максимальное количество сменных повязок на одного пациента не превысило трех раз. При помощи внешнего контрольного устройства в системе вакуумной аппаратуры поддерживался диапазон значений отрицательного давления от 90 до 120 мм.рт.ст. На первичной постановке V.A.C. повязки брались мазки из раны для дальнейшего назначения антибактериальной терапии. На втором этапе проводилось переклейка и замена губки, при котором было видно улучшение со стороны раны. Третий этап включал в себя удаление и зашивание раны. По изученным данным в дальнейшем рецидивов воспалительных процессов в ране, выделений и обсемененность микроорганизмами не выявлено.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. V.A.C. терапия в наше время является эффективным методом лечения обширных инфицированных ран нижних конечностей отрицательным давлением. Применение данной методики способствует сокращению сроков очищения раны от тканевого детрита. Оптимизирует этапы протекания воспалительного процесса. Улучшились результаты лечения: снижается локальный отек, улучшается перфузия тканей, уровень зараженности раны микроорганизмами снижается, активизируются регенераторные свойства поврежденных тканей, поддерживается влажная раневая среда, необходимой для нормального заживления раны.

Ленковец А. С., Козлова В.И

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Кафедра травматологии и ортопедии, заведующий кафедрой: д.м.н, проф. Макаревич Е.Р.,
Научный руководитель - доц. Жук Е.В.

Боль в послеоперационном периоде после ТЭКС, которая начинается с момента окончания действия спинальной анестезии, т.е. около 2 часов после операции, приводит к ограничению функции коленного сустава и снижению качества жизни. В настоящее время для послеоперационного обезболивания используются различные методы, такие как эпидуральная анестезия, анальгезия опиоидами, блокада периферических нервов. Однако каждый из этих методов имеет свои ограничения. Новая методика обезболивания – это периартикулярная инфильтрация местными анестетиками в большом объеме и низких концентрациях в сочетании с наркотическими анальгетиками, адреналином и различными противовоспалительными средствами.

Цель. Оценить эффективность применения мультимодальной периартикулярной инфильтрации (МПИ).

Материалы и методы. В проспективном исследовании участвовало 40 человек, которым было выполнено ТЭКС. Результаты получены с помощью анкетного метода. Пациенты были разделены на 2 группы. В основной группе (n = 20) проводили мультимодальную периартикулярную инфильтрацию. Раствор имел следующий состав: ропивакаин 0,4 % 50 мл (20 мл 1 % раствора + 30 мл 0,9 % раствора хлорида натрия), кеторолак 30 мг, дексаметазон 12 мг, адреналин 250 мкг. В контрольной (n = 20) группе проводилась инфильтрация 50 мл 0,9 % раствора хлорида натрия. Оцениваемыми параметрами были: уровень боли по ВАШ (визуальная аналоговая шкала), амплитуда движения в суставе, частота использования наркотических и ненаркотических анальгетиков.

Результаты. Пациенты из 1-й группы, получавшие МПИ, имели средний показатель ВАШ 5,3 через 6 часов после операции и ВАШ 3,0 через 24 часа после операции, а пациенты контрольной группы имели средний показатель ВАШ 6,4 через 6 часов после операции и ВАШ 3,1 через 24 часа после операции. Амплитуда движений в коленном суставе через 24 часа после операции у пациентов 1 группы составила в среднем 43 гр., а во 2-ой группе - 38 гр.. Использование наркотических и ненаркотических анальгетиков было реже в исследуемой, чем в контрольной группе. Продолжительность

пребывания в стационаре пациентов первой группы составило 14,2 дня, а второй – 14,0 дня.

Выводы. Использование мультимодальной периартикулярной инфльтрации при протезировании коленного сустава уменьшает боль и улучшает функцию коленного сустава сразу после операции по сравнению с оральным и внутривенным обезболиванием. Периартикулярная инфльтрация «коктейлем» препаратов существенно повышает качество послеоперационного обезбоживания и обладает отчетливым опиоидсберегающим эффектом, что способствует снижению числа осложнений, связанных с применением наркотических анальгетиков.

Павлюченко Е.В., Евтушенко Б.О., Бодаченко К.А.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЕРИФИКАЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ

Научный руководитель – проф. Лобанов Г.В.

Цель. Оценка преимуществ выделения возбудителя перипротезной инфекции из перипротезной ткани или из жидкости, полученной после ультразвуковой кавитации операционного материала.

Материалы и методы. В исследовании использовались гистологический материал и удаленные эндопротезы 16 пациентов с глубоким нагноением области эндопротеза тазобедренного сустава. Критерием отбора пациентов были: длительный болевой синдром, местные проявления (экзема в области послеоперационного рубца, свищ, отек), нестабильность компонентов эндопротеза, субфебрилитет. Кроме того, во внимание принимались только те пациенты, для которых были проведены все диагностические тесты определения перипротезной инфекции. Интраоперационно все компоненты эндопротеза и образцы перипротезных тканей помещали в стерильные пластиковые контейнеры для транспортировки в лабораторию. Исследуемый гистологический материал обрабатывался ультразвуковой кавитацией, полученная жидкость использовалась в культуральных методах и ПЦР исследовании 16S рРНК. При исследовании учитывалась предыдущая антибактериальная терапия, назначенная в течение 14 дней до операции.

К извлеченным эндопротезам добавляли раствор Рингера (250-800 мл), после чего также производилась обработка ультразвуком (40 кГц в течение 5 мин) (Trampruz et al., 2007). Полученную жидкость центрифугировали (1490g в течение 10мин) и осадок использовали для посева по тому же протоколу, что и для перипротезной ткани.

Результаты исследования перипротезной ткани и жидкости, полученной после обработки ультразвуком не изменили план лечения пациентов. ПЦР исследование использовалось только в качестве дополнительного метода, не влияя на обычный протокол диагностики.

Результаты. Эндопротезирование суставов, наряду с преимуществами, связанными с улучшением качества жизни пациентов, сопровождается в некоторых случаях возникновением грозного осложнения – перипротезной инфекции, которая составляет от 0,5% до 2% при первичном, до 15% при ревизиях. Особенности патогенеза данного осложнения затрудняет точное определение возбудителя, что в свою очередь

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

делает невозможной этиотропную антибактериальную терапию, которая является неотъемлемой частью лечения.

Анализ перипротезной ткани без обработки ультразвуком показал наличие у 10 пациентов (62,5%) наличие возбудителя. Результаты исследования жидкости после обработки ультразвуком были положительными у 13 пациентов (81,2%) с положительной перипротезной тканью. У 3 пациентов (18,7%) перипротезная ткань была ПЦР-положительной, тогда как бактерии не были обнаружены в жидкости после обработки ультразвуком. Наиболее частый возбудитель – *Enterococcus faecalis*, выделенный у 10 больных (76,9%) У 2 пациентов (15,3%) выделены *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis*.

Выводы. Результаты исследования показывают, что обработка перипротезной ткани и элементов эндопротеза ультразвуком повышают эффективность верификации возбудителя. Однако для улучшения верификации бактерий у пациентов с асептическим расшатыванием требуется дальнейшее исследование.

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский
университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР
Кафедра трансплантологии и клинической лабораторной
диагностики
Зав. кафедрой – проф. Денисов В.К.

Богданова М.Е.

НОВОЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Научный руководитель - проф. Денисов В.К.

В настоящее время в мире ежегодно выполняется более 130 тысяч трансплантаций органов.

Цель. оценка перспектив дальнейшего развития данного раздела медицины.

Материал и методы. Изучены направленность и эффективность новых разработок в трансплантологии по данным литературы.

Результаты. Отмечено увеличение количества трансплантаций органов, причем, особенно значительное в странах третьего мира. Результаты трансплантаций позволяют реципиенту прожить полноценный биологический цикл при хорошем качестве жизни. Трансплантация органов находит повсеместную поддержку на государственном уровне, в обществе, масс-медиа, церкви. В последнее десятилетие показания для трансплантации органов и их перечень значительно расширены. Например, выполнена не только пересадка матки, но и обеспечено вынашивание ею беременности и последующих родов. Впервые выполнена пересадка полового члена. Все чаще выполняются мультиорганные пересадки. Расширяется спектр трансплантаций с применением робототехники, увеличилась продолжительность консервации и расширено использование органов от асистолических и возрастных доноров, ранее не рекомендованных для трансплантации, за счет их машинной перфузии.

Радикально изменились подходы к ведению реципиентов с вирусным гепатитом С за счет нового высокоэффективного противовирусного препарата «Софосбувира», появление которого привело к завершению эры интерферонов в решении этой ключевой проблемы трансплантологии.

Продолжается разработка новых иммуносупрессантов селективно действующих на различные звенья иммунной системы, которые участвуют в развитии иммунной реакции на пересаженный орган. Это позволяет обеспечить минимальную, но адекватную иммуносупрессию. Конечной целью этих разработок является обеспечение возможности достижения долгосрочной трансплантационной толерантности без иммуносупрессии. Ведется разработка новых биотехнологий – принтирования, генетического модифицирования ксеноорганов (путем использования метода редактирования генов), создания киборгов. Обсуждаются этические аспекты этих новых направлений. Другая

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

важная тенденция – это создание «точной медицины» как модели здравоохранения, предусматривающей индивидуализацию ведения пациента, основанную на генетических, молекулярных и клеточных исследованиях. Актуальность указанных направлений будет возрастать и все больше обсуждаться по мере ожидаемого в ближайшие десятилетия увеличения средней продолжительности жизни до 90 лет, полетами на Марс и другие планеты.

Выводы. Трансплантация органов является интенсивно развивающимся направлением, которое должно рассматриваться как приоритет и будущее современной медицины.

Захарова К.С.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕЧНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Научный руководитель - проф. Денисов В.К.

Цель. анализ психологических особенностей и социальных аспектов проведения почечной заместительной терапии в условиях трансплантационного центра ДоКТМО.

Материал и методы. Всего в 2017 году в Центре получали почечную заместительную терапию 242 больных: 131 лечились только диализом (128 гемодиализом и 3 перитонеальным диализом), 4 – гемодиализом с последующей трансплантацией почки, 105 – только трансплантацией почки, 2 трансплантацией почки с возвратом на гемодиализ. В течение года проведено 13804 сеансов гемодиализа. Пациенты были опрошены в отношении их удовлетворенности качеством жизни.

Результаты. Опрос показал важность своевременности принятия пациентом решения о лечении диализом или трансплантацией почки, поскольку вся его дальнейшая жизнь проходит в рамках этого выбора. Задачей медперсонала является не только сохранение жизни пациента, но и достижение высокого уровня психологической адаптации. В нашем регионе эту работу усложняет высокий удельный вес «социальной составляющей», связанной с организацией процесса лечения в условиях недофинансирования и удаленного проживания пациентов. Особенности пациентов с уреимией, являются склонность к депрессии, отрицание правды о себе, мнительность. Они прислушиваются и зачастую выполняют любые советы, следование которым, по их мнению, помогло бы избежать диализа. Психологически и физически преддиализный период является наиболее тяжелым этапом. Это связано с общим плохим самочувствием, обусловленным уреимией и одновременной необходимостью принимать непростое решение о выборе метода лечения. С началом гемодиализа состояние значительно улучшается, но появляется новый страх - боязнь трансплантации. Кроме того, переходя на амбулаторный диализ, пациент отдаляется от врача и становится более подверженным другим влияниям. Очень многое зависит от его характера, возраста, пола, образования, профессии, места жительства, семейной атмосферы, материальной обеспеченности. Задача врача на этом этапе заключается в оказании пациенту необходимой моральной поддержки, позволяющей реализовать намеченный план лечения. Больной должен своевременно получать исчерпывающие ответы на волнующие его вопросы, в том числе о гарантиях продолжительной посттрансплантационной реабилитации. Несомненно, что лучшим ответом является эффективная работа коллектива Центра. При живом донорстве

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

необходим достаточный уровень мотивации у родственников. В задачу врача входит очень деликатное, с учетом конкретных условий, объяснение сути просьбы и получение согласия на донорство. Для этого лучше привлекать кадровых трансплантологов, что подтверждают успешные трансплантации почек, выполненные в трансплантационном центре ДоКТМО у самой консервативной категории пациентов - врачей (детский хирург, онколог, лаборант, терапевт, кардиолог).

Выводы. Организация почечной заместительной терапии с учетом индивидуальных психосоциальных особенностей пациентов позволяет рассчитывать на повышение эффективности проводимого лечения.

Ильина А.С.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Научный руководитель - проф. Денисов В.К.

Количество пересадок почек, выполняемых ежегодно в мире, к настоящему времени превысило 80 тысяч в год. Трансплантационная активность является одним из показателей, отражающих государственный потенциал и степень зрелости общества.

Цель. повышение доступности пересадок почек, анализ особенности их организации в нашем регионе и пути решения имеющихся проблем.

Материалы и методы. Изучены статистические данные, экономические аспекты и обоснована оптимальная модель проведения почечной заместительной терапии в современных условиях.

Результаты. Стоимость лечения диализом одного пациента в странах Евросоюза по данным Европейского объединения ЕКНА (European Kidney Health Alliance) колеблется от 40 до 80 тысяч евро в год. Стоимость трансплантации почки в течение первого года такая же, но в последующем лечение реципиентов, включая иммуносупрессию, на 40% дешевле, чем диализ при лучшем прогнозе и качестве жизни. Поэтому Евросоюз усилил работу по пропаганде трансплантационного донорства, по выполнению трансплантаций почек без предварительного лечения диализом. Стимулирование трансплантационных программ в странах Евросоюза выполняется путем введения лимита на лечение диализом, ограничивающегося пациентами, у которых есть противопоказания к трансплантации почки.

Доступность диализа в нашем регионе в связи с недофинансированием не превышает 10% в сравнении с экономически развитыми странами. Это является причиной общественного напряжения и основанием для увеличения трансплантационной активности, которая в свою очередь сдерживается дефицитом донорских органов. Трансплантация и диализ, как высокотехнологичные виды помощи требуют системного подхода к материально-техническому обеспечению и правовому регулированию.

Для решения проблемы донорского обеспечения в трансплантологии необходимо формирование положительного общественного мнения об этом разделе, подготовка кадров, введение современных правил удостоверения смерти человека на основании смерти его мозга в практическое здравоохранение, необходимы административные меры, направленные на стимуляцию и контроль за реализацией трансплантационного донорства в рамках «дорожной карты» развития трансплантологии.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. Трансплантация почек должна стать методом выбора в лечении терминальной стадии хронической почечной недостаточности. На сегодняшний день есть настоятельная необходимость в открытой поддержке трансплантации почек и других органов на уровне первых лиц государства, как это сделано в Российской Федерации, республике Беларусь и других странах.

Минин А.С.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОЧЕЧНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ДОНЕЦКОМ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ

Научный руководитель - проф. Денисов В.К.

Цель оптимизация деятельности Донецкого трансплантационного центра, анализ особенностей и обоснование приоритетов при проведении почечной заместительной терапии.

Материалы и методы. С апреля 1986 по март 2018 года в трансплантационном центре ДоКТМО выполнено 719 трансплантаций почек гражданам Украины, ближнего и дальнего зарубежья. Выделены ключевые этапы и оценены различные аспекты работы, влиявшие на условия проведения диализа и трансплантации почек.

Результаты. Предпосылками для освоения трансплантации почек в Донбассе явились общие успехи трансплантологии, а также материальная база и опыт ведения гемодиализа с 1963 года в областной клинической больнице им.М.И.Калинина (ныне ДоКТМО). Первая трансплантация почки в Донецке была выполнена 17 апреля 1986 года после большой подготовительной работы и получения на это официального разрешения Министерства здравоохранения СССР. Накопление опыта, обучение за рубежом, совершенствование техники операций, исследовательская работа, обновление материально-технической базы, в том числе, в рамках государственных финансируемых программ, оптимизация структуры Центра, соблюдение международных рекомендаций позволили выполнять трансплантации с результатами соответствующими современным стандартам. Введено преподавание «Трансплантологии». С началом боевых действий и по мере их продолжения в течение последующих лет пациенты и сотрудники Центра столкнулись с ситуациями, выходящими за пределы повседневного опыта. Со стороны коллектива Центра были предприняты усилия по материальному обеспечению диализа и трансплантации почек с привлечением административных инстанций, масс-медиа и международных правозащитных организаций. Был изучен опыт работы трансплантационных центров во время военного конфликта в Сирии, опыт организации работы отделений гемодиализа во время землетрясений в Японии, Италии, Турции. Несмотря на сложные условия последних лет, кадры и материально-техническая база Центра сохранились, обновились и позволяют оказывать помощь в прежнем объеме. К настоящему времени основными направлениями клинической деятельности Центра являются трансплантации почек, в том числе детям, от живых родственных или трупных доноров, а также подготовка условий для трансплантации печени и поджелудочной железы. Выполнять эту работу можно только при целенаправленной государственной поддержке на следующих приоритетных направлениях: 1. Укрепление трансплантационного центра, как оптимальной организационной формы для лечебной, научной, учебной и информационной работы. 2. Обязательная диспансеризация всех

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

больных с почечной недостаточностью в Центре и полное госбюджетное финансирование трансплантации. 3. Введение диагностики смерти мозга в практическое здравоохранение, повышение государством мотивации персонала, участвующего в донорстве. 4. Обеспечение госзаказа на информационные кампании и преподавание трансплантологии в объеме, соответствующем преподаванию других клинических специальностей.

Попова Я.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАСШИРЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК

Научный руководитель - проф. Денисов В.К.

Идеальным кандидатом на трансплантацию почки является молодой, хорошо реабилитированный методами внепочечного очищения больной, у которого нет инфекций, нарушений мочеиспускания и выраженной эмоциональной лабильности. Не все пациенты в терминальной стадии почечной недостаточности соответствуют приведенным выше критериям, но их лечение диализом является не менее сложной клинической задачей, в связи с чем возникает проблема выбора оптимального метода лечения. Исследование проведено с целью оценки целесообразности трансплантации почки пациентам с учетом их исходного состояния.

Материал и методы. С апреля 1986г. по март 2018г в Центре выполнено 719 пересадок почек. К группе кандидатов на трансплантацию почки с расширенными показаниями нами условно отнесены 103 пациента: 40 детей, в том числе дошкольного и младшего школьного возраста, 28 пациентам с диабетической нефропатией, 11 – с наличием системных заболеваний, семь – в аренальном состоянии. Пятеро пациентов были пожилого возраста (до 71 года), двое перенесли сложные кардиохирургические вмешательства. В одном случае имел место микроцист после 13-летней анурии. Девять трансплантаций сделаны повторно – третий или четвертый раз.

В 14 случаях трансплантации почек были совмещены с одновременным удалением собственной почки из общего операционного доступа. Поводом для одномоментных операций было наличие пиелонефрита вследствие аномалий развития мочевой системы или необходимость использования собственного мочеточника реципиента при микроцисте из-за длительной анурии.

В работе проанализированы особенности этих операций, результаты и целесообразность предпринятой лечебной тактики.

Результаты. Максимальная выживаемость почечного трансплантата, пересаженного в Центре 44-х летней больной хроническим гломерулонефритом, превышает 28 лет. Наблюдение продолжается. Годичная выживаемость реципиентов с расширенными показаниями к трансплантации и почечных трансплантатов составила 96,1% при хорошем качестве жизни. Благоприятный исход трансплантации был обеспечен благодаря повышению качества шовных материалов, коагуляции, инструментария, освещения, консервирующих растворов, использованию оптики при формировании анастомозов, наркозно-дыхательного аппарата высшего класса, применению современных иммуносупрессантов в рамках индивидуальных протоколов. Возраст, наличие избыточного веса, указанные выше основные заболевания,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

осложнившиеся почечной недостаточностью, не явились препятствием для успешного выполнения трансплантаций при условии тщательной подготовки к операции.

Выводы. Показания к трансплантации почек с учетом возросших технических возможностей их выполнения могут быть значительно расширены.

Талан А.С.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ СМЕРТИ МОЗГА В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПОСМЕРТНОГО ОРГАННОГО ДОНОРСТВА

Научный руководитель - проф. Денисов В.К.

Посмертное органное донорство считается этически допустимым и составляет основу трансплантационной хирургии.

Настоящее исследование проведено с целью определения роли врача отделения интенсивной терапии в выявлении потенциального донора и диагностике смерти мозга.

Материалы и методы. Нами проанализированы статистические данные и нормативно-правовая база органного донорства, а также отношение анестезиологов к участию в донорском процессе.

Результаты: Количество трупных мультиорганных доноров в странах Евросоюза, США, Канаде, Австралии составляет в среднем 15-22 и достигает в Испании – 39 на один миллион населения в год. В наших условиях посмертное донорство в последние годы имеет место в единичных случаях, хотя деятельность, связанная с трансплантацией, полностью регламентирована законодательно.

Потенциальным донором необходимо считать пациента с тяжелым доминирующим поражением головного мозга вследствие травм или заболеваний. По нашему опыту причинами отвода от посмертного органного донорства в 60% случаев были кратковременность пребывания пациентов в стационаре, преклонный возраст, отсутствие паспортных данных, наличие инфекций. Остальные 40% умерших могли быть отнесены к категории потенциальных доноров. Чрезвычайно важным является своевременное (согласно имеющимся приказам не позднее 1 часа с момента поступления в отделение интенсивной терапии) информирование трансплантационного центра о наличии потенциального донора. Диагностика смерти мозга, согласно инструкции, проводится с участием анестезиологов, нейрохирургов или невропатологов в соответствии с приказами главных врачей лечебных учреждений. Тем не менее, донорская программа не реализуется. Например, из 358 пациентов умерших в 2017 году в отделении интенсивной терапии ГБ №1 г.Макеевки, работающим ассоциировано с отделением нейрохирургии, посмертное донорство не реализовано ни в одном случае. Целенаправленная диагностика смерти мозга не ведется во многом из-за того, что анестезиологи не считают это своей функциональной обязанностью. Поэтому ключевым для организации эффективного посмертного органного донорства является введение диагностики смерти на основании смерти мозга в анестезиологические стандарты диагностики смерти человека, а донорская активность должна стать одним из критериев качества работы отделения интенсивной терапии.

Участие персонала отделений интенсивной терапии в реализации посмертного органного донорства требует высокой квалификации и значительных дополнительных физических затрат, является сложной организационной и психологической задачей.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Интенсификацию труда, связанную с обеспечением донорского процесса, необходимо дополнительно оплачивать, и этот вопрос должен быть решен на государственном уровне.

Выводы. Выполнение функциональных обязанностей связанных с посмертным органом донорством должно подробно оговариваться на этапе кадрового отбора врачей анестезиологов на работу в отделение интенсивной терапии и подлежать последующему административному контролю.

МАЛАЯ АКАДЕМИЯ НАУК

Учреждение дополнительного образования «Донецкая Республиканская Малая Академия Наук учащейся молодежи», г. Донецк, ДНР.

Соменко М. Ю.

ПАРАМЕТРЫ «ЗОЛОТОГО СЕЧЕНИЯ» В СТРОЕНИИ ЛИЦА ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель – доц. Довгялло Ю.В.

Горизонты применения формулы «золотого сечения» расширяются: стали применять «золотое сечение» и в медицине: стоматологии, пластической хирургии. Правило «золотой пропорции» учитывается во время подготовки любой пластической операции, требующей математической точности расчёта.

Впервые в качестве объекта рассматриваются лица женского пола различных возрастных групп. Исследование параметров «золотого сечения» проводилось исследователями-морфологами довольно широко, однако при этом не учитывался возрастной аспект.

Цель: установить соответствие параметров лица исследуемых женского пола различных возрастных групп так называемому «золотому сечению».

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 23 человека женского пола в возрасте от 1 до 70 лет, которые были поделены на группы согласно общепринятой биологической возрастной периодизации. Материалом для исследования служили двумерные фотографии лиц, сделанные во фронтальной проекции. Сделаны замеры морфометрических параметров лица исследуемых по фотографиям, проведены вычисления параметров лица по формуле «золотого сечения», сформирована база данных, проведен сравнительный анализ результатов морфометрии.

Результаты: Для всех групп проверялось соответствие следующих пропорций «золотому сечению»: отношение ширины рта к ширине носа; расстояния между зрачками к расстоянию между бровями; расстояния от нижней линии волос до бровей к расстоянию от бровей до основания носа и к расстоянию от основания носа до подбородка (ментон); расстояния от основания носа до ротовой щели к расстоянию от ротовой щели (стомион) до подбородка; высоты лица к его ширине; ширины лица к расстоянию от бровей до подбородка; расстояния от нижнего края глазницы до основания носа к ширине основания носа; расстояния от основания носа до нижнего края каймы губ к расстоянию от нижнего края каймы губ до подбородка. В результате обработки и анализа полученных данных было выявлено, что наибольшее количество совпадений параметров фронтальной нормы лица с эталонными – в шестой исследуемой группе «Средний возраст»; наименьшее количество совпадений – в первой исследуемой группе «Раннее детство».

Выводы: Лицо человека – это универсальная форма для проверки законов «золотого сечения», однако в природе совпадение абсолютно всех параметров – явление достаточно редкое. Наиболее приближены к эталонному значению параметры лица в среднем возрасте. Результаты исследования могут использоваться в эстетической

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

медицине и быть полезны для пластических хирургов, стоматологов, комбустиологов. Применяя правило «золотого сечения» в эстетической хирургии лица, доктор может добиться идеальных пропорций и гармоничного результата.

Вельма К. М.

ВЛИЯНИЕ МУЗЫКИ РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ НА УМСТВЕННУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ШКОЛЬНИКОВ

Научный руководитель – Павлова А.В., доц. Довгялло Ю.В.

Цель: определение влияния музыки различных направлений на умственную работоспособность школьников.

Материал и методы: для реализации цели исследования были использованы такие методы, как изучение и анализ литературы, тестирование школьников, эксперимент, обобщение с элементами статистики. В качестве исследуемой группы были выбраны ученики 7, 8, 10 классов в количестве 54 человек. 3 экспериментальные группы («Классика», «Рок» и «Поп») были сформированы вопреки музыкальным предпочтениям учащихся. Всего эксперимент длился 28 дней, участники прослушивали композиции каждый день по 20 минут. Списки композиций для прослушивания в течение эксперимента были составлены в соответствии с их популярностью. Умственная работоспособность оценивалась по трем критериям: внимание (методика «Числовой квадрат»), кратковременная («метод Джекобса») и оперативная память (одноименная методика). Оценка уровня умственной работоспособности проводилась в начале эксперимента, по истечении 14 календарных дней и в конце эксперимента. Описанная методика помогла изучить изменения умственной работоспособности под влиянием музыки в динамике. Статистический анализ полученных показателей проводился при помощи лицензионной компьютерной программы MedStat. Для оценки достоверности отличий показателей тестов использовались попарные сравнения с использованием коэффициента Вилкоксона для связанных выборок на уровне значимости $p=0,05$.

Результаты. В ходе данного исследования выявлено, что уровень внимания в наименьшей степени зависит от прослушивания музыкальных композиций, а влияние поп-музыки на умственную работоспособность минимально или вообще отсутствует ($p>0,05$).

При обработке результатов теста на уровень кратковременной памяти в группе «Классика» были выявлены достоверные отличия между теста №1 и №2 ($p = 0,017$), теста №1 и №3 ($p = 0,014$). Объем кратковременной памяти оказался больше при проведении второго (8,25 балла) и третьего (9 баллов) тестов соответственно.

Статистическое сравнение результатов теста на объем кратковременной памяти в группе «Рок» показало, что средние значения тестов №1 и №3 достоверно различны ($p = 0,001$), причем значение оказалось выше при анализе результатов третьего теста.

Статистический анализ показателей оперативной памяти в группе «Рок» показал, что средние значения тестов №1 и №2 достоверно отличаются на уровне значимости $p = 0,029$. Объем оперативной памяти оказался достоверно выше при проведении второго теста.

Выводы: достоверно установлено позитивное влияние классической музыки на объем кратковременной памяти в течение 14 дней, рок-музыки на объем кратковременной и оперативной памяти в течение 28 и 14 дней соответственно.

Арушанян В. Ю.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ СРЕДЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Научный руководитель – Капранов С. В.

Цель - изучить влияния природных факторов среды жизнедеятельности на смертность населения проживающего в промышленном городе.

Материалы и методы Исследования проведены в промышленном городе Алчевске с крупным производством черной металлургии и коксохимии. По данным отдела медицинской статистики при Алчевской центральной городской многопрофильной больнице за 2013 год осуществлена выкопировка из официальной медицинской документации и ввод в базу данных персонального компьютера (ПК) следующих сведений обо всех умерших:

даты рождения и смерти; возраст; пол; адрес проживания; основное заболевание, повлекшее уход из жизни; непосредственная причина смерти

Всего были проанализированы причины смерти 1639 человек, то есть всех умерших за указанный год, из них 822 мужчин и 817 женщин.

Кроме того, для каждой даты смерти были введены в базу ПК полученные в Государственном комитете по гидрометеорологии и контролю природной среды данные о метеорологических показателях.

Также была выполнена оценка корреляционной связи между метеорологическими условиями и непосредственной причиной смерти, а также исследована структура смертности жителей, проживающих на разных расстояниях от промышленных предприятий с разными уровнями техногенной нагрузки на окружающую среду.

Результаты В результате анализа структуры причин смертности населения, установлено, что мужчины по сравнению с женщинами достоверно чаще умирают от следующих классов заболеваний:

- инфекционных и паразитарных болезней (I класс) различия в 4,9 раза статистически достоверны ($p < 0,01$).
- болезни органов дыхания (X класс) различия в 3 раза ($p < 0,02$).
- болезни органов пищеварения (XI класс) различия в 2,1 раза ($p < 0,001$).
- болезни мочеполовой системы (XIV класс) различия в 4,5 раза ($p < 0,05$).
- травмы и другие причины внешнего воздействия (XIX класс) – различие в 4,3 раза ($p < 0,001$).
- прочие заболевания различие в 2,7 раза достоверно ($p < 0,02$)

При анализе структуры смертности, получены данные о том, что женщины достоверно чаще умирают от болезней системы кровообращения по сравнению с мужчинами – 74, 42±1,53% против 58,15±1,72% ($p < 0,001$).

В результате оценки влияния атмосферного давления на смертность населения установлено, что удельный вес умерших от болезней системы кровообращения наиболее значительный при более высоком атмосферном давлении для климата Луганского региона (более 744 мм.рт.ст.) – 72,16±2,63%, по сравнению со средним атмосферным давлением (733-744 мм. рт. ст.) – 65,02±1,40% ($p < 0,02$).

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

На завершающем этапе исследования проведен анализ структуры смертности жителей, проживавших на разных расстояниях от промышленных предприятий: до 3-х километров от предприятия черной металлургии и коксохимии в условиях более значительной техногенной нагрузки (основная зона) и свыше 3-х километров от указанных производств, в более благоприятных экологических условиях (контрольная зона).

Установлено, что удельный вес лиц (мужчин и женщин), умерших по причине заболеваний системы кровообращения достоверно выше в группе жителей, проживавших в основной зоне – $69,27 \pm 1,69\%$, по сравнению с лицами, проживавшими в контрольной зоне – $64,52 \pm 1,72\%$ ($p < 0,05$).

Выводы. Установлено, что среди основных заболеваний являющихся причинами смерти, первое место занимают болезни системы кровообращения (IX класс). Второе место – новообразования (II класс). Третье – болезни органов пищеварения (XI класс). Четвертое место занимают – травмы и другие причины внешнего воздействия (XIX класс).

Получены данные о том, что риск летального исхода от сердечно–сосудистой патологии возрастает при снижении температуры воздуха и увеличении атмосферного давления.

Высокая техногенная нагрузка на окружающую среду в зоне проживания жителей города с крупным производством черной металлургии и коксохимии является фактором риска летального исхода по причине сердечно-сосудистой патологии.

Балацкий И.Е.

ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ДОНЕЦКА И ПУТИ КОРРЕКЦИИ ВЫЯВЛЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

Научный руководитель – доц. Дубовая А.В.

Цель: улучшение диагностики дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у детей, разработать пути коррекции выявленных изменений.

Материал и методы. Объем исследования – 86 подростков 12-17 лет г. Донецка (МОУ школа № 3 г. Донецка и участники детских коллективов Республиканского Дворца Детского и Юношеского Творчества). Основные методы исследования: анкетирование учащихся; антропометрические исследования (вес, рост, окружность грудной клетки); биомеханические исследования – исследование силы кисти с помощью манометра, определение гипермобильности суставов; для определения типа телосложения расчет индекса Вервека (ИВ); определение риска развития событий; статистические методы.

Результаты. Достоверные признаки наличия ДСТ (при наличии не менее 3-х малых признаков; сочетания хотя бы одного малого признака с большим или тяжелым признаком) выявлены у 35 (40,7 %). Астенический тип телосложения был выявлен у 31 (88,6 %) подростков (ИВ > 1,25), чаще выявлялся у подростков в 13-14-летней подгруппах (в 1,38 раза чаще, чем у подростков 15-16 лет), среди астеников в целом преобладали мальчики (соотношение мальчики-девочки составило 1,5:1,0). Признаки ДСТ отсутствовали у 28 (32,6 %) опрошенных, по одному малому признаку выявлено у 15 (17,4 %) и по 2 малых признака – у 8 (9,3 %) опрошенных. Всего без признаков наличия ДСТ как заболевания было 51 (59,3 %) подростка. Астенический тип телосложения был

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

выявлен лишь у 5 (9,8 %) подростков этой подгруппы, у остальных подростков отмечено гармоническое развитие тела (ИВ в пределах интервала 0,85-1,25). Наличие патологических состояний, отражающих тяжелое течение ДСТ, выявлено у 10 (11,6 %) подростков. Из них у 3 (3,5 %) подростков отмечено наличие хирургических заболеваний, выделенных для учета отдельно (варикозной болезни, геморроя, грыжевой болезни). Наличие этих же хирургических заболеваний у родителей выявлено у 4 подростков, имеющих признаки ДСТ (35 подростков), из них у 2-х с аналогичными заболеваниями. У детей без признаков ДСТ лишь в одном случае отмечено наличие варикозной болезни у матери. Разработаны рекомендации по образу жизни, питанию, физической активности детей с ДСТ, которые могут быть использованы в учреждениях образования и здравоохранения.

Выводы. Широкое распространение ДСТ среди подростков (40,7%) требует специального их выделения в отдельные группы диспансерного наблюдения. С учётом наличия признаков этого заболевания необходимо проводить профилактические мероприятия (соблюдение правил поведения, двигательного режима и др.) для улучшения качества жизни подростков с ДСТ.

Ирклиенко Д. А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ТРАВ НА КОЖУ ПОДРОСТКОВ, ПОРАЖЁННУЮ УГРЕВОЙ СЫПЬЮ.

Научный руководитель – доц. Дубовая А.В.

Распространенность угревой сыпи среди подростков (78,5%) делает эту проблему очень актуальной, так как наличие воспалительных элементов на коже лица вызывает психологическую травму. Для борьбы с угревой сыпью возможно использование лекарственных трав, так как вероятность побочных эффектов от их применения минимальна, а их доступность делают данную тему интересной для исследования.

Цель: изучить влияние лекарственных трав на кожу, пораженную угревой сыпью. Изучить различные виды и причины появления угревой сыпи в подростковом возрасте; определить наиболее известные своими лечебными свойствами травы; оценить эффективность лекарственных трав при лечении угревой сыпи и выделить наиболее действенные.

Материал и методы. Благодаря теоретическому анализу литературы были систематизированы виды и причины появления акне, определены способы приготовления и применения настоев трав. Было проведено анкетирование 205 подростков, основываясь на их ответах, можно отметить высокий уровень распространенности акне в подростковом возрасте (78,5 %) и скептическое отношение к эффективности фитотерапии (79 %), в отличие от покупных косметических средств. Подростки, применяющие лечебные травы при лечении, выбрали наиболее действенные, по их мнению, травы: чистотел, корень лопуха, календула, ромашка, крапива. Для исследования лекарственных трав, было сформировано 5 групп, в состав которых входило 7 подростков, использующих определенную для каждой группы лекарственную траву в течение 10 дней. В ходе исследования были получены и оценены результаты их воздействия по 10 балльной шкале, а затем выводился средний балл в каждой группе.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты. Обобщив полученные результаты, можно создать «Рейтинг самых эффективных лекарственных трав»: Ромашка (8,9) → Чистотел (7,6) → Календула (3,4) → Крапива (3,1) → Корень лопуха (1,4).

Выводы. Основываясь на результатах работы, подростки смогут улучшить состояние собственной кожи без высоких затрат на дорогостоящие средства, результативность которых не превышает лекарственные травы.

Кутик М. М.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ШКОЛЬНИКОВ И ПУТИ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ

Научный руководитель – доц. Дубовая А.В.

Цель: оценить психоэмоциональный статус детей с ВСД, разработать рекомендации по его улучшению.

Материал и методы. Объектом исследования явились 37 здоровых школьников (19 девочек и 18 мальчиков) в возрасте от 14 до 17 лет. Оценка психоэмоционального статуса проводилась комплексно с использованием опросника В.В. Седнева и цветового теста Люшера.

Результаты. У 62,2% школьников выявлены высокие значения гетерономности, что указывает на пассивность, склонность к зависимости от окружающих, повышенную чувствительность, ранимость этих детей. Высокие значения концентричности, свидетельствующие об интровертированности личности – сосредоточенности ребенка лишь на своих внутренних проблемах выявлены у 37,8% школьников. Признаки экстраверсии (открытость, активный интерес окружением) имели место у 67,6% детей. Наличие противоречивости характера, неустойчивости личностных свойств констатировано у 43,2% школьников. Обращало внимание снижение работоспособности различной степени выраженности у 45,9% детей. Следует отметить, что 40,5% школьников находились в состоянии хронического стресса, из них у 3 детей уровень его был высоким. Полученные данные явились основанием для разработки комплекса немедикаментозных воздействий для школьников, включающих оптимизацию режима дня, достаточный ночной сон и обязательный дневной отдых, ликвидацию психоэмоциональных перегрузок, регулярные физические нагрузки, кинезотерапию и др.

Выводы. У 62,2% здоровых школьников были выявлены различные патологические изменения психоэмоционального статуса. Полученные данные важно учитывать при составлении реабилитационной программы для школьников.

Свеженцева Е. В.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Научный руководитель – Данильченко О. В.

В настоящее время, люди часто прибегают к использованию современных технологий, чтобы облегчить себе жизнь, забывая о том, что нашему организму необходимы физические нагрузки. При малоподвижном образе жизни нарушается

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

множество жизненно важных функций, которые влекут за собой различные заболевания. И это не только проблемы с опорно-двигательной системой, дыхательной, кровеносной, а так же с психоэмоциональным состоянием.

Цели. Целью наших исследований было изучение состояния физического и психоэмоционального здоровья подрастающего поколения. В задачи исследования входило: проведение исследования физического и психоэмоционального развития учащихся разных возрастов; анализ показателей физического и психоэмоционального развития, их оценка и сравнение с прошлым годом; изучение дополнительной литературы по интересующему вопросу; разработка рекомендаций по предотвращению развития гиподинамии у школьников.

Объектом исследований являются учащиеся 4, 9 и 11 класса МОУ «Школа №97 г. Донецка». Предмет исследования – состояние физического и психоэмоционального здоровья учащихся выше перечисленных классов.

Материалы и методы. Были использованы методы экспресс оценки физического здоровья: индекс Робинсона, индекс Кетле, индекс Руффье и проба Ромберга. Для определения психоэмоционального состояния использовались проектные методики: графическая методика «Кактус», «Человек под дождём», «Моя семья».

Результаты. В ходе исследований было проведено анкетирование для определения психоэмоционального состояния учащихся, сняты и проанализированы показатели физического состояния учащихся за 2015, 2016 и 2017 года с помощью специальных методик, на основании которых был сделан вывод о необходимости проведения мониторинга физического развития учащегося на протяжении всего периода его обучения в школе для повышения внутренней мотивации к самосовершенствованию. Разработаны рекомендации по улучшению своего здоровья, создана страница в популярной сети ВКонтакте.

Выводы. Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы у школьников целесообразно использовать простой и достаточно информативный расчетный индекс Робинсона. Индекс Руффье целесообразно использовать у квалифицированных спортсменов и только по авторскому варианту. При помощи пробы Ромберга целесообразно использовать для проверки функций координационной системы. Степень гармоничности физического развития и телосложения следует определять индексом Кетле.

Подростки перестают следить за своим физическим здоровьем, несмотря на проводимые беседы и изучаемый ими курс биологии в 8, 9х классах. А проводимые диагностические исследования показали, что наряду с этим происходит ухудшение состояния их сердечно-сосудистой системы и общего физического состояния.

Следует проводить мониторинг физического развития учащегося на протяжении всего периода его обучения в школе. Учащиеся должны иметь возможность посмотреть на свои результаты и сравнить их с результатами других своих одноклассников для повышения внутренней мотивации к самосовершенствованию.

Широкое ознакомление с опасностями гиподинамии, а также разработанные рекомендации через сайт школы, брошюры среди учащихся и страница в социальной сети, позволят предотвратить ухудшение состояние здоровья подрастающего поколения.

Тюрин Н. С.

ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА НА АКТИВНОСТЬ α -АМИЛАЗЫ СЛЮНЫ

Научный руководитель – доц. Вустенко В.В.

Несмотря на стремительное развитие медицины, в настоящее время патология желудочно-кишечного тракта занимает одно из лидирующих мест в структуре заболеваемости. Большинство молодых людей в подростковом возрасте имеют множество вредных привычек, в частности, курение табака или вейпа, употребление энергетиков, а также продуктов питания, содержащих канцерогены. Так как многие современные подростки имеют нарушения в работе желудочно-кишечного тракта, мы решили сравнить влияние никотина из табака и из вейпа на активность амилазы и рН слюны.

Цель: изучить влияние никотина на активность амилазы и рН слюны.

Материалы и методы. Анализ литературы. Определение активности фермента амилазы по методу Вольгемута под воздействием никотина табачной сигареты. Определение активности фермента амилазы по методу Вольгемута под воздействием никотина вейпа. Определить рН слюны под влиянием никотина традиционной сигареты и вейпа. Провести сравнительный анализ показателей, полученных под влиянием никотина сигареты и вейпа.

Результаты. Проведено исследование влияния концентрации слюны на активность фермента амилазы по методу Вольгемута. Определено, что 1 мл неразведенной слюны способен расщепить 2560 мл 0,1 % раствора крахмала ($X=2 \times 1280/1=2560$ мл). Установлено влияние никотина сигареты и вейпа на активность фермента амилазы и рН слюны. Средний показатель рН слюны у не курящих людей составил $6,8 \pm 0,2$. У исследуемых, курящих классические сигареты, отмечалось изменение рН слюны в кислую сторону $6,2 \pm 0,1$. У людей, курящих вейп, также отмечается изменение рН в кислую сторону – $6,1 \pm 0,1$. Возвращение рН к исходному уровню у всех курящих людей происходило через 1 час.

Нами были также сформулированы некоторые рекомендации для восстановления уровня кислотности слюны.

Выводы. Активность амилазы зависит от концентрации слюны, т.е. чем выше концентрация слюны, тем быстрее происходит расщепление крахмала. Расщепление крахмала в слюне людей, курящих сигарету и вейп, происходит не активно, а это значит, что никотин угнетающе воздействует на активность амилазы слюны. Никотин вейпа имеет более выраженное влияние на уровень рН слюны, чем никотин традиционной сигареты.

Тюрин Н. С.

ВЕГЕТАРИАНСТВО: ЗА И ПРОТИВ

Научный руководитель – доц. Вустенко В.В.

Важными причинами перехода людей к вегетарианскому питанию, являются следующие: желание вести здоровый образ жизни, достижение активного долголетия, профилактика ряда заболеваний.

Цель: определить влияние строгого вегетарианства и мясоедства на организм человека.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы. Изучение литературы и других источников информации по данному вопросу. Анализ полученной информации. Анкетирование.

Результаты. Установлено, что и вегетарианство и мясоедство оказывают как положительное, так и отрицательное воздействие на организм человека.

Объектами исследования были две семьи, состоящие из одного подростка и двух взрослых с различными типами питания: первая семья принимала в пищу исключительно мясопродукты, а вторая была сторонником вегетарианства. Зафиксировано, что по истечении трех месяцев после начала эксперимента в семье, питавшейся мясными продуктами, произошли изменения: все члены семьи обратили внимание на быструю утомляемость, чувствовали себя подавленно, ощущали периодическую «тяжесть в желудке». Родители жаловались на периодическое повышение АД. Однако не испытывали чувства голода. Желание в дальнейшем питаться исключительно мясопродуктами не возникло. В семье вегетарианцев у всех членов семьи снизилась масса тела, улучшилась работоспособность. Недостаток незаменимых аминокислот животного происхождения привело к ухудшению зрения у подростка. И одна и другая семьи в дальнейшем не намерены придерживаться столь категорического рациона питания.

Плюсы вегетарианства:

Овощи и фрукты содержат большое количество калия и магния. В них доминируют щелочи, которые принимают участие в защите организма от болезней. Фрукты и овощи являются незаменимыми источниками витаминов (Р и С) и противораковых терпеноидов.

Продукты растительного происхождения не содержат в себе холестерин, а определенные растения обладают свойствами понижать его содержание в крови. Волокна растительного происхождения, принимают участие в выведении из желудочно-кишечного тракта токсинов и вредных веществ, дают своевременное чувство насыщения.

Минусы вегетарианства:

Недостаточное наличие в организме ряда микрокислот, которые необходимы в процессе роста и полноценного развития детей. Отсутствие в пище растительного происхождения витамина В12, который принимает участие в процессе кроветворения, недостатка витамина Д. В следствии отказа от молока и молочных продуктов организм ощущает дефицит витамина В2. При преобладающем зерновом рационе человек страдает от недостатка витамина С.

Выводы. Употребление исключительно вегетарианской или животной пищи оказывает некий вред организму человека. Также, и мясная, и растительная пища дает человеку жизненно необходимые вещества.

СТОМАТОЛОГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР

Кафедра общей стоматологии ФИПО

Зав. кафедрой – доц. Максютенко С.И.

Беляева А.В., Пономарь В.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАНИПУЛЯЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЖИДКОТЕКУЧИХ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ РАЗЛИЧНЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ.

Научный руководитель – доц. Бессмертный А.А

Цель: Сравнительная оценка тиксотропных свойств двух жидкотекучих композиционных материалов.

Материалы и методы: В качестве объекта исследования использовали жидкотекучие композиционные материалы Latelux flow (Latus) и ДентЛайт флоу (ВладМива). Две равные порции материала, наносили на измерительную линейку в вертикальном положении, при комнатной температуре (24 °С) и при температуре полости рта (36 °С), после чего измерялась скорость и степень деформации капли.

Результаты: При комнатной температуре (24°С) обе капли жидкотекучих композиционных материалов остались практически на одном уровне. При этом капля ДентЛайт флоу заняла большую площадь. При температуре (36 °С) вертикальная деформация капли ДентЛайт флоу (ВладМива) составила 2 мм ($\pm 0,2$ мм), а вертикальная деформация капли Latelux flow составила 0,5 мм. ($\pm 0,01$ мм)

Выводы: Результаты данного экспериментального исследования указывают на то, что жидкотекучий композит Latelux flow обладает лучшими тиксотропными свойствами по сравнению с ДентЛайт флоу. Что обосновывает приоритетность его применения для пломбирования кариозных полостей V класса по Блэку.

Коваленко Я.О, Коваленко О.Г., Гончаренко Р.Н.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Научный руководитель – доц. Максютенко С.И.

Цель: сравнение степени тяжести пародонтита у ВИЧ-инфицированных пациентов в зависимости от стадии заболевания.

Материалы и методы: обследованы 50 ВИЧ-инфицированных (28 женщин и 22 мужчины) в возрасте от 18 до 67 лет, находящихся на учете в Донецком областном центре по профилактике и борьбе со СПИДом. Все пациенты разделены на 2 группы: 1 группа – 23 ВИЧ-инфицированных, получающих антиретровирусную терапию (АРВТ); 2 группа – ВИЧ-инфицированные, не получающие АРВТ (27 человек). Диагностика заболеваний тканей пародонта в обследуемых группах проводилась согласно классификации М.Ф. Данилевского (2000г.).

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты: В 1 группе наиболее часто диагностировали пародонтит I степени тяжести – в 63,33%, II степени – в 20%, III степени тяжести – в 5% случаев. Во 2 группе превалировал генерализованный пародонтит I степени тяжести – в 61,43%, пародонтит начальной степени – у 18,57% обследованных. Пародонтит II степени и III встречался в 10,00% и 1,43 % соответственно.

Выводы: стоматологическая патология была зафиксирована в 100% случаев. Так, хронический катаральный гингивит был выявлен у каждого из обследованных ВИЧ-позитивных пациентов. У ВИЧ-инфицированных, независимо от стадии заболевания, наиболее часто встречается генерализованный пародонтит I степени тяжести. Характерной особенностью течения данного заболевания у всех обследованных является отсутствие местных провоцирующих факторов. В незначительном количестве случаев диагностировался пародонтит III степени тяжести. У ВИЧ-инфицированных, получающих АРВТ в два раза чаще встречается генерализованный пародонтит II степени тяжести и отсутствует начальная степень пародонтита.

Коваленко Я.О., Коваленко О.Г., Попова Е.П.

ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОЧИПСОВ МАТЕРИАЛА «ОСТЕОПЛАСТ-К» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АТРОФИИ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ

Научный руководитель – асс. Коваленко Я.О.

Цель: Определить эффективность использования остеопластического материала «Остеопласт-К» для профилактики атрофии альвеолярного гребня челюстной кости.

Материалы и методы: У 15 пациентов, для профилактики атрофии альвеолярного гребня, после экстракции зубов и ревизии костной раны, лунки заполняли микрочипсами материала «Остеопласт-К» и на края лунки накладывали сближающие швы. У 20 пациентов после экстракции зубов лунки заполнялись кровяными сгустками без дополнительных профилактических мероприятий.

У 5 пациентов для профилактики атрофии челюстной кости после цистэктомии костную полость заполняли микрочипсами материала «Остеопласт-К» и закрывали костное окно мембраной «Остеопласт» с последующим ушиванием мягкими тканями. У 7 пациентов после цистэктомии костная полость заполнялась кровяным сгустком и рана ушивалась.

Результаты оценивались с помощью конусно-лучевой компьютерной томографии.

Результаты: При изучении конусно-лучевой компьютерной томографии всех групп пациентов выяснили, что, применение «Остеопласт-К» для заполнения костных дефектов челюстной кости у группы пациентов, позволило сохранить достаточный объем костной ткани и уменьшить атрофию альвеолярного гребня на 60-70% в сравнении с группой пациентов без применения этих материалов.

Выводы: При использовании остеопластического материала «Остеопласт-К» значительно снижается степень атрофии челюстной кости, что позволяет осуществлять протезирование с использованием дентальных имплантатов без дополнительных хирургических вмешательств по созданию условий для этих методик.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Коваленко Я.О., Коваленко О.Г., Бессмертная Ю.В.

ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКОВ МАТЕРИАЛА «ОСТЕОПЛАСТ-Т» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АТРОФИИ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ

Научный руководитель – асс. Коваленко Я.О.

Цель: Определить эффективность использования остеопластического материала «Остеопласт-Т» для профилактики атрофии челюстной кости.

Материалы и методы: У 12 пациентов, для профилактики атрофии альвеолярного гребня, после экстракции зубов и ревизии костной раны, лунки заполняли блоками материала «Остеопласт-Т» и на края лунки накладывали сближающие швы. У 20 пациентов после экстракции зубов лунки заполнялись кровяными сгустками без дополнительных профилактических мероприятий.

У 3 пациентов для профилактики атрофии челюстной кости после цистэктомии костную полость заполняли блоками материала «Остеопласт-Т» и закрывали костное окно мембраной «Остеопласт» с последующим ушиванием мягкими тканями. У 7 пациентов после цистэктомии костная полость заполнялась кровяным сгустком и рана ушивалась.

Результаты оценивались с помощью конусно-лучевой компьютерной томографии.

Результаты: При изучении конусно-лучевой компьютерной томографии всех групп пациентов выяснили, что, применение «Остеопласт-Т» для заполнения костных дефектов челюстной кости у группы пациентов, позволило сохранить достаточный объем костной ткани и уменьшить атрофию альвеолярного гребня на 70-80% в сравнении с группой пациентов без применения этих материалов.

Выводы: При использовании остеопластического материала «Остеопласт-Т» значительно снижается степень атрофии челюстной кости, что позволяет осуществлять протезирование с использованием дентальных имплантатов без дополнительных хирургических вмешательств по созданию условий для этих методик.

Попко А.Н., Осипенкова Т.С., Пилипенко Е.Д.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПЕРИОДОНТИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ПАСТОЙ «АСФАЛИН ТЕМП» И ГИДРОКСИДОМ КАЛЬЦИЯ.

Научный руководитель – доц. Осипенкова Т.С.

Цель: проанализировать эффективность комбинированного метода эндодонтического лечения хронического гранулематозного периодонтита в стадии обострения пастой «Асфалин темп» и гидроксидом кальция через 1 год после проведенного лечения.

Материалы и методы: Было проведено лечение 28 зубов у пациентов с хроническим гранулематозным периодонтитом в стадии обострения в 3 посещения. В 1-е посещение – обработка корневых каналов (3% р-р гипохлорита натрия) с последующей obturацией пастой «Асфалин темп» (на 5-7 дней), под временную пломбу. Во 2-е посещение - обработка корневых каналов 3% р-ром гипохлорита натрия с последующей obturацией гидроксидом кальция на 4-6 недель. В 3-е посещение (при отсутствии жалоб у пациентов) проводилась постоянная obturация корневых каналов.

Результаты: После 1-го этапа 25 пациентов из 28 жалоб не предъявляли, у 3 пациентов не удалось купировать острую фазу, им проводили повторную медикаментозную обработку корневых каналов 3% р-ром гипохлорита натрия с повторной временной obturацией

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

«Асфалин темп» (в последующем – жалобы отсутствовали). Согласно данным рентгенологического исследования, которое проводилось до и после лечения, спустя 1 год, положительная динамика (уменьшение очага воспаления в периодонте) наблюдалась в 19 зубах, в 9 наблюдалась стабилизация процесса.

Выводы: Представленная методика является достаточно эффективной при лечении обострения хронического гранулематозного периодонтита.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР

**Кафедра ортопедической стоматологии
Зав.кафедрой - проф.Клемин В.А**

Александров Е.И., Хижняк Ю.В., Кулик И.В.

**ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ
ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У
БЕРЕМЕННЫХ С ЭНДОКРИННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Научный руководитель – проф. Клёмин В.А.

Цель: Разработать лечебно-профилактические мероприятия для лечения воспалительных заболеваний пародонта у беременных с эндокринными нарушениями.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 57 беременных женщин с хроническим катаральным гингивитом в возрасте 29-35 лет. Основную группу составили 42 беременных с гестационным сахарным диабетом, контрольную – 15 условно здоровых беременных без сахарного диабета. Обследование беременных проводили в 11-12 недель (I триместр) и в 35-36 (III триместр) недель беременности. Для оценки состояния тканей пародонта и определения гигиенического состояния полости рта применялись индекс РМА (%) и индекс гигиены Грина-Вермиллиона (ГИ ОНІ-S). Для профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта пациенткам основной группы назначался препарат на основе кальция, содержащий лецитин и витамин Д₃ (ЛеКаД₃), а контрольной группы – «Аскорутин». Для полосканий полости рта беременным основной группы назначался ополаскиватель «Новый Жемчуг» с корой дуба, контрольной группы – настойка «Ротокан». Для индивидуальной гигиены полости рта пациентками основной группы применялась зубная паста «Лесной бальзам». Статистическая обработка результатов исследований проводилась с использованием программы Microsoft Office Excel 2007, BIOSTAT 2008 Professional 5.1.3.1. Для достоверности различий параметрических данных использовался t-критерий Стьюдента, для непараметрических – критерий Фишера. Для средних показателей определялась ошибка средней величины $\pm m$. Расхождения между сравниваемыми величинами считали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: Результаты стоматологического обследования пациенток в 11-12 недель беременности, показали, что распространенность хронического катарального гингивита различной степени тяжести у беременных в основной группе составила $90,4 \pm 3,75\%$, а в контрольной группе – $86,6 \pm 2,59\%$. В основной группе индекс РМА составил $42,7 \pm 2,31\%$, при неудовлетворительной гигиене полости рта – ГИ $2,38 \pm 0,19$ баллов, в контрольной группе индекс РМА – $40,8 \pm 2,16\%$, ГИ – $2,24 \pm 0,15$ баллов ($p < 0,05$). После лечения у беременных основной группы ГИ составил $1,12 \pm 0,07$ баллов, индекс РМА – $20,4 \pm 1,17\%$, при снижении в 2,1 и 2,0 раза соответственно. В контрольной группе после лечения ГИ составил $1,26 \pm 0,07$ баллов, индекс РМА составил $24,7 \pm 1,14\%$, при снижении в 1,7 и 1,6 раза соответственно ($p < 0,05$).

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы: Проведенные исследования выявили ухудшение состояния тканей пародонта и более высокую распространенность воспалительных заболеваний пародонта у беременных с эндокринными нарушениями в сравнении с пациентками, имеющими физиологическую беременность. Разработка новых лечебно-профилактических мероприятий и применение их для лечения воспалительных заболеваний пародонта, сегодня является необходимостью у пациенток данной группы риска

Артеменко М.В

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗАННОСТИ ЭТИЛОВОГО СПИРТА С ПРОБЛЕМОЙ РАСЦЕМЕНТИРОВКИ НЕСЪЕМНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ.

Научный руководитель – доц. Корж В.И

Цель: Изучение прочностных свойств стоматологических цементов используемые на современном этапе.

Материалы и методы: Для изучения прочностных характеристик стоматологических материалов были проведены испытания цемента: Унифас-2, AdhesorCarbofine, Ionolat-F на твердость. Было изготовлено четыре типа образцов. Образцы цемента исследовали с добавлением спиртового раствора 40%, 70%, 90%.
1.-группа без добавления спиртового раствора **2.**-с добавлением 40% спиртового раствора **3.**-с добавлением 70% спиртового раствора **4.**-с добавлением 90% спиртового раствора

Прибор для определения твердости представляет собой унифицированный аппарат «Самсон» к которому вместо рычага был приспособлен динамометрический ключ в качестве измерительного устройства.

Результаты: Унифас-2-Прочность без спирта ($3.8 \cdot 10^{-7}$ Кг/м²). Прочность с 40% спиртом ($3 \cdot 10^{-7}$ Кг/м²), с 70% ($2.3 \cdot 10^{-7}$ Кг/м²), 90% ($2.0 \cdot 10^{-7}$ Кг/м²). Наименее отрицательное влияние на прочность оказывает 40% спирт.

AdhesorCarbofine-Прочность без спирта ($1.3 \cdot 10^{-7}$). Прочность с 40% спиртом ($1.8 \cdot 10^{-7}$ Кг/м²), с 70% ($1.1 \cdot 10^{-7}$ Кг/м²) 90% ($2.3 \cdot 10^{-7}$ Кг/м²). Добавление спирта повышает прочность

Ionolat-F-Прочность без спирта ($1.7 \cdot 10^{-7}$ Кг/м²). С добавлением 40% ($1 \cdot 10^{-7}$ Кг/м²), с 70% ($1.2 \cdot 10^{-7}$ Кг/м²), 90% ($1.4 \cdot 10^{-7}$). Наименее отрицательное влияние на прочность оказывает 90% спирт.

Выводы: Добавление спирта влияет на прочностные характеристики. Из испытываемых цемента наибольший показатель прочности показал ПКЦ AdhesorCarbofine

Бутук Д. В., Бутук С. Д.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАЛЛОВ И ИХ СПЛАВОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ КОНСТРУКЦИЙ ПРОТЕЗОВ

Научный руководитель – доц. Макеев Г.А.

Цель: Провести сравнительную характеристику применения различных металлов и их сплавов при изготовлении различных съемных и несъемных конструкций, аппаратов применяемых в ортопедической стоматологии.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы: В зависимости от физико-химических свойств металлов и их сплавов они разделены на пять основных групп: Бюгоденты, КХ-денты, НХ-денты, Дентаны, Титановые сплавы. Проведен анализ изготовления цельнолитых конструкций в зуботехнической лаборатории 1-ой гор-больницы г. Донецка. По количеству ортопедических конструкций, протезов и применению в них сплавов металлов они составляют: НХ-денты – 55%, используются для литья мостовидных протезов, КХ-денты – 25%, применяются при литье металлических каркасов с фарфоровыми облицовками, бюгоденты – 10%, используются при изготовлении литых каркасов бюгельных протезов, дентаны – 7%, используются для литья одиночных коронок, сплавы титана – 3%.

Результаты: При определении вида сплавов металлов, используемых для литья ортопедических конструкций протезов наиболее часто применялись – НХ-денты – 55%, КХ-денты – 25%, Бюгоденты – 10%, Дентаны – 7%, Сплавы титана – 3%.

Выводы: Наиболее часто используются сплавы на основе стали – 55% и сплавы на основе кобальта – 35%. Остальные сплавы металлов применяются для литья протезов редко и составляют 10% в связи с их дороговизной и ограниченностью использования в стоматологической практике.

Вольваков В. В., Катчик С. Н.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИКРОТВЕРДОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БАЗИСНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Научный руководитель – проф. Клёмин В.А.

Цель: Исследование и сравнительная оценка микротвердости, как одного из важнейших механических свойств, двух видов стоматологических базисных материалов. Оптимизация процедуры выбора базисного материала в клинической практике врача-стоматолога-ортопеда при проведении ортопедического лечения пациентов с частичным отсутствием зубов с применением частичных съемных пластиночных протезов.

Материалы и методы: Для исследования микротвердости были изготовлены образцы из двух стоматологических базисных материалов: акриловой пластмассы горячего отверждения «Villacryl» (группа №1, n = 10) и термопластического материала на основе полиамидов «Deflex» (группа №2, n = 10). Размер образцов составил 65*10*3 мм (в соответствии со стандартом ISO). Изготовление образцов группы №1 проводилось методом компрессионного прессования, образцов группы №2 – методом литьевого прессования в соответствии с инструкциями производителей базисных материалов. Исследование микротвердости осуществлялось с помощью метода Виккерса. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel (программный пакет MS Office).

Результаты: Были получены следующие значения микротвердости базисных материалов: группа №1 – $21,2 \pm 0,7$ кгс/мм², группа №2 – $9,8 \pm 0,4$ кгс/мм².

Выводы: В результате проведенного исследования установлено существенное различие между значениями микротвердости образцов из акриловой пластмассы и из полиамидного термопластического материала, что имеет большое значение при выборе базисного материала для замещения дефектов зубных рядов съемными конструкциями зубных протезов. Целесообразным является дальнейшее изучение микротвердости и других механических свойств базисных материалов на основе полиамидов. Особый

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

интерес представляет исследование влияния различных физических и химических факторов на прочность полиамидных базисных материалов.

Лабуз З.С.

ОЦЕНКА РЕСТАВРАЦИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ИЗ ФОТОКОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Научный руководитель – асс. Куковинец В.Н.

Цель: клиническая оценка реставрационных работ, выполненных из фотокомпозиционного материала Te-Econom Plus, Ivoclar.

Материалы и методы: Было исследовано 48 реставрационных работ, изготовленных из фотокомпозиционного материала Te-Econom Plus, Ivoclar, через 12 месяцев. Клиническую оценку реставраций проводили в соответствии с критериями Ruge. По критерию анатомическая форма (АФ) была сохранена в $95,38 \pm 3,15\%$ случаев и эти работы оценены, как «Alpha».

Результаты: При оценке реставраций по критерию «краевая адаптация» в группе $91,23 \pm 3,19\%$ случаев имелся плавный переход от материала к твердым тканям зуба, и они были оценены как «Alpha». По критерию «краевое окрашивание» в $7,81 \pm 3,74\%$ случаев обнаружено изменение цвета по краю реставрации и твердых тканей зуба не распространяющееся в направлении пульпы. При оценке реставраций по критерию «шероховатость поверхности» реставрации $94,48 \pm 3,24\%$ получили оценку «Alpha» случаев. Вторичного кариеса и чувствительности выявлено не было.

Выводы: таким образом, этап нашего исследования клинически подтверждает высокую оценку качества реставраций из фотокомпозиционного материала Te-Econom Plus, Ivoclar. Представленные результаты позволяют строить благоприятные прогнозы относительно перспективности использования этого материала в практической стоматологии.

Омарова Л. В., Ларичева Т. С.

ПРОФИЛАКТИКА СМЕЩЕНИЯ ПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ И ДЕФОРМАЦИИ ПРИКУСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Научный руководитель – доц. Makeев Г. А.

Цель: Проводить профилактику смещения зубов при рациональном выборе конструкции шинирующих аппаратов. Влиять на эффективность лечения генерализованного пародонта и предупреждать деформацию прикуса, преждевременную потерю зубов.

Материалы и методы: Для стабилизации подвижных зубов нами разработана съемная вестибуло-оральная шина. Шина выполняется из пластмассы и представляет собой вестибуло-оральную пластину, которая имитирует десну, смоделированную с учетом стоматологической формы и армированную металлическим каркасом из нержавеющей проволоки диаметром 0,4-0,6мм. Для улучшения фиксации подвижных зубов и сохранение их физиологической подвижности, шина выполняется из эластической пластмассы ПМ-С.

Результаты: Шина предложенной нами конструкции используется при ортопедическом лечении пародонтита с второй и третьей степенью подвижности зубов,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

осложненных дефектами зубного ряда. Это позволяет сократить сроки лечения пародонтита, предупредить смещение подвижных зубов, повысить жевательную эффективность при определенном косметическом эффекте.

Выводы: Предложенная методика шинирования подвижных зубов при помощи съемной вестибуло-оральной шины с эластической прокладкой позволяет сократить в 2 раза сроки лечения генерализованного пародонтита. Продлить жевательную функцию естественных зубов, устранить травматическую окклюзию, предупредить деформацию прикуса и преждевременную утрату зубов.

Сырова Ю. М., Бутук Д. В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ФИКСАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ МАЛЫХ ДЕФЕКТАХ ЗУБНЫХ РЯДОВ (С ПОМОЩЬЮ СИЛИКОНОВОГО МАТЕРИАЛА)

Научный руководитель – доц. Макеев Г. А.

Цель: Разработать комплекс мероприятий по определению центральной окклюзии при частичных дефектах зубных рядов с помощью силиконового материала. Уменьшить количество посещений пациентов клиники ортопедической стоматологии при протезировании больных съемными и несъемными конструкциями протезов.

Материалы и методы: Обследовано 10 пациентов с частичными дефектами зубных рядов. Проведено определение центральной окклюзии у 5 пациентов с помощью силиконового материала, у второй группы – 5 пациентов, по общепринятой технологии. Для проведения фиксации центральной окклюзии использовали: базисный силиконовый материал, зуботехнический воск; смотровой набор, окклюдатор.

Методика проведения: проверить смыкание зубных рядов в положении центральной окклюзии, замешать базисный силиконовый материал по инструкции, изготовить валик длиной 3-4см. и шириной 1,0–1,5 см, ввести силиконовый валик в области дефекта зубного ряда, смыкаем зубные ряды в положении центральной окклюзии.

Результаты: Посещения клиники пациентами сократилось в 2 раза. Точность сопоставления моделей с помощью силиконового материала значительно выше, вследствие плотного прилегания силиконового материала к шейкам искусственных зубов.

Выводы: Применение силиконового материала для фиксации центральной окклюзии обеспечивает высокую точность при заливке моделей в окклюдатор и качество изготовления протезов.

Терзи Д.О., Кравченко С.Д.

МЕТОДИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛАСТИЧНОЙ ПЛАСТМАССЫ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ БАЗИСОВ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ

Научный руководитель – Яворская Л.В.

Цель: Разработать методику использования эластичной пластмассы для улучшения качества фиксации полных съемных протезов.

Материалы и методы: У 10 пациентов с полным отсутствием зубов определена травма слизистой протезного ложа в процессе жевания. Всем пациентам проведено уточнение границ протезов с использованием проб Гербста, снятие функционально-присасывающегося оттиска корригирующей силиконовой оттискной массой, отливка

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

моделей из упрочнённого гипса. После этого проведена замена оттисковой силиконовой массы на базисе протеза эластичной пластмассой (VOCO Ufi Gel P).

Результаты: Разработаны показания для А-силикона для эластических прокладок при коррекции базисов съёмных протезов: в местах наибольшего давления на альвеолярный отросток; по линии «А» на верхней челюсти; на выступающих поверхностях альвеолярного отростка. Все 10 пациентов отмечают улучшение фиксации полных съёмных протезов, уменьшение болевых ощущений при жевании пищи.

Выводы: Комплексное использование VOCO Ufi Gel P при перебазировке полных съёмных протезов улучшает фиксацию протезов, уменьшает количество посещений пациента для коррекции. Адаптация пациентов к съёмным протезам проходит в течение 1 недели, по сравнению с общепринятой методикой (до 1 месяца).

Щербаков Э. Е.

ПРОФИЛАКТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ

Научный руководитель - доц. Авсянкин В. И.

Цель: Уменьшить препаровку здоровых твердых тканей зуба.

Материалы и методы: Патологическая стираемость зубов является тяжелым и распространенным заболеванием, частота которого по данным разных источников, колеблется от 12-18% у людей до 40 лет и до 60 % у лиц 60 и более лет. Данное заболевание представляет собой прогрессирующий процесс убыли твердых тканей зуба, сопровождается комплексом изменений, эстетического, функционального и морфологического характера в зубных тканях и тканях окружающие зуб, жевательных мышцах, височно-нижнечелюстном суставе. Для профилактики патологической стираемости были предложены встречные металлические коронки и вкладки на первые и вторые моляры обеих челюстей.

Результаты: Чтобы изготовить по известной методике вкладку, необходимо препарировать полости в зубах, убирая значительное количество твердых тканей. Мы предлагаем препаровку полости под вкладку поллой формы, которая позволяет существенно меньше убирать здоровые ткани зуба. Для фиксации вкладки в боковых отделах необходимо цилиндрическим алмазным бором отпрепарировать замкнутую щель глубиной и шириной 3 мм. С окклюзионной поверхности формируем фальц и стачиваем дентин до 2 мм.

Выводы: Объемное расширение такой вкладки будет значительно меньше и оставшиеся твердые ткани препятствуют температурному воздействию на пульпу зуба.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР
Кафедра стоматологии детского возраста
Зав. кафедрой – проф. Чижевский И.В.

Ващура А.А., Демченко Е.В.

СТРУКТУРА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Научный руководитель - проф. Чижевский И.В.

Исследования эпидемиологии стоматологической заболеваемости проводится преимущественно у школьников. Это объяснимо с той точки зрения, что школьники являют собой организованные коллективы, которые легко и просто обследовать. Более сложно изучать патологические процессы в полости рта у детей дошкольного возраста. Организованные коллективы детей дошкольного возраста существуют в детских садах. Особую трудность в изучении стоматологической заболеваемости составляют дети до 3 лет, т.е не организованные дети. Однако осмотр детей и в детском саду связан с существенными трудностями, поскольку для его организации необходимо создавать как минимум передвижной стоматологический кабинет.

Цель. Определить распространенность стоматологических заболеваний у детей младшей возрастной группы.

Материал и методы. Проведен анализ амбулаторных карт 70 детей в возрасте от 1 до 6 лет, которые находились на лечении в детской городской стоматологической поликлинике г. Донецка.

Результаты. Из проведенного анализа следует, что основным диагнозом среди 70 детей был кариес (59 человек-84,3%). Пульпит был диагностирован у 47 детей, что составляет -67,1%. С проявлением периодонтита явились 25 человек-35,7%. Также у нескольких детей (3 человек -4,3%) диагностирована ортодонтическая патология. Отсутствие кариеса зафиксировано у 5 детей (7,1%) которые явились с жалобами на ортодонтическую патологию. Таким образом распространенность кариеса среди этих 70 детей составила 92,9%, что по данным ВОЗ является высоким показателем. Интенсивность кариеса по индексу кп составила 3,7, что соответствует среднему уровню по градации ВОЗ. Эта градация, правда, принята для детей 12 летнего возраста. Однако из-за отсутствия классификации для младших возрастных групп, мы применяем ее в оценке наших показателей. Обращает на себя внимание, что у 5 детей к моменту посещения ими поликлиники были удалены молочные зубы. Мы не учитывали эти удаления при расчете интенсивности кариеса, т.е применили индекс кп, а не кпу, хотя по-видимому удаленные зубы надо было в этом возрасте учитывать.

Выводы. Распространенность и интенсивность кариеса в группе детей, которые посещали поликлинику, является высокой. Хотя по интенсивности мы отнесли показатели к средним, все же высокая распространенность вынуждает резюмировать недостаточность мер по профилактике кариеса. Некоторые сомнения вызывает небольшое количество диагностированных зубо-челюстных аномалий, поскольку другие авторы приводят

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

значительно более высокие цифры. По-видимому, это связано с недостаточным вниманием врачей к этому виду патологии.

Гарина И.К., Дегтяренко Е.В.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ДЕТСКОГО КАРИЕСА У ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННЫМ АНТЕНАТАЛЬНЫМ ПЕРИОДОМ

Научный руководитель – доц. Ермакова И.Д.

Профилактика, лечение и диагностика кариеса зубов у детей раннего возраста составляют большую проблему для стоматолога. Это обусловлено особенностями психо-эмоциональной реакции ребенка на медицинские манипуляции, физиологическими особенностями твердых тканей зубов, полости рта и в целом организма. Наиболее часто и агрессивно кариозный процесс в зубах у детей раннего возраста протекает на фоне порочно развитых тканей. При этом, одним из ключевых факторов, оказывающих отягчающее влияние на развитие кариеса зубов, является характер питания (частота приема пищи, рацион питания, содержание в нем легко ферментируемых углеводов и др). Неполноценная структура временных зубов у детей обусловлена, прежде всего патологией беременности (гестозами, хронической внутриутробной гипоксией, несбалансированным питанием).

Цель. Изучить стоматологический статус и анамнез детей раннего возраста с целью выявления антенатальных факторов риска раннего детского кариеса у детей

Материал и методы. Нами проведено обследование 50 детей в возрасте от 1 до 3 лет, которые обратились в КУ « ДГСП г. Донецка». Оценивали состояние зубов и выявляли факторы риска кариозного поражения.

Результаты. Из проведенного анализа следует, что наибольшие показатели кариеса зубов были зафиксированы у детей, рожденных от матерей в возрасте 36-42 лет, первобеременных, имевших серьезные гормональные сдвиги и практически всю беременность находившихся на стационарном лечении. Несколько ниже показатели были зарегистрированы у детей, матери которых страдали гестозами первой и второй половин беременности. При тяжелом течении гестоза первой или второй половины беременности показатели кариеса у детей в раннем возрасте были несколько ниже.

Важным клиническим проявлением раннего кариеса, протекающего на фоне порочно развитых тканей, являлось поражение верхних фронтальных зубов, начинавшееся с режущего края неполностью прорезавшихся зубов. У всех обследованных детей кариес был множественным и носил плоскостной характер.

Выводы. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей раннего возраста является высокой. Наивысшие показатели зарегистрированы у детей, рожденных от старых первородящих с тяжелыми гормональными нарушениями. Особенности клинического течения кариеса у таких детей являются множественность поражения, агрессивное распространение по плоскости зуба и в глубину тканей, начало кариозного поражения с режущего края резцов.

Катчик С.Н.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ ТОМОГРАФИИ КАК МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

Научный руководитель - доц. Губанова О.И.

Цель. Определить преимущества и недостатки конусно-лучевой томографии (КЛКТ) и диагностические возможности метода для выявления патологии челюстно-лицевой области.

Материал и методы. Проведен анализ научных работ ряда крупных медицинских университетов, посвященных изучению КЛКТ как метода диагностики патологии челюстно-лицевого скелета. В частности: научные статьи сотрудников кафедры ортопедической стоматологии Белорусского ГМУ, кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ХНМУ, кафедры стоматологии детского возраста ДонНМУ (всего 12 статей). В данных работах приведены сравнительные результаты клинических исследований эффективности диагностики и планирования лечения с помощью традиционных методов диагностики и с применением КЛКТ в клинике ортопедической, хирургической, детской стоматологии, имплантологии и ортодонтии.

Результаты. Клинически обоснованными показаниями, по мнению авторов проанализированных исследований, к проведению КЛКТ являются: планирование имплантации, реконструктивных операций, заболевания ВНЧС, диагностика и планирование сложных случаев ортодонтического лечения (ретенция зубов, врожденные синдромы, состояние кости у подростков и взрослых при наличии патологии пародонта), сложное протезирование. Основными преимуществами КЛКТ являются: 1) универсальность метода в получении разнообразной информации о состоянии челюстно-лицевой области (возможности мультипланарной реформации, получения томограмм и зонограмм любого участка, в том числе ортопантограммы, наличие функции произвольной «кросс-секции», возможности определения состояния корней, каналов, плотности костной ткани в единицах Хаунсфилда и пр.); 2) сравнительно низкая доза облучения (30 – 70 мкЗв, что по нижней границе нормы соответствует ортопантограмме, лучевая нагрузка на пациента в 5-10 раз ниже, чем при спиральной КТ); 3) более высокая разрешающая способность сенсора КЛКТ (2 - 4 пары линий на мм), по сравнению с детектором спирального КТ (1 пара л/мм). Воксель КЛКТ всегда изотропный, то есть кубической формы, что позволяет избежать пространственных искажений косых реформатов, которые являются самым ценным исследовательским материалом для стоматологов. Недостатками метода являются: 1) высокая стоимость; 2) возможность возникновения артефактов и риск получения высокой лучевой нагрузки при большой зоне сканирования; 3) необходимость строгого соблюдения методики исследования с выбором соответствующего протокола сканирования и регулярной проверки и калибровки сканирующего оборудования; 4) ограничение для проведения исследования у детей, не достигших пятилетнего возраста.

Выводы. Неоспоримые преимущества данного метода, несмотря на высокую стоимость, позволяют рекомендовать КЛКТ в качестве обязательного метода диагностики при наличии соответствующих показаний с учетом возрастных ограничений.

Катчик С.Н.

ПРЕИМУЩЕСТВА КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ ТОМОГРАФИИ, КАК МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ФОРМИРУЮЩИХСЯ И СФОРМИРОВАННЫХ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ В ПРАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель – доц. Губанова О.И.

Цель. Определить преимущества и недостатки конусно-лучевой томографии и возможности применения данного метода исследования.

Материал и методы. Проведено исследование научных статей, описывающих метод диагностики зубочелюстных аномалий с помощью конусно-лучевой томографии. В частности: Научная работа кафедры ортопедической стоматологии БГМУ, авторы: Наумович Сергей Семенович, Наумович Семен Анатольевич на тему «Конусно-лучевая компьютерная томография: современные возможности и перспективы применения в стоматологии». Научная работа кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ХНМУ, авторы: Курицын Андрей Витальевич, Рузин Геннадий Петрович, на тему «Перспективы использования 3-D конусно-лучевой компьютерной томографии для расширения возможностей дентальной имплантации»

Результаты: Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) — современный метод рентген исследования челюстно-лицевой системы, во время которого рентгеновское излучение подается в виде конуса.

Показания к применению КЛКТ: имплантация, ортодонтическое лечения, реконструктивные операции, аномалии и деформации челюстно-лицевой области, заболевания ВНЧС, патология ЛОР органов.

На основании изученных статей можно выделить следующие положительные качества данного вида исследований:

1. Универсальность метода (возможность изготовления прицельных снимков, ортопантограммы и т.д.).
2. Сравнительно низкая доза облучения, определяемая рядом факторов: плавная регулировка напряжения и силы тока в рентгеновской трубке, время обследования ниже, выбор величины зоны сканирования и величины разрешения изображения.
3. Пространственное разрешение сканеров для КЛКТ больше (1,5-2,5 пар лин/мм), чем у современных компьютерных томографов (0,5-1,5 пар лин/мм). Размеры вокселей КЛКТ составляет 0.08 мм при 0.24 мм у мультиспиральных КТ.

Недостатков метода:

1. Дороговизна исследования
2. Возможность возникновения артефактов при большой зоне сканирования, что связано с технологией получения изображения.
3. Риск получения высокой лучевой нагрузки при сканировании больших анатомических областей.
4. Необходимость строгого соблюдения методики исследования, регулярной проверки и калибровки сканирующего оборудования.

Выводы. Конусно-лучевая компьютерная томография является современным универсальным методом диагностики зубочелюстных аномалий. Но на основании перечисленных недостатков имеет ряд ограничений по применению. Может быть

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

рекомендован как альтернативный вариант дополнительного метода исследования при планировании ортодонтического лечения, имплантации, реконструктивных операциях в клинике челюстно-лицевой хирургии, аномалиях и деформациях челюстно-лицевой области и при планировании лечения патологии ЛОР органов.

Костюченко А.А.

ОСЛОЖНЕННОЕ ПРОРЕЗЫВАНИЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель - доц. Забышный А.А.

Целью работы явилось совершенствование клинической диагностики осложненного прорезывания временных зубов у детей путем изучения и описания часто встречающихся вариантов данной патологии.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами были обследованы 18 детей в возрасте от 4 месяцев до 3 лет с различными осложнениями, возникающими в процессе прорезывания временных зубов. Обследование проводилось согласно общепринятого алгоритма для амбулаторного стоматологического больного, учитывая возрастные особенности детей: в раннем детском возрасте жалобы и анамнез собраны со слов родителей.

Результаты. Из ранних осложнений в процессе прорезывания нами выявлены т.н. гематомы или кисты прорезывания у 3 (16,6%) детей в виде синюшно-багровых припухлостей слизистой оболочки десны над коронками прорезывающихся временных зубов. Следующим вариантом осложнений были эрозия, афта или даже язва на нижней поверхности языка при преждевременном прорезывании нижних центральных молочных резцов у 2 (11,1%) детей. Наиболее частым осложнением прорезывания нами установлен острый катаральный гингивит (гингивит прорезывания), который диагностирован в 10 (55,5%) случаях. Из них у 6 (33,3%) детей это был локализованный гингивит, а у 4 (22,2%) – диффузный катаральный гингивит. У 2 детей с генерализованным гингивитом прорезывание сопровождалось общей реакцией организма, повышением температуры тела до субфебрильных цифр (лихорадка прорезывания). Одной из клинических форм осложненного прорезывания является перикоронарит в области прорезывающихся моляров. Наши наблюдения выявили перикоронариты у 3 (16,6%) детей, причем в одном случае капюшон слизистой над прорезывающимся зубом был эрозирован и вызывал болезненные ощущения при дотрагивании.

Выводы. Полученные результаты исследования позволили выявить несколько клинических вариантов осложненного прорезывания временных зубов, что может представлять трудности в диагностике. Наиболее частым осложнением прорезывания выявлен острый катаральный гингивит (гингивит прорезывания или эруптивный гингивит) – более 50% случаев. Часто данная форма гингивита протекает с умеренно выраженной общей реакцией (лихорадка прорезывания). Перикоронариты в области прорезывающихся временных моляров протекают в легкой форме и не требуют хирургического вмешательства.

Мищенко О. С.

**НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ**

Научный руководитель - доц. Губанова О.И.

Для полноценного оказания ортодонтической помощи детскому населению, планирования профилактических мероприятий и диспансеризации, чрезвычайно важно располагать данными о распространённости зубочелюстных аномалий (ЗЧА) и деформаций у детей и подростков региона.

Цель. Определить распространенность и структуру зубочелюстных аномалий и деформаций у детей г. Донецка.

Материал и методы. Проанализированы данные профилактических осмотров, проведенных детскими стоматологами в ряде школ и детских садов г. Донецка. Статистически обработаны 183 амбулаторные карты: 40 детей дошкольного возраста, 45 детей в возрасте 6 – 9 лет, 50 человек – в возрасте 9 -12 лет, 48 подростков – 13- 15 лет (95 девочек и 88 мальчиков).

Результаты. Распространенность зубочелюстных аномалий среди обследованных детей в среднем составила 36%: у дошкольников - 24%, в период сменного прикуса - 49%, в период постоянного прикуса - 35%. При анализе учитывалось наличие у ребенка других стоматологических заболеваний (кариес и его осложнения, пародонтит, пародонтоз) и общих заболеваний организма (дети часто болеющие). У детей с сочетанной патологией распространенность ЗЧА значительно возрастает - до 58,5%, при наличии общих заболеваний организма - до 74,6%.

Частота аномалий зубов и зубных рядов в среднем составила 39%, дистального прикуса - 20%, мезиального прикуса - 13%, глубокого прикуса - 23%, открытого прикуса - 19%, перекрестного прикуса – 23 % (в 75 % перекрестный прикус встречался в сочетании с другими аномалиями прикуса).

В процессе развития и роста зубочелюстной системы и формирования как временного, так и постоянного прикуса происходят естественные изменения в положении и взаимоотношений отдельных зубов, групп зубов, зубных рядов и прикуса в целом. Вследствие этого наблюдается прирост аномалий в период сменного прикуса по сравнению с временным и уменьшение количества аномалий к периоду сформированного постоянного прикуса. Количество ЗЧА в сменном прикусе увеличилось на 25%, в период постоянного прикуса – уменьшилось на 14%. Саморегуляция составила 11%. Явлениям саморегуляции практически не подвергались сагиттальные аномалии прикуса, глубокий и перекрестный прикусы. Среди общего числа ЗЧА, сочетанные аномалии составили 64,5%, при этом чаще встречается наиболее тяжелое сочетание – аномалий прикуса, зубных рядов и отдельных зубов – в 46 % случаев.

Выводы. Достаточно высокие показатели распространенности ЗЧА при обследовании ограниченного контингента детей, свидетельствует о необходимости проведения полноценных эпидемиологических исследований в Донецком регионе для возможности планирования своевременной профилактики, ранней диагностики и лечения зубочелюстных аномалий.

Перегуда Е.В.

О ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СОХРАНЯЮЩИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ.

Научный руководитель – доц. Зенько Н.А.

В терапевтической практике детского стоматолога пульпит – это форма осложненного кариеса зубов, которая встречается чаще всего. Традиционно во временных зубах методом выбора является девитальная ампутация или девитальная экстирпация. Однако по данным многих авторов девитальная ампутация пульпы приводит к частым осложнениям в виде периодонтитов. Следствием последних нередко является вовлечение фолликулов постоянных зубов. Менее сложным, однако, также существенным является ранняя потеря временных зубов. В связи с этим разрабатываются методы витальной ампутации пульпы во временных зубах. Основная цель метода витальной ампутации это сохранение тканей периодонта в интактном состоянии до физиологической смены зубов. Формокрезол является наиболее распространенным материалом, который применяется при витальной ампутации во временных зубах. Согласно данным Fuks A.B., 1997, Milnes A.R., 2006 клиническая эффективность применения формокрезола составляет 87-97 %. Классическая методика проведения витальной ампутации во временных зубах предусматривает покрытие культи пульпы после обработки ее формокрезолом цинкоксидэвгенолом.

Материал и методы. Нами предлагается для покрытия культи пульпы использование биосовместимого с пульпой материала «Триоксидент» (ВладМиВА). Наше предложение базируется на том, что материал «Триоксидент» имеет, помимо высокой биосовместимости, низкую растворимость и высокую механическую прочность, способствует герметизации полости пульпы. Он создает барьер, непроницаемый для бактерий. Методика проведения витальной ампутации. Проводится анестезия, препарируется кариозная полость, изолируется от слюны, проводится ампутация коронковой части пульпы стерильным шаровидным бором. После гемостаза небольшое количество материала «Триоксидент», приготовленного по инструкции, наносим на обнаженную пульпу гладилкой с шариком на другой стороне. Лишнюю влагу убираем без давления стерильным ватным шариком. Потом наносим небольшое количество жидкого прокладочного материала (например, Dugect AP) или стеклоиономерного светоотверждаемого материала (например, Riva SOI) и полимеризуем его. Затем полость пломбуем стеклоиономерным цементом, или компомером. Наблюдения в отдаленные сроки (в течение 1 года) свидетельствуют о положительных результатах в 94% случаев.

Выводы. Предлагаемый способ лечения пульпитов во временных зубах позволяет не только сохранить зуб в зубном ряду до его физиологической смены, но и обеспечить жизнедеятельность пульпы как физиологического барьера.

Реброва И. Г.

**КРИТЕРИИ ВЫБОРА МИОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ АППАРАТОВ,
ПРИМЕНЯЕМЫХ В ОРТОДОНТИИ**

Научный руководитель - доц. Губанова О.И.

Цель. Проанализировать наиболее значимые критерии при выборе разновидности миофункциональных аппаратов, применяемых в ортодонтии для профилактики и лечения зубочелюстных аномалий.

Материалы и методы. проведен анализ 15 научных статей, посвященных изучению эффективности применения различных миофункциональных аппаратов у пациентов разного возраста. При изучении данных материалов выбирались данные о конструктивных особенностях того или иного вида аппарата, анализировались положительные и отрицательные результаты применения аппаратов этого вида. Также сравнивались данные эффективности применения различных миофункциональных аппаратов при основных зубочелюстных аномалиях. Для оценки корректности выбора вида аппарата мы изучили рекомендации фирм производителей.

Результаты. по данным изученных публикаций, наиболее популярными видами миофункциональных аппаратов являются: преортодонтический трейнер Т4К (для детей 6-11 лет); система «Миобрейс» (8 – 12 лет), Т4В – для возможности одновременного использования с брекет-системой. Значительно реже использовались аппараты Multi-Family (Multi-S – временный прикус, Multi-T - сменный прикус, Multi-P), LM-активаторы, аппараты EFlite, I - 3. При этом последняя группа аппаратов отличалась значительно большей эффективностью по клиническим данным, но аппараты этих фирм имели более высокую стоимость. Общеизвестными конструктивными особенностями, которые оцениваются как существенные для достижения клинического эффекта, являются: высокая упругость, обеспечивающая силу тяги; длительно сохраняемая высокая эластичность и устойчивость на разрыв. Отрицательные качества: быстрая изнашиваемость, недостаточная упругость или излишняя жесткость, что затрудняет привыкание пациента к аппарату или даже приводит к отказу от него. Однако, при проведении сравнения с описаниями используемых аппаратов в буклетах фирм производителей, мы выявили, что ряд возможностей аппаратов не используется и выбор разновидности аппарата для клинического применения не всегда является оптимальным. Возникает ощущение, что авторы используют виды аппаратов, которые имеются в наличии, возможно, в более низкой ценовой категории. Практически не используются такие возможности некоторых аппаратов, как одновременная коррекция положения средней линии при лечении аномалий II и III классов, возможности нормализации ширины зубных дуг, особенно в области прорезывания вторых моляров.

Выводы. миофункциональные аппараты позволяют добиться устранения целого ряда этиологических факторов развития зубочелюстных аномалий, могут оказать влияние на рост челюстей, получить первичное выравнивание зубов, устранить вертикальные аномалии прикуса и пр. Однако, при выборе вида аппарата для максимальной реализации его возможностей следует исходить не из случайной ситуации, а, руководствуясь рекомендациями фирмы-производителя с детализацией клинических показаний в каждом конкретном случае.

Ставринова Л.С., Демченко С.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕРМЕТИКА «FISSURIT F» И СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА «KETAK MOLAR» ПРИ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР У ДЕТЕЙ

Научный руководитель – проф. Чижевский И.В.,

Первичная профилактика является приоритетным направлением в стоматологии детского возраста. Распространенность кариеса в зубах постоянного прикуса у 12-летних детей колеблется в пределах от 60% до 98%, а интенсивность его представлена почти всеми уровнями по классификации ВОЗ – от низкого до очень высокого.

Цель. Сравнить эффективность применения герметизации фиссур композитным материалом светового отверждения «Fissurit F» (Voco) и стеклоиономером «Ketak Molar» (3M ESPE).

Материал и методы. Работа основана на изучении, анализе и сравнении главных характеристик композитного материала «Fissurit F» (Voco) и стеклоиономерного цемента «Ketak Molar» (3M ESPE). При подготовке материала использовалась научная литература и результаты проведенных собственных наблюдений герметизации фиссур временных и постоянных моляров у детей 5-7 лет.

Результаты. Композитный материал «Fissurit F» обладает более положительными эстетическими свойствами, чем стеклоиономерный цемент «Ketak Molar». Он выпускается в белом (способствует точному визуальному контролю) и прозрачном (показан при специфических эстетических требованиях) вариантах. Так же он обладает лучшей адгезией к эмали и отсутствием растворимости, более выраженной износостойкостью. Высвобождение фтора из «Fissurit F» и поступление его в эмаль продолжается более 190 дней. В свою очередь стеклоиономерный цемент «Ketak Molar» обладает более высокой биосовместимостью, более выраженной кариесстатичностью (содержит F, Al, Zn, Ca), обладает «батареинным эффектом», не требует протравливания эмали при герметизации, но имеет ряд технологических неудобств: необходимость замешивания, небольшое рабочее время, более длительное отверждение.

Вывод. Высокая профилактическая эффективность наблюдается как при использовании композитного материала светового отверждения «Fissurit F» (Voco), так и стеклоиономерного цемента «Ketak Molar» (3M ESPE). Но, так как стеклоиономерный цемент «Ketak Molar» обладает меньшей износостойкостью, сохранность его через 1, 6, 12, 24 мес. составляет 90, 80, 60 и 20%. Его более целесообразно применять при герметизации фиссур у детей дошкольного возраста. Композитный материал светового отверждения «Fissurit F» обладает более выраженной износостойкостью из-за высокого содержания наполнителя- 50% («Fissurit FX»). Его сохранность при герметизации фиссур более выражена, чем у стеклоиономерного цемента «Ketak Molar».

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР
Кафедра стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии
Зав. кафедрой – доц. Музычина А.А.

Карпекин А.И

АЛГОРИТМ ВЫБОРА РАЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Научный руководитель - асс. Ушич А.Г., доц. Калиновский Д.К.

Цель. С целью оптимизации лечения переломов мышцелкового отростка нижней челюсти (ПМОНЧ) проанализировать все многообразие классификаций по данным отечественной и зарубежной литературы, систематизировать и всесторонне оценить имеющиеся анатомические изменения и нарушения в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС) при каждой форме перелома.

Материал и методы. Истории болезни 121 больного с ПМОНЧ, данные интернет ресурсов, результаты лучевых методов исследования (рентгенограммы костей лицевого скелета в различных укладках, СКТ), статьи и публикации по исследуемой теме, тематическая медицинская литература.

Результаты. В результате изучения историй болезни установлено: у 20,0% пострадавших ПМОНЧ имели место односторонние переломы, у 60,0% - двусторонние, у 20,0% - тройные. В области основания МОНЧ переломы локализовались у 12,0% пострадавших, шейки МОНЧ – у 28,0%. На момент поступления открытый прикус отмечен у 16,0% пациентов, косой – у 40,0%, ступенчатый – у 4,0%, открытый косой - у 16,0%, открытый ступенчатый – у 16,0%, другие нарушения – у 8,0%.

Одним из наиболее рациональных методов лечения ПМОНЧ является остеосинтез (25 пострадавших).

При выполнении операции остеосинтез в области ПМОНЧ применялись следующие фиксирующие элементы: прямые минипластины из титана - 50,0%, L-образные - 3,1%, T-образные - 3,1%, двойные T-образные - 3,1%, Y-образные - 12,5%, Z-образные - 9,4%, фиксатор - 18,8%

Анализ различных классификаций ПМОНЧ показал, что выбор алгоритма лечения зависит от топографических и анатомо-функциональных особенностей ПМОНЧ, сочетания его с переломами нижней челюсти другой локализации, переломами других костей лицевого скелета, ЧМТ, повреждениями других органов.

Выводы.

1) На основании анализа литературы и собственных данных предложен дополненный вариант классификации ПМОНЧ, который основывается на клинико-анатомических особенностях переломов и является перспективным для разработки алгоритма лечения данной категории пострадавших.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

2) В настоящее время условно различают три метода лечения больных с ПМОНЧ: ортопедический, функциональный и хирургический, а его выбор зависит от клинко-анатомических особенностей перелома в каждом конкретном случае.

3) Наиболее информативным из дополнительных методов диагностики ПМОНЧ является спиральная компьютерная томография с 3 D реконструкцией.

Кошкин К.Д.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ Фолликулярных кист у детей

Научный руководитель – доц. Бугоркова И.А.

Цель. Изучить методики хирургического лечения фолликулярных кист (цистотомия и цистэктомия). Определить индивидуальный подход к выбору метода лечения.

Материал и методы. Нами были изучены истории болезней детей с диагнозами: фолликулярные кисты, рассмотрены различные подходы к лечению. Исследования проводились на базе ЦГКБ № 1, стоматологического отделения № 2. Проанализированы различные методики хирургического лечения и результаты оперативных вмешательств.

Результаты. Проведен анализ хирургического лечения фолликулярных кист. По данным исследований, фолликулярные кисты составляют около 6 % всех кистозных поражений. Заболевание долгое время может протекать бессимптомно. Чаще всего диагностируют фолликулярные кисты зуба у детей в возрасте 7-10 лет, преимущественно поражаются нижние премоляры, во время сменного прикуса. Реже – у молодых людей в возрасте 20-25 лет, более распространено поражение 3-х постоянных моляров нижней челюсти. Макроскопически фолликулярная киста представлена однокамерной полостью, содержащей прозрачную жидкость желтого цвета с кристаллами холестерина. В полость обращена коронка непрорезавшегося зуба. Оболочка кисты прикрепляется строго по шейке «причинного» зуба, что является дифференциально значимым признаком для постановки диагноза. Микроскопически оболочка кисты снаружи представлена соединительной тканью (капсулой), а внутри выстлана многослойным плоским эпителием. В фолликулярных кистах значительно чаще, чем в радикулярных, отмечается ороговение эпителия. А также эпителий фолликулярных кист более дифференцирован и сохраняет свою непрерывность на всем протяжении. Хирургическая методика лечения цистотомия - отсроченный метод лечения кисты. При таком хирургическом вмешательстве киста превращается в полость, сообщающуюся с полостью рта. Преимуществом данного метода является сохранение постоянного зуба в зубной дуге. Цистэктомия - операция, при которой удаляют полностью оболочку кисты с зубным фолликулом, что в дальнейшем может приводить к зубо-альвеолярным деформациям. Данный метод используется при тотальном поражении постоянного зачатка зуба (его секвестрации).

Выводы. Таким образом, мы провели статистический анализ заболеваемости. Изучили патоморфологию кистозной оболочки фолликулярных кист. Определились с хирургическими методами лечения фолликулярных кист у детей. Изучили преимущества, и отрицательные стороны цистотомии и цистэктомии и определили критерии к выбору метода лечения.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Музычина А.А., Тутова К.С., Лотарева В.К.

СТОМАТОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА В ИСКУССТВЕ

Научный руководитель - асс. Тутова К.С.

Цель. Показать вклад деятелей искусства в развитие стоматологии как разносторонней дисциплины.

Материалы и методы. В ходе работы было изучено множество исторических, литературных и художественных источников, связанных со стоматологией. Исследование биографий великих культурных деятелей в медицине, а также анализ собранных данных и создание полной историко-медицинской хронологии развития стоматологии в искусстве.

Результаты. В работе представлен экскурс по произведениям великих художников, писателей культуры различных эпох, начиная от древности (Леонардо да Винчи, Микеланджело Буонарроти, Рубенс) и заканчивая деятелями более современными (Чехов, Булгаков, Нестеров) и т.д. Результат, изучение биографии деятелей искусства в медицине и их вклад в развитие данной дисциплины, были выявлены весомые достижения, которые сильно повлияли на совершенствование стоматологии, как культурологической науки. Так, была составлена хронология становления стоматологии и медицины в различных отраслях искусства.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование медицины и искусства, особенно живописи, показало, что они на всех этапах человеческого развития были неразрывно связаны. Искусство способствовало «историческому и культурологическому» освоению медицины на протяжении различных исторических эпох в зависимости от уровня развития науки, своеобразия художественных средств изображения. Поэтому важно знать хронологию развития медицины не только как науки, но и творческой дисциплины в целом.

Музычина А.А., Нещерет А.И., Музычина А.В.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИИ

Научный руководитель - асс. Музычина А.В.

Цель. Осветить основные вопросы возникновения, становления и развития стоматологии в мировой истории с древних времен и до наших дней.

Материалы и методы. В работе изучены и проанализированы отечественные и зарубежные источники истории развития и становления стоматологии.

Результаты. Из источников можно извлечь сведения о состоянии в древнейших цивилизациях зубоорудного дела. Первые опыты врачевания тесным образом связаны с религиозными верованиями и магическими обрядами, составлявшими главную часть жизни жителей древних государств Востока. Врачеватели принадлежали к единой касте жрецов, прорицателей и мудрецов. Врачевание было частью служения богам. Исследования археологов говорят о том, что люди эпохи неолита уже были знакомы с методом сверления и лечения зубов. На территории современного Пакистана были найдены останки людей с ровными отверстиями явно искусственного происхождения в зубах. В хронологически логичном порядке определены основные вехи развития стоматологии.

Выводы. Проведенный анализ материалов по истории зубоорудного и стоматологии позволил выделить характерные черты становления этой области

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

медицины. Элементы зубопротезирования наглядно прослеживаются в медицине, однако переход зуболечебного дела от целительства в рамках народной медицины и ремесленного зубопротезирования к одонтологии, как медицинской специальности, произошел в России только на рубеже XIX-XX веков, а формирование отечественной стоматологии как научно-учебной клинической дисциплины состоялось в СССР в 1920-1930-е годы на основе слияния сложившейся уже врачебной профессии - одонтологии и обозначившегося в хирургии направления - челюстно-лицевой хирургии.

Перетятко Н.И.

КАРОТИДНАЯ ХЕМОДЕКТОМА: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель – доц. Калиновский Д.К.

Цель. Изучить этиологию и патогенез, основные клинические проявления, методы диагностики и лечения каротидной хемодектомы.

Материал и методы. Истории болезни 2 пациентов с каротидной хемодектомой, статистическая информация и данные литературы.

Результаты. По данным литературы, опухоли каротидного тельца (хемодектомы) – это редко встречаемые, чаще доброкачественные новообразования, которые составляют менее 0,5% всех опухолей и чаще всего встречаются у женщин 20-50 лет.

Хемодектома в большинстве медицинских публикаций рассматривается как опухоль, возникающая из эпителиоидных клеток нервного гребня. В норме каротидное тельце обычно овальной формы размерами 0,1–0,5 см в диаметре, расположено на задней поверхности бифуркации сонной артерии и играет важную гомеостатическую роль в регуляции кислотно-основного гомеостаза.

Согласно статистике, преобладают опухоли с односторонним расположением, которые склонны медленно увеличиваться в размерах. Клинически характерно расположение под жевательной мышцей у места деления общей сонной артерии. Как правило, кожные покровы над опухолью не изменены. Опухоль шаровидной или продолговатой формы, размерами от 2 до 6 см, гладкая или слегка бугристая. Выделяют ангиоматозную, альвеолярную, трабекулярную и солидную форму хемодектом. Клинические проявления при хемодектомах обычно скудные, и единственной жалобой больных чаще всего является наличие опухолевого образования на шее. Характерной для хемодектомы чертой является смещаемость ее в горизонтальном и отсутствие смещаемости в вертикальном направлениях, невозможность отвести опухоль от пульсирующего сосуда и передаточная пульсация над опухолью.

Редкость заболевания и скудность симптоматики объясняют сложность диагностики. Правильный диагноз устанавливают у 10–40% больных. В большинстве случаев выставляется диагноз «боковая киста шеи» или «лимфаденит». Описанные закономерности подтверждаются клиническим наблюдением пациентки А., 39 лет, находившейся на лечении в клинике ЦГКБ №1 г. Донецка в феврале-марте 2018 года. При первичной диагностике, ультразвуковом исследовании и тонкоигольной аспирационной биопсии был выставлен диагноз «боковая киста шеи», «лимфаденит», однако интраоперационно помимо 3-х увеличенных лимфатических узлов была обнаружена и хемодектома, интимно спаянная с зоной бифуркации общей сонной артерии. Для

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

уточнения диагноза и степени связи опухоли с сонной артерией было дополнительно проведено ультразвуковое дуплексное сканирование, по результатам которого принято решение о проведении оперативного вмешательства с участием ангиохирургов.

Выводы. Хирургическое лечение опухолей, тесно связанных с магистральными сосудами, является одной из наиболее сложных и не до конца нерешенных проблем. Комплексное ультразвуковое исследование и КТ с контрастированием являются высокоинформативными и взаимодополняющими методами диагностики и контроля результатов хирургического лечения хемодектом шеи, позволяющими достоверно оценить взаимоотношения сонных артерий с опухолью и состояние регионарных тканей с целью раннего выявления рецидива. Высокая степень клинической настороженности и ранняя диагностика являются главными критериями для успешного оперативного лечения. Хирургическое удаление является методом выбора, и если выполняется опытным хирургом, то позволяет избежать серьезных осложнений.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР

Кафедра стоматологии ФИПО

Зав. кафедрой – проф. Чайковская И.В.

Забродняя В.К., Чайковская И.В.

ОЦЕНКА ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ И ПРОБ У ИНСУЛИНЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Научный руководитель - проф. Чайковская И.В.

Цель. Изучить особенности пародонтологических индексов и проб у инсулинзависимых пациентов с патологией пародонтального комплекса.

Материал и методы. Обследовано 135 человек, 43 мужчины (31,9±4,0%) и 92 женщины (68,1±4,0%) от 20 до 60 лет (в среднем 39,8±1,3 лет), разделённых на три группы. I группа 60 инсулинзависимых пациентов с генерализованным пародонтитом, II группа 30 пациентов с генерализованным пародонтитом и III группа 45 практически здоровых пациентов. Диагноз генерализованного пародонтита устанавливался согласно классификации заболеваний пародонта Н.Ф. Данилевского. Степень распространённости, активности воспалительного процесса, гигиеническое состояние, оценивали стандартными пародонтологическими индексами и пробами: Грина–Вермильона, Федорова-Володкиной, папиллярно-маргинально-альвеолярный, Рассела, СРITN, Кулаженко). Критериями включения являлось наличие признаков генерализованного пародонтита на основании клиническо-лабораторных и рентгенологических исследований диагностированных эндокринологом и терапевтом. Статистическая обработка проведена с использованием «Statistica 6.0» и программы для «MedStat».

Результаты. У пациентов I группы клинические признаки генерализованного пародонтита выше, чем во II группе ($p<0,01$). Наиболее выраженные изменения наблюдались во фронтальном отделе нижней челюсти, что достоверно выше, чем во II группе ($p<0,01$). При зондировании пародонтальных карманов в I группе составляла не менее 4,5 мм, во II группе - менее 3,0 мм, что меньше параметров основной группы ($p<0,05$). При изучении гигиенического состояния полости рта в I группе определялось массивное преобладание над – и поддесневого зубного камня, обильное количество рыхлого, мягкого зубного налёта в пришеечной зоне и межзубных промежутках. Наибольшее значение показатель Грина-Вермильона достигает в I группе, по сравнению со II группой и III группой, что в 1,7 и 4,9 раза выше ($p<0,001$), что позволяет расценивать уровень гигиены как неудовлетворительный. В I группе индекс Фёдорова-Володкиной 2,4 и 1,5 раза выше чем во III и II группах ($p<0,001$). Интенсивность и распространённость воспалительного процесса в тканях пародонта I группы в 1,8 раза была выше, чем у II группы ($p<0,001$), что свидетельствует о более выраженных воспалительных изменениях в условиях интоксикации. Выраженность дистрофически-воспалительных процессов в пародонте превышала значения Рассела в I группе, что в 1,4 раза выше, чем во II группе ($p<0,01$), что свидетельствует о воспалении, образовании пародонтальных карманов,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

резорбции альвеолярной кости. Наибольшего значения достигает индекс нуждаемости в I группе, чем во II группе ($p < 0,01$). Наименьшее значение выявлено в III группе, что в 3,4 раза ниже, чем в I группе ($p < 0,01$). Стойкость капилляров в I группе -проба Кулаженко в 1,3-1,4 раза меньше ($p < 0,01$), чем в группах сравнения, что свидетельствует о поражении стенок сосудов.

Выводы. у инсулинзависимых пациентов происходят достаточно выраженные изменения воспалительного характера в тканях пародонта ($p < 0,01$).

Соболева А.А., Чайковская И.В., Кондратьев П.А.

ВЛИЯНИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ НА ПРОЦЕССЫ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Научный руководитель – проф. Чайковская И.В.

Цель. Провести оценку влияния зубных паст на процессы свободнорадикального окисления в ротовой жидкости у пациентов с генерализованным пародонтитом.

Материал и методы. Обследовано 108 пациентов, разделенных на две группы: I группа представлена 60 практически здоровыми людьми (29 мужчинами и 31 женщинами) в возрасте от 18 до 45 лет, и II группа 60 пациентов того же возраста с генерализованным пародонтитом, хроническое течение. Собранную ротовую жидкость смешивали в объеме 0,1 мл с 0,5 мл раствора люминола, с последующим измерением хемилюминесценции в течение 3 минут. Вторую пробу проводили с добавлением 0,01 мл исследуемого образца зубной пасты. Полученную разницу хемилюминесценции в пробах судили о влиянии зубных паст на генерацию активных форм кислорода клетками ротовой жидкости. Хемилюминесценцию измеряли на приборе ХЛ-003. При выборе зубных паст руководствовались классификацией С. Б. Улитковского. В исследовании изучались: гигиенические пасты, лечебно-профилактические, в состав которых входят компоненты, направленные на лечение и профилактику одного вида патологии: противовоспалительная, противовоспалительная с выраженной антиоксидантной активностью, противокариозная и отбеливающая. Полученные данные обработаны статистически с помощью пакета компьютерных программ с использованием «Statistica 6.0» и программы для «MedStat».

Результаты. По результатам исследования установлено, что зубные пасты оказывают влияние на генерацию свободных радикалов в ротовой жидкости ($p < 0,05$).

На основании исследований, представляется возможность целенаправленно создавать средства гигиены полости рта с заданными свойствами, учитывающие их влияние на свободнорадикальное окисление в ротовой жидкости. Создание многофункциональных или комплексных зубных паст, сочетающих в своей рецептуре препараты, оказывающие лечебно-профилактическое действие на зубы и ткани пародонта, корректируют процессы свободнорадикального окисления в ротовой жидкости, позволяют в значительной степени повысить эффективность профилактических и лечебных мероприятий, выбрать зубные пасты, сочетающие в себе различные положительные свойства.

Изобилие зубных паст, требует определенных критериев индивидуального подбора, а метод хемилюминесценции будет полезен в решении этих проблем. В одних случаях для ухода за зубным рядом следует назначать пасты обладающие

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

антиокислительной активностью, в других — способствующие активации генерации радикалов кислорода, которые обладают микробицидным действием.

Выводы. Многофункциональные или комплексные зубные пасты, сочетающие в своей рецептуре препараты, оказывают лечебно-профилактическое действие на зубы и ткани пародонта, корректируют процессы свободнорадикального окисления в ротовой жидкости, позволяют в значительной степени повысить эффективность профилактических и лечебных мероприятий.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР
Кафедра терапевтической стоматологии
Зав. кафедрой – д.мед.н., проф. Педорез А. П.

Ветренко С.А., Терпигорьева Л.П.

РЕЗОРБЦИЯ ЦЕМЕНТА КОРНЯ ЗУБА И ЕЕ СВЯЗЬ С ТЕЧЕНИЕМ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА

Научный руководитель – доц. Пиляев А.Г.

Цель. Выявить наличие наружной резорбции цемента корня зуба вокруг апикального отверстия её связь с течением хронического периодонтита.

Материалы и методы. Было изучено 23 зуба, удалённых по различным показаниям, с рентгенологически определяемыми очагами периапикальной деструкции. Хроническое течение периодонтита имели 8 зубов, в анамнезе заболевания которых не было отмечено клинического обострения. В 15 случаях имело место обострения процесса с наличием болевого синдрома. Был проведён патогистологический анализ периапикальных поражений и сканирующая электронная микроскопия апикальной части корня зуба. Оценку наличия резорбции проводили, исходя из характера повреждения цемента и дентина. Статистический анализ проводил с использованием критерия Хи-квадрат.

Результаты. Гистологическое исследование периапикальных гранул показало преобладание полиморфно-ядерные лейкоцитов у всех пациентов, с болевым синдромом. При асимптоматическом течении чаще встречались простые гранулемы (5 случаев – 62,5%), с преобладанием лимфоцитов, плазматических клеток и макрофагов. Кистогранулемы – в 3 зубах (37,5%). Абсцедирующее течение статистически чаще приводило к выражению резорбции корня по сравнению с хроническим воспалением – 86,7% и 25% соответственно ($\chi^2=8,75$, $p=0,003$). При хроническим течением периодонтита не были обнаружены дефекты, охватывающие ($\chi^2=8,75$, $p=0,003$). При хроническом течением периодонтита не были обнаружены дефекты, охватывающие всю поверхность апикальной части корня зуба.

Выводы. Обострение периапикального воспаления достоверно чаще приводило к резорбции цемента вокруг апикального отверстия. Проводимое лечение должно включать мероприятия, направленные на регенерацию тканей.

Ветренко С.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗНОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

Научный руководитель – доц. Пиляев А.Г.

Цель. Проанализировать шансы на успех эндодонтического лечения зубов с хроническим периодонтитом в зависимости от их клинической формы и состояния апикальной констрикции.

Материалы и методы. Был проведён анализ у 34 пациентов с хроническими деструктивными периодонтитами. Первую группу составили 16 зубов, с хроническим

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

гранулирующим периодонтитом, во вторую группу вошли 18 зубов с хроническим гранулематозным периодонтитом. Был проведён логит-регрессионный анализ успешных результатов лечения разных форм периодонтитов и сканирующая электронная микроскопия апикальной части корня зуба. Оценку шансов на успех эндодонтического лечения зубов с хроническим периодонтитом проводили, исходя из представленных данных. Статистический анализ проводили с использованием величины odds ratio – отношение вероятностей успеха лечения, которое зависит от клинической формы хронического периодонтита.

Результаты. Исследование хронических деструктивных периодонтитов показало благоприятный результат лечения: в первой группе был отмечен у 12 пациентов, что составило 75%; во второй группе - у 13 пациента (72,2%). Относительная часть позитивного отдаленного результата эндодонтического лечения периодонтита в зависимости от клинической формы: при гранулирующем периодонтите $odds_1=2.8$ а при гранулематозном периодонтите $odds_2=2.7$ следовательно $odds\ ratio=0.96$. На основании представленных данных видно, что относительная часть больных с благоприятным течением в зубах, леченных по поводу хронического гранулирующего периодонтита, практически совпадала с таковым при лечении хронического гранулематозного периодонтита.

Выводы. Вероятность успешного результата лечения независимо от других факторов не зависит хронического периодонтита.

Ветренко С.А.

РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРИОДОНТИТОМ В ЗУБАХ С РАЗЛИЧНЫМ РАЗМЕРОМ ПЕРИАПИКАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ

Научный руководитель – доц. Пиляев А.Г.

Цель. Проследить влияния размера очага периапикальной деструкции на результат лечения зубов с хроническим периодонтитом.

Материалы и методы. Анализ результатов был проведён у 34 пациентов, которые лечились по поводу хронического деструктивного периодонтита, разделённых на две группы. Первую группу благоприятного результата лечения составили 25 пациентов, во вторую группу с неблагоприятным результатом вошли 9 пациентов. Был проведён статистический анализ результатов эндодонтического лечения и сканирующая электронная микроскопия апикальной части корня зуба. Оценку результатов эндодонтического лечения проводили, исходя из состояния апикальной конструкции.

Результаты. Рентгенологическое исследование размеров очагов деструкции в первой группе составило $5,634 \pm 0,219$ мм, во второй группе – $6,108 \pm 0,396$ мм. Различия не были статистически значительными ($t=1,05$; $p>0,05$). Было установлено, что в диапазоне от 2 до 5 мм размера очага деструкции шанс на успех при лечении зубов составил 4,6. При размерах очагов деструкции от 2 до 5 мм почти в 5 раз выше вероятность положительного результата, чем неблагоприятного. При больших очагах деструкции от 6 до 10 мм шанс на успех лечения зубов составил 2,4. Отношения шансов на успех в 2 указанных группах составили 1,92. Это дало основание при дальнейшем анализе деления очагов деструкции на большие размеры от 6 мм и более, и малые – от 2 до 5 мм.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. Размер очага деструкции влияет на результат лечения и может рассматриваться как один из значащих факторов для разработки наиболее оптимальной комбинации начальных и связанных с лечением факторов для получения наиболее положительного прогноза. Но не может быть использован, как самостоятельный предиктор. Шанс на успех при лечении зубов с большими очагами деструкции явился в 1,92 раза хуже, чем в зубах с малыми очагами деструкции.

Гаврилов А.Е., Прядко И.В.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ

Научный руководитель – доц. Гонтарь Е.А.

Цель. Изучение показателя интенсивности кариеса зубов (индекса КПУ) у молодых людей в зависимости от психологического статуса.

Материал и методика. Было проведено обследование 31 пациента в возрасте 19-20 лет. Оба пола представлены в равной степени. В ходе обследования изучали показатель интенсивности кариеса (КПУ), психологический статус с помощью опросника Айзенка, состоящего из 57 вопросов, по определению темперамента и частоту сердечных сокращений (ЧСС). Изучение психологического статуса позволило нам разбить исследуемую группу на 4 типологические подгруппы. В флегmanoидную группу вошли 6 человек; в меланхолоидную - 9 человек; в сангвиноидную – 6 человек; в холероидную – 10 человек.

Результата. Среднее значение индекса КПУ по типологическим подгруппам показало, что во флегмоноидной погруппе он составил $7,4 \pm 0,02$; в меланхолоидной – $7,6 \pm 0,05$; в сангвиноидной – $5,1 \pm 0,04$; в холероидной – $10,9 \pm 0,1$. Среднее значение частоты пульса составило: во флегмоноидной погруппе - $70,6 \pm 1,2$; в меланхолоидной – $68,8 \pm 1,5$; в сангвиноидной – $77,4 \pm 1,4$; в холероидной – $78,6 \pm 1,8$.

Выводы. Таким образом, при анализе полученных данных четко прослеживается тенденция повышения индекса КПУ у лиц с холероидным темпераментом, и, наоборот, снижения показателя КПУ у лиц с сангвиноидным типом темперамента. Разница показателей КПУ между холероидной и сангвиноидной группами весьма существенна: более, чем в два раза.

Лабуз З. С.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФОТОКОМПОЗИЦИОННЫХ РЕСТАВРАЦИЙ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Научный руководитель – доц. Колосова О.В.

Цель. Сравнительная клиническая оценка реставраций центральных зубов, выполненных различными материалами.

Материал и методы. Обследовано 29 человек в возрасте от 20 до 35 лет, которым восстановлено 35 кариозных полости III класса по Блэку. Пациентов разделили на 2 группы: I группа – 15 пациентов с 17 восстановленными из фотокомпозита Charisma, Heraeus Kulzer, II группа – 14 пациентов с 18 реставрациями из компомера Direct Extra, Dentsply. Оценку восстановлений осуществляли по клинической оценки апроксимальных реставраций: на первом этапе по двоичной системе («приемлемо» или «неприемлемо»)

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

оценивая апроксимальную часть восстановления, на втором – часть реставрации на апроксимальной поверхности по клиническим критериям Ruge.

Результаты. Через 12 месяцев у пациентов I группы в 3 (17,65±2,96%) случаях выявили нарушения контактного пункта, вторичный кариес диагностирован не был. У пациентов II группы 2 (11,11±2,27%) реставраций получили «неприемлемо» по критерию «контактный пункт», вторичный кариес также не был диагностирован.

Выводы. Исследование показало преимущества реставраций из композера Direct Extra, Dentsply. при восстановлении апроксимальных полостей центральных зубов III класса по Блэку.

Лотарева В.К., Рублев И.Д.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Научный руководитель - доц. Мороз А. Б.

Цель. Сравнительная клиническая оценка применения аппликаций препарата Gluma Desensitizer, Heraeus-Kulzer и использования лазерного излучения длинной волны 980 нм при лечении гиперестезии твердых тканей зубов.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 30 студентов стоматологического факультета ГОУ ВПО ДонНМУ им. М. Горького возрастом от 18 до 25 лет со II и III степенью интенсивности и ограниченной (до 25%) формой гиперестезии. Всех обследуемых разделили на 3 равные группы в зависимости от выбранного метода лечения повышенной чувствительности зубов: у пациентов I группы явления гиперестезии купировали с применением препарата Gluma Desensitizer, Heraeus-Kulzer; пациентам II группы – с использованием аппарата «Лика-хирург М», генерирующий лазерное излучение с длиной волны 980 нм, мощностью 2 Вт в бесконтактном импульсном режиме (50 мсек импульс / 50 мсек пауза) в течении 15 секунд; во III группе для лечения использовали комбинированный метод – аппликация препарата Gluma Desensitizer, Heraeus-Kulzer и облучение лазерным излучением в бесконтактном импульсном режиме в течении 10 секунд. Лечебные мероприятия в I и II группах проводили через день, в III группе – каждый день (чередую методы лечебного воздействия), курс лечения – 6 процедур. Индексы интенсивности (ИИГЗ) и распространенности (ИРГЗ) гиперестезии оценивали до проведения лечения, непосредственно после, через 1 и 6 месяцев после проведения процедур.

Результаты. В результате исследования было установлено, что непосредственно после проведенного лечения явления гиперестезии в исследуемых зубах отсутствовали во всех трех исследуемых группах. Через 1 месяц после проведения лечебных процедур оценка гиперестезии зубов показала, что в I группе ИИГЗ составил 1,33±0,15 балла, во II группе – 1,10±0,13 балла, в III – 1,00±0,16; ИРГЗ – 2,81±0,15%, 2,50±0,19% и 0,94±0,17%, соответственно группам. Различия по ИИГЗ между I, II и III группами не достоверны ($p < 0,05$), по ИРГЗ между III и I, III и II различия достоверны ($p > 0,05$).

Через 6 месяцев после проведения лечебных процедур оценка гиперестезии зубов показала, что в I группе ИИГЗ составил 1,57±0,09 балла, во II группе – 1,47±0,10 балла, в III – 1,17±0,11; ИРГЗ – 4,38±0,29%, 3,75±0,36% и 2,81±0,24%, соответственно группам.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Различия по ИИГЗ между I и II группами не достоверны ($p < 0,05$), тогда как между III и I, III и II различия достоверны ($p > 0,05$); по ИРГЗ отмечается аналогичная ситуация: различия между I и II группами не достоверны ($p < 0,05$), тогда как между III и I, III и II различия достоверны ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, клиническая оценка методов лечения гиперестезии твердых тканей зубов показала достоверные преимущества аппликаций препарата Gluma Desensitizer, Heraeus-Kulzer, с чередованием воздействия лазерного излучения на твердые ткани зубов в сроки 1 и 6 месяцев после проведенного лечения.

Матвиенко Р.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АТРАВМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ЗУБОВ У ВЗРОСЛЫХ

Научный руководитель - асс. Хохлова Е.А.

Цель. Оценка эффективности лечения среднего кариеса зубов у взрослых ART методом.

Материалы и методы В процессе работы с различными группами пациентов (беременные, пациенты с психоневрологическими расстройствами, пациенты с неадекватным поведением) было пролечено 40 зубов с диагнозом острый и хронический средний кариес. Для лечения кариеса ART методом был использован водоотверждаемый стеклоиономерный цемент «Аквион» фирмы «ВладМива» в сочетании с набором острых экскаваторов и эмалевых ножей. После химического размягчения кариозного дентина гелем № 1 (комплексобразователь) и гелем № 2 (гипохлорит натрия), пораженные ткани удалялись острыми экскаваторами. Затем кариозные полости тестировались на наличие «остаточного» кариеса с помощью кариес - индикатора «Колортест № 2», и после чего проводилось их пломбирование. Эффективность пломбирования оценивалась через три месяца

Результаты. В процессе работы установлено, что средний показатель интенсивности кариеса зубов составил 7,2, что соответствует средней степени поражения. При повторном осмотре через три месяца показатели КПУ не изменились. Пролеченные ранее кариозные полости полностью заполнены стеклоиономерным цементом. Нарушения краевого прилегания пломб не выявлено. Вторичный кариес не диагностирован. Наблюдалось незначительное истирание поверхности некоторых пломб.

Выводы. По результатам исследования можно сказать, что метод атравматического лечения является довольно эффективным и целесообразным. Преимуществом этого метода являются минимальная инвазивность, максимальное сохранение здоровых тканей зубов, неплохие отдаленные результаты пломбирования, почти полное отсутствие болевых ощущений во время ручного препарирования, что позволяет широко использовать данный метод у беременных женщин, у пациентов с повышенной болевой чувствительностью, у пациентов с противопоказаниями к применению местно-анестезирующих препаратов.

Михайлов Н.А., Гаврилов А.Е.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ
МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА**

Научный руководитель – доц. Гонтарь Е.А.

Цель. Сравнительная характеристика различных методов лечения гиперестезии твердых тканей зуба.

Материалы и методы. Было обследовано 30 пациентов с патологической стираемостью (II степень). Уровень гигиены полости рта у всех обследуемых был одинаковый. Все пациенты были разделены на 3 группы поровну (по 10 человек). Пациентам 1 группы проводилась ежедневно аппликация на очаги поражения пасты «Новый жемчуг» по 15 мин. на протяжении 10 дней и назначался перорально глицерофосфат кальция по 0,5 г в течение месяца. Пациентам 2 группы проводили курс д'арсорвализации в течение 5 дней. Пациентам 3 группы также проводили курс д'арсорвализации в течение 5 дней, но при этом после каждого сеанса обрабатывали зубы препаратом «Desensitizer». Всем пациентам повторные курсы лечения проводились через 3, 6, 9 месяцев.

Результаты. Проведенные показали, что эффективность лечения гиперестезии в трех группах существенно различалась. Так, в 1 группе после проведенного лечения у 6 из 10 человек было отмечено отсутствие гиперестезии. У 4 человек в течение эксперимента возникали резидивы заболевания. Во 2 группе на момент последнего планового обследования у 8 из 10 человек отмечался удовлетворительный результат: незначительные болевые ощущения на термические раздражители. У всех пациентов 3 группы к концу эксперимента не отмечалось никаких признаков гиперестезии.

Выводы. Таким образом, сочетанное воздействие д'арсорвализации и препарата «Desensitizer» является наиболее эффективным для лечения гиперестезии твердых тканей зубов.

Ольховский А.В.

**НАРУЖНАЯ РЕЗОРБЦИЯ КОРНЯ В ЗУБАХ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО
РАЗРУШЕННЫМ АПИКАЛЬНЫМ ОТВЕРСТИЕМ**

Научный руководитель – проф. Педорец А.П.

Цель. Изучить наличие и степень выраженности наружной резорбции апикального цемента при экспериментально вызванных периодонтитах в зубах с сохраненным и искусственно разрушенным апикальным отверстием.

Материалы и методы. Зубы собак были случайным образом разделены на контрольную и экспериментальную группу. Экспериментальную группу составили 12 корней второго и третьего премоляров нижней челюсти, у которых апикальное отверстие было раскрыто файлом 40 размера. В 12 корнях аналогичных зубов в контрольной группе апикальное отверстие было сохранено.

Рентгенологическое обследование проводилось через 90 дней после моделирования апикального периодонтита. Затем зубы были удалены. Корни зубов изучали с использованием растрового электронного микроскопа «JSM - 6490 LV» (Япония). Изображения оценивали на наличие и степень резорбции, согласно индексной оценке Vier F. V (2004) по 4-балльной системе. Для проверки значимости различий между резорбцией

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

апикальной части корня зуба и состоянием апикального отверстия, сгруппированные данные были проанализированы по дихотомическому признаку и оценены с использованием непараметрического критерия χ^2 - квадрат (при 95 % доверительном интервале).

Результаты. Было установлено, что средний размер очагов деструкции в зубах, верхушки которых были раскрыты, составило $3,8 \pm 0,7$ мм, а в зубах с сохраненным отверстием $2,3 \pm 0,5$ мм. Различия были статистически значимы ($p < 0,05$). При анализе наличия и степени выраженной резорбции в зубах с искусственно сформированным апикальным отверстием, было отмечено, что в 10 зубах из 12 (83,3%) отмечалась резорбция средней и тяжелой степени вокруг искусственно сформированного апикального отверстия, часто с вовлечением дентина корня зуба. Для оценки характера связей между степенью резорбции и состоянием апикального отверстия, данные были сгруппированы в 2 группы. В 1 группу вошли случаи с отсутствием резорбции и небольшими очагами резорбции, не охватывающие полностью апикальное отверстие. Во 2 группу все случаи, при которых резорбция полностью охватывала апикальное отверстие. В первую группу попало 8, а во вторую 4 корня. С параметрами $X=8,17$; $p=0,01$; $F=0,01$. С разрушенным апикальным отверстием в первую группу попало 2, а во вторую 10 корней, с параметрами $X=8,17$; $p=0,01$; $F=0,01$. Статистический анализ выявил достоверное различие между выраженностью резорбции и состоянием апикального отверстия ($p < 0,01$).

Выводы. Апикальная констрикция может разрушаться и без ятрогенного вмешательства. Разрушение апикальной констрикции может быть непрямым подтверждением наличия наружной резорбции корня зуба.

Ольховский А.В

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА В ЗУБАХ С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ АПИКАЛЬНОЙ КОНСТРИКЦИИ

Научный руководитель – проф. Педорец А.П

Цель. Оценить результаты лечения зубов при различных размерах апикальной констрикции.

Материалы и методы. Анализ результатов лечения был проведен у 37 пациентов с хроническими деструктивными периодонтитами. Первую группу составили 20 зубов, с сохраненной апикальной констрикцией, вторая группа - 17 зубов с разрушенной апикальной констрикцией. В первой группе благоприятный исход лечения был отмечен у пациентов, что составило 54,1%. Благоприятный результат во второй группе составил 45,9%. Субдиагноз связанный с различными рентгенологическими изменениями в верхушечном периодонте не дал никакого влияния на результат лечения. Численной оценкой того, как сильно успех лечения зависит от клинической формы периодонтита, является величина odds ratio - отношение вероятности успеха. Вероятность успешного результата лечения независимо от факторов не будет зависеть от формы периодонтита.

Результаты. Относительная доля успешных результатов эндонтического лечения, независимо от уровня положения материала, в зубах с сохраненной апикальной констрикцией существенно выше (0,82 против 0,66). Как фактор риска возникновения неудач при лечении хронического деструктивного периодонтита мы выделили единственный фактор! разрушения апикальной констрикции. Как видно, этот фактор дал

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

существенное влияние и при его наличии относительный риск неудачи увеличивается в 2,37 раза. Поскольку степень разрушения апикальной констрикции широко варьировалась, мы выделили группы с умеренно и сильно разрушенными апикальными констрикциями, в которых рассчитали относительный шанс на успех. Так относительная доля благоприятного результата для умеренной степени разрушения составила 0,69 при Odds 2,23 и odds ratio 1,91

и сильной степени разрушения 0,54 при odds 1,17 и Odds ratio 1,91. Сильное разрушение апикальной констрикции увеличивает риск неудачного результата в зубах с разрушенной апикальной констрикцией.

Вывод. В зубах с сохраненной и с разрушенной апикальной констрикцией результаты лечения могут быть, как благоприятными, так и неблагоприятными. Несмотря на то, что процент благоприятных результатов в зубах с сохраненной констрикцией существенно выше, чем с разрушенной, а тем более с сильно разрушенной, из представленных данных видно, что состояние констрикции не может рассматриваться в каждом конкретном случае, как единственный прогностический фактор. Ее связь с результатами лечения должен рассматриваться в совокупности с другими, как начальными, так и связанными с лечением факторами.

Прядко И.В., Гаврилов А.Е.

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ УРОВНЯ КАРИЕСРЕЗИСТЕНТНОСТИ ЗУБОВ У СПОРТСМЕНОВ

Научный руководитель – доц. Гонтарь Е.А.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния кариесрезистентности эмали зубов у студентов-спортсменов.

Материал и методы. Обследовали группу студентов в количестве 31 человека в процессе работы на велоэргометре в течение 10 минут с субмаксимальной и максимальной нагрузкой (600-800 кГ/м). Обследование проводили в состоянии покоя, тотчас после нагрузки и в периоде отдыха (до 45 минут). Состояние кариесрезистентности эмали зубов оценивали с помощью теста эмалевой резистентности (ТЭР).

Результаты. Было установлено, что разовая физическая нагрузка приводит к временному снижению (ухудшению) показателя ТЭР в среднем на 40%. Отмечено, что при четкой групповой закономерности не все индивидуальные показатели однонаправлены. В 1/6 случаев нагрузка либо не сказывалась на уровне показателя ТЭР, либо приводила к обратному эффекту (улучшению) этого параметра. Как показало обследование, у студентов, занимающихся спортом, очень высок показатель поражаемости зубов кариесом.

Выводы. Разовая максимальная физическая нагрузка в целом отрицательно сказывается на состоянии кариесрезистентности зубов. По-видимому, в условиях систематического перенапряжения у спортсменов результативных групп наблюдается значительное снижение кислотоустойчивости эмали, что и определяет более частое возникновение у них кариеса. Данное обстоятельство еще раз подтверждает необходимость правильной организации двигательного режима для укрепления биологического механизма защитно-приспособительных реакций организма.

Терпигорьева Л.П., Ветренко С.А.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЦЕМЕНТНОГО КАНАЛА НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ

Научный руководитель – доц. Пиляев А.Г.

Цель. Изучить влияние разных методов препарирования апикальной части корневого канала на отдаленные результаты эндодонтического лечения хронических периодонтитов.

Материалы и методы. В исследовании были проанализированы отдаленные результаты лечения 65 зубов у 58 пациентов с хроническим периодонтитом. В зависимости от степени разрушения апикального отверстия были сформированы две группы. Первую группу составило 34 зуба, которые имели частичное разрушение апикального отверстия. Далее эту группу обозначили как хронический периодонтит в зубах с частично разрушенным апикальным отверстием. Во вторую группу вошли 31 зуб с полностью разрушенным апикальным отверстием. Возраст пациентов составил от 18 до 55 лет. Рентгенологические исследования проводились на радиовизиографе “Trophy” (“Trophy” Франция) в начале, на этапах, сразу после эндодонтического лечения и через год после лечения. Оценивали размер очагов деструкции, наличие которых было обязательным условием для включения в исследование. Препарирование корневого канала проводилось методом “Crown Down” с ирригацией корневых каналов 2,5 % раствором гипохлорита натрия. После препарирования во всех случаях корневой канал был запломбирован временной пастой на основе гидроокиси кальция “UltraCal” (Ultradent, США). Через 10 дней была проведена замена внутриканальной пасты, и еще через 10 дней корневые каналы были окончательно запломбированы методом латеральной конденсации холодной гуттаперчи с использованием силлера Sealapex (Kerr, США). Отдаленные результаты оценивали через год после завершения лечения.

Результаты. Исход эндодонтического лечения в зубах с частично разрушенным апикальным отверстием в группе, где проводилось препарирование цементного канала, оказалось благоприятным в 22 зубах из 27, что составило 81,5%, а в зубах, где обеспечивалась только его проходимость, благоприятный исход был только в 9 зубах из 17 (58,82%). Различие оказалось достоверным ($p=0,04$). Шанс на успех при препарировании цементного канала в зубах с частично разрушенным апикальным отверстием составил 4,26, а в зубах, где препарирование не проводилось – 1,43. Логит - регрессионный анализ показал, что при препарировании цементного канала вероятность благоприятного результата почти в 2,93 выше, чем в зубах, где препарирование не проводилось.

Выводы. Таким образом, полученные результаты показывают, что в зубах с разрушенным апикальным отверстием цементный канал должен быть включен в зону препарирования, при этом, степень разрушения апикального отверстия существенно влияет на отдаленные результаты лечения.

Терпигорьева Л.П., Ярошенко А.В.

**ОПЫТ ИСКУССТВЕННОГО ФОРМИРОВАНИЯ НАРУЖНОЙ РЕЗОРБЦИИ
КОРНЯ ЗУБА**

Научный руководитель - доц. Пономарева Н.А.

Цель. Изучить наличие и степень выраженности наружной резорбции апикального цемента при экспериментально вызванных периодонтитах в зубах с сохраненным и искусственно разрушенным апикальным отверстием.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование, отраженное в этой работе, выполнено согласно правилам Европейской Конвенции о защите животных, которые используются в экспериментальных исследованиях, и полностью отвечают всем этическим требованиям. Зубы каждого животного были случайно разделены на контрольную и экспериментальную группу. Экспериментальную группу составили 5 корней второго и третьего премоляров нижней челюсти собак, у которых апикальное отверстие было раскрыто файлом 40 размера. В 5 корнях аналогичных зубов в контрольной группе апикальное отверстие было сохранено. Рентгенологическое обследование экспериментальных животных проводилось через 90 дней после моделирования апикального периодонтита. Через 90 дней зубы были удалены. Очищенные от мягких тканей корни этих же зубов изучали с использованием электронного микроскопа “JSM-6490 LV” (Япония). Полученные при помощи сканирующего микроскопа изображения оценивали на наличие и степень резорбции, согласно индексной оценке Vitr F. V(2004).

Результаты. В результате исследования было установлено что при сохранении апикального отверстия в 2 случаях резорбция верхушки корня не определялась, цемент представлял собой интактную гладкую поверхность с многочисленными апикальными отверстиями, где выделить главное апикальное отверстие не представляется возможным. Сохраненный цемент распространяется в глубину корневого канала и четко определяется целостность апикального отверстия. При электронно-микроскопическом изучении апикальной части корня зуба было установлено, что в 1 случае резорбция апикальной части корня зуба полностью отсутствовала, а в 3 случаях-отмечались отдаленные, не связанные между собой очаги резорбции. Ни в одном случае не отмечалось тяжелой степени резорбции, и только в 1 случаях отмечалась непрерывная резорбция цемента, которая охватывала все апикальное отверстие. Практически в 66,7%, несмотря на наличие костной деструкции, резорбция цемента или полностью отсутствовала, или была незначительно выражена. При анализе и степени выраженной резорбции в зубах с искусственно сформированным апикальным отверстием было отмечено, что в 4 зубах из 5 (80,0%) отмечалась резорбция средней и тяжелой степени вокруг искусственно сформированного апикального отверстия, часто с вовлечением дентина корня зуба.

Выводы. Можем сделать заключение, что апикальная констрикция может разрушаться и без ятрогенного вмешательства. Поэтому установленная связь может иметь серьезный научный интерес и прикладное значение для косвенной оценки наличия резорбции корня зуба.

Тоноян К.Г., Огоновская Д.А.

**ОЦЕНКА МИКРОПРОНИЦАЕМОСТИ ДВУХ
ПОЛИМЕРМОДИФИЦИРОВАННЫХ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ ПРИ
ПЛОМБИРОВАНИИ ПРИШЕЕЧНЫХ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ**

Научный руководитель - проф. Косарева Л.И.

Цель. Сравнительная оценка микропроницаемости между полимермодифицированным стеклоиономерным цементом (СИЦ) и эмалью зубов при пломбировании пришеечных кариозных полостей.

Материалы и методы. Для исследования в 20 интактных премолярах формировали стандартные полости 5 класса по Блэку размерами 4x4x5мм и пломбировали их СИЦ. Отверждение материалов проводили методом «мягкого старта». Образцы были разделены на две группы, в зависимости от используемого цемента: в первой группе использовали полимермодифицированный СИЦ тройного отверждения Vitremer, 3M ESPE, во второй – нанонаполненный полимермодифицированный СИЦ двойного отверждения Ketac N 100, 3M ESPE. Запломбированные зубы на 48 часов помещали в дистиллированную воду при $t=37^{\circ}$ С для влагонасыщения, затем образцы подвергали термоциклированию, корни зубов запечатывали липким воском, твердые ткани и пломбы покрывали двойным слоем лака, оставляя свободной зону в области границы пломба-эмаль шириной 1-2 мм. После этого все образцы помещали в 2% водный раствор метиленового синего на 24 часа. Образцы извлекали, освобождали от лака, промывали под проточной водой, высушивали и распиливали в продольном направлении вдоль срединной линии сформированной пломбы под струей холодной воды. Микропроницаемость оценивали при помощи 50-кратного бинокулярного микроскопа МБС-10 при увеличении в 20 раз по четырехбалльной системе оценки микропроницаемости.

Результаты. В результате исследования установлено, что в образцах обеих групп отмечено проникновение красителя по границе пломба-зуб. Более высокая микропроницаемость была выявлена в образцах первой группы, которые были запломбированы СИЦ Vitremer, 3M ESPE, – $2,43 \pm 0,09$ балла. Несколько меньшие показатели микропроницаемости были выявлены в образцах второй группы, запломбированных СИЦ Ketac N 100, 3M ESPE, – $1,95 \pm 0,11$ балла. Отличия достоверны ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, сравнительная оценка микропроницаемости между двумя полимермодифицированными стеклоиономерными цементами и эмалью зубов при пломбировании пришеечных кариозных полостей показала достоверные ($p > 0,05$) преимущества нанонаполненного цемента двойного отверждения Ketac N 100, 3M ESPE, по сравнению с цементом тройного отверждения Vitremer, 3M ESPE.

Шульга Е.Н.

МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОЗРАЧНОСТИ ЭМАЛИ ЗУБОВ

Научный руководитель – асс. Джеломанова-Кутана В.К

Требования к качеству реставрационных работ в стоматологической практике растет с каждым годом, однако этому вопросу в научной литературе предоставлено недостаточно внимания. Для достижения максимального эстетического эффекта

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

необходимо своевременное и точное определение прозрачности эмали восстанавливаемого зуба или зубов, стоящих рядом.

Цель. Целью нашей работы была разработка метода объективного определения прозрачности эмали зубов с использованием компьютерного анализа цифрового изображения. В этом случае идентификация эмали по прозрачности осуществляется за счет измерения ее оптической плотности, обеспечивает максимальную объективность и точность.

Материалы и методы. Метод осуществляют следующим образом: проводят первичный визуальный осмотр зубов, выделяют фронтальный зуб, на котором будут проводить определение оптической плотности, очищают его вестибулярную поверхность от налета. Затем, используя цифровую фотокамеру, выполняют съемку вестибулярной поверхности зуба в режиме «макро», ориентируя оптическую ось камеры по нормали к вестибулярной поверхности зуба; с оральной стороны исследуемого зуба располагают световод лампы для фотополимеризации, включают ее и повторяют съемку. Полученное цифровое изображение анализируют с помощью программного продукта PhotoM 1.21; определяют на экране контуры эмали и дентина; принимая яркость дентина за фоновую константу, вычисляют оптическую плотность эмали режущего края в условных единицах. Рассчитывают оптическую плотность, как средний десятичный логарифм отношения яркости фона к яркости точки объекта. После выбора всех необходимых режимов получают результат. Затем определяют оптическую плотность в десяти точках режущего края и вычисляют усредненный показатель.

Выводы. Таким образом, разработанный метод позволяет объективно идентифицировать зубы с прозрачностью за счет измерения оптической плотности с точной количественной оценкой.

Щербаков Э.Е., Зиновьева Е.В.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ АДГЕЗИВНОГО ПРОТОКОЛА ПРИ КОМПОЗИТНЫХ РЕСТАВРАЦИЯХ.

Научный руководитель - асс. Хачатурова К.М.

Цель. Сравнительная оценка качества реставраций, выполненных различными адгезивными протоколами.

Материалы и методы. Было восстановлено 30 кариозных полостей у пациентов 20-60 лет со средним и глубоким кариесом. Полости восстанавливали фотокомпозиционным материалом Charisma, Heraeus, Kulzer, и использовали адгезивную систему пятого поколения. Все пациенты были разделены на четыре группы. При этом 16 полостей восстанавливали с использованием классического протокола, 16 – адгезивного спиртового протокола. При этом в первой группе было 7 пациентов с хроническим средним кариесом, 8 – с хроническим глубоким. Во второй группе было 8 пациентов с хроническим средним кариесом и 8 – с хроническим глубоким кариесом. Классический адгезивный протокол заключается в нанесении протравочного геля, содержащего 35% ортофосфорную кислоту, на эмаль на 15–20 с, а затем на дентин на 10 с. Через 30 с после нанесения протравочный гель смывается с поверхности зуба водно-воздушной струей из пистолета в течение 15 с. Затем в кариозную полость аппликатором вносят адгезивную систему и распределяют по поверхности. Время контакта адгезивной системы с тканями

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

зуба составляет 20–30 с. После раздувания слабой струей воздуха в течение 2–3 с проводят фотополимеризацию 10 с.

Методика проведения спиртового протокола заключается в следующем: полость кондиционируют 20 секунд, промывают в течение 20 с, высушивают пинами, вносят хлоргексидин 0,2%- 2%. Затем вносится спирт 95-96%. После этого вносится адгезивная система, которая втирается в течении 30 с, распределяется воздухом и не проводя полимеризации в полость вносится слой жидкотекучего композита, после чего проводится его полимеризация в течении 10 с.

После лечения всех пациентов опрашивали на предмет послеоперационной чувствительности. В результате исследования оказалось, что у двух пациентов, обратившихся по поводу хронического глубокого кариеса и восстановленных с использованием адгезивного спиртового протокола наблюдалась послеоперационная чувствительность, заключающаяся в болевых ощущениях при жевании.

Выводы. При восстановлении зубов фотокомпозиционным материалом, необходимо дифференцированно подходить к клинической ситуации для оптимального выбора адгезивного протокола.

ФАМАЦЕВТИЧЕСКИЕ НАУКИ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР
Кафедра фармакологии и клинической фармакологии
им. проф. Комиссарова И.В.
Зав. кафедрой – проф. Налётов С.В.

М.М. Алесинский, О.С. Налётова, А.С. Димитриев, В.Г. Федько
**КОМПЛАЕНТНОСТЬ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ,
ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНБАССА, НА ФОНЕ
НЕДОСТАТОЧНЫХ КОММУНИКАЦИЙ ПАЦИЕНТ–ВРАЧ И ПАЦИЕНТ–
ПРОВИЗОР**

Цель. Оценить влияние коммуникаций пациент–врач и пациент–провизор на уровень комплаентности больных гипертонической болезнью (ГБ) пенсионного возраста, проживающих на территории Донбасса.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 114 больных ГБ II-III стадии. Провизор–исследователь оценивал уровень комплаентности по тесту Мориски-Грина и анкетирование, которое позволяло выявить уровень коммуникаций пациент–врач и пациент–провизор.

Результаты. При оценке показателя теста Мориски-Грина, выявлено, что и мужчины и женщины продемонстрировали низкую приверженность лечению – $2,4 \pm 0,1$. Анализ ответов для оценки коммуникаций врач–пациент и провизор–пациент, демонстрирует то, что важная для пациента информация (продолжительность лечения ГБ, осложнения, связанные с несоблюдением режима приема препаратов, стоимости лечения) в равной степени получена больными от врача и провизора. Выявлено то, что врач практически не уделяет внимание обсуждению стоимости лечения, а основным источником данной информации для больных является провизор.

Выводы. Комплаентность больных ГБ пенсионного возраста, проживающих на территории Донбасса, находится на низком уровне. Причиной этому является недостаточная информированность пациентов о своем заболевании как следствие низких коммуникаций пациент–врач и пациент–провизор.

Андреева А. Н., Тихоновец В. В.

**ТАКТИКА ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ ЖАРОПОНИЖАЮЩИХ
СРЕДСТВ В I, II, III ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ II
ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В БЕЛАРУСИ**

Белорусский государственный медицинский университет; г. Минск, Беларусь
Кафедра клинической фармакологии, зав. кафедрой проф. Хапалюк А. В.
Научные руководители - доцент Романова И. С., доцент Кожанова И. Н.

Цель: Изучить реальную клиническую практику врачебных назначений жаропонижающих средств в I, II, III триместрах беременности.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материал и методы. Проведено одномоментное фармакоэпидемиологическое исследование на базе 1 ГКБ, 5 ГКБ и 10 ГКБ г. Минска в период с октября 2017 г. по март 2018 г. с участием 61 врача с использованием анкет, разработанных на базе лаборатории экстрагенитальной патологии ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова Росмедтехнологий». Накопление и обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Microsoft Access 2013 и Microsoft Excel 2013.

Результаты. В исследовании приняли участие 61 врач, из которых: 75,4% – акушеры-гинекологи, 7% – терапевты, 17,6% – другие специалисты. Средний стаж работы составил 14,5 лет (от 1 года до 40 лет). О назначении жаропонижающих средств были получены ответы от 58 (95,1%) врачей из 61. Выбранные специалистами препараты относились в соответствии с анатомо-терапевтической химической (АТХ) классификацией к группам N02 – анальгетики, M01 – противовоспалительные и противоревматические препараты, R06 – антигистаминные препараты системного действия, A03AD – папаверин (спазмолитики). I триместр: в структуре назначений жаропонижающих средств лидировал парацетамол, назначаемый 80% врачей; 8,6% предпочитали использовать комбинированные препараты (в частности, литическую смесь), 7,1% назначали ацетилсалициловую кислоту (АСК), метамизол натрия указали 2,9% врачей, нимесулид использовали 1,4% врачей в качестве жаропонижающего лекарственного средства (ЛС). II триместр: 63,9% врачей указали парацетамол, 13,1% - комбинированные препараты (преимущественно, литическую смесь), 12,5% - АСК, 6,6% - метамизол натрия, 3,9% - нимесулид. III триместр: 71,6% врачей использовали парацетамол, 12,7% - комбинированные препараты, 10,9% - АСК, 3,2% - метамизол натрия и 1,6% - нимесулид.

Выводы. Выявлены предпочтения врачей в назначении парацетамола в качестве основного жаропонижающего ЛС, активное использование АСК в I, II, III триместрах беременности. Следует отметить отсутствие осведомленности врачей о необходимости исключения НПВС после 32 недели беременности, обусловленной ингибированием синтеза простагландинов с последующими возможностями пролонгирования беременности и ослабления родовых схваток; о нежелательном использовании АСК ввиду возможного развития неблагоприятных последствий у плода и новорожденного (гастрошизис).

Бельских Т.Н., Селезнев Е.А., Зайка Т.О.

ПРОЯВЛЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОПОДОБНОГО ДЕЙСТВИЯ У ДИАКАМФА ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Научный руководитель – проф. Абрамец И. И.

Цель: Выявить *in vivo* антидепрессантоподобную активность диакамфа после моделирования поведенческой депрессии.

Материалы и методы: Исследования выполнены на 18 беспородных крысах. Исходно все животные были протестированы в приподнятом крестообразном лабиринте (ПКЛ), исследование поведения животных в нем является показателем для выявления тревожности. Затем на 11-й день для моделирования депрессии было вызвано асептическое воспаление, путем однократного подкожного введения флагогена (0,5 мл 9%

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

раствора уксусной кислоты) с одновременным внутрибрюшинным введением реополиглюкина (300мг/кг). Уже на 1-е сутки в месте инъекции кислоты развивалась воспалительная реакция, а очаги некроза образовались к концу 3 суток. Параллельно проводили введение препаратов: диакамфа, имипрамина (антидепрессанта) и в контроле физиологического раствора в течение 10 дней и соответственно 20-ти дней, с проведением опыта в ПКЛ на 21-й и 31-й день исследования соответственно. Результаты обработаны методами вариационной статистики с помощью программы «Medstat».

Результаты: После моделирования асептического воспаления у животных отмечалось уменьшение двигательной активности и малое время пребывания в открытых рукавах лабиринта. При введении диакамфа 10 мг/кг в течение 10 дней время пребывания в открытых рукавах лабиринта увеличилось в 4 раза, а после 20 дней приема – в 2,8 раза превышало результаты контрольной группы ($p \leq 0,05$), а также практически в 2 раза возросла двигательная активность, что видно из количества посещений рукавов и особенно открытых рукавов лабиринта. Более высокие результаты дали исследования локомоции у животных, которые получали имипрамин 20 мг/кг, где время пребывания в открытых рукавах за 10 дней приема увеличилось в 3,2 раза по сравнению с исходным уровнем, и в 5,8 раза по сравнению с группой получающей физиологический раствор ($p \leq 0,05$).

Вывод: Диакамф обладает антидепрессантоподобной активностью, уменьшая тревожность животного и повышает его исследовательскую активность.

Гончарова Д.О., Зайка Т.О., Шкляр О.А

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕСТА ПРЕДПОЧТЕНИЯ САХАРОЗЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТОПОДОБНОГО ДЕЙСТВИЯ ПИРАЦЕТАМА

Научный руководитель – проф. Абрамец И. И.

Цель: выявить *in vivo* антидепрессантоподобное действие пирацетама с использованием теста предпочтения сахарозы.

Материалы и методы: Исследования выполнены на беспородных крысах. Поведение животных при депрессивном синдроме было изучено с помощью теста предпочтения потребления 1 % раствора сахарозы. В начале опыта в 1-й день крысам были поставлены 2 поилки: 1-я и 2-я с раствором сахарозы. На 2-й день были поставлены 2 поилки: 1-я с раствором сахарозы, 2-я с питьевой водой. 23 часа 3-их суток животных подвергали пищевой и водной депривации, а затем на 60 минут в клетку возвращали предварительно взвешенные 2 поилки, заполненные водой и раствором сахарозы. По истечению часа поилки взвешивали. В последующие 2 часа четвертых суток животные получали пищу и воду, после чего на 21 час их лишали пищи и воды. Затем опять на 1 час возвращали поилки и определяли % предпочтения потребления раствора сахарозы (П), который определяли по формуле:

$$П = \frac{\text{вес потребленного раствора сахарозы}}{\text{вес потребленной жидкости}} \times 100$$

Затем приступали к введению внутрибрюшинно церебропротекторного препарата пирацетама и имипрамина (антидепрессанта) и в контроле физиологического раствора в течении 10 дней, и соответственно 20 дней. И на 10 и 20 день проводились повторные тестирования для определения уровня предпочтения сахарозы.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты. Полученные результаты показали, что у животных получающих физиологический раствор снижается предпочтение потребления сладкого раствора по сравнению с водой от $80 \pm 3,4\%$ до $54,6 \pm 1,8\%$ за 10 дней введения физиологического раствора и до $66,7 \pm 2,1$ за 20 дней ($p < 0,05$), что указывает на эмоциональные нарушения в виде ангедонии. При приеме имипрамина подобного снижения потребления сахарозы не наблюдается. Также после 10 дней приема пирацетама в сравнении с контролем $80 \pm 3,4\%$ результаты $72,7 \pm 2,1\%$ и $81,8 \pm 1,8\%$ ($p > 0,05$) соответственно после 20 дней введения церебропротектора, что демонстрирует отсутствие ангедонии – антидепрессантоподобную активность.

Выводы. Пирацетам проявляет антидепрессантоподобное действие.

Мельник И. В.

ГЕННОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ TISAGENLECLEUCEL ПРИ ОСТРОМ В-ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ

Научный руководитель - асс. Сидорова Ю. В.

Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) является одним из самых распространенных злокачественных заболеваний у детей, на его долю приходится 64,2% от всех гемобластозов. Наиболее подвержены этому заболеванию дети в возрасте 2-5 лет, преимущественно мужского пола.

Цель: Изучение Tisagenlecleucel (торговое название Kymriah) как инновационного метода лечения рецидивирующего или рефрактерного острого В-клеточного лимфобластного лейкоза.

Материалы и методы: Использовались сравнительные и аналитические методы исследования. Анализ разносторонних публикаций по исследуемой теме, в том числе авторефератов, монографий, руководств, обобщенных обзоров, а также журнальных статей.

Результаты: Tisagenlecleucel - это инновационная иммуноклеточная терапия, которая является одноразовым лечением. Kymriah одобрен для лечения детей и подростков с В-клеточным ОЛЛ, который не восприимчив к другим способам лечения или рецидивирует после изначального лечения, что происходит у 15-20 % пациентов. Безопасность и эффективность Kymriah основаны на результатах открытого, многоцентрового однофазного исследования фазы II ELIANA. В этом исследовании препарат был введен 68 пациентам и у 63 больных он показал свою эффективность. Результаты показывают, что 83% (52 из 63, 95% доверительный интервал (ДИ): 71% -91%) пациентов, получивших лечение Kymriah, достигли полной ремиссии или ремиссии с неполным восстановлением крови в течение 3-х месяцев лечения. Кроме того, у респондентов был проведен молекулярный анализ на минимальную резидуальную болезнь, который не выявил маркера крови, указывающего на потенциальный рецидив. Для лечения проводится забор Т-лимфоцитов пациента, они криоконсервируются и отправляются в производственный центр. Там Т-клетки перепрограммируются методами генной инженерии посредством введения генов, кодирующих рецепторы к опухолевым антигенам и модифицируются искусственными химерными антигенными рецепторами (ХАР). Рецепторы называются химерными, поскольку часть передающая сигнал взята от Т-клеточного рецептора, а распознающая

часть, — от моноклональных антител, которые являются переменными доменами тяжелой и легкой цепи иммуноглобулинов определенной специфичности, которые образуют чувствительный к опухолевым клеткам антиген-связывающий участок. Препарат использует костимулирующий домен 4-1BB в своем рецепторе антигена для увеличения клеточного ответа. Он направляет Т-киллеры на уничтожение лейкоэмических клеток, которые имеют специфический антиген (CD19) на поверхности. Как только клетки приобретают новые свойства, их вводят обратно пациенту, чтобы уничтожить опухолевые клетки. Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) одобрило суспензию Kymriah, но лечение с Tisagenlecleucel может вызвать опасные побочные эффекты. В исследовании у 49% пациентов, которых лечили Kymriah, обнаружился синдром высвобождения цитокинов, что является системным ответом иммунных клеток, оказавшихся в зоне действия ХАР-Т. Во время 8-ми недель лечения у 18% пациентов наблюдались неврологические патологии. Также могут присутствовать такие побочные реакции: гипогаммаглобулинемия, различные инфекции, пирексия, снижение аппетита, головная боль, энцефалопатия, гипотония, геморрагии, тахикардия, тошнота, диарея, рвота, гипоксии, повышенная утомляемость, острая почечная недостаточность и делирий. Поскольку антиген CD19 может также присутствовать и в здоровых В-лимфоцитах, которые продуцируют антитела, то Kymriah разрушая их, может повышать риск инфекционных заболеваний в течение длительного времени.

Выводы: Для долгосрочной оценки безопасности и надежности препарата, необходимо изучать и анализировать состояние пациентов получавших лечение Kymriah, путем обсервационного исследования.

Пшеничный Б.С., Зайка Т.О., Немченко М.М.

ВЛИЯНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ И НООТРОПОВ НА КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Научный руководитель – проф. Абрамец И.И.

Цель. Изучить поведение лабораторных крыс под действием имипрамина и пираретама до и после моделирования асептического воспаления (стрессовый фактор), в приподнятом крестообразном лабиринте. Выявить у пираретама антидепрессантную активность.

Материалы и методы. Для изучения было отобрано 18 белых беспородных лабораторных крыс. Все крысы были разделены на три равные группы по 6 животных: первая – получали физ. раствор (контроль), вторая – получали пираретам из расчета 100 мг/кг, третья – получали имипрамин из расчета 20 мг/кг.

Все группы получали препарат в течение 10 и 20 дней. Тестирование животных проводилось через 10 и 20 дней введения лекарственных веществ. Для моделирования асептического воспаления было использовано 0,5 мл 9 % раствора уксусной кислоты, вводимый подкожно, однократно. В качестве противошоковой терапии внутрибрюшинно вводили реополиглюкин из расчета 300мг/кг. Для изучения поведенческих реакций использовался приподнятый крестообразный лабиринт (ПКЛ). При проведении теста ПКЛ изучали: количество выходов в открытый и закрытый рукав, количество выходов в открытый и закрытый, стойки в рукавах, время пребывания в открытом и закрытом рукавах, число переходов через центр. Полученные результаты подвергали

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

статистической обработке с помощью пакета прикладных статистических программ «Statistica» версии 7.0.

Результаты. После действия стрессового фактора у животных отмечалось уменьшение количества выходов в открытое поле, время пребывания в открытом поле, число переходов через центр не изменилось. На 10 день введения пираретама количество выходов в открытое поле увеличилось в 1,5 раза, на 20 день – в 1,6 раза по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Время пребывания в открытом поле на 10 день после получения пираретама увеличилось в 4,7 раз, на 20 день – 3,1 раз ($p < 0,05$). Число переходов через центр на 10 день увеличилось в 1,3 раза, на 20 день – в 0,8 раза ($p < 0,05$). Эти данные превысили результаты контрольной группы, но были ниже, чем у животных, получающих имипрамин.

Выводы. Таким образом, удалось установить, что пираретам проявляет антидепрессантную активность.

Салоникиди А.С.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Исследование функции обоняния является довольно эффективным методом диагностики заболеваний ПНС и ЦНС. Многие из так называемых эссенциальных аносмий (отсутствие обоняния) могут быть связаны с определенными заболеваниями внутричерепных структур, прямо или косвенно относящихся к обонятельным центрам и их проводникам. Нередко нарушение обоняния, чаще всего одностороннее, может проявляться в числе наиболее ранних симптомов очаговых процессов, например, опухоли. В связи с этим, наиболее ценными представляются методики количественной оценки обонятельной функции, позволяющие судить о состоянии заболевания и эффективности лечения. Эти методики имеют большое значение, поскольку без функционирующего аппарата обоняния наша жизнь сильно осложняется.

Цель. Определить достоинства и недостатки методов оценки обонятельной функции.

Материалы и методы. Литературный обзор.

Результаты. Все способы исследования обоняния делятся на субъективные, косвенно объективные и объективные. В данный момент применяются в основном субъективные методы, основанные на опросе обследуемого после воздействия на рецепторы тех или иных запахов.

Косвенно-объективные методы основаны на объективной регистрации так называемых обонятельно-вегетативных реакций, возникающих в ответ на активизацию подкорковых обонятельных центров, а также их связей со стволовыми структурами и гипоталамусом. К ним могут быть отнесены изменения ЧСС (частоты сердечных сокращений), изменения дыхания (частоты и т.д.), проницаемости кожных покровов для электричества и т. д.

Объективные методы основаны на регистрации ЭЭГ. При этом электроды помещают на кожные проекции корковых зон обонятельного анализатора. Однако результаты не всегда точны. Если испытуемый будет совершать какие-либо движения или будет эмоционально возбужден, то прибор может показать неправильные результаты

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Также все способы делятся на качественные и количественные. Качественные исследования проводят при непосредственном воздействии пахнущего вещества (ПВ) на испытуемого и просят ответить, чувствует ли он запахи описать его.

Количественное исследование обонятельной функции предусматривает определение порога восприятия и порога распознавания. Для этого применяются ПВ ольфактивного, тригеминального и смешанного действия. Принцип методики заключается в дозировании объема воздуха, содержащего ПВ в постоянной концентрации, либо в постепенном увеличении концентрации ПВ до достижения порога восприятия.

Метод довольно прост и не требует высоких затрат. Преимущество этого способа заключается в том, что при его проведении осуществляется дозированное принудительное введение ПВ в полость носа на нужную глубину, вплоть до обонятельной щели, что исключает неконтролируемую силу вдоха при способах, в которых не предусмотрено принудительное введение ПВ.

Выводы. Субъективные методы довольно неточны, поскольку играет роль множество факторов. Метод ЭЭГ при оценке обонятельной функции можно с уверенностью использовать только при полном спокойствии и неподвижности испытуемого, в противном же случае результаты будут не точны. Качественный метод показывает само наличие обоняния, но не говорит, насколько оно изменено. Количественный метод позволяет определить порог восприятия и распознавания и понять хотя бы примерно, насколько изменена функция.

Селезнев Е. А., Зайка Т.О., Бельских Т.Н.

ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТНЫХ СВОЙСТВ У ПРЕПАРАТА R-86 (СПИРО-[ИНДОЛ-3,1'-ПИРОЛЛ[3,4-С]ПИРРОЛА])

Научный руководитель – проф. Абрамец И. И.

Цель. Выявить *in vivo* антидепрессантную активность препарата R-86 (спиро-[индол-3,1'-пиррол[3,4-с]пиррола]) в условиях смоделированного стресса.

Материалы и методы. Исследование было проведено на 18 беспородных крысах. Стресс моделировался плаванием животных в специальном бассейне заполненном водой температурой 24°C, 40 см глубиной. Животные плавали 1-й день – 15 мин., 2-й день – 6 мин, затем с 5 дня по 9-й дни по 10 мин. Затем приступали к тестированию животных и внутрибрюшинному введению исследуемого препарата R-86 в дозе 10 мг/кг, имипрамина в дозе 20 мг/кг (препарат из группы трициклических антидепрессантов) и физиологического раствора в контроле в течение 10 и 20 дней соответственно. Поведение животных изучалось в приподнятом крестообразном лабиринте, тестирование в котором показывает уровень тревожности (депрессивности) животных.

Результаты. После пребывания в условиях стресса у животных отмечалось уменьшение локомоторной активности и малое время пребывания в открытых рукавах лабиринта.

На 10-й день тестирования крысы, принимавшие R-86, проводили в открытых рукавах в 6 раз больше времени, чем в контрольной группе ($p < 0,05$), но в 2,5 раза меньше по сравнению с крысами, которые принимали антидепрессант имипрамин ($p < 0,05$).

На 20-й день опыта крысы, получавшие R-86, выходили в открытые рукава лабиринта в 2 раза чаще и проводили там в 5 раз больше времени чем контрольная группа

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

($p < 0,05$). В сравнении с группой получавшей имипрамин, у группы R-86 количество выходов и переходов через лабиринт оказались меньше почти в 2 и 3 раза соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Препарат R-86 проявляет умеренную антидепрессантную активность.

Терещенко Д.К.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПАТОГЕНОВ

Научный руководитель - асс. Сидорова Ю.В.

Цель исследования Поисковые исследования комбинированного применения антибактериальных средств с ROS (Reactive oxygen species) ингибиторами бактериальной защиты.

Материалы и методы Систематический обзор публикаций по преодолению Antibiotic Resistance за счет потенцирования антибактериальных средств.

Результаты Век успехов инфекционистов заканчивается по ранее предвиденному сценарию – неизбежная выработка Antibiotic Resistance (AR). Если в 20 веке эффективное использование нового антибиотика продолжалось 9 – 15 лет, то к 21 веку этот период сократился до 1 года. Ощущается острая нехватка новых антибактериальных препаратов: если в 1980-1984 гг. их было введено 19, то в 2010-2012 гг. - только один. В 2018 г. проблема AR включена в ежегодный «Доклад о глобальных рисках» Всемирного экономического форума в Давосе. В докладе пути преодоления глобального кризиса сведены к ограничению использования и поощрению разработки новых антибиотиков и альтернативных им средств. Исследования в области потенцирования антибиотиков вниманием пока не избалованы, хотя уже разработан ряд способов преодоления AR за счет комбинированного применения антибактериальных средств, например, пар антибиотиков с различными механизмами действия; применения антибиотиков с ингибиторами бактериальных ферментов; введения в организм противомикробных средств и анилиновых красителей. Идеей новейшего комбинаторного способа (2017 г.) стало уже известное свойство ROS увеличивать летальность антибиотиков. Этот эффект, в частности, лег в основу фотодинамической терапии (ФДТ), использующей световую активацию красителей для генерации неспецифических ROS.

Отличительной особенностью экспериментов в University of Colorado Boulder стало использование специфического ROS, а именно внутриклеточного супероксида, продуцируемого с помощью nano частиц кадмий теллурида CdTe-2,4. При освещении они генерируют электроны с энергией 2,4 эВ и потенциалом окисления – 0,33 В., необходимым для получения из молекулярного кислорода O_2 супероксида $O_2^{\cdot-}$. Частицы CdTe-2,4 производят супероксид внутриклеточно, поскольку их малый размер (<3 нм) допускает перенос их через мембраны бактериальных клеток. На клинических изолятах MDR Escherichia coli, Salmonella enterica и Klebsiella pneumoniae, наблюдалось синергическое взаимодействие как бактерицидных, так и бактериостатических антибиотиков с продуцирующими супероксид nano частицами в более чем 75% комбинаций. Эффективная концентрация антибиотиков была снижена до 1000 раз.

Выводы

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты исследований открывают перспективы преодоления MDR патогенов за счет комбинированного применения антибактериальных средств с ROS ингибиторами бактериальной защиты, структурированными с использованием нано технологий.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР
Кафедра фармацевтической и медицинской химии
Зав. кафедрой – доц. Игнатъева В.В.

Андреева В.Л., Романова Л.А., Стрельцова Н.Ю.

**КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ НИФЕДИПИНА МЕТОДОМ
ФОТОКОЛОРИМЕТРИИ**

Научный руководитель - асс. Романова Л.А.

Цель. Нифедипин - препарат из группы дигидропиридиновых антагонистов кальция. Назначается при лечении больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией. В научной литературе описаны методики количественного определения нифедипина методом цериметрии и высокоэффективной жидкостной хроматографии, но данные методы являются достаточно дорогостоящими. Поэтому представляет интерес предложить для количественного анализа нифедипина метод фотоколориметрии. Фотоколориметрическое определение нифедипина основано на реакции образования азокрасителя, которая также рекомендована для идентификации нифедипина. Поэтому целью нашей работы было определение количественного содержания нифедипина в таблетках методом фотоколориметрии.

Материал и методы. В качестве объекта исследования нами были выбраны таблетки Нифедипина по 10 мг (производитель: ООО "Озон" Россия). Реактивы: раствор натрия нитрита, раствор кислоты хлористоводородной, 96% раствор этанола, раствор нафтилэтилендиамина дигидрохлорида, дистиллированная вода.

Фотоколориметрическое определение нифедипина основано на реакции образования азокрасителя. Оптическую плотность полученного раствора измеряли на фотоколориметре КВК-2 при длине волны 490 нм в кювете с толщиной слоя 10 мм. Количественное содержание нифедипина устанавливали по удельному показателю поглощения.

Результаты. Содержание нифедипина в таблетках составило $9,4 \pm 0,5$ мг. Полученные данные не выходят за рамки допустимых норм отклонений содержания действующего вещества в таблетках.

Выводы. Определили количественное содержание нифедипина в таблетках методом фотоколориметрии, полученные данные позволяют рекомендовать данный метод для количественного определения нифедипина.

Бугакова А.И., Краснова Л.И., Агафонов А.М.

**ИССЛЕДОВАНИЕ АМЛОДИПИНА МЕТОДОМ СПЕКТРОСКОПИИ
ЯДЕРНОГО МАГНИТНОГО РЕЗОНАНСА**

Научный руководитель – асс. Агафонов А.М.

Цель. Антагонисты кальция – большая группа препаратов, основным свойством которых является способность обратимо ингибировать ток кальция через медленные кальциевые каналы. Антагонисты кальция показаны для лечения артериальной

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

гипертензии, стенокардии, наджелудочковых тахикардий, легочной гипертензии. Важную роль в определении доброкачественности препаратов, применяемых в лечении таких заболеваний, играют методы анализа, которые позволяют точно и быстро провести контроль качества лекарственного средства. Поэтому целью нашей работы было выделение амлодипина из лекарственной формы и его исследование при помощи одного из самых современных и точных методов анализа – методом спектроскопии ядерного магнитного резонанса.

Материал и методы. В качестве объекта исследования использовались таблетки амлодипина бесилата. Проведена очистка лекарственного средства от вспомогательных веществ на хромаграфической колонке. Анализ исследуемого вещества проводился при помощи спектрометра ядерного магнитного резонанса «Varian Mercury 400 MHz». Спектры снимались в дейтерированном хлороформе при комнатной температуре в течение 10 минут.

Результаты. Полученные спектры были интерпретированы при помощи программы MestreNova 8.0. Сигналы спектра соответствуют определенным функциональным группам, которые позволяют судить о структуре исследуемого вещества: 1,16 и 4,03 (5H, t, q, Et); 2,33 (3H, s, 6-Me); 2,95 и 3,57 (4H, m, m, OCH₂CH₂); 4,73 (2H, q, CH₂O); 5,39 (1H, s, 4-H); 7,0-7,38 (4H, m, C₆H₄); 7,82 (1H, s, NH).

Выводы. Проведено исследование лекарственного средства на основе амлодипина методом спектроскопии ядерного магнитного резонанса. В результате анализа, подтвердили структуру лекарственного средства нефармакопейным методом.

Волкова Е. В., Глушкова Е. М.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАРАЦЕТАМОЛА МЕТОДОМ АЛКАЛИМЕТРИИ

Научный руководитель - доц. Глушкова Е.М.

Цель. Парацетамол - широко применяемый в фармацевтической практике препарат, обладающий жаропонижающим и противовоспалительным действием. Государственная фармакопея Российской Федерации XIII рекомендует для количественного определения парацетамола метод цериметрии или нитритометрии. Учитывая дороговизну реактивов для фармакопейных методов анализа, с целью упрощения методики представляет интерес изучить более простой и доступный метод количественного определения – алкалиметрию. Цель данной работы – оценить возможность применения метода алкалиметрии для количественного определения парацетамола.

Материалы и методы. Для исследования взяли таблетки парацетамола с содержанием действующего вещества согласно сертификату качества 500 мг. В качестве титранта использовали раствор 0,1М натрия гидроксида, растворитель дистиллированная вода. Точку эквивалентности фиксировали с помощью индикатора фенолфталеина по появлению розового окрашивания.

Результаты. Найденное значение содержания парацетамола составило 500±50 мг. Полученные результаты соответствуют содержанию парацетамола, заявленному в сертификате качества.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы: Применен простой и доступный метод алкалиметрии для количественного определения содержания парацетамола в таблетках с фиксированием конечной точки титрования с помощью индикатора.

Горбачёва О.А., Романова Л.А.

УСТАНОВЛЕНИЕ ПОДЛИННОСТИ ДИФЕНГИДРАМИНА ГИДРОХЛОРИДА

Научный руководитель - асс. Романова Л.А.

Цель. Дифенгидрамин гидрохлорид относят к первому поколению антигистаминных препаратов. Он входит в список важнейших и жизненно необходимых лекарственных средств. В связи с увеличением на фармацевтическом рынке количества недоброкачественных и фальсифицированных препаратов, остается актуальной задача проведения контроля качества лекарственных средств. Целью нашей работы было проведение идентификации дифенгидрамина гидрохлорида согласно требованиям фармакопейной статьи Государственной фармакопеи Российской Федерации.

Материалы и методы. Для исследования нами были взяты таблетки димедрола 50 мг, для проведения идентификации использовали растворы концентрированных азотной и серной кислот.

Опыт 1. На часовое стекло наносили 3-4 капли концентрированной серной кислоты и прибавляли 0,02 г препарата.

Опыт 2. К 0,01 г препарата прибавляли 2 мл смеси, состоящей из 1 мл концентрированной азотной кислоты и 9 мл концентрированной серной кислоты, по каплям при постоянном помешивании и охлаждении.

Результаты. При проведении первого опыта наблюдали появление ярко-желтого окрашивания, постепенно переходящего в кирпично-красное. От прибавления нескольких капель воды окраска исчезала. В ходе второго опыта появлялось красное окрашивание, которое при добавлении 5 мл воды переходило в коричневое, желтое и затем в оранжевое. При взбалтывании полученного раствора с 3мл хлороформа хлороформный слой окрашивался в фиолетовый цвет.

Выводы. Проведена идентификация дифенгидрамина гидрохлорида при помощи химических реакций, наблюдаемые аналитические эффекты полностью соответствовали требованиям фармакопейной статьи.

Кобельская А.Н., Глушкова Е.М.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В ПЛОДАХ ИРГИ ОБЫКНОВЕННОЙ И РЯБИНЫ ЧЕРНОПЛОДНОЙ МЕТОДОМ АТОМНО - АБСОРБЦИОННОЙ СПЕКТРОМЕТРИИ

Научный руководитель - доц. Глушкова Е.М.

Цель. Микроэлементы играют важную роль в организме человека, обеспечивая нормальное течение физиологических процессов, в частности, участвуют в регуляции углеводного обмена. Важнейшими из них являются марганец, цинк, хром, медь, железо. Источником микроэлементов для человека может служить лекарственное растительное сырье. С другой стороны, лечение лекарственными растениями в качестве дополнительной терапии дает хорошие результаты и широко применяется. Например, при

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

лечении сахарного диабета при регулярном употреблении лекарственных растений уровень сахара снижается или нормализуется, что позволяет уменьшить дозы инсулина или даже обходиться без него.

Целью нашей работы было определение содержания эссенциальных элементов в плодах ирги обыкновенной и рябины черноплодной методом атомно-абсорбционной спектроскопии.

Материал и методы. В качестве объектов исследования взяты плоды ирги обыкновенной и рябины черноплодной. Определение проводилось в соответствии с методикой Государственной фармакопеи Российской Федерации, 13 издание.

Определение содержания эссенциальных элементов проводили атомно-абсорбционным методом с электротермической атомизацией на спектрометре Сатурн-3. Концентрации определяли способом градуировочного графика. Для проведения измерений были выбраны условия регистрации аналитического сигнала, представленные в таблице.

Результаты. В ходе предварительных исследований было установлено, что сырье ирги обыкновенной и рябины черноплодной содержит такие важные группы биологически активных веществ как каротиноиды, флавоноиды, тритерпеноиды, фенолкарбоновые кислоты, органические кислоты и сахара. В данной работе определено количественное содержание эссенциальных элементов в листьях, ветках и плодах растений. Содержания микроэлементов рассчитаны в мг/кг сухого вещества и находятся в диапазонах: Fe - 50-200 мг/кг, Zn - 30-90 мг/кг, Cu - 5-15 мг/кг, Mn - 70-150 мг/кг, Cr – 0,5-2,0 мг/кг.

Выводы. Иргу обыкновенную и рябину черноплодную можно отнести к растительному сырью с высоким содержанием железа, цинка, меди, марганца, хрома. В случае применения этих растений в комплексной терапии сахарного диабета, они могут быть источником не только биологически активных веществ, но и эссенциальных микроэлементов.

Коваленко Ю.С., Моренко В.В.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ АМБРОКСОЛА ГИДРОХЛОРИДА (*AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM*)

Научный руководитель – доц. Моренко В.В.

Цель. Количественное определение амброксола гидрохлорида методами алкалометрии и спектрофотометрии в таблетках.

Материалы и методы. Для приготовления анализируемых растворов лекарственного препарата использовались таблетки Амброксола, производства ОАО «Татхимфармпрепараты», Россия. Алкалометрические определения были выполнены в ДонНМУ. Спектрофотометрические определения были выполнены на спектрофотометрах СФ-2000 и СФ-46 в ДонНУ и ДонНМУ.

Реактивы: нитрит натрия, соляная кислота, β-нафтол, гидроксид натрия, тимоловый синий, дистиллированная вода.

Результаты. Первоначально амброксола гидрохлорид был идентифицирован реакцией на первичную ароматическую аминогруппу:

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

В результате последовательных стадий диазотирования и азосочетания образуется комплекс красного цвета. Согласно данным фармакопеи VII, подлинность амброксола гидрохлорида можно определить на основе УФ-спектра субстанции. С использованием двух спектрофотометров: СФ-2000 и СФ-46 были получены УФ-спектры, которые имеют сходимость ± 2 нм. На рисунке представлен УФ-спектр, который был получен на более современном спектрофотометре СФ-2000.

Отношение максимумов поглощения при 245 и 310 нм составляет 3,26 (допустимый диапазон 3,2÷3,4), что подтверждает подлинность анализируемого препарата.

Результаты алкалиметрического титрования показали, что содержание амброксола гидрохлорида в каждой таблетке составляет $30,0 \pm 0,29$ мг, что полностью соответствует данным, указанным в инструкции по применению лекарственного препарата «Амброксол», пр-ва ОАО «Татхимфармпрепараты». По результатам спектроскопических определений, при максимуме поглощения 245 нм, построена градуированная зависимость для определения содержания этого лекарственного препарата в таблетках.

Выводы. Результаты алкалиметрических и спектрометрических определений показали, что эти методы анализа можно успешно применять для быстрых и точных определений содержания амброксола гидрохлорида в таблетках.

Колесникович В.Н., Книга О.П.

АНТИОКСИДАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ В МОДЕЛЬНЫХ СИСТЕМАХ

Научный руководитель – асс. Книга О.П.

Цель. Изучить антиоксидантную активность арбидола, ортофена, омепразола в сравнении с дибунолом при автоокислении молекулярным кислородом модельных липидных систем.

Материалы и методы. В качестве объектов исследования были выбраны лекарственные вещества: арбидол, ортофен, омепразол и дибунол; модели – высокотемпературное (100°C) и низкотемпературное (комнатная температура) автоокисление животного (свиного) жира молекулярным кислородом. Накопление пероксидов контролировали йодометрическим титрованием.

Результаты. Обобщены данные литературы по механизму действия антиоксидантов и их влиянию на живые организмы. Свободные радикалы – это молекулы с неспаренными электронами, обладающие очень высокой реакционной способностью и, как следствие, выраженным повреждающим действием на клеточные структуры. Одним из факторов, приводящих к повышенному образованию свободных радикалов в организме, является прием препаратов с прооксидантными свойствами.

В экспериментальной части работы было проведено автоокисление свиного жира без и в присутствии 0,2% по массе добавок лекарственных веществ, построены кинетические кривые накопления пероксидов. Рассчитаны периоды индукции и скорости окисления.

Выводы. Определено, что в условиях низкотемпературного окисления эффективность антиоксидантного действия ортофена и арбидола соизмерима с действием

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

стандартного антиоксиданта дибунола, добавки омепразола не влияли на процесс окисления. При высокой температуре арбидол увеличивал накопление пероксидов, т.е. ускорял окисление жира.

Крисун А.А., Игнатьева В.В.

ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ СОСТАВ ИЗОТОНИЧЕСКИХ РАСТВОРОВ КАК ПЛАЗМОЗАМЕЩАЮЩИХ ЖИДКОСТЕЙ

Научный руководитель – доц. Игнатьева В.В.

Патологические процессы в организме (отравления, ожоги, инфекционные заражения) и многие заболевания вызывают интоксикацию или большие потери жидкости. Для вывода токсинов из тканей и восстановления нужного объема циркулирующей жидкости необходимы эффективные средства. Таким средством являются изотонические растворы.

Цель: проанализировать количественный состав изотонических растворов и сопоставить его с электролитическим составом крови.

Плазма крови человека содержит около 90% воды, в которой в растворенном виде содержатся органические и неорганические составляющие. Электролитный состав крови представляет собой соотношение катионов и анионов, которые в сумме нейтральны. Основными катионами в крови являются: Na^+ (0,135-0,150 М), K^+ (0,0035-0,0055 М), Ca^{2+} (0,002-0,0028 М), Mg^{2+} (0,00065-0,001 М). К основным анионам относятся: Cl^- (0,097-0,108 М), HCO_3^- (0,0218-0,0272 М). Основная роль электролитов в крови:

1. Осмотическое давление крови, которое в норме составляет 7,7 атм.
2. Водно-солевой баланс, обеспечивающий взаимодействие между собой процессов поступления и выведения солей.
3. Кислотно-щелочной баланс организма. Он имеет узкий диапазон: 7,26-7,45.

Изотонические растворы – это растворы, которые имеют осмотическое давление, равное осмотическому давлению жидкостей организма (крови, плазмы, лимфы, слезной жидкости и др.). Разновидности изотонических растворов с указанием содержания ионов электролитов:

- Раствор Рингера: $C_{\text{Na}^+} = 0,15 \text{ М}$, $C_{\text{K}^+} = 0,0004 \text{ М}$, $C_{\text{Ca}^{2+}} = 0,002 \text{ М}$, $C_{\text{Cl}^-} = 0,154 \text{ М}$;
- Раствор Рингера-Локка: $C_{\text{Na}^+} = 0,15 \text{ М}$, $C_{\text{K}^+} = 0,003 \text{ М}$, $C_{\text{C}_6\text{H}_{12}\text{O}_6} = 0,0056 \text{ М}$, $C_{\text{Cl}^-} = 0,153 \text{ М}$;
- Дисоль: $C_{\text{Na}^+} = 0,115 \text{ М}$, $C_{\text{Cl}^-} = 0,1 \text{ М}$, $C_{\text{CH}_3\text{COO}^-} = 0,015 \text{ М}$;
- Хлорсоль: $C_{\text{Na}^+} = 0,115 \text{ М}$, $C_{\text{K}^+} = 0,0004 \text{ М}$, $C_{\text{Cl}^-} = 0,1504 \text{ М}$, $C_{\text{CH}_3\text{COO}^-} = 0,026 \text{ М}$

Выводы: В данной работе проведен расчет электролитного состава основных физиологических растворов, используемых в медицине, показана близость их состава с электролитным составом плазмы крови.

Лисовой А.О., Стрельцова Н.Ю., Романова Л.А.

**КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ САЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ
МЕТОДОМ ПОТЕНЦИОМЕТРИЧЕСКОГО ТИТРОВАНИЯ.**

Научный руководитель – асс. Стрельцова Н.Ю.

Цель. Салициловая кислота и ее производные относятся к доступным и эффективным лекарственным препаратам и до настоящего времени привлекают внимание исследователей. Наряду с поисками новых средств для лечения различных заболеваний, необходимо решать вопросы разработки методов их анализа.

Анализ литературных источников показал, что для количественного определения салициловой кислоты в водных и водно-спиртовых растворах недостаточно изучены возможности методики потенциометрического титрования. Поэтому целью данного исследования является разработка методики алкалометрического титрования с потенциометрическим фиксированием конечной точки для количественного определения салициловой кислоты.

Материал и методы. Отработку методики проводили на модельных растворах салициловой кислоты. Для приготовления водных растворов навеску 0,05г салициловой кислоты растворяли при дополнительном нагревании в мерной колбе на 100 мл. В качестве водно-спиртового раствора использовали 3% раствор салициловой кислоты в 50%-ном этаноле. Для определения в лекарственных субстанциях использовали аптечный препарат 1-2 % спиртового раствора салициловой кислоты. В качестве титранта использовали 0,01 М раствор гидроксида натрия.

Потенциометрическое титрование проводили с использованием рН-метра с комбинированным электродом ЭСКЛ-08 М.1. Точку эквивалентности фиксировали по наличию скачка потенциала на кривых потенциометрического титрования. В качестве сравнения использовали фармакопейную методику алкалометрического титрования раствором NaOH с индикатором феноловым красным.

Результаты. Во всех отобранных пробах было зафиксировано наличие чёткого скачка потенциала на кривых потенциометрического титрования. Данные титрования были оценены по методу «введено-найдено».

Расхождение данных фармакопейной и предлагаемой методики не превышала допустимые нормы отклонений для фармакопейных методов анализа. Константы ионизации, рассчитанные по кривым потенциометрического титрования, показали соответствие справочным данным для салициловой кислоты.

Выводы. Предложенная методика может быть использована для количественного определения салициловой кислоты в лекарственных препаратах и биологических жидкостях. Отсутствие индикатора для фиксации точки эквивалентности делает её пригодной для титрования мутных растворов.

Магомедова Д.М., Новобранова Е.В.

ИНФРАКРАСНАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ В АНАЛИЗЕ КАЧЕСТВА БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Научный руководитель - асс. Новобранова Е.В.

Цель. В данной работе была рассмотрена возможность применения метода инфракрасной спектроскопии (ИКС) для изучения состава лекарственного растительного сырья, в частности для определения содержания флавоноидов.

Флавоноиды – это природные биологически активные соединения, укрепляющие кровеносные сосуды, оказывающие седативный эффект, усиливающие действие витамина С. Флавоноиды обладают противовоспалительными свойствами, препятствуют развитию онкологических заболеваний, выводят из организма вредные вещества. Лекарственное растительное сырье (ЛРС), содержащее флавоноиды, широко применяется в медицинской практике в качестве источника желчегонных, гепатопротекторных, антиоксидантных, ангиопротекторных, диуретических, противовоспалительных, противоязвенных, спазмолитических лекарственных средств. При анализе флавоноидных соединений широко используются спектральные исследования в ИК-области для установления и подтверждения строения молекул веществ. ИКС позволяет также определить конфигурацию и конформацию молекул. Наличие функциональных групп в молекуле флавоноида устанавливали по характерному поглощению в определенной области спектра. Количество исследуемого соединения, которое может быть получено после разделения методом хроматографии, достаточно для снятия ИК-спектров малых образцов. Это позволяет использовать ИКС в анализе биологически активных веществ, содержание которых в растениях невелико.

Материалы и методы. В качестве объектов исследования служило лекарственное растительное сырье – трава гречихи посевной (*Fagopyrum sagittatum* Gilib.) (рутин).

Предварительно перед снятием ИК-спектров исследуемые флавоноиды были выделены из ЛРС методом экстракции 70%-ным этиловым спиртом. Спиртовое извлечение упаривали, к остатку добавляли горячую воду и после охлаждения удаляли неполярные соединения (хлорофилл, каротиноиды, эфирные масла, смолы, жиры и т.д.) из водной фазы с помощью хлороформа. Флавоноиды из водной фазы извлекали этиловым эфиром. ИК-спектры извлеченных флавоноидов снимали на ИК-спектрометре с Фурье-преобразованием Varian Scimitar 1000 FT-IR. Полученные спектры сравнивали со спектрами, приведенными в атласах ИК-спектров фенольных соединений. Кроме этого, наличие флавоноидов в исследуемом ЛРС устанавливали также с помощью качественных реакций: цианидиновой пробой, реакцией с алюминием хлоридом и реакцией с треххлорным железом.

Результаты. Был получен ИК - спектр рутина, который совпал со спектром, приведенным в атласе ИК-спектров. Установлено, что в ИК-спектрах флавоноидов незамещенная карбонильная группа флавонона поглощает при 1660-1690 см⁻¹. Валентные колебания С=О группы флавонолов находятся в области 1637-1650 см⁻¹. Валентные колебания двойных связей проявляются в виде нескольких интенсивных полос поглощения в области 1600-1470 см⁻¹.

Выводы. В результате проведенных исследований можно сделать вывод о том, что с помощью метода ИКС можно получить информацию о молекулярном строении

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

анализируемых веществ, о наличии тех или иных функциональных групп в молекуле. Возможно определение малых количеств флавоноидов в сырье.

Максюченко А.В., Агафонов А.М., Глушкова Е.М.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕТИРИЗИНА ДИГИДРОХЛОРИДА В АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТАХ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ДОНЕЦКА

Научный руководитель - асс. Агафонов А. М.

Цель. Аллергия является одним из наиболее распространенных заболеваний на Земле. Согласно статистическим данным Всемирной организации здравоохранения аллергией страдают около 40% населения планеты. В настоящее время доказано с помощью клинических испытаний, что только комплексный подход к терапии аллергических заболеваний позволяет добиться быстрого и эффективного достижения ремиссии. Среди средств системного действия основное место принадлежит антигистаминным препаратам. Среди антигистаминных препаратов, являющихся активными метаболитами, первым был создан цетиризин. Цетиризина дигидрохлорид – безопасное и эффективное действующее вещество многих антигистаминных препаратов. Так как лечение аллергических заболеваний длительное, важным аспектом становится применение качественных лекарственных средств для повышения эффективности терапии. Целью работы было количественное определение цетиризина дигидрохлорида в лекарственных препаратах, представленных на рынке Донецка.

Материал и методы. В качестве объектов исследования взяты таблетки «Цетиризин-Тева» (Тева), 10 мг; «Цетиризин» (РеплекФарм), 10 мг; «Цетиризин ДС» (DANARNA PHARMACEUTICAL), 10 мг. Определение проводилось в соответствии с методикой Государственной фармакопеи республики Беларусь, том III. Количественное содержание цетиризина дигидрохлорида проводили с помощью алкалометрии. Титрант метода – натрия гидроксид, индикатор – фенолфталеин.

Результаты. По вышеописанной методике определено количественное содержание цетиризина дигидрохлорида в образцах. Полученные результаты приведены в таблице.

Таблица

Название препарата	Содержание действующего вещества, мг
Цетиризин-Тева	$10 \pm 0,1$
Цетиризин	$10 \pm 0,05$
Цетиризин ДС	$10 \pm 0,03$

Выводы. Установлено, что исследуемые лекарственные средства содержат действующее вещество цетиризина дигидрохлорид в необходимой дозировке. Это свидетельствует о том, что препараты данной группы, представленные на рынке Донецка, могут быть эффективно применены для лечения аллергии.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Малтабар Г.Н., Моренко В.В.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ДИЛТИАЗЕМА ГИДРОХЛОРИДА (*DILTIAZEM HYDROCHLORIDE*)

Научный руководитель – доц. Моренко В.В.

Цель. Количественное определение дилтиазема гидрохлорида в таблетках методом спектроскопии.

Материалы и методы. Для приготовления анализируемых растворов лекарственного препарата использовались таблетки «Дилтиазем», производства АО «Алкалоид», Республика Македония. Качественные определения были выполнены в ДонНМУ. Спектрофотометрические определения были выполнены на спектрофотометре SpectroVis® Plus на базе ИнФОУ.

Реактивы: бромкрезоловый зеленый, ацетон, дистиллированная вода.

Результаты. Согласно литературным данным, в национальном фармацевтическом университете (г. Харьков), Львовском национальном медицинском университете им. Д. Галицкого и Запорожском государственном медицинском университете проводились работы по классификации качественного и количественного анализа дилтиазема гидрохлорида. В частности, с использованием различных растворителей (метанола, этанола, ацетона) и бромкрезоловых индикаторов (пурпурного, синего и зеленого) разрабатывались новые спектрофотометрические методы количественного определения этого лекарственного препарата. В 2017 году в журнале «Фармацевтический часопис» вышла статья, в которой предлагается методика для количественного анализа дилтиазема гидрохлорида спектрофотометрическим методом. Методика основана на том, что при комнатной температуре дилтиазема гидрохлорид в среде ацетона реагирует с бромкрезоловым зеленым с образованием окрашенного комплекса с максимумом светопоглощения при 408 нм. В статье приводится калибровочный график для определения содержания этого лекарственного препарата в диапазоне от 2,2 до 3,8 мг на 100 мл анализируемого раствора. В выводах отмечается, что данная методика является корректной и может быть использована в отделах технического контроля химико-фармацевтических предприятий.

С использованием этой новой методики количественного определения были проанализированы таблетки «Дилтиазем», на содержание дилтиазема гидрохлорида. В результате спектрофотометрических определений был получен спектр с максимумом поглощения при 408 нм.

Оптическая плотность при 408 нм составляет 0,694. Согласно калибровочному графику этой оптической плотности соответствует 3,001 мг на 100 мл анализируемого раствора, что в пересчете на таблетку составляет 60,02 мг. Полученный результат соответствует данным, указанным в инструкции по применению лекарственного препарата «Дилтиазем», пр-ва ОАО «Алкалоид», Республика Македония.

Выводы. Результаты спектрометрических определений показали, что данную методику количественного анализа можно успешно применять для быстрых и точных определений содержания дилтиазема гидрохлорида.

Маслякова Д.В., Моренко В.В.

ОБЗОРНАЯ РАБОТА ПО КЛАССИФИКАЦИИ АНТИГИСТАМИННЫХ СРЕДСТВ ПО ХИМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ

Научный руководитель – доц. Моренко В.В.

Цель. Антигистаминные препараты – группа лекарственных средств, конкурентно блокирующих рецепторы гистамина в организме. Усиление влияния гистамина обуславливают аллергические реакции, поэтому антигистаминные препараты используются для борьбы с проявлениями аллергии. Помимо противоаллергического действия, антигистаминные средства обладают седативным, местноанестезирующим, адренолитическим, ганглиоблокирующим и центральным холинолитическим свойствами. Существует несколько классификаций блокаторов гистамина: по времени создания, по доминирующему эффекту, по длительности действия, по химической структуре. Для фармацевтической промышленности наиболее значимой является классификация по химической структуре, так как, зная основные компоненты лекарственного средства, упрощается его химический анализ и контроль качества. Поэтому целью данного исследования стал обзор классификации антигистаминных препаратов по химическому строению.

Материалы и методы. Объект изучения - данные, предоставленные Всемирной организацией здравоохранения, в виде анатомотерапевтико-химической классификации антигистаминных средств; справочники по органической химии, фармакологии. Для достижения цели обзорной работы использовали эмпирический и теоретический методы исследования, а именно наблюдение, абстрагирование, анализ, синтез.

Результаты. Анатомотерапевтико-химическая классификация делит антигистаминные средства на пять основных групп:

- аминоалкильные эфиры (дифенгидрамин, бромазин, клемастин, хлорфеноксамин, дифенилпиралин, карбиноксамин, доксиламин, триметобензамид);
- алкиламины замещенные (фенирамин, трипролидин, диметинден, бромфенирамин, дексхлорфенирамин, хлорфенамин, фенирамин, дексобромфенирамин, таластин);
- этилендиамины замещенные (мепирамин, гистапирродин, хлоропирамин, трипеленнамин, метапирилин, тонзиламин, антерган, аллерган, дегистин);
- производные фенотиазина (алимемазин, прометазин, триэтилперазин, метдилазин, гидроксиэтилпрометазин, тиазиам, меквитазин, оксомемазин, изотипендил, доксерга);
- производные пиперазина (циклизин, меклизин, хлорциклизин, буклизин, оксатомид, цетиризин, левоцетиризин).

Также следует выделить производные пиперидинов (ципрогептадин, ципродин, астонин), хинуклидинов (квифенадин, секвифенадин), альфакарболина (диазолин).

Выводы. В ходе исследования было выявлено, что все утвержденные классификации антигистаминных средств, дополняют друг друга, ни одна из них не является самостоятельной. Анатомотерапевтико-химическая классификация нуждается в дополнении, так как по ходу работы было установлено наличие групп, не входящих в данную классификацию.

Пушкарева Ю.К., Глушкова Е.М

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ФЕНИЛЭФРИНА ГИДРОХЛОРИДА В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОМ ПРЕПАРАТЕ «МЕЗАТОН»

Научный руководитель - доц. Глушкова Е.М

Цель. Фенилэфрина гидрохлорид – адреномиметик, который применяется для парентерального введения при шоковых состояниях, в отоларингологии для облегчения дыхания, в офтальмологии для расширения зрачка. Согласно приказу № 502 Министерства здравоохранения ДНР офтальмологические растворы и капли подвергаются качественному анализу в обязательном порядке. Целью работы было проведение идентификации фенилэфрина гидрохлорида в офтальмологическом лекарственном препарате химическим методом с помощью сульфата меди.

Материалы и методы. Для исследования использовали офтальмологический препарат «Мезатон», 10мг/мл. Идентификацию проводили в соответствии с рекомендациями Государственной фармакопеи Российской Федерации, XIII.

Реактивы: дистиллированная вода, раствор меди сульфата, раствор гидроксида натрия, эфир.

Методика проведения идентификации: 10 мг субстанции растворяли в 1 мл воды, прибавляли 50 мкл 12,5% раствора сульфата меди и 1 мл 20% раствора натрия гидроксида. Затем прибавляли 1 мл эфира и встряхивали.

Результаты: Используя кислотные свойства фенилэфрина гидрохлорида, провели реакцию образования окрашенной соли меди. В ходе проведения идентификации после добавления сульфата меди и гидроксида натрия, появилось фиолетовое окрашивание. После дальнейшего прибавления эфира верхний слой оставался бесцветным. Наблюдаемые аналитические эффекты соответствуют описаниям, приведенным в фармакопейной статье.

Выводы: Проведена реакция идентификации фенилэфрина гидрохлорида с сульфатом меди (II) в соответствии с требованиями фармакопейной статьи.

Пышняк А.С., Глушкова Е.М.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ НИМЕСУЛИДА МЕТОДОМ АЛКОМЕТРИИ

Научный руководитель - доц. Глушкова Е.М.

Цель: Нимесулид – нестероидный противовоспалительный препарат, который имеет широкий спектр действия и активно применяется в фармацевтической практике. В связи с увеличением количества некачественных и фальсифицированных препаратов на фармацевтическом рынке, остается актуальной задача проведения контроля качества лекарственных средств.

Для количественного определения нимесулида Европейская Фармакопея №8 рекомендует метод алкалометрии с потенциометрическим фиксированием точки эквивалентности. Для упрощения процесса титрования целью нашей работы было оценить возможность использования кислотно-основного индикатора фенолфталеина для фиксирования конечной точки титрования.

Материалы и методы: Для приготовления исследуемого раствора использовали таблетки нимесулида 100 мг, которые растворяли в смеси ацетона с водой в соотношении

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

3:2. В качестве титранта применяли раствор натрия гидроксида 0,1М. Точку эквивалентности фиксировали с помощью фенолфталеина.

Результаты: Установлено содержание нимесулида в исследуемых таблетках. Значение входит в интервал 90 ± 15 мг. Полученные результаты соответствуют содержанию нимесулида заявленному в сертификате качества (100 ± 10 мг).

Выводы: При исследовании фенолфталеина в качестве индикатора в количественном определении нимесулида наблюдали переход окраски от бесцветной к розовой. Таким образом, фенолфталеин может быть использован в качестве индикатора для количественного определения нимесулида.

Пышняк А.С., Глушкова Е.М.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ НИМЕСУЛИДА МЕТОДОМ АЛКАЛИМЕТРИИ С ИНДИКАТОРОМ ФЕНОЛФТАЛЕИНОМ

Научный руководитель - доц. Глушкова Е.М.

Цель. Нимесулид – нестероидный противовоспалительный препарат, который имеет широкий спектр действия и активно применяется в фармацевтической практике. В связи с увеличением количества некачественных и фальсифицированных препаратов на фармацевтическом рынке, остается актуальной задача проведения контроля качества лекарственных средств. Для количественного определения нимесулида Европейская Фармакопея VIII рекомендует метод алкалиметрии с потенциометрическим фиксированием точки эквивалентности. Для упрощения процесса титрования целью нашей работы было оценить возможность использования кислотно-основного индикатора фенолфталеина для определения конечной точки титрования.

Материалы и методы. Для приготовления исследуемого раствора использовали таблетки нимесулида 100 мг, которые растворяли в смеси ацетона с водой в соотношении 3:2. В качестве титранта применяли 0,1М раствор натрия гидроксида. Точку эквивалентности фиксировали с помощью фенолфталеина.

Результаты. При исследовании фенолфталеина в качестве индикатора в количественном определении нимесулида методом алкалиметрии наблюдали переход окраски от бесцветной к розовой. Определено содержание нимесулида в исследуемых таблетках, которое составило 90 ± 15 мг. Полученные результаты соответствуют содержанию нимесулида, заявленному в сертификате качества (100 ± 10 мг).

Выводы. Фенолфталеин может быть использован в качестве индикатора для количественного определения нимесулида методом алкалиметрии.

Светличная А.И., Романова Л.А.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ БЕНСЕРАЗИДА ГИДРОХЛОРИДА МЕТОДОМ АЛКАЛИМЕТРИИ

Научный руководитель – асс. Романова Л.А

Цель. Бенсеразид гидрохлорид используется как противопаркинсоническое средство. В качестве методов количественного определения бенсеразида в Европейской фармакопее предлагается метод ацидиметрии в неводной среде. Учитывая токсичность реактивов (ледяная уксусная кислота и уксусный ангидрид), а также тот факт, что исследуемая субстанция представляет собой органическую соль, мы предположили, что

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

количественного определения данного препарата возможно методом алкалиметрического титрования. Целью данной работы являлось оценивание возможности применения метода алкалиметрии для количественного анализа бенсеразид гидрохлорида.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования нами были выбраны капсулы «Мадопар», содержащие по 25 мг бенсеразид гидрохлорида. Титрование проводилось по следующей методике: около 0,3 г препарата растворяли в 25 мл воды и титровали 0,1 М раствором натрия гидроксида до появления розового окрашивания. 1 мл 0,1М раствора натрия гидроксида соответствует 0,01761г бенсеразид гидрохлорида.

Результаты. Содержание бенсеразид гидрохлорида в капсулах «Мадопар», установленное методом алкалиметрии составило 23 ± 2 мг, что является предельно допустимым отклонением при расчете количественного содержания субстанций в лекарственных формах.

Выводы. Метод алкалиметрии может применяться для количественного анализа бенсеразид гидрохлорида без использования токсичных реактивов.

Святенко М.В, Романова Л.А

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПРЕДНИЗОЛОНА МЕТОДОМ СПЕКТРОФОТОМЕТРИИ

Научный руководитель – асс. Романова Л.А.

Цель. Преднизолон оказывает противошоковое, иммунодепрессивное, противошоковое и антитоксическое действие. Преднизолон активно используется для купирования приступов бронхиальной астмы, острой печеночно-почечной недостаточности. Преднизолон относится к гормональным препаратам, для анализа которых часто используется метод спектрофотометрии. Нашей целью было проведение идентификации преднизолон в таблетках методом ультрафиолетовой спектрофотометрии (при ближнем ультрафиолете).

Материалы и методы. Для исследования использовали таблетки преднизолон 5 мг, 96% этанол. Для регистрации ультрафиолетового спектра применяли спектрофотометр СФ-46.

Методика проведения измерений: точную навеску растертых в порошок таблеток, помещали в мерную колбу вместимостью 50 мл, растворяли в 96% спирте, фильтровали. 25 мл фильтрата помещали в мерную колбу, доводили спиртом до метки. Измеряли оптическую плотность полученного раствора, применяя в качестве сравнения раствор 96% спирта.

Результаты. Получена зависимость оптической плотности раствора преднизолон от длины волны в области 200 нм – 300 нм. Кривая поглощения имеет один максимум при 242 нм, что соответствует описанию спектра поглощения в сертификате качества данного препарата.

Выводы. Проведена идентификация преднизолон спектрофотометрическим методом в ультрафиолетовой области спектра.

Скрипка О. В., Романова Л.А.

**КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ БУМЕТАНИДА МЕТОДОМ
АЛКАЛИМЕТРИИ В ВОДНО-СПИРТОВОЙ СРЕДЕ**

Научный руководитель - асс. Романова Л.А.

Цель. Буметанид используется как диуретик из сульфамидной группы для лечения сердечной недостаточности. Для количественного анализа данного препарата фармакопея США рекомендует метод ТСХ, при этом применяется система растворителей метанол-ледяная уксусная кислота, которые являются достаточно токсичными веществами. Учитывая кислотный характер буметанида, для этого определения возможно применение метода алкалиметрии, при котором титрование проводится в смеси этанола и воды. Целью данной работы было предложить методику количественного определения буметанида методом алкалиметрии в смеси нетоксичных реагентов.

Материалы и методы. Для исследования взяли таблетки «Буфенокс», в качестве титранта использовали 0,1 М раствор натрия гидроксида, в роли индикатора выступал феноловый красный, как растворитель использовали дистиллированную воду и 96% этанол. Таблетки буметанида растворяли в воде, добавляли 96% этанол, титровали 0,1 М раствором натрия гидроксида. Точку эквивалентности фиксировали с помощью фенолового красного по появлению фиолетово-красного окрашивания.

Результаты. Полученные значения количественного содержания буметанида в таблетках $0,8 \pm 0,2$ мг по результатам алкалиметрического титрования соответствуют заявленным в сертификате качества буметанида.

Выводы. Изучена методика количественного определения буметанида методом алкалиметрии в водно-спиртовой среде.

Спичкова Е.А., Книга О.П.

**ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ НА ПЕРОКСИДНОЕ
ОКИСЛЕНИЕ *in vitro***

Научный руководитель – асс. Книга О.П.

Окисление органических веществ молекулярным кислородом – источник энергии в живых организмах. В процессе дыхания в клетках постоянно образуются активные формы кислорода, их концентрация поддерживается постоянной регуляторными антиоксидантными системами организма. При нарушении равновесия развивается состояние окислительного стресса, сопровождающееся различными заболеваниями. Лекарственные препараты, попадая в кровь, способны влиять на свободнорадикальное окисление, поскольку производные аминов и фенолов могут быть как антиоксидантами, так и прооксидантами. В литературе также отмечено, что в последние десятилетия возросло количество болезней, которые крайне редко вызываются инфекциями, а возникают вследствие приема лекарств.

Цель. Изучить влияние лекарственных веществ триметоприма, карсила и парацетамола на кинетику ПОЛ (пероксидного окисления липидов) в сравнении с дибунолом, который является стандартным антиоксидантом.

Материалы и методы. Как модель ПОЛ использовано окисление кислородом воздуха свиного жира при комнатной температуре и при 100°C. Выбор субстрата обусловлен высоким содержанием (около 50% по массе) фрагментов ненасыщенных

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

высших жирных кислот при незначительном содержании природных антиоксидантов (в отличие от растительных масел), вследствие чего свиной жир отличается легкой окисляемостью. Объекты исследования – лекарственные вещества, производные ароматических фенолов и аминов. Метод анализа – заместительная йодометрия, растворитель – смесь ледяной уксусной кислоты с хлороформом.

Результаты. Изучена кинетика накопления пероксидов (промежуточных продуктов окисления) в контрольном образце жира и с добавлением лекарственных веществ. В низкотемпературном окислении выявлено значительное прооксидантное действие триметоприма. Ингибирование накопления пероксидов в присутствии ортофена в этих условиях превысило эффективность стандартного антиоксиданта. Установлена инверсия в действии лекарственных веществ при изменении температуры процесса окисления.

Выводы. Показано, что эффективность ингибирования лекарственными веществами процесса окисления кислородом воздуха модельной липидной системы связана с химическим строением их молекул.

Чепелова Д.В., Романова Л.А.

ИСПЫТАНИЯ НА ЧИСТОТУ НАТРИЯ АМИДОТРИЗОАТА В РАСТВОРЕ ДЛЯ ИНЪЕКЦИЙ «ТРИОМБРАСТ»

Научный руководитель – асс. Романова Л.А.

Цель. Натрия амидотризоат – раствор для инъекций, который используется в ангиографии, коронарорентрикулографии и селективной вазографии. Инъекционные формы обязательно должны подвергаться контролю качества по показателям: подлинность, чистота и количественное содержание. Целью нашего исследования стало установление предельного содержания примесей в растворе для инъекций «Триомбраст».

Материал и методы. В качестве объекта исследования нами выбран раствор для инъекций «Триомбраст». При испытаниях на чистоту в натрия амидотризоате регламентируется предельно допустимое содержание примесей тяжелых металлов, хлоридов и сульфатов. Определение данных примесей проводилось согласно методикам описанным в общей фармакопейной статье Европейской фармакопее VIII. В основе определения предельного содержания примесей тяжелых металлов лежит реакция образования сульфида свинца. Примесь хлоридов определяли с помощью раствора серебра нитрата по образованию осадка серебра нитрата; сульфаты определяли с помощью раствора бария хлорида. Установление предельного содержания примесей производилось путем сравнения исследуемых растворов с эталонным.

Результаты. Во всех случаях интенсивность окрашивания исследуемых растворов не превышала интенсивности окрашивания эталонных растворов.

Выводы. Провели испытания на чистоту натрия амидотризоате препарате для инъекций «Триомбраст» путем установления предельного содержания примесей тяжелых металлов, хлоридов и сульфатов согласно фармакопейным методикам.

Червоная А.Н., Сидун М.С., Ельский В.Н.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОДУКТОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ (ПОЛ) И АНТИОКСИДАНТОВ В ТКАНЯХ ГЛАЗА И В КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО РАЗДАВЛИВАНИЯ (СДР)

Научный руководитель – доц. Сидун М.С.

Цель. Изучение влияния дозированной компрессии мягких тканей конечностей на показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы в тканях глаза при экспериментальном СДР.

Материалы и методы. Материал для биохимических исследований – кровь, гомогенаты тканей хрусталика, склеры и роговицы белых лабораторных крыс – самцов массой 180-230 г, которые находились в одинаковых условиях на стандартном рационе питания. В гомогенатах тканей глаза и в периферической крови изучали состояние процессов ПОЛ на основе определения содержания диеновых конъюгатов ненасыщенных жирных кислот по методу И.Д.Стальной, в крови – по методу L.Plazer в модификации В.Б.Гаврилова, М.К.Мишкорудной. Состояние активности лизосомального фермента катепсина D определяли по методу А.А.Покровского. Для оценки уровня биоантиоксидантов использовали метод определения концентрации фосфолипидов с помощью стандартных наборов реактивов фирмы «Boehringer Mannheim GmbH Diagnostica (ФРГ). Количественную оценку биохимических показателей проводили, используя фотоэлектрокалориметр КФК-2 и спектрофотометр СФ-46. Результаты исследований обработаны общепринятым методом вариационной статистики по Стьюденту.

Результаты. Установлено, что компрессия с турникетом силой 4 кг/см² задних конечностей белых крыс в течение 4-х часов привела к росту содержания диеновых конъюгатов в тканях роговицы в 2,5 раза, хрусталика – в 0,5 раз, склеры – в 3 раза, что сопровождалось увеличением концентрации данных показателей в периферической крови в 3 раза по сравнению с контролем (ткани интактных животных). Уровень фосфолипидов в тканях хрусталика возрос в 2,5 раза, склеры – в 3 раза, роговицы – в 2 раза, в крови – уменьшилось на 50%. Активность катепсина возросла в тканях хрусталика в 6 раз, склеры и роговицы – в 3-4 раза. Полученные данные свидетельствуют о накоплении продуктов ПОЛ в первые минуты декомпрессии, которые снизили антиоксидантный статус крови. Одновременно произошла активация защитно-компенсаторных механизмов (рост содержания фосфолипидов) в тканях глаза. Увеличение активности антиоксидантной системы в тканях глаза оказалось недостаточным для ингибирования свободнорадикальных реакций, и, спустя 2 часа интенсификация перекисных процессов ещё более усугубилась на фоне снижения антиоксидантов.

Выводы. Накопление продуктов ПОЛ и рост активности фермента лизосом привело к структурной перестройке клеточных мембран, изменению их проницаемости, вплоть до гибели отдельных клеток. Освободившиеся при этом ферменты лизосом, обладая мощным деструктивным потенциалом, действуют разрушающе на мембраны клеток и диффундируют в межклеточное пространство и сосудистое русло, что способствует проявлению клинических изменений, например, отёку роговицы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о необходимости применения препаратов

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

антиоксидантов с целью коррекции выявленных изменений в биохимических показателях тканей глаза и крови.

Чеснокова А.А., Романова Л.А.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ НОВОКАИНА С ПОМОЩЬЮ РЕАКЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ АЗОКРАСИТЕЛЯ

Научный руководитель – асс. Романова Л.А.

Цель. Новокаин - местноанестезирующее средство с умеренной анестезирующей активностью и широким спектром терапевтического действия. Согласно приказа № 502 Министерства здравоохранения ДНР, все инъекционные формы должны подвергаться обязательному контролю качества. Для установления подлинности новокаина нами была выбрана реакция идентификации на первичную ароматическую аминогруппу - реакция образования азокрасителя. Целью данной работы было установления подлинности новокаина гидрохлорида с помощью реакции образования азокрасителя.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования нами был выбран раствор 0,5% новокаина в ампулах. Реактивы: 0,1М раствор натрия нитрита, раствор кислоты хлористоводородной, β-нафтол, натрия ацетат, дистиллированная вода.

Реакция образования азокрасителя для новокаина выполнялась согласно общей методике приведенной в фармакопейной статье Государственной фармакопеи Российской Федерации, XIII. 1 мл раствора новокаина гидрохлорида растворяли в 2 мл воды, подкисленной 3 каплями хлористоводородной кислоты разведенной, прибавляли 0,1 М раствор натрия нитрита и взбалтывали. К полученному раствору прибавляли 3 мл раствора β- нафтола в присутствии натрия ацетата.

Результаты. При идентификации новокаина с помощью реакции образования азокрасителя наблюдали выпадение красного осадка.

Выводы. Установили подлинность раствора новокаина гидрохлорида при помощи реакции образования азокрасителя, аналитический эффект данной реакции полностью соответствовал требованиям фармакопейной статьи.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», ДНР

Кафедра управления экономики фармации, фармакологии и фармацевтической технологии
Зав. кафедрой – доц. Бухтиярова И.П.

А.А Аветисян., Бухтиярова А.А.

СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНА И ЕЕ ОСОБЕННОСТИ В СФЕРЕ ФАРМАЦИИ НА ПРИМЕРЕ ПОСТСОВЕТСКИХ СТРАН

Научный руководитель - доц. Бухтиярова И.П.

Цель. Оценка эффективности работы страховой медицины в постсоветских странах, а также изучение различных аспектов и особенностей медицинского страхования на примере Эстонии.

Материал и методы. Материалами исследования является информация, изложенная в периодических изданиях и нормативных материалах. Исследование проводилось методами сравнения, описания, анализа и дедуктивным методом.

Результаты. В большинстве постсоветских стран система обязательного медицинского страхования (ОМС) так и не нашла своего применения. В отличие от Белоруссии, Украины и других государств, Эстония умело применила европейские реформы в системе здравоохранения и фармацевтической отрасли. Конечно, основным преобразованием эстонской системы здравоохранения стал переход на финансирование через ОМС. С 2001 года на территории государства работает Эстонский фонд медицинского страхования с несколькими филиалами, образованными путем слияния региональных страховых фондов.

Трудоспособная часть населения отчисляет взносы из заработной платы, на медицинское страхование и в пенсионный фонд (33%). Социально не защищенная часть населения (пенсионеры, инвалиды, дети и студенты) получает компенсации без внесения обязательных выплат. Другие категории населения (безработные, попечители) пользуются предоставляемыми государством субсидиями.

Эстония, как государство-член Европейского союза, умело использовала опыт европейских стран по внедрению ОМС. Благодаря этому все обладатели медицинского страхового полиса Эстонии имеют возможность бесплатно получить Европейскую карточку медицинского страхования, которая дает право пользоваться медицинской помощью на территории всего Европейского союза.

Европеизации подверглась и фармацевтическая отрасль. Так, вследствие реформы, аптеки приватизировали, а затраты на лекарственные средства стали реимбурсироваться страховыми компаниями в установленном государством порядке. Еще одним фармакоэкономическим нововведением стало выписывание рецептов на лекарственные средства по международным непатентованным наименованиям для оптимизации расходов государства и пациента. Министерством здравоохранения создан перечень препаратов и

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

нозологических единиц, компенсируемых страховщиком больничной кассой (100, 75 и 50% компенсация).

Выводы. Опыт постсоветских государств, в вопросе внедрения ОМС, является достаточно значимым и может служить примером для Донецкой Народной Республики. Принимая во внимание все выше сказанное, можно говорить о необходимости внедрения ОМС и реформ фармацевтической отрасли, что позволит повысить качество медицинских услуг и улучшить социально-демографическую ситуацию в регионе.

Алимарданов С.А, Виноградова Н.А.

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ НАКОПЛЕНИЯ ПРОЦИАНИДИНОВ В ПЛОДАХ БОЯРЫШНИКА ОБМАНЧИВОГО В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ

Научный руководитель - Виноградова Н.А.

Цель. В настоящее время актуальна проблема загрязнения окружающей среды различными техногенными выбросами. Важным является изучение динамики содержания биологически активных веществ в лекарственных растениях в зависимости от степени загрязнения. В современной фармации боярышник известен как седативное и сердечно-сосудистое средство. В действующей нормативной документации России стандартизация сырья боярышника проводится по флавоноидам. Однако в мировой литературе содержатся данные, свидетельствующие о том, что основной группой действующих веществ плодов боярышника являются процианидины. Более того, в Европейской фармакопее стандартизация плодов боярышника осуществляется именно по содержанию процианидинов. Данные вещества принимают активное участие в окислительно-восстановительных процессах в растениях, являются необходимыми компонентами дыхательной пероксидазной системы растений, играют роль поглотителей ультрафиолетовых лучей. К растениям природной флоры Донбасса относится боярышник обманчивый (*Crataegus fallacina* Klokov). Это не фармакопейный вид и его химический состав практически не изучен. Целью данной работы было определение содержания процианидинов в плодах *C. fallacina* произрастающего в условиях разной степени техногенного загрязнения.

Материалы и методы. Для исследования использовали плоды *C. fallacina*, собранные в участках с различной степенью загрязнения: вдоль автотрассы (высокий уровень загрязнения), в Донецком ботаническом саду (фоновый уровень загрязнения) и в урочище «Балка Певчая» (контроль). Для определения суммы процианидинов в растительном сырье (в пересчете на цианидина хлорид) использовали модифицированный метод Porter.

Результаты. Экспериментально определено содержание процианидинов в плодах *C. fallacina*: высокий уровень загрязнения: 0,65%, фоновый уровень загрязнения: 1,99%, контроль: 2,41%.

Выводы. Установлено, что содержание процианидинов в плодах *C. fallacina* с увеличением степени техногенного загрязнения уменьшается, это можно использовать как диагностический признак. Вероятно, это связано с тем, что процианидины участвуют в адаптационных реакциях растений. Установлено, что содержание процианидинов в

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

плодах *S. fallacina* всех исследуемых образцов соответствует требованиям Европейской фармакопеи (не менее 1%), за исключением плодов с автотрассы.

Балдаева И.С.

SATUREA MONTANA L. (LAMIACEAE) ПЕРСПЕКТИВНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ РАСТЕНИЕ

Научный руководитель - Кохан Т.П.

Цель. Фармакогностическое изучение чабера горного лекарственного (*Saturea montana* L.), как перспективного растения для введения его в списки официальных растений и создания лекарственных препаратов или биологически активных добавок, в качестве профилактических средств при заболеваниях органов пищеварения, дыхательных путей.

Материалы и методы. Объекты исследования: сырье чабера горного предоставлены ГУ «Донецкий ботанический сад». В работе использованы следующие методы исследования: фармакогностические - титриметрический метод, экспертная оценка.

Результаты. Род чабер (*Saturea*) насчитывает около 40 видов, произрастающих в Европе, Средиземноморье, в Крыму, Северной Америке. Чабер горный не является фармакопейным растением и в основном используется как пищевое (пряность), а также пряно-ароматическое растение. Однако, благодаря его спазмолитическим, антимикробным, противовоспалительным, а также мягким отхаркивающим свойствам чабер горный используется в народной медицине. Лекарственные свойства чабера горного исследуются в Никитском ботаническом саду, где также проводится селекция сортов с повышенным содержанием биологически активных веществ. В надземной массе растения выявлены эфирные масла, органические кислоты, кетоны, высшие жирные кислоты, сапонины, алкалоиды. Медицинское использование чабера горного рекомендуется в комплексной терапии заболеваний органов пищеварения и органов дыхания, создании косметических средств

Учитывая значение чабера горного, как ценного источника биологически активных веществ, нами проводилось исследование дубильных веществ в растительном сырье, собранного в фазу цветения в 2017 г.

Нами были проведены качественные реакции с использованием железо-аммонийных солей, в результате которой образовался черно-зеленый осадок и 1 % раствором желатина – выпадение белого осадка, что подтверждает наличие дубильных веществ в траве чабера горного. Количественное определение дубильных веществ определяли методом Левенталя. С учетом того, что при высушивании 1 г сырья чабера горного потеря в массе составила 10 %, количество дубильных веществ составило 6,47 %.

Выводы. Определено, что сырье чабера горного содержит дубильные вещества в значительном количестве – 6,47 %, что подтверждает его высокие лекарственные свойства в качестве противовоспалительного средства.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Беликова И. П.

СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНА И ЕЕ ОСОБЕННОСТИ В СФЕРЕ ФАРМАЦИИ ЕВРОПЫ

Научный руководитель – доц. Бухтиярова А.А.

Цель: установление особенностей страховой медицины в развитых странах Европы.

Материалы и методы: были использованы общенаучные (индукции, дедукции, обобщения, систематизации) и специальные (статистический, табличный) методы.

Результаты: Обзор систем медицинского страхования в развитых странах Европы позволил условно разделить их на 3 группы в соответствии от преимущества добровольного или обязательного государственного медицинского страхования:

1 группа — смешанная децентрализованная система с преимуществом частного типа добровольного страхования (Швейцария);

2 группа — смешанная децентрализованная система с преимуществом государственного типа обязательного медицинского страхования (Германия, Франция, Бельгия, Финляндия, Нидерланды, Швеция);

3 группа — государственно-административная, централизованная система обязательного медицинского страхования (Великобритания, Италия, Дания).

Практически все системы медицинского страхования предусматривают оплату основной части расходов на необходимые лекарственные препараты за счет поступлений из внешних источников (бюджет, страховые фонды). К примеру, в Великобритании действует государственная система финансирования, где оплачивается до 85% стоимости лекарственных средств, в Швейцарии – платная система — оплачивается более 60%, в Германии, Франции и Швеции (социальное страхование) — 82, 92 и 80% соответственно. В России нормативными документами предусмотрена оплата до 70% стоимости лекарственных препаратов за счет средств различных страховых фондов, включая до 100% для диагностики и лечения в условиях стационара и до 50% — для оплаты рецептов, выписанных в поликлинике.

Выводы: Система обязательного медицинского страхования прежде всего связана с решением социальных задач, в то время как добровольное медицинское страхование основано на принципе конкуренции. Между ними необходимо найти правильное соотношение для того, чтобы за счет добровольного медицинского страхования восполнять недостатки обязательного медицинского страхования. Доказана экономическая целесообразность построения расширенной системы медицинского страхования, которая бы органично сочетала государственный и частный секторы медицины, как направления повышения эффективности финансового обеспечения государственных гарантий в сфере здравоохранения.

Бойцова А.В.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

Научный руководитель – доц. Бухтиярова А.А.

Цель: провести анализ контроля качества, безопасности лекарственных средств на государственном уровне, которое регламентируется законами и нормативно правовыми актами, выявить основные функции инспекции по контролю качества.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы: в качестве объектов исследования были представлены нормативно правовые акты, которыми утверждена государственная лекарственная политика в стране. В работе были использованы общенаучные методы (систематизация, дедукция), обще логические приёмы (анализ, синтез).

Результаты: Контроль качества лекарственных средств и изделий медицинского назначения осуществляется на основании основных принципов надлежащей производственной (GMP) и лабораторной (GLP) практики. Этот контроль осуществляется на определенных этапах создания, регистрации, прохождения клинических исследований, производства, оптовой и розничной реализации. Все эти шаги регламентируют те или иные нормативные документы. Основной задачей инспекции, является, осуществление государственного контроля за выполнением субъектами требований, законодательства относительно обеспечения качества лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Государственная инспекция осуществляет: надзор за предписаниями, контроль за лабораторией которая выдает заключение о качестве препарата, контроль за препаратами которые ввозят в страну, принимает меру относительно исключения из обращения лекарственных средств, которые не отвечают требованиям. Так же осуществляют проверку состояния препаратов их правильное производство, хранение, транспортировку, обязательно анализирует причины нарушений стандартов, технических условий, регламентов, норм и принимает меру к их пресечению и устранению.

Выводы: Дальнейшее совершенствование системы государственного контроля качества лекарственных средств и государственного контроля, должно быть направлено на соблюдение хозяйствующими субъектами в сфере здравоохранения обязательных требований в целях повышения эффективности безопасности, формирование централизованной системы государственного контроля за качеством работы медицинских и фармацевтических организаций а так же повышение результативности контрольно-надзорных мероприятий в сфере охраны здоровья.

Бухалова А.О., Виноградова Н.А.

БОЯРЫШНИК ОБМАНЧИВЫЙ – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ИСТОЧНИК АНТИОКСИДАНТОВ

Научный руководитель - Виноградова Н. А.

Цель. В настоящее время жители Донбасса в связи с неблагоприятной экологической обстановкой, характеризуют накопление большого количества свободных радикалов, что приводит к многочисленным заболеваниям: атеросклероз, катаракта, глаукома, сахарный диабет, инфаркты, ишемическая болезнь сердца, рак и т.д. Поэтому особенно актуально является исследование малоизученных растений природной флоры Донбасса, для которых можно прогнозировать значительную антиоксидантную активность. В связи с этим целью данной работы являлось исследование антиоксидантной активности сырья боярышника обманчивого (*Crataegus fallacina* Klokov), произрастающего на участках с различной степенью техногенного загрязнения.

Материалы и методы. В качестве объектов исследования были выбраны плоды и листья *C. fallacina*. Сбор сырья проводился в местах Донбасса, значительно отличающихся степенью техногенного загрязнения: урочище Балка Певчая (контроль), Донецкий ботанический сад (фоновый уровень загрязнения), вдоль автотрассы с

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

интенсивным движением (высокий уровень загрязнения). Для определения антиоксидантной активности использовали методику (Сирота Т.В., 1999), согласно которой антиоксидантные свойства химических соединений определяют по их способности ингибировать реакцию аутоокисления адреналина в щелочной среде. Время экспозиции: 7 минут. Значение антиоксидантной активности выше 10% свидетельствует о наличии антиоксидантной активности в объекте.

Результаты. Результаты определения антиоксидантной активности плодов *C. fallacina*: собранных на участке с высоким уровнем загрязнения: 82%; с фоновым уровнем загрязнения: 81%; на территории, принятой за контроль: 83%. Таким образом, антиоксидантная активность плодов *C. fallacina* практически не изменялась при повышении степени техногенной нагрузки. Можно предположить, что это связано с высокой устойчивостью растения к загрязнению.

Результаты определения антиоксидантной активности листьев *C. fallacina*: высокий уровень загрязнения: 42%; фоновый уровень загрязнения: 46%; контроль: 59%. Анализируя полученные данные, можно отметить, что с повышением степени загрязнения наблюдается снижение антиоксидантной активности листьев *C. fallacina*. Можно предположить, что вещества-антиоксиданты *C. fallacina* являются активными участниками адаптационных процессов в условиях техногенного стресса.

Выводы. Экспериментально доказано, что плоды и листья *C. fallacina* обладают высокой антиоксидантной активностью. Их можно использовать для изготовления лекарственных препаратов с целью профилактики оксидантного стресса. Выявлена зависимость антиоксидантной активности листьев *C. fallacina* от экологической обстановки.

Бухтиярова А.А., Глобенко Н.С.

ГАРМОНИЗАЦИЯ ПРОИЗВОДСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ GMP

Научный руководитель - доц. Бухтиярова И.П.

Цель: изучение влияния гармонизации производства лекарственных средств в соответствии с требованиями GMP на их качество, с целью выяснения проблем и перспектив.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели были использованы общенаучные методы исследования: анализ, индуктивный, дедуктивный. Материалы работы представлены информацией изложенной в периодических изданиях.

Результаты. Процесс гармонизации затрагивает все уровни стандартизации. Так, региональные и национальные стандарты гармонизируются с международными стандартами, а стандарты предприятий-производителей гармонизируются со всеми указанными выше стандартами. При этом проблемным фактором для гармонизации считается то, что применение того или иного международного стандарта является невозможным, вследствие каких-либо ограничивающих условий. Например, особенности географического расположения или низких технологических возможностей. Поэтому перед применением международных стандартов в качестве государственных необходимо провести анализ их адаптированности к условиям государства.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Гармонизация государственных стандартов с международными должна включать целый ряд мероприятий, которые необходимо проводить на разных уровнях организации производства. Так, внедрение на уровне государства стандартов по надлежащей производственной практике (GMP), надлежащей доклинической и клинической практике (GLP и GCP), а также надлежащей дистрибьюторской практике (GDP), позволит повысить качество и конкурентоспособность лекарственных средств, исключить нестабильность качества в процессе транспортировки и хранения ЛС. Данные процедуры является гарантией для получения потребителем высококачественных и доступных лекарственных препаратов.

Выводы. В результате проведенного исследования мы пришли к следующему выводу, что внедрение гармонизированной системы международных стандартов поднимает уровень качества лекарственных средств и отражает требования всех стандартов надлежащих практик.

Войт О.О., Ярмола И.К

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ В ОНКОГИНЕКОЛОГИИ (НА ПРИМЕРЕ РАКА ЯИЧНИКОВ)

Научный руководитель - доц. Ярмола И.К

Цель. Изучить особенности современной химиотерапии при лечении рака яичников и возможности использования фармакоэкономических исследований в онкогинекологии, рассмотреть структуру и динамику заболеваемости, проанализировать рынок лекарственных препаратов, применяющихся для терапии злокачественных новообразований женских половых органов, а так же изучить ценовую доступность лекарственных препаратов, применяющихся в онкогинекологии.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Республиканского онкологического центра имени профессора Г.В Бондаря Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики. Для исследования использовали метод частного анализа историй болезней пациентов, которые находились в стационаре в период с 2014-2017 гг. Были взяты за основу оптимальные схемы лечения данного заболевания, перечень препаратов, которые использовались для лечения.

Результаты. В процессе исследования использовались статистические, графические, социологический и фармакоэкономические (анализ «стоимости заболевания» «стоимость-эффективность» и «стоимость - польза») методы исследования, а также маркетинговый анализ. Обработка данных проводилась с использованием современных компьютерных технологий. Проведен маркетинговый анализ современного рынка лекарственных средств, применяющихся для терапии злокачественных новообразований женских половых органов по ассортиментному ряду и ценовой доступности. Составлен рейтинг ЛС и производителей, проведена классификация ЛС по времени нахождения на рынке.

Вывод. Проанализирован ассортимент лекарственных препаратов которые используются в специализированных стационарах. Были рассчитаны прямые затраты для проведения лечения (доцетаксел+цисплатин и цисплатин+циклофосфан). Расчитали

затраты на проведение химиотерапии и возможные осложнения при лечении данной патологии.

Глазкова О.В., Фетисова Е.В., Виноградова Н.А.

ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ПЛОДОВ ШИПОВНИКА ВОЛЧЬЕГО

Научный руководитель - Виноградова Н. А.

Цель. Шиповник волчий (*Rosa lupulina* Dubovik) – это кустарник, достигающий в высоту 1,7 м, имеющий длинные дугообразно изогнутые стебли. Шипы красно-бурого цвета, крючкообразные, сплюснутые, расширенные в основании. Родина вида – восточная Европа и Кавказ, где он произрастает в пределах своего ареала на лесных полянах, опушках и склонах среди кустарников. Химический состав плодов шиповника волчьего практически не изучен. Целью данной работы был качественный и количественный анализ химического состава плодов шиповника волчьего.

Материалы и методы. Объектом данного исследования являются плоды шиповника волчьего, которые были заготовлены в сентябре 2017 года в Донецком ботаническом саду. Сырье сушили с помощью воздушной сушки, расстилая тонким слоем. Качественный анализ состава плодов проводили с помощью фармакопейных качественных реакций. Для количественного определения аскорбиновой кислоты и дубильных веществ использовали титриметрические методы, а для определения содержания флавоноидов – фотометрический метод.

Результаты. С помощью качественных реакций в плодах шиповника волчьего были выявлены аскорбиновая кислота, конденсированные дубильные вещества и флавонолы. Было установлено, что содержание аскорбиновой кислоты в плодах шиповника волчьего 0,06%. Также было определено, что исследуемое сырье содержит 0,09% флавоноидов (в пересчете на рутин) и 3,19% дубильных веществ (в пересчете на танин).

Выводы. В результате анализа в плодах шиповника волчьего были обнаружены аскорбиновая кислота, конденсированные дубильные вещества и флавоноиды. В связи с выявлением значительного количества дубильных веществ в данном сырье, оно является перспективным для изготовления на его основе лекарственных препаратов, обладающих антиоксидантным, желчегонным, иммуномодулирующим, противовоспалительным и поливитаминным действием.

Гордиенко А.В., Виноградова Н.А.

ИЗУЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ЛИСТЬЕВ БОЯРЫШНИКА ОБМАНЧИВОГО, КУЛЬТИВИРУЕМОГО В ДОНЕЦКОМ БОТАНИЧЕСКОМ САДУ

Научный руководитель - Виноградова Н.А.

Цель: Боярышник обманчивый (*Crataegus fallacina* Клоков) – это кустарник, высота которого варьируется от двух до пяти метров. На верхних ветках имеются пазушные колючки длиной от 4 до 8 мм. Листья плотные, с зубцами, на неплодоносных побегах семилопастные, на плодоносных – трех- или пятилопастные. Имеет яблокоподобные плоды ярко-красного цвета с одной косточкой. Растет в лесостепной зоне

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Украины: на опушках, полянах, в балках. Химический состав варьируется в зависимости от места произрастания растения. Целью данной работы является изучение химического состава листьев боярышника обманчивого.

Материалы и методы: Объектом исследования являются листья боярышника обманчивого, собранные в Донецком ботаническом саду в 2017 году, высушенные с помощью воздушной сушки. Анализ качественного состава проводили с помощью фармакопейных качественных реакций. Для количественного определения дубильных веществ и аскорбиновой кислоты использовали титриметрический метод. Количество флавоноидов определяли фотометрическим методом.

Результаты: В результате качественного анализа в листьях боярышника обманчивого были обнаружены конденсированные дубильные вещества, аскорбиновая кислота и такие группы флавоноидов как халконы и ауроны. Экспериментально было определено, что содержание аскорбиновой кислоты в листьях боярышника обманчивого составляет 0,08%. Также в данном лекарственном растительном сырье содержится 5,69% конденсированных дубильных веществ в пересчете на танин и 0,11% флавоноидов в пересчете на рутин.

Выводы: В результате исследования в листьях боярышника обманчивого были обнаружены конденсированные дубильные вещества, флавоноиды, аскорбиновая кислота. Значительное количество дубильных веществ в данном сырье позволяет использовать его для изготовления лекарственных препаратов, обладающих противовоспалительными, закрепляющими, вяжущими, кровоостанавливающими, а также поливитаминными свойствами.

Горобцова А.Ю.

НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Научный руководитель – доц. Бухтиярова А.А.

Цель: целью данного исследования было проведение сравнительной характеристики составляющих национальной лекарственной политики в Республике Беларусь и странах Евросоюза и позиционирование осуществления национальной политики в Донецкой Народной Республике.

Материалы и методы: в качестве объектов данного исследования были представлены нормативные правовые акты, которыми утверждена национальная лекарственная политика в странах Евросоюза и Донецкой Народной Республики. В работе использованы логико-теоретические методы исследования, сравнительный и обобщающий методы.

Результаты: при проведении анализа использовали результаты рационального использования лекарственных средств, экономической доступности и совершенствование нормативно-правового регулирования лекарственных средств. Результаты данного исследования свидетельствуют о нерациональном использовании лекарственных средств и необходима разработка правил замены оригинальных лекарственных средств генерическими.

Выводы: полученные показатели позволяют осуществить аргументированный выбор национальной лекарственной политики в сфере здравоохранения. Составными

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

частями политики являются: доступность основных лекарственных средств, менеджмент, качество, рациональное использование лекарственных средств. Следует обратить внимание на нерациональное расходование денежных средств на лекарственные препараты при данном заболевании. Целесообразным является назначение тех препаратов, которые будут соответствовать оптимальному расходу денежных средств и при этом оказывать эффективное влияние препаратов на организм человека. В настоящее время национальная лекарственная политика разработана более 140 странами, включая Республику Беларусь.

Гриненко Е. А.

ФАРМАКОГНАСТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РОДА ЛЮЦЕРНЫ (MEDICAGO)

Научный руководитель - Кохан Т.П.

Цель. Люцерна (*Medicago*) – род многолетних и однолетних трав и полукустарников семейства бобовые (Fabaceae), он объединяет 103 вида, произрастающих в Средней Азии и Средиземноморье. Род люцерна известен как ценная, богатая белками, незаменимыми аминокислотами и витаминами кормовая культура. Люцерна широко используется в официальной и народной медицине и занесена в Европейскую фармакопею и фармакопею США. Люцерна посевная в надземной массе содержит органические кислоты, кетоны, высшие жирные кислоты, эфирные масла, тритерпеноиды, микроэлементы, сапонины, гормоны, алкалоиды, а также витамины группы В и Д, предупреждающие хрупкость и ломкость костей и микроэлементы: кальций, магний, железо, марганец, кремний, фосфор, хлор и др. Целью данной работы было изучение содержания биологически активных веществ травы люцерны посевной и люцерны изменчивой – дубильных веществ и аскорбиновой кислоты.

Материалы и методы. Объекты исследования: воздушно-сухая масса травы люцерны посевной и люцерны изменчивой предоставленная ГУ «Донецкий ботанический сад». Методы исследования: фармакогностические - титриметрический метод, системный и структурный анализ, экспертная оценка.

Результаты. Исследования биологически активных веществ в сухой надземной массе представителей рода люцерна - люцерны посевной (*Medicago sativa* L.) и люцерны изменчивой (*Medicago x varia* T.Martin) показали наличие дубильных веществ и аскорбиновой кислоты. Установлено, что в сырье люцерны посевной дубильных веществ содержится 0,52% (в пересчете на танин), а аскорбиновой кислоты – 0,36%, тогда как в люцерне изменчивой – 0,26 % дубильных веществ и 0,28 % аскорбиновой кислоты соответственно.

Выводы. Таким образом, нами установлено, что люцерна посевная содержит дубильных веществ в 2 раза больше, чем люцерна изменчивая, а также больше аскорбиновой кислоты (на 0,08 %), что свидетельствует о высокой ценности люцерны посевной как лекарственного растения среди представителей рода люцерна.

Даник Ю.В.

**MONARDA HYBRIDA (LAMIACEAE)
ПЕРСПЕКТИВНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ РАСТЕНИЕ**

Научный руководитель - Кохан Т.П.

Цель. Фармакогностическое изучение травы монарды гибридной (*Herba Monardi hybridi*) как перспективного лекарственного растения для введения ее в списки официальных растений и создания лекарственных препаратов или биологически активных добавок, в качестве профилактических средств при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. Объекты исследования: сырье надземной массы монарды гибридной предоставленные лабораторией пряноароматических и кормовых растений ГУ «Донецкий ботанический сад» в фазе цветения. В работе проведен методами фармакогностических исследований для выявления биологически активных веществ в сырье: дубильные вещества и аскорбиновая кислота.

Результаты. Род *Monarda* насчитывает около 22 видов, произрастающих в Северной Америке и Евразии и интродуцированную в Евразию как декоративное растение. Содержание БАВ в сырье *Monarda fistulosa* изучалось на кафедре ботаники РГАУ-МСХА имени К.А. Тимирязева. Многолетнее исследование эфирного масла монарды двойчатой (*Monarda didyma*) показало, что оно содержит фенолы (тимол, карвакрол, п-цимол), сабинен, цинеол, терпинен, лимонен, мирцен. По запаху масло монарды двойчатой чаще всего напоминает чабрец. Монарда двойчатая в медицине Северной Америки при простудных заболеваниях, при ревматизме, как легкое слабительное, антимикробное, спазмолитическое, а также как улучшающее местное кровообращение средство.

Монарда дудчатая (*Monarda fistulosa*) в Северной Америке культивируется под названием “дикий бергамот”. В растении содержится витамины группы С, В₁, В₂. Трава используется как пищевая приправа. Исследования действующих веществ монарды дудчатой учеными Беларуси выявили ее способность угнетать развитие грибов рода *Candida*, т.е. фунгицидное действие.

Учитывая значение монарды гибридной, как ценного источника биологически активных веществ, нами проводится исследование БАВ в растительном сырье, собранного в фазу цветения.

Нами были проведены качественные и количественные реакции на содержание дубильных веществ и аскорбиновой кислоты в траве монарды гибридной. Количественное определение дубильных веществ определяли методом Левенталя. С учетом того, что при высушивании 1 г сырья монарды гибридной потеря в массе составила 10 %, количество дубильных веществ составило 1,0049 % и содержание аскорбиновой кислоты – 1,2026 %..

Выводы. В результате проведения количественных реакций на содержание БАВ в сырье монарды гибридной получены следующие данные: дубильных веществ 1,0049 % в пересчете на танин и аскорбиновой кислоты – 1,2026, что подтверждает целесообразность ее использование в качестве лекарственного растения.

Деревенец Ю.А., Попович В. П.

**ИРГА ОБЫКНОВЕННАЯ – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ИСТОЧНИК
ФЕНОЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ**

Научный руководитель – Попович В.П.

Для решения вопроса по использованию в медицинской практике сырья ирги обыкновенной необходимо получить из нее фитокомплекс с ценными фармакологически активными веществами и придать ему удобное для применения состояние.

Наиболее рациональной формой переработки растительного сырья может быть рассмотрен сухой экстракт. Спирт достаточно летуч, поэтому спиртовые извлечения, такие как настойки, жидкие экстракты, легко сгущаются и высушиваются до порошкообразных веществ. Одним из главных преимуществ сухих экстрактов является высокий выход и стабильность биологически активных веществ в ходе их получения и хранения, а также удобство создания на их основе в последующем жидких и твердых лекарственных форм.

Цель. Получить сухой экстракт листьев ирги обыкновенной. Оценку качества экстракции провести по количественному выходу флавоноидов и дубильных веществ.

Материал и методы. Исследование проводили с высушенными листьями ирги обыкновенной со степенью измельчения 2-3 мм. Действующие вещества извлекали спиртом этиловым 70%.

Применялись спектрофотометрический и титриметрический методы количественного определения флавоноидов и дубильных веществ по методикам согласно ГФ XI. Полученные данные подвергали статистической обработке.

Результаты. Получен сухой экстракт, который представляет собой гигроскопический кристаллический порошок темно-коричневого цвета, хорошо растворимый в 70% спирте этиловом, плохо растворимый в воде. Содержание флавоноидов составляет $16 \pm 0,16\%$ (в пересчете на рутин), дубильных веществ - $24 \pm 0,48\%$ (в пересчете на танин).

Выводы. Полученный сухой экстракт имеет высокий выход флавоноидов и дубильных веществ. Данные результаты изучения содержания фенольных соединений в сухом экстракте листьев ирги обыкновенной свидетельствуют о возможности создания на его основе новых лекарственных средств и будут использованы для его дальнейшей стандартизации.

Жамбровская Е.С., Виноградова Н.А., Попович В.П.

**ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТРАВЫ КОТОВНИКА ЗАКАВКАЗСКОГО И
КОТОВНИКА КОШАЧЬЕГО**

Научный руководитель – Виноградова Н. А.

Цель: Котовник (*Nepeta*) – многолетнее, реже однолетнее, травянистое растение. В естественных условиях различные виды котовника произрастают в Европе, Азии, Африке и Америке. На территории России можно встретить не менее 80 представителей вида, причем большинство из них сосредоточено в горах Закавказья и на Дальнем Востоке. Котовник закавказский (*Nepeta transcaucasica* Grossch) и котовник кошачий (*Nepeta cataria* L.) в настоящее время не используются в официальной медицине Российской Федерации, однако они широко применяются в народной медицине как жаропонижающее,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

противовоспалительное, потогонное и общеукрепляющее, а в ветеринарии – как седативное. Поэтому целью нашей работы является фармакогностическое изучение травы котовника закавказского и котовника кошачьего.

Материалы и методы: Объектом исследования были трава котовника закавказского и трава котовника кошачьего, заготовленные летом 2017 года в Донецком ботаническом саду. Анализ качественного и количественного состава лекарственного растительного сырья проводили с помощью фармакопейных методов. Для определения количества полисахаридов использовали гравиметрический метод, а определение содержания свободных органических кислот (в пересчете на яблочную кислоту) проводили титриметрическим методом (в качестве титранта использовали раствор натрия едкого (0.1 моль/л), титровали до появления в пене лилово – красной окраски). Для определения суммы оксикоричных кислот (в пересчете на хлорогеновую кислоту) использовали спектрофотометрический метод при длине волны 330 нм. Все исследования проводили на воздушно-сухом сырье с учетом влажности.

Результаты: В результате качественного анализа травы котовника закавказского и котовника кошачьего были выявлены аскорбиновая кислота, конденсированные дубильные вещества, флавоноиды, органические кислоты, сапонины, водорастворимые полисахариды и оксикоричные кислоты. Наибольшее количество оксикоричных кислот содержится в траве котовника закавказского – 11,2%. Также в нем содержится значительное количество свободных органических кислот – 8,5%. Также в траве котовника закавказского было обнаружено 2,02% полисахаридов. В котовнике кошачьем было выявлено значительное количество свободных органических кислот – 8,5 %, и оксикоричных кислот – 7,4%, а также 2,03% полисахаридов.

Выводы: Экспериментально было выявлено, что трава котовника закавказского и трава котовника кошачьего содержат значительное количество свободных органических и оксикоричных кислот, следовательно данные виды лекарственного растительного сырья можно использовать для изготовления лекарственных препаратов, обладающих антиоксидантным действием.

Задорожная Н.В., Виноградова Н.А.

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ФУНДУКА ПУРПУРНОГО

Научный руководитель – Попович В.П.

Род Лещина (*Corylus L.*) семейства березовые (*Betulaceae Gray.*) насчитывает около 20 видов, из них 10 встречается в странах СНГ, причем все они различаются по географическому распространению, биологическим особенностям и хозяйственному значению. Фундук пурпурный, или лещина крупная (*Corylus maxima L.*) – это орехоплодная культура, которая заслуженно ценится за продуктивность, высокую питательную ценность, раннее вступление в плодоношение среди других орехоплодных. От обыкновенной лещины отличается более крупными орехами с розовой оболочкой и длинной цельной листовой оберткой кроваво-красной окраски, а также темно-пурпурным цветом листьев. Сырье фундука не используется в официальной медицине, но при этом листья фундука пурпурного широко используются в народной медицине как мягчительное, ветрогонное, молокогонное, противоглистное средство, наружно – при ожогах, выпадении волос.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Цель. Провести фармакогностический анализ листьев фундука пурпурного и определить качественный, количественный состав основных групп биологически активных веществ.

Материал и методы. В качестве объекта исследования были выбраны листья фундука пурпурного, собранные летом 2017 года в ГУ Донецкий ботанический сад.

Качественный состав определяли основными фармакопейными качественными реакциями.

Количество аскорбиновой кислоты, свободных органических кислот определяли титриметрическими методами анализа, для определения флавоноидов использовали спектрофотометрический метод.

Результаты. Содержание аскорбиновой кислоты составило 0,35%, свободных органических кислот - 15,4% (в пересчете на яблочную кислоту), флавоноидов - 0,17% (в пересчете на рутин), дубильных веществ – 7,53%.

Качественные реакции подтвердили наличие конденсированных дубильных веществ.

Выводы. По результатам проведенной работы установлено, что листья фундука пурпурного содержат флавоноиды, дубильные вещества, аскорбиновую и свободные органические кислоты. Следовательно, листья фундука пурпурного могут использоваться как вяжущее, кровоостанавливающее, желчегонное, противовоспалительное и бактерицидное средство.

Зайцева С. В., Шаповалова Е. А.

ИЗУЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ЛИСТЬЕВ ФУНДУКА БОМБЫ

Научный руководитель – Виноградова Н. А.

Плодовый кустарник – Фундук Бомба (Кахский 35), вид рода Лещина (*Corylus L.*) семейства Березовые (*Betulaceae L.*). Это азербайджанский сорт народной селекции. По данным литературы листья лещины содержат эфирное масло, сахарозу, дубильные вещества, пальмитиновую кислоту, биофлавоноиды, витамины РР, К, В₁, В₂, С. В народной медицине лещину издавна применяют при лечении простатита, аденомы простаты, кишечных заболеваний, анемии, почечных патологий, авитаминозе, рахите, при гипертрофии предстательной железы. Настой из данного растения применяют при варикозном расширении вен, трофических язвах голени. Настойку из листьев лещины в народной медицине используют при онкологических заболеваниях. Однако химический состав листьев фундука бомбы практически не изучен и в настоящее время данное растение не используется в официальной медицине.

Цель исследования: провести качественное и количественное изучение химического состава листьев фундука бомбы.

Материалы и методы. Объект исследования: листья фундука Бомбы, собранные в Донецком ботаническом саду летом 2017 года. Проводили количественное определение основных групп биологически активных веществ, используя инструментальные фармакопейные методы определения. Для количественного определения содержания аскорбиновой кислоты и свободных органических кислот использовали титриметрические методы анализа, для определения содержания флавоноидов – спектрофотометрический метод.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты исследования: Экспериментально было определено, что листья фундука Бомбы содержат 0,33% аскорбиновой кислоты. С помощью качественных реакций выявлено, что в данном сырье содержатся такие группы флавоноидов как флавонолы. Установлено, что содержание флавоноидов в пересчете на рутин в листьях фундука Бомбы: 0,05%. Определена сумма свободных органических кислот в пересчете на яблочную кислоту: 41,6%. Выявлено, что листья фундука Бомбы содержат 1% конденсированных дубильных веществ в пересчете на танин.

Выводы. Экспериментально установлено, что листья фундука Бомбы содержат конденсированные дубильные вещества, флавонолы, аскорбиновую кислоту и свободные органические кислоты. В связи с значительным содержанием органических кислот и витамина С данное сырье можно использовать для изготовления лекарственных препаратов, обладающих антиоксидантным действием.

Захарова Е.С. Ярмола И.К.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРЕПАРАТОВ В УСЛОВИЯХ РЫНКА ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель – доц. Ярмола И.К.

Цель. Провести фармакоэкономический анализ препаратов для лечения рака молочной железы на основании данных Республиканского Онкологического Центра имени профессора Г.В.Бондаря в условиях фармацевтического рынка Донецкой Народной Республики.

Материал и методы. Для исследования использовали метод статистического анализа историй болезней пациентов, которые прошли лечение в Республиканском Онкологическом Центре Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики имени профессора Г.В.Бондаря в 2014–2017 гг. За основу были взяты оптимальные схемы лечения данного заболевания и перечень препаратов, которые использовались для лечения.

Результаты. Лекарственные препараты, которые используются для лечения данной патологии, были представлены в историях болезни не в полном объеме (в процентном отношении до 80%). При лечении рака молочной железы применялись режим адьювантной химиотерапии, режим химиотерапии, которые рекомендуют проводить при диссеминированном раке молочной железы. Наблюдались положительная динамика при лечении данной патологии у 85% процентов больных и, к большому сожалению, у 15% больных была отмечена отрицательная динамика при данной формы терапии.

Выводы. В ходе проведенного исследования было установлено, что ассортимент лекарственных препаратов, который был использован для лечения рака молочной железы в 2017 году, значительно увеличился по сравнению с 2016 годом.

Зубенко В.О., Виноградова Н.А.

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ЭКСТРАКТОВ ИЗ ПЛОДОВ ВИШНИ МАГАЛЕБСКОЙ

Научный руководитель - Шаповалова Е.А.

Цель: В настоящее время перспективным является разработка лекарственных форм на основе сухих экстрактов растительного происхождения. Это обусловлено тем, что лекарственное растительное сырье как источник биологически активных веществ обладает большим диапазоном преимуществ: малой токсичностью, широкой доступностью и низкой стоимостью сырья, а также широким спектром действия и хорошей переносимостью.

Вишня магалевская (*Cerasus mahaleb* L.) или Антипка – кустарник высотой до 10 м, в официальной медицине не применяется, однако плоды растения используется в народной медицине, как отхаркивающее средство.

Поскольку плоды вишни магалевской не входят в номенклатуру лекарственных растений, включенных в Государственную фармакопею, перспективным является разработка технологии экстрактов из плодов вишни магалевской и обоснования возможности применения действующих веществ как перспективного средства в противовоспалительной терапии.

Начальной стадией получения стабильных лекарственных форм является экстракция – наиболее простой, доступный и распространенный способ.

Материал и методы. Объектом исследования были плоды вишни магалевской, заготовленные в фазу плодоношения летом 2017 г. в Донецком ботаническом саду. Заготовка проводилась в сухую погоду. Сырье брали цельное и предварительно измельченное до необходимого размера.

Для определения наиболее эффективной методики экстрагирования были использованы в качестве экстрагентов: спирты (40%, 70% и 95%) и вода, при соотношении сырье : экстрагент равном 1:25 (2 при учете коэффициента водопоглощения сырья).

Экстракцию проводили методом мацерации при перемешивании и дробной мацерации.

При разработке технологии экстракта сухого из плодов вишни магалевской об эффективности технологии судили по выходу экстрактивных веществ. Количественное содержание суммы флавоноидов в пересчете на рутин определяли фармакопейным фотометрическим методом.

Результаты. Определены оптимальные параметры экстрагирования плодов вишни магалевской: метод экстрагирования – дробная мацерация, экстрагент – спирт этиловый 40%, плоды – измельченные. При такой концентрации спиртоводной смеси при данных условиях экстракции выход флавоноидов в пересчете на рутин из сырья составит 0,56 %, время экстрагирования – четыре дня, соотношение сырье: экстрагент 1:25.

Выводы. Была разработана оптимальная технология получения экстракта из плодов вишни магалевской.

Иконникова В.В.

ВЛИЯНИЕ ВИДА И КОЛИЧЕСТВА ЭМУЛЬГАТОРА НА СТАБИЛЬНОСТЬ ЭМУЛЬСИИ. НОВЫЕ ВИДЫ ЭМУЛЬГАТОРОВ.

Научный руководитель – Пересекина Н.Н. Проценко Т.Н.

Цель. Эмульсии являются лекарственными формами универсального назначения: их применяют внутрь, наружно и для парентерального введения. Это особая группа лекарств, качество которых потребитель не имеет возможности оценить самостоятельно, поэтому гарантия их стабильности, эффективности, безопасности и качества является одной из важнейших задач фармацевтической отрасли на современном этапе ее развития. Учитывая постоянно ужесточающиеся требования к технологическим характеристикам эмульсий, разработка принципиально новых и качественное улучшение свойств уже существующих эмульгаторов являются весьма актуальной научно-технической задачей. На наш взгляд, одним из перспективных направлений в этой области является изучение влияния вида и количества эмульгатора на стабильность эмульсии.

Материал и методы. Материалами для исследования были: масляные эмульсии, приготовленные из масла подсолнечного и воды с использованием эмульгаторов твин-80 и полисорбат-60 в различных количествах. С каждым из эмульгаторов было приготовлено три вида эмульсий с количествами 0,5г, 2,0г, 3,0г соответственно. Проводили проверку устойчивости полученных эмульсий органолептическими и физическими методами согласно общей статьи ГФ Х «Эмульсии».

Результаты. В результате исследования обнаружено, что при использовании малых количеств эмульгаторов твин-80 и полисорбат-60 в количествах по 0,5г и 2,0г процесс эмульгирования не происходит. При использовании по 3,0г твина-80 и полисорбата-60, каждая эмульсионная лекарственная форма получена качественной и устойчивой. Для оценки качества эмульсий проводился органолептический анализ полученных эмульсий по следующим показателям: внешний вид, запах, однородность частиц дисперсной фазы, время расслаивания (отстаивания), термостойкость, вязкость. В результате обнаружено, что стабильность и качество эмульсий повышается при использовании эмульгаторов в количестве 3,0 г при эмульгировании 5,0г масла подсолнечного на 50 мл воды очищенной. Для исправления неприятного вкуса возможно использование корректирующих веществ (вишневый сироп).

Выводы. Нами был проведен сравнительный анализ эмульгаторов с различным гидрофильно-липофильным балансом (ГЛБ), рассмотрена возможность использования анализируемых эмульгаторов для приготовления эмульсий прямого типа, оценено влияние вида и количества эмульгатора на стабильность эмульсии.

Стабильность и качество эмульсий повышается при использовании эмульгаторов в количестве 3,0 г при эмульгировании 5,0г масла подсолнечного на 50 мл воды очищенной.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Карасёва А. О., Попович В. П.

ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЧАЕ «ЭКЗОТИЧЕСКИЙ» И СБОРЕ «ПРОТИВОПРОСТУДНЫЙ», РАЗРАБОТАННЫХ В ДОНЕЦКОМ БОТАНИЧЕСКОМ САДУ

Научный руководитель – Попович В.П.

Цель. Провести изучение биологически активных веществ сбора «противопростудный» и чая «экзотический».

Материал и методы. Объектами исследования послужили сборы, разработанные ГУ Донецкий ботанический сад: чай «экзотический» и сбор «противопростудный».

Сбор чай «экзотический», в состав которого входят цветки и листья стевии медовой, листья котовника закавказского, трава лимонного сорго и цветки бархатцев, оказывает общеукрепляющие и иммуностимулирующие действие.

Сбор «противопростудный», состоящий из травы душицы обыкновенной, листьев шалфея лекарственного, травы иссопа лекарственного, цветков бархатцев, травы базилика душистого и травы многоколосника анисового, обладает противовоспалительным, отхаркивающим и антибактериальным действием.

Была произведена первичная обработка сырья, в ходе которой отбирались и удалялись поврежденные части надземных органов, пожелтевшие листья и осыпающиеся цветочные корзинки. Сушили лекарственное сырье при комнатной температуре.

Для проведения анализа биологически активных веществ использовали лекарственное растительное сырье, высушенное и измельченное до частиц размером не более 2-3 мм. После измельчения мелкие частицы в виде пыли отсеяли сквозь сито с размером отверстий 0,18 мм. Сборы стандартизировали по ОФС «Сборы» Государственной Фармакопеи XIII Российской Федерации.

Для изучения фитохимического состава компонентов сбора использовали специфические качественные реакции. Стандартизацию данных сборов проводили по количеству дубильных веществ титриметрическим методом в пересчете на танин.

Результаты. В исследованных сборах были выявлены полисахариды, свободные органические кислоты, эфирное масло, флавоноиды, дубильные вещества, сапонины, аскорбиновая кислота. Сбор «противопростудный» содержит 8,80 % дубильных веществ, чай «экзотический» - 10,65 %

Выводы. В ходе исследования были изучены особенности технологии получения данных сборов, проведены специфические качественные реакции и количественное определение дубильных веществ, осуществлена стандартизация полученных сборов.

Клименко Е.В., Гойда А.Ю., Виноградова Н.А.

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТРАВЫ ФЕНХЕЛЯ ОБЫКНОВЕННОГО

Научный руководитель – Попович В.П.

На данный момент препараты природного происхождения являются безвредными и терапевтически эффективными, они менее токсичны и обладают более мягким действием, что обусловлено родством метаболизма растительной и животной клетки. Фенхель обыкновенный (*Foeniculum vulgare* Mill.) - многолетнее травянистое растение семейства

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Сельдерейные (*Ariaceae* Lindl.), которое используется как пряная и зеленая сельскохозяйственная культура. В современной медицине в качестве лекарственного растительного сырья фенхеля обыкновенного используются плоды, которые входят в состав чаев, как ветрогонное, противорвотное, отхаркивающее и лактогенное средство. Поэтому актуальным является изучение травы фенхеля.

Цель. Провести фармакогностический анализ травы фенхеля обыкновенного.

Материал и методы. Объектом исследования была трава фенхеля обыкновенного, собранная летом 2017г. на территории ГУ Донецкий ботанический сад. Для исследования применялись фармакопейные методы качественного и количественного определения основных групп биологически активных веществ. Количественное определение флавоноидов в пересчете на рутин в извлечениях травы фенхеля обыкновенного проводили методом дифференциальной спектрофотометрии, в кювете с толщиной слоя 10 мм при длине волны 415 нм. Для определения содержания аскорбиновой кислоты, дубильных веществ и свободных органических кислот применяли титриметрические методы анализа.

Результаты. В ходе проведенного качественного анализа обнаружены: аскорбиновая кислота, органические кислоты, гидроксикоричные кислоты, полисахариды, тритерпеновые сапонины, фенольные соединения (конденсированные дубильные вещества, флавоноиды), эфирные масла. В исследованном сырье обнаружено 0,46% аскорбиновой кислоты, 15,4% свободных органических кислот в пересчете на яблочную кислоту, 3,38% дубильных веществ, 0,12% флавоноидов в пересчете на рутин.

Выводы. Результаты фармакогностического изучения показали, что в траве фенхеля обыкновенного присутствует широкий спектр биологически активных веществ. Данное сырье богато дубильными веществами и свободными органическими кислотами. Наличие этих веществ предполагает использование травы фенхеля обыкновенного в качестве желчегонного, бактерицидного, а также вяжущего и кровоостанавливающего средств.

Куприянова А.С., Виноградова Н.А.

ФИТОХИМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТРАВЫ МЕЛКОЛЕПЕСНИКА КАНАДСКОГО

Научный руководитель – Виноградова Н. А.

Цель. Однолетнее травянистое растение мелколепестник канадский (*Erigeron canadensis* L.), вид рода мелколепестник семейства сложноцветные (*Compositae* Giseke). Считается инвазивным видом по всей Европе, включая Европейскую часть России. В настоящее время не является фармакопейным видом в России. В народной медицине и гомеопатии используется при разного рода кровотечениях, в том числе, маточных и геморроидальных. Наиболее известно противодиарейное свойство растения. При подагре данная трава выводит мочевую кислоту, поэтому облегчает течение заболевания. Противовоспалительное действие этого растения используют больным с артритами, ревматизмом, артрозами, остеохондрозом. Цель данной работы: провести качественное и количественное изучение химического состава травы мелколепестника канадского.

Материалы и. В качестве объекта исследования была выбрана трава мелколепестника канадского, собранная на территории Донецкого ботанического сада в

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

2017 году. Качественный анализ изучали с помощью общепринятых качественных реакций. Также проводили количественное определение основных групп биологически активных веществ, используя инструментальные фармакопейные методы определения. Для количественного определения аскорбиновой кислоты, свободных органических кислот и дубильных веществ использовали титриметрические методы анализа, для определения содержания флавоноидов – спектрофотометрический метод.

Результаты. Установлено содержание конденсированных дубильных веществ в пересчете на танин в траве мелколистника канадского – 11,02%. Также установлено содержание флавоноидов в пересчете на рутин: 0,32%. В реакции с железом(III) хлоридом – зеленое окрашивание, что говорит о наличии флавонолов. Экспериментально было определено содержание аскорбиновой кислоты: 0,33%. Определена сумма свободных органических кислот в пересчете на яблочную кислоту: 15,08%.

Выводы. По результатам анализа установлено, что в траве мелколистника канадского обнаружено значительное количество флавоноидов, значит, данное сырье можно использовать для изготовления лекарственных препаратов, обладающих диуретическим капилляроукрепляющим, антиоксидантным действием. Также выявлено значительное количество дубильных веществ, следовательно можно прогнозировать бактерицидное, вяжущее, противовоспалительное и кровоостанавливающее действие данного лекарственного сырья.

Кутцова Ю.О.

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ НАКОПЛЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПЛОДАХ БОЯРЫШНИКА ОБМАНЧИВОГО В УСЛОВИЯХ ТЕХНОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ

Научный руководитель - Виноградова Н.А

Цель: Боярышник обманчивый (*Crataegus fallacina* Клоков) – это куст, высотой 2-5 м. На ветках последнего порядка размещены развитые пазушные колючки длиной 4-8 мм. Листья плотные, во время плодоношения кожистые; сверху — зеленые, снизу — сизоватые, по краю — реснитчато-волосистые; на плодоносных побегах 3—5-лопастные, на неплодоносных — 5—7-лопастные, с 4—11 зубцами. Цветки правильные, двуполые, 5-лепестковые, бледно-розовые или белые, в сложном широком щитке. Плоды яблокоподобные, мелкие, эллипсоидные, красноватые, с одной косточкой. Цветет в мае. Боярышник обманчивый – это нефармакопейный вид, он относится к растениям природной флоры Донбасса. Так как Донбасс – это высокоразвитый промышленный регион, является актуальным изучение химического состава лекарственного растительного сырья в условиях техногенного загрязнения. Поэтому целью данной работы было качественное и количественное изучение химического состава плодов боярышника обманчивого собранные вдоль автотрассы.

Материалы и методы. Объектом исследования являются плоды боярышника обманчивого, которые были заготовлены в сентябре 2017 года в Донецке вдоль автотрассы. Плоды сушили на солнце в хорошо проветриваемых местах. Анализ биологически активных веществ проводили с помощью фармакопейных методов. Использовали общепринятые качественные реакции для изучения качественного состава. Для определения содержания свободных органических кислот, дубильных веществ и

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

аскорбиновой кислоты использовали титриметрический метод, а для определения суммы флавоноидов – фотометрический.

Результаты. По результатам количественного определения были выявлены аскорбиновая кислота, флавоноиды (флавонолы), конденсированные дубильные вещества и свободные органические кислоты. Экспериментально было определено содержание аскорбиновой кислоты – 0,0368%, флавоноидов – 1,63 % в пересчете на рутин и конденсированных дубильных веществ – 5,723% в пересчете на танин.

Выводы: В результате анализа данного сырья были обнаружены конденсированные дубильные вещества, аскорбиновая кислота, флавоноиды. Значительное количество дубильных веществ позволяет использовать плоды боярышника обманчивого в качестве сырья для изготовления лекарственных средств, обладающих противовоспалительным, кардиотоническим, десенсибилизирующим, спазмолитическим, вяжущим, кровоостанавливающим, а также поливитаминным действием.

Лубская А. Р. , Пересекина Н. Н.

РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИЯ СБОРА НА ОСНОВЕ ЛРС ОБЛАДАЮЩЕГО АНТИСЕПТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ

Научный руководитель – Пересекина Н. Н., Проценко Т. Н.

Цель. Разработка состава и технология приготовления сбора, обладающего антисептическим действием на основе препарата – мазь «Вундехил».

Материал и методы. Для исследования использовали следующие материалы: корень лапчатки, плоды софоры японской, цветки тысячелистника обыкновенного, цветки календулы лекарственной, собранные, в 2017 г на Донбассе. Для анализа качественного состава использовали общепринятые качественные реакции. Определение содержания флавоноидов проводили с помощью фотометрического метода.

Объект исследования: календула лекарственная, софора японская, тысячелистник обыкновенный, лапчатка прямостоячая.

Результаты. Проведено определение качественного и количественного состава БАВ в плодах софоры японской и листьях календулы. В сырье были выявлены флавоноиды, такие как рутин. В софоре японской (*Sophora japonica L.*) обнаружено от 0,5 – 5%, до 20%. В траве тысячелистника обыкновенного содержится до 3% флавоноидов: лютеолин, лютеолин-7-глюкопиранозид, а также рутин, гликозиды кверцетина, кемпферола. В исследуемом образце *Achillea millefolium L.* также выявлены флавоновые гликозиды – рутин, апигнин-7-О-глюкопиранозид. Основными веществами, определяющими фармакологическую активность лапчатки прямостоячей (*Potentilla erecta L.*), являются конденсированные таниды, тритерпеновые сапонины и флавоноиды. Рассчитано содержание суммы флавоноидов в перерасчете на рутин и абсолютно сухое сырье в процентах (2,86 – 3,61%).

Выводы. В результате проведенного исследования установили, что данный сбор содержит лекарственные растения, обладающие антисептическим действием, которое сохраняется после приготовления лекарственной формы. Полученный настой экономично более выгоден, затраты на производство ниже, чем на производство мази и более доступен. Единственным недостатком является – нестойкость данной лекарственной формы.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Маслякова Д.В., Виноградова Н.А.

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛОФАНТА АНИСОВОГО

Научный руководитель - Попович В.П.

Цель. Создание новых фитопрепаратов, разработанных на территории Донбасса, - несомненно, является одной из приоритетных задач фармацевтической промышленности нашего региона. Для её выполнения необходимо расширение сырьевой базы с помощью поиска и анализа лекарственного растительного сырья, культивируемого на территории Донецкого угольного бассейна. Лофант анисовый (*Lophanthus anisatus* Nutt. Benth.) - многолетнее травянистое растение, принадлежащее к семейству Яснотковых (*Lamiaceae* Lindl.), также известное под названием многоколосник фенхельный. Произрастает в плодородной, увлажненной почве, в тенистых местах. Исторической родиной этого растения является США, в настоящее время культивируется как медоносное, декоративное, пряное растение. Лофант является одним из перспективных лекарственных растений, поэтому целью данного исследования было фармакогностическое изучение травы лофанта анисового.

Материал и методы. Объект исследования - высушенная трава лофанта анисового, собранная в мае 2017 года в ГУ Донецкий ботанический сад в фазу цветения, заготовленная по требованиям для сырья, содержащего эфирные масла. Для изучения качественного состава были проведены фармакопейные качественные реакции. Для определения количественного содержания биологически активных веществ были применены различные методы анализа, в том числе, для установления процентного содержания свободных органических кислот, аскорбиновой кислоты, дубильных веществ, использовали титриметрический метод, для флавоноидов - спектрофотометрический метод анализа.

Результаты. В ходе изучения качественного состава травы лофанта анисового были обнаружены свободные органические кислоты, флавоноиды, в частности флавоны, эфирное масло, кислота аскорбиновая, гидролизуемые дубильные вещества. В результате количественного определения биологически активных веществ было определено, что трава лофанта содержит свободные органические кислоты 2,53% в пересчете на яблочную кислоту, аскорбиновую кислоту - 0,1%, дубильные вещества - 7,73% в пересчете на танин, флавоноиды – 0,12% в пересчете на рутин.

Выводы. По результатам исследования установлено, что трава лофанта анисового содержит разнообразный состав биологически активных веществ с преобладанием дубильных веществ и органических кислот. Эти данные позволяют расценивать траву лофанта анисового как ценное лекарственное растительное сырьё и использовать её как пилотропное, противомикробное, антиоксидантное, противовоспалительное средство.

Ниякая Н.Ю., Виноградова Н.А.

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЛИСТЬЕВ ОСОТА ПОЛЕВОГО

Научный руководитель – Попович В.П.

Цель. Осот полевой (*Sonchus arvensis* L.) – травянистое растение, которое принадлежит к семейству Астровых (*Asteraceae* Bercht. et J. Presl). Также данное растение называют Осот желтый или Осот молочайный. Ареал произрастания осота полевого – это, в основном, Восточная Европа и Средняя Азия. Растение часто относят к сорняковым,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

однако оно нашло свое применение в народной медицине: используют траву осота полевого (стебли, листья, цветки) как желчегонное, послабляющее, лактогенное, кровоостанавливающее (особенно при кровохаркании), противовоспалительное и противоглистное средство. Млечный сок в народе использовали при заболеваниях печени, а все растение – для лечения подагры и геморроя. Истолченные свежие листья прикладывают к кровоточащим ранам. Молодые листья растения включают в состав лечебных салатов. Однако в связи с недостаточной изученностью химического состава данного растения, на данный момент его не применяют в официальной медицине России.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования была выбрана трава осота полевого. Для качественного и количественного определения основных групп биологически активных веществ были использованы инструментальные фармакопейные методы определения. Наличие дубильных веществ определяли с помощью качественных реакции: с желатином, с хлоридом железа(III), с ацетатом свинца(II). Количество дубильных веществ, аскорбиновой кислоты и свободных органических кислот определяли титриметрическими методами анализа, а для определения содержания флавоноидов использовали спектрофотометрический метод.

Результаты. В траве осота полевого экспериментально было определено количество конденсированных дубильных веществ в пересчете на танин: 1%. Определено содержание аскорбиновой кислоты: 0,35%. Определена сумма свободных органических кислот в пересчете на яблочную кислоту: 17,33%. Также установлено, что содержание флавоноидов в пересчете на рутин: 0,006%.

Выводы. По результатам проеденной работы установлено, что трава осота полевого содержит дубильные вещества, флавоноиды, значительное количество аскорбиновой и свободных органических кислот. Наличие данных групп биологически активных веществ обуславливает перспективность данного лекарственного растительного сырья для создания на его основе лекарственных препаратов, обладающих противовоспалительным, бактерицидным, кровоостанавливающим, вяжущим и ранозаживляющим действием.

Новосельская И.А., Попович В.П.

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ БАЗИЛИКА ДУШИСТОГО

Научный руководитель – Виноградова Н.А.

Цель. Разработка лекарственных средств на основе растительного сырья является одной из актуальных задач фармации. При этом особое внимание уделяется растениям, имеющим достаточную сырьевую базу и опыт применения в народной медицине. Одним из таких растений является базилик.

Базилик душистый, или камфорный, или обыкновенный (*Ocimum basilicum* L.) – однолетнее травянистое растение семейства Яснотковые (*Lamiaceae* Martinov). Растение богато на различные группы биологически активных веществ, среди которых макро- и микроэлементы, витамины, дубильные вещества, сапонины, эфирные масла, белки и углеводы. На данный момент базилик не используется в официальной медицине России. Базилик обладает тонизирующим и противовоспалительным свойствами, стимулирует пищеварение. В народной медицине его применяют при кашле, температуре и головной

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

боли, при укусах насекомых, при лечении болезней желудка, кишечника, почек, а также в качестве мочегонного и дезинфицирующего средства.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования была выбрана трава базилика душистого. Для количественного определения основных групп биологически активных веществ были использованы инструментальные фармакопейные методы определения. Количество аскорбиновой кислоты и свободных органических кислот определяли титриметрическими методами анализа, в качестве титранта в первом случае использовали 2,6-дихлорфенолиндофенолят натрия, во втором – натрий едкий. Определение содержания флавоноидов проводили с помощью спектрофотометрического метода при длине волны 415 нм.

Результаты. Экспериментально было определено, что содержание аскорбиновой кислоты в траве базилика душистого: 2,4%. Определена сумма свободных органических кислот в пересчете на яблочную кислоту: 9,97% и содержание дубильных веществ в пересчете на танин: 6,4%. Также установлено, что содержание флавоноидов в исследуемом сырье в пересчете на рутин: 0,18%. В результате цианидиновой пробы выделялся газ CO₂ и цвет раствора стал светло-коричневый; при действии раствора железа (III) хлорида – данный раствор приобрел зеленый цвет, что свидетельствует о наличии такой группы флавоноидов как флаванолы.

Выводы. По результатам анализа установлено, что трава базилика душистого содержит флавоноиды, дубильные вещества, значительное количество аскорбиновой и свободных органических кислот. Наличие этих веществ обуславливает ценность данного лекарственного растительного сырья в медицинской практике.

Палий М.В., Виноградова Н.А.

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЛАНТАНЫ СВОДЧАТОЙ

Научный руководитель – Попович В.П.

Цель. На сегодняшний день разработка лекарственных средств на основе растительного сырья является одной из актуальных задач в фармацевтической отрасли. Лантана сводчатая (*Lantana camara* L.) – многолетнее эфиромасличное растение семейства вербеновых (*Verbenaceae* J.St.-Hil.). Данное растение обладает антимикробной, противогрибковой, противовирусной, ранозаживляющей, противогельминтной, антипиретической и антигипергликемической активностью, применяется при лечении носоглотки, бронхитах, заболеваниях кишечника. Экстракт листьев лантаны находит свое применение как матирующий компонент в косметологии. Лантана сводчатая не используется в официальной медицине России.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования были выбраны листья лантаны сводчатой. Сбор сырья проводили на Донбассе летом 2017 года. Сушили при комнатной температуре. Для количественного определения основных групп биологически активных веществ использовались инструментальные фармакопейные методы определения. Для количественного определения влажности и суммы полисахаридов использовали гравиметрический метод, для определения аскорбиновой кислоты и свободных органических кислот – титриметрический метод, для определения содержания флавоноидов и гидроксикоричных кислот – спектрофотометрический метод.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты. Установлено, что содержание флавоноидов в листьях лантаны сводчатой в пересчете на рутин: 0,17%. Также установлено содержание аскорбиновой кислоты: 0,16%. Определена сумма свободных органических кислот в пересчете на яблочную кислоту: 11,54%, и гидроксикоричных кислот в пересчете на хлорогеновую кислоту: 17,0%. Выяснено, что данное лекарственное растительное сырье содержит значительное количество полисахаридов: 23,15%.

Выводы. По результатам анализа установлено, что растительное сырье лантаны сводчатой содержит флавоноиды, аскорбиновую кислоту, а также значительное количество полисахаридов, гидроксикоричных и органических кислот, что доказывает его ценность в медицинской практике.

Петрухина В.Н., Александров В.В., Александрова В.И.

ИЗУЧЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ПЛОДОВ ЖИМОЛОСТИ

Научный руководитель – Виноградова Н. А.

Цель. Растение жимолость (*Lonicera L.*) – типовой род семейства Жимолостные (*Caprifoliaceae Juss.*), который представлен около 200 видами. Более полувека о жимолости говорят как о ценном ягодном растении, которое имеет лекарственную и пищевую ценность. Жимолость относят к фитонцидам благодаря ее бактерицидным и протистоцидным свойствам. Ее ягоды нашли свое применение в народной медицине как в свежем, так и переработанном виде. Данное растение обладает мочегонным, антисептическим, ранозаживляющим и обезболивающим действиями. Ягоды применяют для нормализации артериального давления, укрепления сердечной мышцы, при ишемической болезни сердца и гипертонии, болезнях органов пищеварения, восстановлении количества крови при кровотечениях, анемии, а также при лихорадках и отеках различного происхождения. Цель данной работы: определить содержание некоторых групп биологически активных веществ в плодах жимолости.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования были выбраны плоды жимолости. Проводили количественное определение основных групп биологически активных веществ, используя инструментальные фармакопейные методы определения. Для количественного определения дубильных веществ, аскорбиновой кислоты и свободных органических кислот использовали титриметрические методы анализа, для определения флавоноидов – спектрофотометрический метод.

Результаты. Установлено содержание аскорбиновой кислоты в плодах жимолости: 16,14%. Также установлено, что содержание флавоноидов в пересчете на рутин: 0,06%. По результатам качественных реакций выявлено наличие такой группы флавоноидов как катехины. Установлено, что содержание конденсированных дубильных веществ в плодах жимолости в пересчете на танин – 3,96%. Определена сумма свободных органических кислот в пересчете на яблочную кислоту: 0,38%.

Выводы. По результатам анализа установлено, что плоды жимолости содержат флавоноиды, свободные органические кислоты, а также значительное количество аскорбиновой кислоты и дубильных веществ. Данное сырье является перспективным для изготовления лекарственных препаратов для лечения и профилактики цинги, а также препаратов, обладающих противовоспалительным, антиоксидантным,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

иммуностимулирующим, антибактериальным, болеутоляющим, вяжущим, кардиотоническим и тонизирующим действием.

Резе И.Н.

ИНСТИТУЦИОННЫЕ ОСНОВЫ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ, МИРОВОЙ ОПЫТ

Научный руководитель – доц. Бухтиярова А.А.

Цель: изучить опыт становления и функционирования, который был продемонстрирован в России и европейских странах являющимся полезным для становления системы страховой медицины в Донецкой Народной Республике.

Материалы и методы: были использованы общенаучные методы (индукции, дедукции, обобщения) и общие логические приемы (анализ).

Результаты: В результате проведенных исследований можно сказать, что страховая система в Донецкой Народной Республике отсутствует. Для успешного управления и функционирования можно позиционировать опыт становления страховой медицины в ряде европейских стран и России. Уровни управления, существующие в любой отрасли остаются и в фармацевтической, и положительным образом отражалось бы введение страховой медицины на разных уровнях, в том числе институциональном – как высшем уровне в системе управления. Разработка механизмов управления должна быть разработана с учетом опыта продемонстрированного в других странах, введение должно быть поэтапным и несколькими элементами. Для успешной работы системы страховой медицины страховые компании должны быть государственными, а не коммерческими.

Выводы: Мировой опыт показывает, что без государственного регулирования не может быть создана наиболее функционально выгодная для общества система охраны здоровья. В результате проведенных исследований можно сделать вывод, что система страховой медицины отсутствует. Введение страховой медицины и ее взаимодействие с государственной системой управления является институциональной основой процесса управления страховой медицины. Для создания и функционирования можно позиционировать опыт и разработки системы страховой медицины, которые успешно работают в Российской Федерации и странах Европы для создания успешной и эффективной системы страховой медицины в Донецкой Народной Республике.

Роженко Е.В.

РАЗРАБОТКА НА ОСНОВЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ СОСТАВА СБОРА, ОБЛАДАЮЩЕГО АНТИОКСИДАНТНЫМ ДЕЙСТВИЕМ

Научный руководитель – доц. Бухтиярова А.А.

Цель: Жизнь современного человека протекает в режиме постоянного стресса, социальных и экологических проблем и многими другими факторами, которые отравляют нашу жизнь и все больше подрывает здоровье. В последнее время по статистике смертность стала превышать рождаемость, все чаще стали уходить из жизни люди в достаточно раннем возрасте, все чаще у людей наблюдаются инсульты, инфаркты, нервные срывы и психические расстройства. Но не смотря на все трудности жизни,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

каждый человек должен оставаться человеком. Каждому из нас для долгой жизни необходимо правильное и полноценное питание.

Тема, которую я изучаю, несет глобальный характер, что и обусловило ее важность и актуальность. Для повышения качества жизни людей, хотелось бы разработать лекарственный сбор и фиточай, обладающий антиоксидантными свойствами для любой категории населения.

Материалы и методы: Химическое, физико-химическое, морфолого-анатомическое, фармакологическое, изучение лекарственных растений Донецкой Народной Республики, обладающих антиоксидантной активностью, подбор растительных компонентов фиточаев для последующего использования в качестве дополнительных средств, обладающих антиоксидантными свойствами.

Результаты: В каждой местности разнообразие растений зависит от климата, грунта и исторических особенностей формирования флоры. Огромное количество культур, встречающихся по всей территории Донецкой Народной Республики, обладает лекарственными качествами.

Сейчас множество растений культивируют специально, что бы в дальнейшем использовать в фармации. Для фиточая, обладающий антиоксидантными свойствами можно рассмотреть следующий состав: калина обыкновенная, шиповник красный, донник лекарственный, пшеница обыкновенная.

Выводы. Растительные антиоксиданты необходимы для повышению стойкости организма в нехватке кислорода и улучшению физической работоспособности.

Растения, обладающие антиоксидантными свойствами способствуют укреплению иммунитета и учувствуют в обмене веществ. Фиточай, в состав которого будут входить эти растения помогает организму человека адаптироваться к различным условиям, плохому влиянию окружающей среды и обеспечивают защиту от токсических воздействий вредных веществ.

Руденко Я.А., Бухтиярова А.А.

СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЕЁ РАЗВИТИЯ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Научный руководитель – доц. Бухтиярова А.А.

Цель. Развитие медицинского страхования является составной частью финансирования экономики государства в отрасли здравоохранения и влияет на формирование социально ориентированного общества, обеспечивает экономику дополнительными финансовыми ресурсами, а также выступает элементом социальной защиты интересов населения. Отсутствие необходимой законодательной базы, недостаточный уровень платежеспособности населения, низкая страховая культура стали проблемой, которая требует немедленного решения. Целью настоящего исследования является разработка концептуальных организационных, управленческих и экономических механизмов государственного регулирования процессов внедрения страховой медицины, как одного из важнейших механизмов взаимодействия обеспечения качественной медицинской помощи населения. При этом учитываются результаты анализа и обобщения зарубежного опыта развития страховой медицины в странах социально-ориентированной рыночной экономики.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материал и методы. В качестве теоретико-методологических основ использованы: нормативно-правовая документация, фундаментальные труды российских, украинских и зарубежных ученых, база ДНР, Украины и Российской Федерации. Объектом исследования являются фонды обязательного медицинского страхования, органы управления здравоохранением, лечебно-профилактические учреждения, медицинские работники, население.

Результаты. В процессе работы проведен теоретический анализ экономической природы страхования, его основных понятий и принципов, возможных механизмов его государственного регулирования, различий между обязательным и добровольным страхованием, страховыми взносами, налоговыми платежами. Установлено, что для практической реализации данного проекта на территории ДНР необходимо создать нормативно-правовой механизм, который будет включать соответствующие законы, постановления, инструкции, нормативные акты, отражающие процесс становления и развития системы медицинского страхования. В состав экономического механизма будут входить финансовый механизм, механизмы инвестиционной деятельности, экономической ответственности и стимулирования страховой деятельности. Активизация данных действий даёт гарантии и правовое обеспечение с одной стороны от государства, с другой стороны понимание и доверие от граждан.

Выводы. Медицинское страхование предполагает обеспечение всем гражданам нашей республики независимо от социального положения, уровня доходов равные возможности в получении определенного уровня медицинской помощи.

Секретарёва Т. К., Петерман Л. О.

ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СЫРЬЯ ГОРОХА ПОСЕВНОГО

Научный руководитель – Попович В.П.

Горох посевной (*Pisum sativum* L.) – однолетнее вьющееся травянистое растение, принадлежащее к семейству бобовых (*Fabaceae* Lindl.). Данный вид гороха является самым известным и распространённым. Культивируется как пищевое и кормовое растение. Водные извлечения из травы и кожуры плодов данного сырья обладают вяжущим, противоопухолевым, мочегонным, ранозаживляющим действием и используются для лечения кожных высыпаний, дерматита. В официальной медицине данное растение не используется, поэтому является актуальным изучение различных видов сырья.

Цель. Качественное и количественное изучение химического состава травы и створок гороха посевного.

Материал и методы. В качестве исследуемого сырья были использованы створки и трава гороха посевного. Заготовка створок осуществлялась во время созревания плодов, траву собирали в июле месяце 2017 года в Донецкой области. Сырьё сушили на открытом воздухе в тени, разложив тонким слоем на бумаге. Содержание различных групп биологически активных веществ проводили с помощью фармакопейных методов. Для изучения качественного состава были использованы основные качественные реакции. Для количественного изучения химического состава были выбраны: метод титриметрии для определения аскорбиновой кислоты и дубильных веществ, метод спектрофотометрии для флавоноидов.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты. Экспериментальным путём было установлено, что в створках гороха и траве содержание аскорбиновой кислоты в пересчёте на абсолютно сухое сырьё – 0,3%. Содержание дубильных веществ в пересчёте на танин и абсолютно сухое сырьё в створках – 3,4%, а в траве – 3,1%. Содержание суммы флавоноидов в пересчёте на рутин и абсолютно сухое сырьё в створках – 1,9%, а в траве – 2,4%. В процессе идентификации дубильных веществ было подтверждено, что трава и створки гороха содержат конденсированные дубильные вещества, в процессе идентификации флавоноидов – флавоны и флавонолы, а створки – полисахариды, тритерпеновые сапонины.

Выводы. По результатам анализа можно предположить, что за счёт значительного количества дубильных веществ и флавоноидов сырьё будет обладать вяжущим, противовоспалительным, желчегонным, антибактериальным действием.

Стецура Ю.А., Шаян А.С., Шаповалова Е.А.

ФИТОХИМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТЫСЯЧЕЛИСТНИКА ПАННОНСКОГО

Научный руководитель – Виноградова Н. А.

Цель. На сегодняшний день остро стоит проблема повышения биологической продуктивности лекарственных растений, что связано с разработкой новых средств фитотерапии. Среди подобных фитопрепаратов особое место занимают средства, основу которых составляют растения рода тысячелистника (*Achillea* L.). В государственный реестр лекарственных средств и изделий медицинского назначения включен тысячелистник обыкновенный (*Achillea millefolium* L.), который активно используется в медицинской практике как кровоостанавливающее, ранозаживляющее и антиаллергическое средство. Ресурсы растительного сырья исчерпаемы. Это является основанием для дальнейшего поиска лекарственного растительного сырья с аналогичными фармакологическими действиями, поэтому актуальным является изучение тысячелистника паннонского (*Achillea pannonica* Sch.) в качестве аналога.

Цель данной работы: провести фитохимический анализ травы тысячелистника паннонского и оценить перспективность использования данного растительного сырья в фармации.

Материалы и методы. Материалом для исследования явилась высушенная трава тысячелистника паннонского, собранная летом 2017г. на территории Донецкого ботанического сада. Использовали фармакопейные методы для качественного и количественного определения основных групп биологически активных веществ. Для определения содержания аскорбиновой кислоты, дубильных веществ и свободных органических кислот применяли титриметрические методы анализа. Количественное определение флавоноидов проводили методом дифференциальной спектроскопии.

Результаты. Экспериментально было определено, что в траве тысячелистника паннонского содержатся аскорбиновая кислота – 0,3%, свободные органические кислоты (в пересчете на яблочную кислоту) – 11,56%, дубильные вещества (в пересчете на танин) – 8,7%, флавоноиды (в пересчете на рутин) – 0,17%. С помощью качественных реакций выявлено наличие конденсированных дубильных веществ (по реакции с железо-аммониевыми квасцами) и окисленных флавоноидов – флавонолов (по реакции с железа (III) хлоридом).

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. Результаты фармакогностического изучения травы тысячелистника паннонского показали наличие значительного количества флаваноидов, что предполагает бактерицидные, противоаллергические и ранозаживляющие свойства; а также наличие большого количества дубильных веществ, обуславливающих кровеостанавливающее действие.

Стреблянская Т.А., Бухтиярова А.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Научный руководитель – доц. Бухтиярова А.А.

Цель. Одним из приоритетных направлений государственной политики в социальной сфере и системе здравоохранения является льготное лекарственное обеспечение (ЛЛО) наиболее уязвимых с точки зрения состояния здоровья и финансовых возможностей декретированных категорий населения. Современная система ЛЛО позиционируется как инструмент приближения доступности фармацевтической помощи для отдельных групп граждан и реализуется путем обеспечения их необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания и другими товарами аптечного ассортимента, за счет средств государственного бюджета, согласно установленным законодательным актам.

Целью работы является разработка основных направлений и научно обоснованных рекомендаций по оптимизации льготного лекарственного обеспечения населения Донецкой Народной Республики.

Материал и методы. Объектом исследования является фармацевтический рынок ДНР. Материальная база представлена трудами ведущих учёных в области медицины и фармации, законодательными и нормативными актами. Используются методы исторического, логического, статистического, аналитического, сравнительного и фармакоэкономического анализов.

Результаты. В ходе работы был проведен анализ и обобщение данных о состоянии и тенденциях развития системы ЛЛО Российской Федерации, происходившее в три этапа, содержательно различающихся по масштабу охвата населения, источникам финансирования и результативности, а также характеризующихся совершенствованием реализуемых программ (ОНЛС, «7 нозологий»), целенаправленностью и формированием целевых групп.

Установлено, что бесплатное лекарственное обеспечение граждан ДНР осуществляется в рамках гуманитарной помощи и программы обеспечения льготных категорий, но отсутствует нормативно-правовая база, регулирующая данный вид деятельности.

На основании проведенного исследования, предложены организационно-методические рекомендации по оптимизации ЛЛО, путем разработки и совершенствования законодательной базы, реализации прав граждан на получение качественной бесплатной фармацевтической помощи в рамках государственных гарантий, а также реформировании, институциональном преобразовании отечественного здравоохранения и эффективного расходования финансовых ресурсов.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. Установлена необходимость в принятии основных организационно-методических рекомендаций относительно оптимизации льготного лекарственного обеспечения, способствующих повышению доступности лекарственных средств и улучшению качества жизни социально уязвимых групп населения ДНР.

Токарева Я. В., Виноградова Н. А

ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ЛИСТЬЕВ ЯСЕНЯ ОБЫКНОВЕННОГО

Научный руководитель - Попович В. П.

Ясень обыкновенный, или ясень высокий (*Fraxinus excelsior* L.) — древесное растение семейства Маслиновые (*Oleaceae*). В народной медицине листья ясеня используются как мочегонное, слабительное, ранозаживляющее, кровоостанавливающее, вяжущее средство. В официальной медицине листья ясеня не используются, хотя имеют достаточную сырьевую базу. Поэтому актуальным является определение биологически активных веществ в данном сырье.

Цель: качественное и количественное определение химического состава листьев ясеня обыкновенного.

Материал и методы. Объектом исследования были листья ясеня обыкновенного, собранные в июне 2017 года в Донецке. Сырье сушили при комнатной температуре, измельчали и использовали для количественного и качественного определения биологически активных веществ согласно Государственной Фармакопеи XI.

Результаты. Качественные реакции показали наличие аскорбиновой и органических кислот, полисахаридов, тритерпеновых сапонинов, конденсированных дубильных веществ, флавоноидов. В листьях ясеня обыкновенного было определено 3,89% свободных органических кислот в пересчете на яблочную кислоту, 7,44% конденсированных дубильных веществ в пересчете на танин, 0,92% аскорбиновой кислоты.

Выводы. В результате анализа определено высокое содержание свободных органических кислот, дубильных веществ, аскорбиновой кислоты в листьях ясеня, что доказывает его ценность в фармацевтической практике в качестве вяжущего, противовоспалительного и мочегонного средства.

Хрипкова Д.А.

РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ОТХАРКИВАЮЩЕГО СБОРА НА ОСНОВЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ

Научный руководитель - Проценко Т.Н.

Цель. В настоящее время применение лекарственных средств растительного происхождения является очень актуальным, прежде всего из-за их высокой биологической активности, поскольку многие химические вещества являются токсичными и вызывают ряд побочных воздействий. Синюха голубая – *Polemonium coeruleum* L. – многолетнее травянистое растение семейства синюховых – *Polemoniaceae*. Корневища с корнями синюхи – *Rhizomata cum radicibus Polemonii* включены в Государственную фармакопею XI издания в качестве отхаркивающего средства. Отхаркивающие свойства синюхи

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

голубой связаны с присутствием в ее сырье значительного количества сапонинов. Раздражающее воздействие на слизистую оболочку бронхов, лекарственное растительное сырье синюха голубая усиливает секрецию мокроты и способствует ее удалению. Целью исследования является разработка состава и технологии приготовления отхаркивающего сбора на основе лекарственного растительного сырья и введение в качестве компонента в состав сбора синюхи голубой.

Материал и методы. Для введения синюхи голубой в состав отхаркивающего сбора, исследовали ее сырье на содержание биологически активных веществ фармакопейными методами: тритерпеновых сапонинов, свободных органических кислот, аскорбиновой кислоты, дубильных веществ.

Результаты. Проведение качественных реакций в корневищах с корнями синюхи голубой позволило обнаружить следующие группы биологически активных веществ: тритерпеновые сапонины, флавоноиды, дубильные вещества, свободные органические кислоты, аскорбиновую кислоту, полисахариды, липиды. Исследования корневища с корнями синюхи голубой показали содержание дубильных веществ – 9,57%, аскорбиновой кислоты – 8,3%, свободных органических кислот – 1,30%.

Выводы. В результате проведенных исследований установлено, что в корневищах с корнями синюхи голубой содержатся тритерпеновые сапонины, дубильные вещества, аскорбиновая кислота и свободные органические кислоты. Содержание сапонинов свидетельствует о ее биологической активности, как отхаркивающего средства и целесообразности использования корней с корневищами синюхи голубой в качестве компонента для нового отхаркивающего сбора.

Чепижко О. В., Попович В. П.

ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ НАСТОЙКИ НА ОСНОВЕ ПЛОДОВ ИРГИ КРУГЛОЛСТНОЙ

Научный руководитель – Попович В.П.

Цель. Одним из перспективных видов является ирга круглолистная (*Amelanchier ovalis* Medik.) семейства *Rosaceae* (Розовые), которая широко распространена в Донецкой области. Ранее наши исследования показали высокое содержание флавоноидов, дубильных веществ, гидроксикоричных кислот, органических кислот, полисахаридов в ветках, листьях и плодах ирги.

Поэтому следующим этапом нашей работы было изучение процессов экстрагирования плодов ирги и получение лекарственной формы на их основе.

Материал и методы. Для исследования использовали свежие плоды ирги круглолистной, собранные в 2017 году. Количественное содержание флавоноидов определяли спектрофотометрическим методом в пересчете на рутин согласно Фармакопее России XIII. Настойки готовили методами мацерации 1:5 и 1:10, а также ремацерации 1:5 и 1:10. Для экстракции использовали 70% спирт.

Результаты. Полученные настойки представляли собой жидкость темно-красного цвета с характерным запахом и кисло-сладким вкусом. Анализ настоек показал, что содержание флавоноидов методом мацерации 1:5 составляет 1,9%, мацерации 1:10 – 2%, методом ремацерации 1:5 – 1,7%, ремацерации 1:10 – 3%.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. После проведения исследования влияния метода настаивания на содержание биологически активных веществ в настойке плодов ирги было установлено, что более рационально использовать метод ремацерации 1:10, так как этот метод показал наибольшее содержание флавоноидов по сравнению с другими методами.

Щедловская М.А

НАПРАВЛЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОПЕКИ НАСЕЛЕНИЯ

Научный руководитель – доц. Бухтиярова А.А.

Цель: Фармацевтическая опека является главной задачей государства в системе здравоохранения, которое обеспечивает каждому пациенту оказания качественной фармацевтической опеки.

Результаты: В ходе проведения статистического анализа аптечной сети ООО «ИСИДАФАРМ» было проведено анкетирования среди клиентов аптечных учреждений розничной сети. По результатам исследования установлено, что 75% пациентов аптечной сети «ИСИДАФАРМ» пользуются фармацевтической опекой по безрецептурному отпуску и лишь только 25% респондентов осуществляют отпуск ЛС по рецепту врача.

Вывод: Пациенты аптечной сети ООО «ИСИДАФАРМ» отдают предпочтение получению фармацевтической опеки от персонала аптечных учреждений сети «ИСИДАФАРМ», которым отпускаются безрецептурные препараты, рецептурный отпуск осуществляется лишь только по рецепту врача. В Донецкой Народной Республики в системе здравоохранения по-прежнему остается актуальным вопрос оказания фармацевтической помощи населению по отпуску безрецептурных препаратов так называемых ОТС-препаратов, что дает возможность получить экстренную фармацевтическую опеку без рекомендации врача.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КРАЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР
Кафедра профболезней и радиационной медицины
Зав. кафедрой – проф. Бондаренко Г.А.

Данилова Ю.В., Токарева О.Г.

ЭКОЛОГИЯ ДОНБАССА – ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН ДЛЯ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научные руководители - проф. Бондаренко Г.А., доц. Данилов Ю.В.

Воздействие экологически неблагоприятных факторов естественного или техногенного происхождения было и остаётся одной из наиболее существенных составляющих в нарушении здоровья человека. Данные нарушения возникают как вследствие непосредственного влияния на организм экологически неблагоприятных факторов из источника, так и в результате поступления или воздействия этих факторов из окружающей среды при первичных их выбросах в атмосферу из источника.

Цель выявление различий в структуре заболеваемости работников различных отраслей промышленности Донецкого региона как самого промышленного региона бывшего Советского Союза.

Материал и методы. амбулаторные карты работников различных предприятий Донецка и Донецкой Народной Республики и статистическая документация Республиканской больницы профзаболеваний.

Результаты работы свидетельствуют о том, что на протяжении нескольких десятилетий в структуре профессиональных заболеваний не менее 95% принадлежит работникам каменноугольной промышленности вследствие влияния таких неблагоприятных производственных факторов как пыль, вибрация, тяжелый труд, высокие и низкие температуры, влажность, повышенные уровни радиации, воздействие токсических веществ и пр. Кроме того, негативное влияние экологических факторов промышленной деятельности человека является базисом, на котором возникают и протекают все заболевания биосферы и ноосферы Донбасса, т.е. болезни растений, животных и человека. И определить ведущую роль отдельных факторов (экологических, соматических, психогенных и др.) не всегда представляется возможным.

Выводы. Так как влияние экологических причин в повседневной деятельности и жизни представителей животного (в том числе человека) и растительного мира в Донбассе происходит повсеместно, то в большинстве случаев интерпретации этиологии и патогенеза заболеваний степень воздействия данных причин просто не учитывается. А это, в свою очередь, также понижает в неопределенной степени (от минимальной, индифферентной до ведущей) эффективность разрабатываемых схем оказания медицинской помощи при различных заболеваниях, эффективность выполнения социально-медицинских программ, алгоритмов диагностики заболеваний. Вследствие неполноценного учета влияния этих причин снижается также прогностическая

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

эффективность предполагаемых результатов социально-медицинских, а отсюда и производственных программ развития экономики Донецкого промышленного региона. Социальные программы, программы медицинского обслуживания и обеспечения населения Донбасса, программы экономического развития Донецкого и Луганского регионов, переносимые на наши территории с других регионов Украины и стран дальнего и ближнего зарубежья, не имеющие аналогичных нашим экологических проблем всегда обречены на неполное выполнение и несто процентную эффективность. А отсюда или повышение материальных затрат для достижения конкретных целей данных исследований и программ или пересмотр направлений выполнения и конечных результатов данных программ.

Данилова Ю.В., Токарева О.Г.

ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЯ КАК ОДНО ИЗ ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В ИЗУЧЕНИИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ

Научные руководители - проф. Бондаренко Г.А., проф. Шевченко Т.И., доц. Данилов Ю.В.

Общеизвестно, что соединительная ткань — это группа тканей, которые вместе с кровью и лимфой составляют внутреннюю среду организма. Они обеспечивают поддержание целостности других тканей и органов, формируют строю последних, выполняют трофические функции. Данные факторы обуславливают универсальность значения этой системы в организме, а широкий диапазон реакций соединительной ткани на внешние раздражители отражают высокую динамичность её для адекватного функционирования организма в целом.

Общепринято рассматривать в качестве типичных признаков старения состояния соединительной ткани её диспротеинозы-гиалиноз и амилоидоз. Последние же как показатели инволюции первоочередно развиваются в сердце, поджелудочной железе, головном мозге и репродуктивных органах. Это положение известно, как тетрада Шварца.

Цель изучение структуры заболеваемости мочеполовой системы ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС - жителей Донецкой Народной Республики с перспективой глубокого изучения этой системы в качестве органа-мишени при воздействии неблагоприятных факторов производства.

Материал и методы. для исследования послужили амбулаторные карты и протоколы вскрытия ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, проходившие обследование в Республиканской клинической больнице профзаболеваний.

Результаты. Согласно данным клинических наблюдений кафедры профессиональных болезней и радиационной медицины Донецкого национального медицинского университета, лица, подвергшиеся облучению, по состоянию здоровья существенно старше своего паспортного возраста. В частности, об этом свидетельствует полиорганный характер патологии, результаты функциональных проб, свидетельствующие о снижении физических возможностей организма, спектр заболеваний, характерных для старших возрастных групп, в том числе касающихся патологии соединительной ткани. Судебно-медицинские и патологоанатомические исследования существенно дополняют выявляемые при жизни клинические нарушения. Отражая выявляемые изменения на

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

структурном уровне в зависимости от разрешающей способности микроскопа и применяемых методов гистологических и гистохимических исследований, эти методики наиболее объективно отражают этапы развития адаптационных и компенсаторно-приспособительных процессов в ответ на воздействие раздражителей любой этиологии (химических, физических и пр.). Исследование половых органов в таких случаях занимает второстепенное значение, несмотря на их высокую радиочувствительность и ограничивается только клиническим опросом и анализом спермограммы.

Выводы. Это обуславливает актуальность изучения половой системы мужчин как органа-мишени для оценки воздействия внешних экологически неблагоприятных факторов и как одного из самых радиочувствительных органов в организме.

Костенко А.А., Данилова Ю.В., Токарева О.Г.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СПЕРМАТОГЕНЕЗА ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС – ЖИТЕЛЕЙ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

Научные руководители - проф. Бондаренко Г.А., проф. Шевченко Т.И., доц. Данилов Ю.В.

Несмотря на длительные поиски объективных критериев верификации морфогенетических процессов в различных органах и тканях ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, патогномичных признаков влияния радиации от этой аварии на организм людей не установлено. Предложенные способы морфологической диагностики патологических изменений органов дыхания, пищеварительного тракта, сердечно-сосудистой системы в связи с участием в работах по ликвидации последствий аварии на ЧАЭС обосновываются на комплексном гистологическом, гистохимическом и иммуногистохимическом исследовании соответствующих органов и систем в сравнение с типичным течением в них хронической патологии у лиц, которые не подвергались влиянию Чернобыльского фактора.

Цель установление морфологических особенностей сперматогенеза ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС – работников крупных промышленных предприятий угольной промышленности Донбасса с вредными условиями производства.

Материал и методы. Для объективизации оценки воздействия радиационного фактора были изучены количественные показатели сперматогенеза ликвидаторов последствий аварии в сравнение с аналогичными данными шахтёров со стажем подземной работы не менее 5 лет и лицами, не подвергавшимися влиянию радиации и вредных производственных факторов. Спектр исследования состояния семенников включал определение количества извитых семенных канальцев в поле зрения, среднюю площадь и удельный объём, занятый семенными канальцами и их просветами, среднюю площадь и удельный объём, занимаемый эпителием, количество клеток герминативного эпителия и его клеточный состав.

Результаты. Выявлены некоторые особенности морфологической перестройки сперматогенного эпителия ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, проживавших в Донецкой области Украины, выражающиеся в изменениях количественного состава извитых семенных канальцев в одном поле зрения, дископлексах в соотношении сперматогенного эпителия и их просвета, количественных взаимоотношениях состава

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

сперматогенного эпителия, что может служить морфологическим субстратом нарушения детородной функции данной группы лиц.

Выводы. Обнаруженные в количественном выражении повреждения могут служить морфологическим субстратом нарушения детородной функции данной группы лиц. Однако, для разработки чётких диагностических признаков воздействия радиации необходимы дальнейшие исследования сосудисто-стромальных компонентов мужских половых желез и их взаимоотношений.

Коваленко Ф.С.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Научные руководители - к.мед.н. Ладария Е.Г.

Своевременное и обоснованное включение в комплексное лечение гипербарической оксигенации (ГБО) значительно увеличивает эффективность комплексного лечения, сокращает сроки восстановления и реабилитации пациентов с боевой травмой, черепно-мозговой травмой, посттравматическим стрессовым расстройством.

Цель оценка влияния ГБО на некоторые показатели психоэмоционального состояния пациентов с последствиями боевой черепно-мозговой травмы.

Материалы и методы. Сеансы ГБО включены в комплекс лечения 43 пациентов с последствиями боевой черепно-мозговой травмы в возрасте от 18 до 45 лет. В контрольную группу вошли 25 больных, получавших медикаментозную терапию в соответствии с клиническими протоколами

Лечение методом ГБО проводилось в барокомплексах БЛКС-303 МК. Давление в барокамере задавалось от 0,3 до 0,6 ати, время изопрессии - 40-60 мин. Курс ГБО включал 8-12 сеансов. Нами проводилась оценка состояния пациентов путем клинических наблюдений, функционального и нейропсихологического мониторинга (тесты САН, Спилбергера-Ханина, Люшера, корректурная проба Бурдона). Результаты исследований обработаны методами вариационной статистики с помощью компьютерной программы Microsoft Exel (Лапач С.Н. и др., 2002).

Результаты. При нейропсихологическом исследовании в процессе курса лечения отмечена положительная динамика в показателях депрессии и тревоги у 74,4 % больных. При анализе результатов теста Люшера у 74 % пациентов коэффициент вегетативного баланса (КВБ) составил менее 1, что свидетельствует о преобладании трофотропных тенденций. У 26 % пациентов КВБ был >1 (преобладание симпатического эрготропного тонуса). После лечения у 51,2% пациентов отмечалась нормализация КВБ=1, что указывает на потребность в активных действиях. Эти данные согласуются с исследованиями по шкале самооценки Спилбергера-Ханина: фоновые показатели демонстрировали высокие уровни реактивной тревожности - 59,9±6,9 баллов и личностной тревожности - 57,1±8,8 баллов. К 14 дню терапии регистрировали статистически достоверное снижение реактивной тревожности – 38,1±4,5 баллов, личностной тревожности - 40,5±3,4 баллов. Проведение корректурной пробы Бурдона после курса лечения показало достоверное улучшение концентрации и устойчивости

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

внимания: количество допущенных ошибок до начала лечения уменьшилось с $12,7 \pm 1,81$ до $4,2 \pm 0,83$ к концу 2 недели, что свидетельствует о позитивном влиянии на способность концентрации внимания и способности его переключения. Наблюдалось появление уверенности в себе, готовность к действию, бодрость, полнота сил, улучшение настроения, повышение интереса к жизни, уменьшение раздражительности у 86 % больных из 91 % с исходно сниженными показателями теста САН.

Выводы. При анализе эффективности комплексного лечения с применением ГБО больных с последствиями боевой черепно-мозговой травмы установлено, что клинические данные коррелировали с результатами нейропсихологических методов обследования. Включение ГБО в комплексное лечение последствий черепно-мозговой травмы позволяло значительно повысить эффективность терапии, что выразалось в более быстром восстановлении нарушенных функций мозга, активирование памяти, внимания и положительной динамике показателей эмоционально-мотивационной сферы.

Могилевская К.Э.

ОТДЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ ГОРНОРАБОЧИХ С ПНЕВМОКОНИОЗОМ

Научные руководители - проф. Николенко В.Ю.

Цель. Изучить функциональное состояние дыхательной системы у горнорабочих угольных шахт, больных пневмокониозом.

Материал и методы. В условиях КЛПУ «РКБПЗ» методом спирографии были обследованы 184 горнорабочих угольных шахт: 137 горнорабочих с пневмокониозом и 47 относительно здоровых горнорабочих контрольной группы. Исследуемые были рандомизированы по возрасту, стажу и условиям труда. Диагноз пневмокониоз устанавливали по результатам рентгенографии легких в двух проекциях. При проведении спирографии определяли следующие показатели: жизненная емкость легких (сумма ДО, РОвд та РОвыд, или максимальный объем, который можно выдохнуть после максимально глубокого вдоха) (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), объем форсированного выдоха за первую секунду в процентах (ОФВ₁%), индекс Тиффно (ОФВ₁/ЖЕЛ, %) (ИТ). Полученные результаты обрабатывались на персональном компьютере при помощи лицензионной программы «Statistica 5.5A». Вычисляли следующие показатели: частота (%), критерии Стьюдента (St), Крускала-Уоллеса (KW), коэффициент корреляции (r), достоверность показателей (p), 95 % ДИ.

Результаты. ЖЕЛ у горнорабочих с пневмокониозом составляла ($4,047 \pm 0,062$) л и была значительно меньше в отличие от контроля ($4,824 \pm 0,076$) л (St=6,73, p<0,001), а развитие пневмокониоза влияло на уменьшение ЖЕЛ (KW=40,20, p<0,001).

ЖЕЛ имела достоверную корреляционную связь с формой пневмокониоза (r=0,309, p=0,00025) и не имела с возрастом и стажем больных. На ЖЕЛ влияла форма пневмокониоза (узелковая или интерстициальная) (KW=12,89, p=0,0003) и не влияли возраст и стаж.

ФЖЕЛ была у горнорабочих с пневмокониозом значительно меньше ($3,852 \pm 0,065$) л, чем в контроле ($4,647 \pm 0,075$) л (St=6,68, p<0,001), а развитие пневмокониоза влияло на уменьшение ФЖЕЛ (KW=39,47, p<0,001).

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Стаж работы с пылью в угольной шахте более 20 лет у горнорабочих с пневмокониозом достоверно влиял на уменьшение ЖЕЛ ($KW=3,89$, $p=0,048$) и ФЖЕЛ ($KW=3,88$, $p=0,048$).

ОФВ₁ у горнорабочих с пневмокониозом был значительно меньше ($3,084\pm 0,059$) л, чем в контроле ($3,774\pm 0,064$) л ($St=6,38$, $p<0,001$), а развитие пневмокониоза влияло на уменьшение ОФВ₁ ($KW=36,65$, $p<0,001$).

ОФВ₁% у горнорабочих с пневмокониозом был значительно меньше ($76,90\pm 0,18$) %, чем в контроле ($81,95\pm 0,69$) % ($St=9,62$, $p<0,001$), а развитие пневмокониоза влияло на уменьшение ОФВ₁% ($KW=71,52$, $p<0,001$). На ОФВ₁% не влияли ни форма пневмокониоза, ни возраст и стаж исследуемых.

ИТ у горнорабочих с пневмокониозом был значительно меньше ($76,61\pm 0,15$) %, чем в контроле ($78,01\pm 0,14$) % ($St=5,41$, $p<0,001$), а развитие пневмокониоза влияло на уменьшение ИТ ($KW=27,58$, $p<0,001$).

Выводы. У горнорабочих с пневмокониозом жизненная емкость легких снижена, а стаж работы с пылью в угольной шахте более 20 лет влиял на уменьшение жизненной емкости легких. Скоростные показатели выдоха были снижены у горнорабочих с пневмокониозом преимущественно по рестриктивному типу.

Могилевская К.Э.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ГОРНОРАБОЧИХ С ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛОКАЛЬНОЙ ВИБРАЦИИ

Научные руководители - проф. Николенко В.Ю.

Цель. Изучить функциональное состояние вегетативной нервной системы (ВНС) и вестибулярного анализатора у горнорабочих угольных шахт с вибрационной болезнью (ВБ) первой и второй степеней.

Материал и методы. В условиях неврологического стационара КЛПУ «РКБПЗ» были обследованы горнорабочие ВБ от локальной вибрации второй степени (1 группа), ВБ от локальной вибрации первой степени (2 группа), практически здоровые горнорабочие аналогичного возраста и стажа (3 группа). Исследовали показатели, характеризующие состояние ВНС, интенсивность и степень выраженности болевого синдрома и состояние вестибулярного анализатора. Вычисляли следующие показатели: частота (%), достоверность показателей (p), 95 % ДИ.

Результаты. При оценке тонуса ВНС у здоровых горнорабочих установлено преобладание нормотонии, а ее частота колеблется от ($45,8 \pm 10,2$) % по чертам характера до ($70,8 \pm 9,3$) % по дыхательной системе. Частота симпатикотонии в этой группе составляла от ($12,5 \pm 6,7$) % по температуре и терморегуляции до ($29,2 \pm 9,3$) % по характерологическим чертам. У горнорабочих с ВБ первой степени отмечается достоверное увеличение частоты симпатикотонии. У горнорабочих с ВБ второй степени выявлена тенденция к симпатикотонии по многим органам и системам, а также достоверное увеличение частоты симпатикотонии по сердечно-сосудистой системе по сравнению со 2-й группой ($p < 0,05$).

По характеру боли при развитии ВБ были «пронизывающая» и «ноющая». При «0» степени выраженности максимальный процент респондентов (97,5-100%) наблюдался в

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

контроле, минимальный во второй группе; при «1» и «2» степенях выраженности отмечалась обратная зависимость; наконец, при «3» степени – четкое достоверное возрастание от контрольной группы к группе горнорабочих с ВБ второй степени. Наличие головокружения достоверно чаще отмечается в группах горнорабочих с ВБ первой степени и ВБ второй степени, чем в контроле ($p < 0,05$ и $p < 0,01$).

Состояние вестибулярного анализатора оценивали по латентным периодам (ЛП) вестибулярных вызванных потенциалов (ВВП). У горнорабочих с ВБ первой степени отмечается увеличение ЛП пиков N1 и P2 по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$ и $p < 0,01$) соответственно. У больных с ВБ второй степени отмечается увеличение ЛП пиков P1 ($34,4 \pm 1,5$) мс и N1 ($96,6 \pm 4,0$) мс по сравнению с горнорабочими с ВБ первой степени ($28,1 \pm 1,5$) мс и ($74,9 \pm 4,3$) мс соответственно (при $p < 0,05$ и $p < 0,001$ соответственно).

Выводы. При усилении степени тяжести ВБ у горнорабочих наблюдается снижение адаптивных возможностей организма, что свидетельствует о нарушениях прежде всего надсегментарного отдела ВНС. У горнорабочих с ВБ второй степени выявлены нарушения центрального отдела вестибулярного анализатора, подтвержденные при регистрации вестибулярных вызванных потенциалов, которые значительно отличаются по количественным параметрам от результатов горнорабочих с ВБ первой степени.

ГИГИЕНА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР

Кафедра гигиены и экологии
Зав. кафедрой - проф. Ластков Д. О.

Бочко Е.Г.

ВИТАМИНЫ-НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Научный руководитель – проф. Ластков Д.О.

Цель: в течение 30 дней, выяснить, какой из представленных методов наиболее эффективно повышает уровень витаминов в плазме крови и обеспечивает их оптимальное соотношение в организме. Выявить, возникали ли побочные эффекты у студентов, при проведении данного исследования.

Материалы и методы: было проведено исследование III-х групп студентов 22-24 лет (в количестве 25 человек), на количественное содержание в плазме крови витаминов групп А,В,С,Д,Е. Чтобы исключить противопоказания, студентам была проведена фиброгастроуденоскопия, с целью исключения повреждений и воспалений слизистой оболочки ЖКТ. Для выяснения количественного содержания витаминов в плазме крови, был взят биохимический анализ крови на содержание витаминов у данных студентов до начала и по окончании исследования.

Результаты: I-я группа принимала синтетические витамины трех ценовых категорий, у студентов данной группы был взят биохимический анализ крови на содержание витаминов групп А,В,С,Д,Е до начала исследования и по его окончании: 1-я подгруппа принимала дешевые витамины: до исследования-содержание витаминов в крови было ниже границ нормы, а по его окончании-повысилось содержание витаминов А,Е и Д, а количество витаминов В и С снизилось. У четверых испытуемых из пяти наблюдались слабость и сонливость; 2-я подгруппа принимала витамины средней стоимости: до исследования-содержание витаминов было на нижней границе нормы, по его окончании-незначительно повысилось количество витаминов А,В и Е, значительно возросло содержание витамина Д, а количество витамина С резко снизилось. У одного студента наблюдались частые головокружения. 3-я подгруппа принимала дорогостоящие витамины: до исследования-содержание витаминов находилось на нижней границе нормы, по его окончании-содержание всех исследуемых витаминов повысилось, кроме витамина С, его количество значительно снизилось. Побочный эффект-приобретение мочой ярко желтого цвета и резкого витаминного запаха. II группа исследуемых лиц добавила в рацион питания суперфуды. В биохимическом анализе крови до исследования показатели были ниже нормы, а по окончании-содержание всех витаминов значительно повысилось, резко возросло содержание витамина С. Побочных эффектов не было. III-я группа лиц находилась на рациональном питании. В крови как до исследования, так и по окончании-содержание данных витаминов было в норме.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы: анализируя полученные результаты, выяснили, что синтетические витаминные препараты и суперфуды-эффективно повышают содержание витаминов в плазме крови, но к их применению могут быть противопоказания и побочные эффекты. А противопоказаний к рациональному питанию априори нет, показатели витаминной обеспеченности организма данной группы студентов были в норме как до, так и по окончании исследования.

Бочко Е.Г.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ДЕФИЦИТА ЙОДА

Научный руководитель - проф. Ластков Д.О.

Целью работы является изучение распространенности патологии щитовидной железы, определение значимости дефицита йода для лиц молодого возраста и разработка рекомендаций по устранению йододефицита.

Материалы и методы: был проведен анализ данных более 15 источников научной литературы и статистический анализ данных заболеваний щитовидной железы, вследствие недостатка йода среди лиц молодого возраста, основываясь на статистических данных заболеваемости по 1 торакальному отделению ДоКТМО г.Донецка.

Результаты: анализируя степень йододефицита, оказалось, что по Донецкой области патологией щитовидной железы вследствие недостатка йода страдают около 10 тыс. человек. Проведя анализ статистики патологии щитовидной железы, вызванную дефицитом йода, выявлено, что каждый пятый пациент - это люди, преимущественно молодого возраста, и каждый шестой из них - это лица женского пола, что является глобальной проблемой, т.к. все молодые девушки являются лицами репродуктивного возраста, вследствие этого у них происходят нарушения менструального цикла, а при беременности и вынашивании плода возможны самопроизвольные аборт, рождение мертвого ребенка, бесплодие, тяжелое течение беременности, анемия. Если беременная не употребляет продукты богатые йодом, дефицит йода в ее организме может негативно сказаться на развитии нервной системы плода. Причиной дефицита йода в организме человека может быть не только проживание в районе, эндемичном по йододефициту, но также несбалансированное питание, ограниченное потребление продуктов, богатых йодом, нарушение процессов всасывания в ЖКТ, наследственная предрасположенность, недостаток селена в организме. Для восполнения дефицита йода и его профилактики, необходимо употреблять в пищу продукты с максимальным его содержанием. Лидирующее место по содержанию йода занимают: ламинария, морская рыба, морепродукты, шпинат, хурма и фейхоа. Немалую роль в устранении йододефицита играет употребление йодированной соли и воды. Но пищевые продукты, йодированная соль и вода, не всегда могут обеспечить организм необходимым количеством данного микроэлемента, поэтому, в таких случаях необходим прием поливитаминов и препаратов йода. Придерживаясь данных рекомендаций, можно избежать различных нарушений функции щитовидной железы из-за недостатка йода, путем рационализации питания – важнейшей части здорового образа жизни.

Выводы: проведя анализ данных, выяснили, что недостаток йода в организме человека приводит к серьезным проблемам в состоянии здоровья, которые заключаются в

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

нарушении систем органов, проявляющихся различными симптомами, связанными с йододефицитом. Чтобы избежать негативных влияний на организм, связанных с дефицитом йода и в целях его профилактики были указаны рекомендации по устранению йододефицита.

Выхованец Н.Ю.

ФАКТОРЫ РИСКА АЛИМЕНТАРНОЙ ПРИРОДЫ В ФОРМИРОВАНИИ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель – доц. Выхованец Т.А.

Изучение проблемы преждевременного старения является актуальной задачей для многих специалистов в области геронтологии, клинической и профилактической медицины. Биологический возраст – истинная степень старения организма, который тесно связан с основными показателями жизнедеятельности организма. Необходимость оценки биологического возраста у человека объясняется тем, что календарный (хронологический) возраст не является достаточным критерием состояния здоровья и трудоспособности человека.

Целью работы стало изучение влияния факторов риска алиментарной природы на формирование биологического возраста человека.

Материал и методы. Исследования проведены на базе лаборатории гигиены питания, кафедры гигиены и экологии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. Всего было обследовано 120 человек (40 юношей и 80 девушек) в возрасте от 18 до 24 лет (учащиеся 1-6 курсов Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького.). Проводилось изучение антропометрических, физиологических, психофизиологических показателей, пищевого статуса, образа жизни, а также биологического возраста (БВ) человека. Оценка пищевого статуса осуществлялась в соответствии с методикой, выработанной на заседании Комитета экспертов ВОЗ по медицинской оценке состояния питания. Образ жизни оценивался по данным анкетирования. Биологический возраст определяли с применением прибора «БИОТЕСТ-1М». При проведении статистического анализа использовался пакет MedStat.

Результаты. При оценке пищевого статуса и витаминной недостаточности, установлено, что 61,5% лиц имеют обычный пищевой статус (адекватное питание), у 23,1% выявлена гипотрофия 1-й степени, у 5,1% – гипотрофия 2-й степени, у 10,3% – ожирение 1-й степени. Среди учащихся с обычным пищевым статусом у 66,7% лиц отмечались микросимптомы витаминной недостаточности, с гипотрофией 1-2 степени – у 41% обследуемых, с ожирением 1-й степени – у 37% студентов. Чаще встречались микросимптомы А, С, В₂, В₆, РР витаминной недостаточности. Биологический возраст (Ме (25;75%) лет) в группе у мужчин составил 19 (17;27) лет, а в группе женщин – 18,7 (16;28) лет. БВ у мужчин и женщин с обычным пищевым статусом соответствовал паспортному возрасту (ПВ). У лиц, имеющих гипертрофию и ожирение 1-й степени, БВ превышал ПВ у мужчин на 6-7 лет, а у женщин – на 5 лет.

Выводы. Таким образом, исследованиями установлено, что существует сложная зависимость между БВ и пищевым статусом, образом жизни человека. Функциональные и органические расстройства, нарушения питания, витаминная недостаточность, неправильный образ жизни могут приводить к изменениям БВ человека, как в сторону

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

увеличения, так и уменьшения по отношению к ПВ. Показатель БВ человека может эффективно применяться при проведении количественной оценки функциональных состояний человека, а также для определения уровня его индивидуального здоровья.

Грибов В.В.

АУТОИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ У КРЫС С МОДЕЛЬЮ ПНЕВМОКОНИОЗА И ИХ КОРРЕКЦИЯ С ПОМОЩЬЮ ПРЕДНИЗОЛОНА

Научный руководитель – доц. Николенко О.Ю.

Цель: Выявить аутоиммунные нарушения у крыс с моделью пневмокониоза в реакции торможения миграции макрофагов и провести коррекцию преднизолоном

Материал и методы. В эксперименте было использовано две группы крыс-самцов линии «Вистар» с массой тела 200-250г: 1 группа – животные с моделью пневмокониоза (25 крыс), полученной путем введения угольно-породной пыли 50 мг на одну крысу, цитостатика и иммуностимулятора животным.

Для определения у животных гиперчувствительности замедленного типа использовали реакцию торможения миграции макрофагов (РТММ) под агаром.

Результаты. В РТММ у крыс с моделью пневмокониоза выявлено уменьшение этого показателя к антигенам: легких ($52,21 \pm 3,40\%$), в отличие от контроля ($98,88 \pm 2,21\%$) (MW=5,77, $p < 0,001$, Mt=35,50, $p < 0,001$, S=11,48, $p < 0,001$), почки ($43,63 \pm 4,13\%$), в контроле - ($99,14 \pm 2,15\%$) (MW=5,77, $p < 0,001$, Mt=28,88, $p < 0,001$, S=11,90, $p < 0,001$), тимуса ($48,78 \pm 4,08\%$) в отличие от контроля ($96,29 \pm 1,96\%$) (MW=5,69, $p < 0,001$, Mt=28,88, $p < 0,001$, S=10,47, $p < 0,001$), суставов ($50,84 \pm 3,57\%$), а в контроле - ($97,64 \pm 1,69\%$) (MW=5,87, $p < 0,001$, Mt=42,59, $p < 0,001$, S=11,82, $p < 0,001$), нДНК ($32,19 \pm 2,76\%$), в отличие от контроля ($96,91 \pm 0,66\%$) (MW=6,06, $p < 0,001$, Mt=50,00, $p < 0,001$, S=10,28, $p < 0,001$). Развитие пневмокониоза у животных влияло на РТММ с антигенами легких (KW=39,36, $p < 0,001$), почки (KW=33,32, $p < 0,001$), тимуса (KW=32,44, $p < 0,001$), суставов (KW=34,47, $p < 0,001$) и нативной ДНК (KW=36,80, $p < 0,001$). Данные результаты говорят о развитии у животных генерализованного аутоиммунного заболевания по типу пневмокониоза.

В РТММ у животных с моделью пневмокониоза после лечения преднизолоном наблюдалось улучшение РТММ к антигенам: легких ($76,42 \pm 2,99\%$) в отличие от модели ($52,21 \pm 3,40\%$) (MW=4,44, $p < 0,001$, Mt=18,00, $p < 0,001$), почки ($50,48 \pm 2,35\%$) в отличие от модельных животных ($43,63 \pm 4,13\%$) (MW=2,56, $p < 0,001$, Mt=6,48, $p = 0,011$), тимуса ($67,91 \pm 3,22\%$), а в модели пневмокониоза ($48,78 \pm 4,08\%$) (MW=3,59, $p < 0,01$, Mt=13,52, $p < 0,001$), суставов ($60,75 \pm 3,04\%$) в отличие от модельных животных ($50,84 \pm 3,57\%$) (MW=2,02, $p = 0,043$, Mt=6,48, $p = 0,01$), нативной ДНК ($66,26 \pm 3,26\%$) в отличие от модели пневмокониоза ($32,19 \pm 2,76\%$) (MW= 5,37, $p < 0,001$, Mt= 23,12, $p < 0,001$).

Лечение преднизолоном влияло на увеличение процента миграции макрофагов в РТММ к антигенам: легких (KW=19,77, $p < 0,001$), почки (KW= 6,56, $p = 0,01$), тимуса (KW= 12,89, $p < 0,001$), суставов (KW= 4,08, $p = 0,04$), нативной ДНК.

Выводы. Таким образом, лечение преднизолоном положительно влияет на клеточное звено аутоиммунного процесса при пневмокониозе у экспериментальных животных за счет повышения процента миграции макрофагов в РТММ к антигенам: легких, почки, тимуса, суставов, нативной ДНК, что свидетельствует об эффективности этого препарата.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Каверин И.Ю., Исаев Я.В.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПОЧВЫ ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ НА ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ

Научный руководитель – проф. Ластков Д.О.

Цель. Гигиеническая оценка загрязнения окружающей среды г.Донецка и выявление зависимости между уровнем загрязнения марганцем, фосфором и показателями заболеваемости подросткового населения г.Донецка и разработка рекомендаций по профилактике их неблагоприятного влияния.

Материалы и методы. Проведен анализ более 30 источников научной, научно-технической литературы. За основу исследования был взят отчет Института минеральных ресурсов, составленный в 90-х годах XX века. Проанализирована заболеваемость подросткового населения г. Донецка в целом и наиболее загрязненного района согласно официальным учетно-статистическим формам.

Результаты. В почвах города Донецка концентрация тяжелых металлов составляла: марганца - 1130 мг/кг - 7540 мг/кг, фосфора – 200 мг/кг – 6450 мг/кг почвы (при ПДК 1500 мг/кг почвы, 200 мг/кг почвы, соответственно). Стоит отметить, что в почве Ворошиловского района содержание марганца не превышало предельно допустимой концентрации, а фосфора превышало ПДК в 1,9 – 4,8 раза (381 – 968 мг/кг почвы). Максимальное загрязнение отмечалось в Буденновском районе в зоне влияния завода «Вторцветмет». Концентрация марганца на территории района составляла от 1130 до 3770 мг/кг почвы, фосфора – 381 - 6450 мг/кг почвы.

Проведен сравнительный анализ заболеваемости подросткового населения Буденновского района и города в целом, в результате которого был выявлен рост новообразований (в 1,2 раза).

Выводы. Выявлено превышение содержания в почве марганца в 2,5 раза, фосфора в 1,9 – 32,3 раза, что позволяет предполагать – рост новообразований обусловлен неблагоприятным воздействием тяжелых металлов на подростковое население. Риск повышенной заболеваемости новообразованиями составляет 2,5 случая на 10 000 подростков, т.е. $2,5 \times 10^{-4}$. Существует настоятельная необходимость в организации превентивного питания для подросткового населения, в первую очередь, пектинопрофилактики, т.е. детоксикантов природного происхождения. Пектины эффективно выводят ксенобиотики из организма, позволяют снизить содержание холестерина, способствуют нормализации обменных процессов, улучшают периферическое кровообращение, улучшают перистальтику кишечника, в комплексе с витаминами оказывают общеукрепляющее, иммуностимулирующее действие на организм человека.

Коптева В.А., Служалюк Е.Ю., Степанова С.Е.

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ –КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА ЛИЦЕИСТОВ.

Научный руководитель – доц. Машинистов В. В.

Цель: Изучить динамику самооценочных заключений лицеистов о самочувствии, активности, настроении под влиянием дневной учебной недели.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материал и методы: Современный этап развития системы образования характеризуется значительным возрастанием объема и сложности учебного материала. Учебный процесс, значительно интенсифицированный, неупорядоченный с гигиенической позиции вызывает изменение функционального состояния учащихся, трактуемое в многочисленных исследованиях как предпатологический уровень функционирования.

Результаты: Исследованием функционального состояния лицеистов, было установлено, что наибольшее нарастание взволнованности к концу дня у лицеистов отмечают в понедельник и четверг, а усталости (сдвиг на 149,1 – 192,6%) во вторник, среду, четверг. Отмечается увеличение возбуждения в пятницу (сдвиг на 234,8%) и бодрое состояние к концу занятий во вторник. Наиболее значительное желание отдохнуть возникает в среду, а серьезность к концу недели снижается.

Субъективные самооценки состояния в понедельник и пятницу свидетельствуют о необходимости психо-эмоциональных коррекционных мероприятий, в то время как во вторник, среду и четверг важнее гигиеническая оптимизация учебной нагрузки.

Вывод: Следует отметить, что учебный процесс в лицеях зачастую проводится в приспособительных помещениях не соответствующих санитарным нормам по площади, освещению, микроклиматическим условиям, размерам мебели, что формирует неблагоприятные условия в обучении. Таким образом, на лицеистов воздействует учебный процесс повышенной сложности, протекающий в неблагоприятных условиях для которого необходима гигиеническая рационализация. Возрастает значение оптимизации, функционального и нервно-психического состояния с использованием новых педагогических технологий и улучшением условий пребывания учащихся в лицеях.

Коптева В.А., Служалюк Е.Ю., Степанова С.Е.

ПРОФИЛАКТИКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕАКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ-ЛИЦЕИСТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СОВРЕМЕННЫМ ПЕДАГОГИЧЕСКИМ ТЕХНОЛОГИЯМ.

Научный руководитель – доц. Машинистов В. В.

Цель: Оценить необходимость в профилактических мероприятиях для подростков-лицеистов, обучающихся по новейшей учебной технологии.

Материал и методы: Эмоциональная реактивность изучалась, с помощью решения индивидуальных заданий у учащихся, с использованием цветовых и пространственно—формальных операций. Гигиеническое нормирование учебной нагрузки осуществлялась оценкой ее по бальной шкале трудности учебных предметов и синхронизацией ее с биоритмологическими особенностями работоспособности в течении дня и недели.

Результаты: При исследовании выявлено, что при стихийной организации учебного процесса подростков-лицеистов (III ступень обучения, современная педагогическая технология) на всех профилях обучения отмечается стойкое снижение эмоциональной реактивности. При этом эмоциональная реактивность упала как в динамике недели, так и под влиянием учебных занятий. Гигиеническое нормирование учебной нагрузки в соответствии с разработанными принципами привело к повышению дорабочих уровней эмоциональной реактивности с 252,8 до 315,3 усл.ед. ($p < 0,05$) во все дни недели на коммерческом и медицинском профилях обучения. На физико-

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

математическом и химико-биологическом профилях она повышалась во вторник и среду с 241,3 до 309,7 усл.ед. Но к концу учебного дня в четверг и пятницу на легких (коммерческом, медицинском и гуманитарном) профилях отмечался рост эмоциональной реактивности на 30-40 усл.ед. ($p < 0,05$). Гигиеническая рационализация учебной деятельности с одновременной оптимизацией функционального состояния до занятий и после второй или третьей пары также способствовала повышению дорабочих уровней эмоциональной реактивности до 320,5 усл.ед. во все дни недели кроме четверга на техническом, физико-математическом и химико-биологическом профилях. Комплексная медицинская коррекция вызвала повышение эмоциональной реактивности и под влиянием дневной учебной нагрузки, включая трудные профили, во все дни недели (кроме понедельника на физико-математическом и химико-биологическом профилях).

Выводы: Следовательно, для лицейного обучения, имеющего «фактор риска» (учебную нагрузку повышенной трудоспособности нередко беспорядочного характера), профилактические мероприятия, с учетом профиля обучения, являются важным звеном в охране здоровья подростков.

Ляшенко В.С.

АНАЛИЗ ВИТАМИННОГО СОСТАВА СМЕСЕЙ ДЛЯ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель – асс. Козаков А.Г.

В соответствии с Конвенцией о правах ребенка, каждый ребенок вне зависимости от возраста имеет право на получение надлежащего качественного питания. По данным Всемирной организации здравоохранения около 64% детей в возрасте до 6 месяцев находятся на искусственном вскармливании. Первый год жизни ребенка характеризуется высокими темпами роста. Известно, что за первые 6 месяцев жизни масса тела ребенка возрастает в 2 раза, за первый год жизни — в 3 раза. Высокая интенсивность физиологических процессов, обеспечивающих нормальное физическое и психомоторное развитие ребенка, требует адекватного поступления всех необходимых витаминов.

Цель. Изучить витаминный состав смесей для раннего детского возраста и его соответствие среднесуточным потребностям организма.

Материал и методы. Проанализировано 6 смесей детского питания для детей раннего возраста. Предоставленная информация была получена с упаковок детских смесей, продаваемых в магазинах республики.

Результаты. В смеси №1 содержание витамина А меньше на 28,75%, в смеси №2 меньше на 33,75%, в №3 – меньше на 32,5%, в смеси №4 снижено на 18,75%, в смеси №5 меньше на 11,75%, смесь №6 содержит достаточное количество витамина А. В смеси №1 витамина D на 57% меньше, в смесях №2 и №3 содержится меньше на 40%, в смесях №4, №5, №6 содержание витамина D на 50% меньше рекомендованного показателя. Содержание витамина С в смеси №1 выше рекомендованной нормы на 25%, в смеси №2 выше на 17,5%, в смеси №3 выше на 15%, в смеси №4 содержание витамина меньше на 25%, в смеси №5 выше на 25%, смесь №6 содержит на 67% больше витамина. Содержание витамина Е в смесях №1, №2 и №3 ниже оптимальных показателей на 8,4%, смеси №4 и №5 содержат меньше витамина на 33,3%, в смеси №6 меньше на 25%. В смеси №1 содержание витамина В₁ меньше на 20%, в смеси №2 меньше на 48%, смесь №3 содержит

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

витамина на 50% меньше рекомендованной нормы, в смесях №4, №5 меньше на 30%, смесь №6 содержит на 10% меньше витамина В₁. Содержание витамина В₂ в смеси №1 больше на 16%, в смеси №2 больше на 60%, в смеси №3 витамина меньше на 8,3%, в смесях №4 и №5 меньше на 41,6%, в смеси №6 содержание витамина В₂ ниже на 8,3%. В смеси №1 содержание витамина В₆ меньше на 66,6%, в смеси №2 меньше на 67,5%, в смеси №3 меньше на 66,6%, в смесях №4, №5 и №6 содержание витамина В₆ на 58,3% ниже рекомендованных показателей. Содержание фолиевой кислоты в смеси №1 меньше на 85%, в смеси №2 оптимальное содержание фолиевой кислоты, в смеси №3 выше на 8,3%, в смесях №4, №5 и №6 на 16,6% меньше рекомендованной нормы. В смеси №1 содержание витамина РР ниже на 49,3%, в смеси №2 меньше на 68,5%, в смеси №3 меньше на 69,2%, смесь №4 содержит на 53,5% меньше ниацина, в смеси №5 меньше на 57,1%, в смеси №6 содержание витамина РР на 55,7% меньше рекомендованного показателя.

Выводы. Среднесуточные нормы физиологической потребности в витаминах, разработанные Всемирной Организацией Здравоохранения значительно отличаются от предлагаемого состава продукции. Большинство смесей не предоставляют детскому организму достаточное количество низкомолекулярных органических соединений. Длительное применение данных смесей может привести к нарушениям обмена веществ и задержке физического и психомоторного развития.

Очан В.И., Максимова М.А.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СУБПРОДУКТОВ В ПИТАНИИ ЗДОРОВОГО И БОЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель – доц. Выхованец Т.А.

К субпродуктам относят внутренние органы, головы, ноги, хвосты, вымя, мясная обрезь, получаемые при переработке убойных животных. В зависимости от вида животных их подразделяют на говяжьи, бараньи, свиные, куриные и др. В зависимости от пищевой ценности и кулинарных качеств пищевые субпродукты делят на две категории – первую (язык, почки, мозги, сердце, вымя говяжье и др.) и вторую (головы, легкие, мясо пищевода, селезенку всех видов скота, уши, трахеи говяжьи и свиные; рубцы, ноги и путовые суставы, губы, хвосты и желудки и др.). Известно, что данные пищевые субпродукты весьма популярны во многих национальных кухнях мира и являются своеобразными деликатесами. По многим показателям субпродукты ни в чем не уступают обычному мясу, калорийность значительно ниже, а содержание полезных минералов и витаминов даже превосходит таковое в мясе.

Цель изучение, анализ и оценка субпродуктов (на примере куриных желудков), а также целесообразность их использования в рационе здорового и больного человека (в лечении и профилактике дисбактериозов).

Материалы и методы. Проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы, материалы веб-сайтов по использованию субпродуктов в питании человека.

Результаты. Из всех субпродуктов, используемых для целей питания, наиболее популярными в нашей национальной кухне являются куриные желудки. Куриные желудки, в первую очередь, ценятся большим содержанием (до 22%) полноценных

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

легкоусвояемых животных белков, необходимых для построения клеток и производства энергии. Одна порция приготовленных куриных желудков может обеспечить организм более чем 30 г белка. Помимо белка в куриных желудках содержатся клетчатка, зольные элементы, все виды необходимых жирных кислот, небольшое количество углеводов (до 0,6 г), жиры (до 5 г), широкий спектр витаминов (ретинол, тиамин, рибофлавин, пиридоксин, фолиевая кислота, кобаламин, аскорбиновая кислота и др.), микро- и макроэлементы (калий, магний, кальций, фосфор, железо, селен и др.). Калорийность продукта, в зависимости от способа приготовления, составляет от 97 до 170 ккал на 100 г.

Однако наряду с полезными свойствами, в данных субпродуктах содержится повышенное количество холестерина, что следует учитывать при составлении меню для некоторых групп населения (беременные, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы). Куриные желудки не следует включать в меню детей до одного года жизни, ограниченно (в виде паштета) – от 1 года до 6 лет.

Сушеные куриные желудки (особенно их кутикулы) считаются одним из самых лучших народных средств от диареи, т.к. содержащиеся в них ферменты губительно действуют на болезнетворные бактерии, которые вызывают данные расстройства. Рекомендуют их при болях в желудке и поджелудочной железе, мочекаменной болезни.

Выводы. Таким образом, учитывая полезные свойства куриных желудков, их дешевизну по сравнению с мясом, простоту в приготовлении, их можно использовать в питании различных групп населения с учетом состояния здоровья.

Максимова М.А.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЯНОСТЕЙ В ДИЕТИЧЕСКОМ ПИТАНИИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА

Научный руководитель – доц. Выхованец Т.А.

Пряности используются в обильном количестве во многих кухнях мира, так как они способны превратить любое блюдо в кулинарный шедевр. Многие люди утверждают, что ограничение специй и употребление пресной еды – это залог успеха в похудении. Однако ежедневное употребление таких блюд может только усугубить эмоциональное состояние худеющего и способствовать «срывам» в диетическом питании. А значит, в похудении могут помочь пряности, которые активируют сигнально-мотивационную (информационную) функцию пищи и будут способствовать постепенному снижению массы тела.

Цель изучение, анализ и оценка свойств пряностей (на примере куркумы, кардамона, имбиря, корицы и черного перца), а также целесообразность их использования в диетическом питании здорового человека с целью похудения.

Материалы и методы. Проведен аналитический обзор литературы и материалов web-сайтов.

Результаты. Из всех кулинарных приправ были отобраны 5 специй, которые способствуют похудению и повсеместно распространены в нашем регионе. Было установлено, что регулярное употребление кардамона способствует ускорению метаболизма и сжиганию жиров, а также улучшению настроения и повышению иммунитета. Введение в рацион корицы снижает уровень глюкозы и холестерина в крови, расщепляет жировые отложения и снижает чувство голода. Ежедневное потребление

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

чёрного перца (за счёт пиперина в его составе, который придаёт горький вкус приправе) ускоряет расщепление жиров, нормализует метаболические процессы, подавляет аппетит, способствует выведению лишней жидкости из организма, снижает пристрастие к сладким блюдам, улучшает пищеварение.

Потребление имбиря способствует ускорению обмена веществ и снижению холестерина в крови. Имбирь также улучшает эмоциональный фон, снижает аппетит, обладает желчегонными и антигельминтными свойствами.

Куркума является довольно близкой родственницей имбиря, ее еще называют «жёлтым имбирём». В корнеплодах куркумы содержится уникальный полифенол куркумин, который способствует предотвращению роста жировых тканей. Именно поэтому куркума так широко используется при лечении ожирения. «Жёлтый имбирь» относится к числу растений, нормализующих обмен веществ. Регулярное использование куркумы способствует выведению из организма лишней жидкости, снижению концентрации холестерина, улучшению кровообращения и снижению массы тела.

Выводы. Таким образом, пряности – отличный компонент здорового диетического питания для снижения массы тела. Однако следует упомянуть, что сочетание специй целесообразнее осуществлять с низкокалорийными блюдами. Для достижения результата по снижению массы тела, кроме сбалансированного пищевого рациона, рекомендуется введение соблюдения оптимального питьевого режима и достаточных физических нагрузок.

Пыжова Э.Э.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ

Научный руководитель - доц. Машинистов В.В.

Цель: изучение влияния физических упражнений на функциональное состояние организма подростков в динамике учебного цикла в лицее.

Материалы и методы: функциональное состояние подростков изучалось по методике «Реакция на движущийся объект»(РДО).

Результаты: исследованием установлено, что под влиянием физических упражнений у лицеистов возрастает или сохраняется без изменений качественный и количественный показатели умственной работоспособности к концу занятий, в то время как в контрольной группе во второй половине учебной недели качественные показатели снижаются от $29 \pm 2,3$ до $50,7 \pm 7,4$ условных единиц, количественные $30,9 \pm 1$ (при P менее $0,05$). Центральные корковые процессы у лицеистов, занимающихся физическими упражнениями, имели благоприятную динамику в первой половине недельного цикла обучения и лишь в пятницу увеличивалось до $0,2 \pm 0,1$ условных единиц, (при P менее $0,05$) количество тормозных процессов (методика РДО). В контрольной группе в течение всех дней учебной недели к концу занятий значительно ухудшались показатели РДО (от $0,3 \pm 0,1$ до $0,5 \pm 0,2$ условных единиц, при P менее $0,05$).

Выводы: физические упражнения могут служить методом оптимизации функционального состояния у лицеистов и использоваться в психофизиологической коррекции новых форм обучения.

Степанова С.Е.

**ПЕКТИНОПРОФИЛАКТИКА В ПИТАНИИ НАСЕЛЕНИЯ,
ПРОЖИВАЮЩЕГО НА ЗАГРЯЗНЕННОЙ МЫШЬЯКОМ ТЕРРИТОРИИ**

Научный руководитель – проф. Ластков Д.О.

Цель. Профилактика влияния загрязнения мышьяком почвы и водоисточников на показатели состояния здоровья населения.

Материалы и методы. Проведен анализ более 20 источников научной литературы о влиянии молока, кисломолочных продуктов, пектинов и витаминных препаратов на выведение мышьяка из организма человека.

Результаты. В ранее проведенных исследованиях было выявлено, что содержание мышьяка в почве и водоисточниках Буденновского района г. Донецка превышает ПДК в 2-75 раз, максимальное превышение – в зоне влияния завода «Донвторцветмет» и санитарно-защитной зоне (южный и западный участки селитебной территории). Избыток мышьяка приводит к поражению костного мозга, ЦНС, желудочно-кишечного тракта, кожи, печени, почек, щитовидной железы.

По данным ВОЗ от 80 до 95 % мышьяка поступает в организм человека по трофическим цепочкам с продуктами растительного и животного происхождения.

Для улучшения состояния здоровья населения в зоне влияния завода «Донвторцветмет» и санитарно-защитной зоне следует организовать превентивное питание (по аналогии с лечебно-профилактическим питанием для работающих во вредных условиях труда), основанное на таких принципах:

- использование антидотных свойств компонентов пищи;
- замедление всасывания ядовитых веществ в желудочно-кишечном тракте, ускорение их выведения из организма;
- повышение общей резистентности организма и функциональных способностей органов-мишеней;
- компенсация повышенных затрат биологически активных веществ в связи с детоксикацией ядов.

Для этого наиболее целесообразно применять пектины. Пектины относятся к так называемым "пищевым волокнам" или природным энтеросорбентам. Это вещества, обладающие способностью связывать в желудочно-кишечном тракте и выводить из организма радионуклиды, тяжелые металлы, различные токсины и патогенные микроорганизмы, бактерицидными и регенеративными свойствами. Кроме того, они безвредны и не токсичны.

Препараты, содержащие пектин медицинский свекловичный и пектин медицинский яблочный, оказывают комплексное воздействие на организм: блокируют всасывание стабильных радиоактивных металлов на уровне желудочно-кишечного тракта, способствуют декорпорации их из организма, обладают противолучевым и антиоксидантным действием, стимулируют выведение из организма ксенобиотиков. Пектин позволяет снизить содержание холестерина в организме, способствует нормализации обменных процессов, улучшает периферическое кровообращение, улучшает перистальтику кишечника, в комплексе с витаминами оказывает общеукрепляющее, иммуностимулирующее действие на организм человека.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. 1. Выявленные уровни загрязнения мышьяком почвы и водоисточников Буденновского района настоятельно требуют организации превентивного питания для населения. 2. В превентивном питании приоритет следует отдать применению пектинов.

Степанова С.Е., Печенкина Н.Ю., Григоренко Е.О.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПОЧВЫ ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ НА ЗДОРОВЬЕ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Научный руководитель – проф. Ластков Д.О.

Цель. Гигиеническая оценка загрязнения окружающей среды г.Донецка и выявление зависимости между уровнем загрязнения мышьяком, свинцом, цинком и показателями заболеваемости взрослого населения г.Донецка и разработка рекомендаций по профилактике их неблагоприятного влияния.

Материалы и методы. Проведен анализ более 80 источников научной, научно-технической литературы. За основу исследования был взят отчет Института минеральных ресурсов, составленный в 90-х годах XX века. Проанализирована заболеваемость взрослого населения г. Донецка в целом и наиболее загрязненного района согласно официальным учетно-статистическим формам.

Результаты. В почвах г. Донецка концентрация тяжелых металлов составляла: для мышьяка – от фоновых показателей до 63 и до 250 мг/кг почвы, для свинца - от 108 до 3000 мг/кг почвы, для цинка - от 135 до 9000 мг/кг почвы (при ПДК 2,0 мг/кг почвы, 32,0 мг/кг почвы, 23,0 мг/кг почвы, соответственно). В Ворошиловском районе концентрация мышьяка и свинца в почве соответствовала ПДК, содержание цинка превышало ПДК в 5,9 – 19,6 раза (135 – 450 мг/кг почвы). Максимальное содержание тяжелых металлов отмечалось в Буденновском районе в зоне влияния завода «Вторцветмет». Концентрация мышьяка в данном районе составляла от 2,0 до 150 мг/кг почвы, свинца – 108 - 3600 мг/кг почвы, цинка – 135 - 45000 мг/кг почвы.

Проведен сравнительный анализ заболеваемости взрослого населения Буденновского района и города в целом. Отмечается рост общей заболеваемости населения (в 1,02 раза) и таких нозологических единиц: болезни кожи и подкожной жировой клетчатки (в 1,4 раза), болезни эндокринной системы (в 1,4 раза), болезни костно-мышечной системы (в 2,4 раза).

Риски повышенной заболеваемости составляют: все болезни – 105,9 сл. на 10 000 населения = $105,9 \times 10^{-4}$; болезни кожи и подкожной жировой клетчатки – 90,2 сл. на 10 000 населения = $90,2 \times 10^{-4}$; болезни эндокринной системы – 33,1 сл. на 10 000 населения = $33,1 \times 10^{-4}$; болезни костно-мышечной системы – 383,3 сл. на 10 000 населения = $383,3 \times 10^{-4}$.

Выводы. Выявлено превышение содержания в почве мышьяка в 2 – 75 раза, свинца в 3,4 – 112,5 раза, цинка в 5,9 - 1957 раз, что позволяет предполагать –рост общей заболеваемости населения и ряда нозологических единиц обусловлен неблагоприятным воздействием тяжелых металлов на взрослое население.

Существует настоятельная необходимость в организации превентивного питания для взрослого населения, в первую очередь, пектинопрофилактики. Пектины блокируют

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

всасывание тяжелых металлов на уровне желудочно-кишечного тракта, способствуют выведению их из организма, обладают антиоксидантным действием.

Ткаченко О.Н

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ДЛЯ ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ

Научный руководитель – доц. Выхованец Т.А.

Цель изучение качественного и количественного состава рациона и режима питания лиц, ведущих активный образ жизни и занимающихся спортом

Материалы и методы. Проанализированы литературные источники, в которых представлена оценка рационов питания спортсменов.

Результаты. В норме для здорового человека прием основных нутриентов (белков, жиров, углеводов) в процентах от общей калорийности рациона должен быть следующим: белки – 11%, углеводы – 64%, жиры – не менее 25%.

Необходимая энергоценность для поддержания постоянного веса учитывается по следующей формуле:

- вес (в фунтах) x 14 – для женщин
 - вес (в фунтах) x 15 – для мужчин
- (1 фунт = 0.453 кг).

Получившееся значение показывает приблизительное количество калорий, необходимое для поддержания веса (базового обмена веществ). Если цель – набор мышечной массы, то необходимо прибавить к калорийности суточного рациона еще 500 калорий – это количество, которое необходимо для положительного энергетического баланса при работе на последующий набор массы тела.

Следует учитывать тип телосложения. (эктomorф, мезоморф и эндоморф) для составления правильного рациона питания, и дневную физическую активность. Эктomorф может добавить еще 1000 базовых калорий к своему рациону. Если работа связана с повышенной физической активностью, то общую дневную калорийность рациона следует увеличить примерно еще на 500 калорий. Рекомендованный режим питания – 5-6 раз в сутки. Лучше принимать пищу при наличии чувства голода. Утром, после сна, рекомендуется принять белково-углеводную пищу для нейтрализации катаболизма и «запуска» дневных анаболических реакций. Рацион перед тренировкой должен содержать углеводы, белки и не более 3 г жиров. За 2 часа до начала тренировки необходимо употребить белково-углеводную пищу, чтобы повысить уровень инсулина в крови и поднять энергетический тонус.

«Ударный» прием белков нужен после окончания тренировки, в течение 60-120 минут после завершения физических нагрузок. Своевременный прием белка в этом интервале времени является мощным стимулятором анаболизма.

В дни отдыха от тренировок необходимо увеличить общую калорийность рациона. Это возможно за счет включения в меню комплексных углеводов.

В спортивном питании рекомендовано дробное питание в рамках необходимого числа калорий. В течение первых недель регулярных тренировок следует отказаться от вредных продуктов — кондитерских изделий, жирной пищи, животных жиров, хлебобулочных изделий из муки высшего сорта.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. Правильное питание при занятии спортом необходимо для поддержания гомеостаза организма, улучшения общего состояния, повышения функциональных возможностей для достижения высоких спортивных результатов.

Червоня О.Я., Логвинова В.В.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПОЧВЫ ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Научный руководитель - проф. Ластков Д.О.

Цель. Гигиеническая оценка загрязнения окружающей среды г.Донецка и выявление зависимости между уровнем загрязнения кадмием, медью и показателями заболеваемости детского населения г.Донецка и разработка рекомендаций по профилактике их неблагоприятного влияния.

Материалы и методы. Проведен анализ более 25 источников научной, научно-технической литературы. За основу исследования был взят отчет Института минеральных ресурсов, составленный в 90-х годах XX века. Проанализирована заболеваемость детского населения г. Донецка в целом и наиболее загрязненного района согласно официальным учетно-статистическим формам.

Результаты. В почвах города Донецка концентрация тяжелых металлов составляла: для кадмия – 0,5 – 70 мг/кг почвы, для меди - 37,5-150 мг/кг почвы (при ОДК для кадмия - 0,5 – 2,0 мг/кг почвы (в зависимости от кислотности почвы), ПДК для меди - 3,0 мг/кг почвы). В Ворошиловском районе уровни колебания концентрации меди составляют от 37,5 до 62,5 мг/кг почвы (превышает ПДК в 12,5-20,8 раза), а уровень кадмия находится в пределах ОДК – 0,5 мг/кг. Максимальное содержание данных поллютантов отмечалось в Буденновском районе в зоне влияния завода «Вторцветмет», где концентрация кадмия составляла от 12 до 5630 мг/кг почвы, а меди – 37,5 - 10000 мг/кг почвы.

Проведен сравнительный анализ заболеваемости детского населения Буденновского района и города в целом. Отмечается рост заболеваний нервной системы (в 1,9 раза), болезней мочеполовой системы (в 1,8 раза), болезни глаз (в 1,5 раза), новообразований (в 1,2 раза). Риски повышенной заболеваемости для заболеваний нервной системы составляют 189,1 случая на 10 000 детского населения или $198,1 \times 10^{-4}$, болезней мочеполовой системы – 108,9 случая на 10 000 детского населения или $108,9 \times 10^{-4}$, болезни глаз - 180,8 случая на 10 000 детского населения или $180,8 \times 10^{-4}$, новообразований – 4,3 случая на 10 000 детского населения или $4,3 \times 10^{-4}$.

Выводы. Выявлено превышение содержания в почве кадмия в 6-24 и 2815-11260 раза, меди в 12,5 – 3333 раза, что позволяет предполагать – выявленный рост ряда нозологий обусловлен неблагоприятным воздействием данных тяжелых металлов на детское население.

Существует настоятельная необходимость в организации превентивного питания для детского населения, в первую очередь, пектинопрофилактики. Прежде всего, превентивное питание следует ввести в общеобразовательных школах и детских дошкольных учреждениях. В питании детей можно применять различные виды пектинов –

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

яблочный, свекловичный в натуральном виде (фрукты, овощи) или в составе биологически активных добавок (в сухом и жидком виде).

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г. Донецк, ДНР

Кафедра гигиены ФИПО

Зав. кафедрой – проф. Ермаченко А.Б.

Андреев Р.Н.

**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА
г. ДОНЕЦКА ЗА ПЕРИОД 2014-2016 гг.**

Научный руководитель - доц. Садеков Д.Р.

В настоящей работе рассмотрены основные гигиенические аспекты вопроса загрязнения атмосферного воздуха крупного промышленного населенного пункта - города Донецка.

Цель: Изучить состояние воздушного бассейна г. Донецка и определить его влияние на состояние заболеваемости населения за период 2014-2016 гг.

Материалы и методы. Были проанализированы данные отчетов «Показатели здоровья населения и деятельности медицинских учреждений ДНР», материалы Донецкой городской СЭС за период 2014-2016 гг.

Результаты: Интенсивное развитие промышленности и транспорта в городе обуславливает поступление в атмосферный воздух значительного объема и широкого спектра загрязняющих веществ. Основными вредными веществами, влияющими на загрязнение атмосферного воздуха, являются газообразные (82%) и твердые (18%) вещества. Несмотря на снижение промышленного производства,

город Донецк остается одним из наиболее загрязненных населенных пунктов Республики, в котором процент отклонений исследований атмосферного воздуха составляет от 2,3% до 5,0%. Содержание отдельных вредных веществ в атмосферном воздухе характеризуется повышением допустимых концентраций - пыль – в 1,4 раза выше ПДК; сернистый ангидрид – в 2 раза выше ПДК; оксид углерода – в 3 раза выше ПДК; диоксид азота – в 2,5 раза выше ПДК; аммиак – в 5,5 раз выше ПДК; фенол – в 10 раз выше ПДК; формальдегид – в 6,6 раз выше ПДК.

Территория г. Донецка относится по степени опасности - очень опасный уровень загрязнения атмосферного воздуха, по уровню загрязнения - недопустимый, согласно ГСП-201-97 от 09.07.1997 г.

В структуре общей заболеваемости за исследуемый период на первом месте среди болезней системы кровообращения находится гипертоническая болезнь, среди болезней органов дыхания - пневмонии, среди болезней органов пищеварения - гастрит и дуоденит, среди прочих - болезни мочеполовой системы.

При проведении корреляционного анализа между данными заболеваемости и показателями загрязнения атмосферного воздуха города Донецка за исследуемый период с 2014 по 2016 гг. выявили связь, между заболеваемостью болезнями органов дыхания и показателями загрязнения атмосферного воздуха которая характеризуется как слабая прямая корреляционная связь (коэф. корреляции=0,3), между остальными показателями корреляционная связь отсутствует.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы. За исследуемый период показатели распространенности и заболеваемости по выбранным системам и нозологиям среди населения г. Донецка в целом растет, при этом уровень загрязнения атмосферного воздуха снижается за счет снижения выбросов предприятий. В структуре заболеваемости 1-е ранговое место занимают болезни органов дыхания, 2-е место болезни системы кровообращения, 3 место занимают болезни органов пищеварения.

Блинов Д.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 14 ЛЕТ ГОРОДА ДОНЕЦКА ЗА ПЕРИОД 1981 - 1987 ГГ.

Научный руководитель – асс. Темертей С.И.

Цель. Изучить и сравнить динамику и структуру первичной и общей заболеваемости детей 0-14 лет города Донецка за период 1981-1987 гг.

Материал и методы. Для анализа данных о заболеваемости детей по обращаемости, в том числе выявленной впервые, использована отчетная статистическая форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения гос. учреждения здравоохранения за 1981-1987 гг.

Результаты. Сравнительный анализ заболеваемости детей от 0 до 14 лет города Донецка, 1987 года в сравнении с показателями 1981 г. выявил повышение показателей общей заболеваемости по всем нозологическим единицам.

Выявлена слабая положительная корреляционная связь между уровнем загрязнения атмосферы г. Донецка и заболеваемостью детей болезнями органов дыхания. Можно предположить, что рост общей заболеваемости связан с ухудшением экологической ситуации, поскольку выбросы предприятий коксохимической, угледобывающей и металлургической промышленности увеличились в связи с развитием индустрии в г. Донецке за исследуемый период.

Структура заболеваемости детей существенно не изменилась, однако первое ранговое место принадлежит болезням органов дыхания, второе место занимают болезни органов пищеварения, третье – болезни костно-мышечной системы.

При анализе заболеваемости детей выявлена тенденция роста заболеваний органов дыхания в возрастной категории от 0 до 6 лет по сравнению с категорией от 7 до 14 лет предыдущих лет.

Ведущей патологией детей 0-6 лет являются болезни органов дыхания, что объясняется недостаточной зрелостью легочной ткани в сочетании с техногенным загрязнением региона.

В возрастной категории от 7 до 14 лет на первый план (после болезней органов дыхания) выходят заболевания органов пищеварения и костно-мышечной системы, что характерно именно для этой возрастной группы.

Выводы Сравнительный анализ заболеваемости детей от 0 до 14 лет города Донецка, 1987 года в сравнении с показателями 1981 г. выявил повышение показателей общей заболеваемости по всем нозологическим единицам. Структура заболеваемости детей характеризуется следующим образом на первом ранговом месте болезни органов дыхания,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

второе место занимают болезни органов пищеварения, третье – болезни костно-мышечной системы.

Ермакова Н.Н

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ДОНЕЦКА ЗА ПЕРИОД 2010 - 2014 гг.

Научный руководитель – проф. Ермаченко А.Б.

В настоящей работе рассмотрены основные гигиенические аспекты вопроса заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет в городе Донецке.

Цель: Изучить динамику и структуру первичной и общей заболеваемости у детей 0-14 лет города Донецка за период 2010-2014 гг.

Материалы и методы. Для анализа использовались данные о заболеваемости детей по обращаемости в том числе выявленной впервые использована отчетная статистическая форма №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения».

Результаты: Сравнительный анализ заболеваемости детей от 0 до 14 лет города Донецка, 2014 года в сравнении с показателями 2010 г. выявил снижение показателей общей заболеваемости по всем нозологическим единицам.

Обнаружено, что коэффициенты корреляции между долей проб атмосферного воздуха, не соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, и уровнями заболеваемости детей 0-6 лет и 7-14 лет равняются 0,40 и 0,34 соответственно, т.е. существует слабая положительная связь между уровнем загрязнения воздушного бассейна и заболеваемостью детей болезнями органов дыхания. Можно предположить что снижение общей заболеваемости связано с улучшением экологической ситуации т.к. снизились выбросы предприятий коксохимической, угледобывающей и металлургической промышленности в связи с началом боевых действий в г Донецке.

За период 2010-2014 гг. структура заболеваемости детей существенно не изменилась. В структуре заболеваемости первое ранговое место принадлежит болезням органов дыхания 913.44 на 1000 нас., второе место занимают болезни органов пищеварения 234.96 на 1000 нас., третье – болезни костно-мышечной системы (КМС) 169,62 на 1000нас.

При анализе заболеваемости детей выявлена тенденция роста заболеваний органов дыхания в возрастной категории от 0 до 6 лет по сравнению с категорией от 7 до 14 лет.

Ведущей патологией возрастной категории 0-6 лет является болезни органов дыхания что объясняется незрелостью легочной ткани в сочетании с проживанием на территории с повышенной техногенной нагрузкой.

В возрастной категории от 7 до 14 лет на первый план (после болезней органов дыхания) выходят заболевания органов пищеварения и костно-мышечной системы, что характерно именно для этой возрастной группы.

Таким образом, на рост заболеваний КМС детей возрастной категории от 7 -14 нами определены следующие ведущие факторы:

-школьной мебелью, которая не соответствует санитарно-гигиеническим требованиям;

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

-ежедневным переносом в портфелях, ранцах, рюкзаках тяжелых учебных комплектов для занятий.

-недостатком микро- и макроэлементов, минералов.

-гипокинезией современных детей.

Причиной высокого уровня заболеваемости органов пищеварения является существенные недостатки организации питания:

-нарушения режима питания.

-несбалансированное питание

-нарушения технологий приготовления блюд.

Иванова К.О.

ОСОБЕННОСТИ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОЛИМЕРНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Научный руководитель - доц. Пономарёва И. Б.

Цель. Определить особенности санитарно-гигиенических лабораторных исследований полимерных материалов за период 2015-2017 гг..

Материалы и методы. Для выполнения работы были использованы результаты исследований безопасности полимерных материалов (контактирующих с пищевыми продуктами, детские игры и игрушки, предметы мебели, обувь и одежда, парфюмерно-косметические изделия и товары медицинского назначения) в токсикологической лаборатории Республиканского Лабораторного Центра Государственной санитарно-эпидемической службы, санитарно-гигиенического отделения.

Результаты. В токсикологической лаборатории за исследуемый период проведено всего 42116 исследований безопасности полимерных материалов: органолептических, физико-химических и токсикологических свойств. По сравнению с 2015 годом (3618 исследований) количество исследований в 2017 году увеличилось на 31,5% и составило 20806 образцов. Соответственно на фоне увеличения изученных проб были выявлены изделия, свойства которых не соответствовали гигиеническим нормативам. Анализируя полученные данные, определено, что в 2017 году количество некачественных изделий уменьшилось на 2,9% по сравнению с 2015 годом (8,1%).

Из всех лабораторных исследований, больше всего проводится определение безопасности парфюмерно-косметических изделий и средств личной гигиены, доля этих исследований составляет 72,3%. На втором месте изделия из полимерных материалов для контакта с пищевыми продуктами - 14%. Так же в Донецкой Народной Республике в 2017 году начали выпускать изделия медицинского назначения (включая памперсы, гигиенические прокладки), что составляет 3,4%.

Что свидетельствует о том, что в Донецкой Народной Республике число предприятий которые занимаются изготовлением качественных полимерных изделий выросло. При этом уменьшилось выделение химических веществ в окружающую среду и негативное влияние на здоровья населения.

Вывод. За исследуемый период в 2015 году количество исследований (3618 исследований) в сравнении с 2017 годом увеличилось на 31,5% и составило 20806 образцов. Соответственно на фоне увеличения изученных проб были выявлены изделия,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

свойства которых не соответствовали гигиеническим нормативам. Анализируя полученные данные, определено, что в 2017 году количество некачественных изделий уменьшилось на 2,9% по сравнению с 2015 годом (8,1%).

Линник А.В.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ВОДЫ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ХОЗЯЙСТВЕННО-ПИТЬЕВОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ КИЕВСКОГО РАЙОНА Г. ДОНЕЦКА

Научный руководитель – доц. Садеков Д.Р.,

Цель – разработать мероприятия по улучшению качества воды централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения Киевского района г.Донецка.

Материалы и методы: материалы годовых отчетов 2015-2017гг., материалы Коммунального предприятия «Донецкгорводоканал» за 2015-2017гг.

Результаты: Источниками водоснабжения г. Донецка являются: канал «Северский Донец-Донбасс» и резервное Верхне-Кальмиусское водохранилище. На качество питьевой воды влияют: перебои в подаче питьевой воды, которые приводят к ее застою в трубопроводах, что создает, особенно в летний период, благоприятные условия для размножения кишечных бактерий в воде; наличие тупиковых колонок; течи на сальниках и задвижках; несвоевременность устранения аварийных ситуаций на водопроводах; отсутствие крышек на водопроводных колодцах, что приводит их к засорению различным мусором. В связи с высоким амортизационным износом водопроводных сетей количество аварий на водопроводных сетях остается достаточно высоким: в 2017 г. в Киевском районе г.Донецка зарегистрировано 980 аварий (в 2016 г. – 1 012, в 2015г.- 1238); из них устранено в первые сутки -729 аварий, что составляет 61,7 % ,во вторые сутки-192 аварии (16,5%),в третьи сутки- 32 аварии(2,7%), более 3-х суток- 27аварий (2,3%).

Поэтому устранение проблем в эксплуатации систем питьевого водоснабжения возможно только при условии комплексного подхода к их решению: составление водохозяйственных балансов территории; улучшение качества воды в водоисточнике; разработка методов оценки состояния трубопроводов и схем их санации, внедрение труб из современных материалов; разработка методов мониторинга систем водоснабжения оценки их экологического воздействия на окружающую среду; математическое моделирование систем водоснабжения; разработка генеральных схем водоснабжения на базе генеральных планов развития территорий с учетом децентрализованного и автономного водоснабжения

Выводы: источники водоснабжения, а также состояние инженерных сооружений и технологии очистки воды сегодня являются одними из важнейших составляющих благополучия города в целом. Около 60% водопроводных сетей находятся в ветхом состоянии из-за длительного срока эксплуатации и подвергаются частым аварийным разрывам трубопроводов. Биокоррозионные процессы, проникновение загрязнений через уплотнение, колебания давления в сети, наличие тупиковых участков водопровода, перераспределение потоков воды в сетях являются основной причиной вторичного загрязнения воды при её транспортировке по водоводам, магистральным трубопроводам, разводящей сети. Разработаны и предложены мероприятия по улучшению качества воды централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения Киевского района г.Донецка.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Смирнова А.В.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ Г. МАКЕЕВКИ ЗА 2013 - 2017 ГОДЫ

Научный руководитель – доц. Котов В.С.

Цель. Оценить влияние качества питьевой воды на заболеваемость населения г. Макеевки.

Материал и методы. Для выполнения работы были использованы первичные материалы лабораторного контроля качества питьевой воды и заболеваемости населения Городского Центра санитарно-эпидемиологического надзора г. Макеевки. Проведена группировка и статистическая обработка данных.

Результаты. Из числа нестандартных по бактериологическим показателям проб питьевой воды, в первую очередь, обращает на себя внимание высокий удельный вес проб, загрязненных патогенной флорой и условно патогенной флорой - 12,74%.

Из числа нестандартных санитарно-химических проб питьевой воды наиболее значительные отклонения показали: сухой остаток (18,69%), общая жесткость (13,18%), сульфаты (9,03%).

Основными точками водопровода, в которых регистрировались высокие нестандартные санитарно-химические показатели, являются подземные водоисточники (51,11%) и головные сооружения (27,39%).

Анализ сезонности микробиологических показателей питьевой воды показал рост показателя нестандартных проб в марте (4,99%), августе (6,29%) и ноябре (6,62%).

При оценке сезонности санитарно-химических показателей питьевой воды обращает на себя внимание рост удельного веса нестандартных проб в сентябре (32,69%), июне (26,89%) и апреле (26,66%).

Максимальный показатель заболеваемости органов пищеварения населения г. Макеевки (на 10 тысяч населения) в 2014 году составил 3,6; а минимальный – в 2015 году – 3,2. В целом за период исследования прослеживается тенденция к снижению уровня заболеваемости органов пищеварения.

Максимальный показатель заболеваемости органов мочеполовой системы (на 10 тысяч населения) за исследуемый период составил в 2014 году (11,6), а минимальный – в 2017 году (8,4). Прослеживается тенденция к снижению уровня этой заболеваемости.

Слабую зависимость уровней заболеваемости органов пищеварения от показателей как санитарно-химических отклонений питьевой воды, так и от показателей бактериального загрязнения подтверждают коэффициенты корреляции (0,23 и 0,38 соответственно).

Причинно-следственная связь между уровнями заболеваемости органов мочеполовой системы населения г.Макеевки и удельным весом нестандартных проб питьевой воды по микробиологическим показателям характеризуется коэффициентом корреляции 0,41, что указывает на зависимость слабой степени, связь с показателями санитарно-химических отклонений ($k = 0,73$) была более сильной.

Выводы. Показатели заболеваемости населения г. Макеевки в слабой степени связаны с показателями качества питьевой воды, что указывает на необходимость изучения комплексного воздействия на заболеваемость факторов окружающей среды и социально-экономических условий.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Соколова О.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТРУДЯЩИХСЯ ДНР ЗА ПЕРИОД 2015 -2017 ГОД..

Научный руководитель – доц. Садеков Д.Р.

Цель: Провести анализ профессиональной заболеваемости рабочих ДНР на предприятиях различных отраслей промышленности ДНР за период 2015 -2017 гг.

Материал и методы: Отчеты по форме №5 (случай профессионального заболевания); «Информация о состоянии профессиональной заболеваемости на территории ДНР за 2015- 2017 г.»

По результату анализа заболеваемости трудящихся ДНР на предприятиях различных отраслях промышленности за период 2015 -2017 год, наблюдается значительный прирост случаев профзаболеваний с 2015 года по 2017 год на 90%, при уменьшении количества рабочих различных отраслей промышленности. Соответственно за счет снижения количества трудящихся и роста случаев профессиональных заболеваний увеличился показатель профессиональной заболеваемости на 10 000 трудящихся с 1,4 случая в 2015 году до 12,3 случая в 2017 году. На первом ранговом месте по количеству профессиональных заболеваний находится г. Шахтерск, однако в 2015 году это место занимал г. Макеевка. На втором месте г. Донецк, на третьем г. Торез

Значимую долю профессиональных заболеваний приходится на пылевую патологию за изучаемые годы. Наибольшее количество случаев профзаболеваний зарегистрировано среди трудящихся предприятий угольной промышленности - 98%. При анализе профессиональной заболеваемости рабочих угольной промышленности по нозологическим формам удельный вес случаев заболеваний опорно-двигательного аппарата - 30%, вибрационная болезнь – 25%, и пневмокониозы 20% и другие проф.заболевания - 25%.

По профессиональному признаку случаи профессиональной заболеваемости распределяются следующим образом на горнорабочих очистного забоя приходится -40%, проходчик - 30%, что соответствует вредным и опасным условиям труда данной категории рабочих, нарушением техники безопасности и несовершенстве технологических процессов, конструктивные недостатки машин и оборудования.

Профессиональные заболевания у трудящихся регистрируются преимущественно в возрасте от 50 до 59 лет, которые имеют стаж работы во вредных и неблагоприятных условиях труда больше 20 лет. Что обусловлено длительной работой трудящихся в условиях воздействия вредных факторов производственной среды.

Выводы. По результату анализа заболеваемости трудящихся ДНР на предприятиях различных отраслях промышленности за период 2015 -2017 год, наблюдается значительный прирост случаев профзаболеваний на 90%. Значимую долю профессиональных заболеваний приходится на пылевую патологию за изучаемые годы. Наибольшее количество случаев профзаболеваний зарегистрировано среди трудящихся предприятий угольной промышленности - 98%, среди которых удельный вес случаев профзаболеваний опорно-двигательного аппарата - 30%, вибрационная болезнь – 25%, и пневмокониозы 20% и другие проф.заболевания - 25%. По профессиональному признаку случаи профессиональной заболеваемости распределяются следующим образом на

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

горнорабочих очистного забоя приходится -40%, проходчик - 30%, что соответствует вредным и опасным условиям труда данной категории рабочих. Профессиональные заболевания у трудящихся регистрируются преимущественно в возрасте от 50 до 59 лет, которые имеют стаж работы во вредных и неблагоприятных условиях труда больше 20 лет.

Хлопова А.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ГРИБАМИ Г. ДОНЕЦКА ЗА ПЕРИОД С 2013 ПО 2016 ГГ. И МЕРОПРИЯТИЯ ПО ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ

Научный руководитель – асс. Темертей С.И.

Цель: провести анализ случаев пищевых отравлений грибами г. Донецка за период с 2013 по 2016 гг.

Материал и методы: Журнал регистрации случаев пищевых отравлений за период с 2013 по 2016 гг.

При анализе динамики пищевых отравлений грибами г. Донецка за период с 2013г. по 2016г. можно сделать вывод, что данный процесс имеет тенденцию к снижению. Данное явление можно объяснить меньшим спросом на грибную «охоту» с началом вооруженного конфликта на территории Донецкой области весной 2014г. В 2013г. число зарегистрированных случаев пищевых отравлений грибами довольно высоко, что может быть обусловлено отсутствием навыков сбора ядовитых грибов-двойников, а также существенное значение в возникновении грибных отравлений имеет недостаточный уровень знаний у населения необходимости предварительной детоксикации съедобных и условно-съедобных грибов. В 2015г. количество случаев пищевых отравлений грибами свелось к нулю. Со стабилизацией ситуации в 2016г. наблюдается незначительный рост числа случаев пищевых отравлений грибами.

Помесячное распределение пищевых отравлений грибами выглядит следующим образом: сезонность летне-осенняя, что соответствует литературным данным и может быть объяснена следующим:

-в появлении грибов существует определенная последовательность-сезонность, в связи с чем, в зависимости от начала вегетации, различают весенние, летние и осенние грибы;

-грибной сезон начинается рано, с конца апреля-первой половины мая, с появлением первых съедобных (шампиньон полевой и обыкновенный) и условно-съедобных (сморчки обыкновенный и конический, шапочка сморчковая) грибов, а также их ядовитых двойников(шампиньон ядовитый, строчки). К концу мая начинается вегетация и других ядовитых грибов, таких как энтолома серая ядовитая, иноцибе Патуйяра;

-наиболее интенсивно плодоношение в июне-июле и сентябре-октябре. Ядовитые грибы этого периода представлены бледной поганкой, Иноцибе полосатым, мухоморами (поганковидный, красный, пантерный).

Анализируя пищевые отравления грибами среди различных возрастных групп населения за период 2013-2016гг. следует отметить, что основной удельный вес (34% в 2013г., 44% в 2014г. и 50% в 2015г.) составляет возрастная группа 50-60 лет. Значительная

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

доля пищевых отравлений грибами приходится на возраст 30-40 лет в 2013г. и 60-70 лет в 2014г.- 25% и 23% соответственно. Удельный вес возрастной группы 60-70 лет в 2013г. почти аналогичный в 2014 и 2016гг. До нуля снизилась встречаемость пищевых отравлений грибами в 2016 г. в возрасте от 20 до 50 лет и были зарегистрированы единичные случаи отравлений в возрасте 17 и 69 лет.

Вывод. Анализ признаков пищевых отравлений грибами населения г. Донецка за период с 2013г. по 2016г. показал тенденцию к снижению, что обусловлено меньшим спросом на грибную «охоту» с началом вооруженного конфликта на территории Донецкой области весной 2014г.

Помесячное распределение пищевых отравлений грибами среди населения г. Донецка имеет выраженную летне-осеннюю сезонность.

Основной удельный вес пищевых отравлений грибами приходится на население в возрасте 50-60 лет.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург, Россия Кафедра общей и коммунальной гигиены Зав. кафедрой - проф. Боев В.М.

Волкова В.И., Антипова А.В., Козлова М.Л.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВИЧ + ТУБЕРКУЛЕЗ

Научный руководитель - доц. Кряжев Д.А.

На сегодняшний день, учитывая сложную эпидемиологическую обстановку по сочетанной патологии ВИЧ + туберкулез, наблюдается увеличение числа больных с сочетанной патологией в районе обслуживания поликлиники № 1 ГБУЗ «Оренбургский городской клинический противотуберкулезный диспансер» (далее – ГБУЗ «ОГКПТД») и по Оренбургской области в целом.

Цель: Анализ структуры заболеваемости населения сочетанной патологией ВИЧ + туберкулез.

Материалы и методы: Анализ распространённости и заболеваемости проведен на основании данных официальных статистических форм Федеральной службы государственной статистики за 2017г., а так же на основании данных ГБУЗ «Оренбургский городской клинический противотуберкулезный диспансер».

Результаты: Удельный вес впервые выявленных больных сочетанной патологией туберкулез + ВИЧ ко всем впервые выявленным больным туберкулезом в 2017 г. составил: в ГКБ №5 – 57,7; ГКБ №6 – 54,4; ГКБ им. Пирогова – 35,4; поликлинике №1 ГБУЗ «ОГКПТД» г. Оренбург – 43,4. Удельный вес ВИЧ инфицированных среди контингентов больных туберкулезом в 2017 г.: в ГКБ №5 – 41,2; в ГКБ №6 – 37,6; ГКБ им. Пирогова – 34,3; поликлинике №1 ГБУЗ «ОГКПТД» г. Оренбург – 38,6. Распространенность сочетанной патологии туберкулез + ВИЧ на 100 тыс. населения за 2017 г.: в поликлинике №1 ГБУЗ «ОГКПТД» г. Оренбург – 76,4; г. Новотроицке -111,3; г.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Орске – 118,9; Оренбургской области – 48,5. Смертность от ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом, на 100 тыс. населения за 2017г.: в поликлинике №1 ГБУЗ «ОГКПТД» г. Оренбург – 13,5; г. Оренбурге – 11; г. Новотроицке – 16; г.Орске – 33; Оренбургской области – 13,9.

Выводы: Несмотря на проводимые мероприятия, распространение сочетанной патологии туберкулез + ВИЧ указывает на то, что принимаемых в настоящее время мер по сдерживанию эпидемии проводится недостаточно или эти меры не эффективны. В связи с этим следует систематически работать с асоциальными больными для привлечения их к контролируемому лечению и обследованию. Необходимо привлекать бациллярных больных на принудительное лечение через прокуратуру; осуществлять максимальный контроль каждого впервые выявленного больного; широко использовать весь спектр лечебных мероприятий, в том числе санаторно-курортное лечение; улучшить разъяснительную работу с лицами, которым показано оперативное лечение.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии
Зав. кафедрой - проф. Домашенко О.Н.

Кирпун Д. Л.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А В РЕГИОНЕ ДОНБАССА

Научный руководитель – проф. Домашенко О.Н.

Цель. Анализ клинико-эпидемиологических признаков вирусного гепатита А (ВГА) у взрослых больных в регионе Донбасса.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ эпидемиологической характеристики ВГА в Донецкой области у 1702 больных, за период с 2007 по 2017 г.г. Клиническое течение ВГА изучено у 54 больных с подтвержденным заболеванием (IgM к вирусу гепатита А), от 15 до 62 лет (женщин - 20, мужчин - 34), госпитализированных в инфекционный стационар ЦГКБ № 1 г. Донецка за период 2012-2017 г.г.

Результаты. Заболеваемость ВГА в Донецкой области с 2007 года имела стойкую тенденцию к снижению с 10,9 в 2007 г. до 1,95 в 2014 г. на 100 тыс. населения. С началом боевых действий на Донбассе заболеваемость ВГА повысилась до 4,61-3,06 на 100тыс. населения в 2014-2017 г.г. Случаи ВГА регистрировались у 18,5 % в летние месяцы, у 29,6% – в осенний, у 33,3% - в зимний периоды. 3,7% больных связывали заболевание с употреблением загрязненных овощей и фруктов, 83,4% - некипяченой воды, 12,9% - отмечали бытовой контакт с заболевшим ВГА. В 5,5% случаев выявлены семейные очаги (3 больных). Преобладали лица среднего возраста (53 %), у 7,4 % больных возраст был 51-70 лет. Большинство больных - городские жители (98,1 %). Безжелтушная форма ВГА наблюдалась у 4 % больных, поводом для их госпитализации были жалобы на выраженную слабость, анорексию, боль в эпигастрии, подташнивание, повышение сывороточных ферментов до уровня 10 и более норм. У 96% пациентов диагностирована желтушная форма заболевания. Средняя продолжительность преджелтушного периода (ПП) составила $7,8 \pm 0,92$ дня. У 11,5 % пациентов ПП отсутствовал, заболевание манифестировалось основным признаком – желтухой. Преобладало средне-тяжелое течение (94,5 %), у 3-х больных (5,5 %) отмечена тяжелая форма болезни. При тяжелом течении ВГА наблюдались признаки печеночно-клеточной недостаточности: билирубинемия 240-276 мкмоль/л, снижение протромбинового индекса до 68-70 %, уровня тромбоцитов до 126-134 г/л. Продолжительность желтушного периода в среднем составила $15,4 \pm 0,32$ дня. Летальные случаи ВГА не регистрировались.

Выводы. ВГА остается актуальной проблемой инфектологии для Донбасса в связи с нарастающей заболеваемостью в период военных действий. Обращает внимание частота водного фактора инфицирования. У взрослых больных ВГА преобладала желтушная форма заболевания со средне-тяжелым течением. Профилактика ВГА включает санитарный контроль за пищевыми объектами и реализуемыми продуктами питания,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

качеством воды, санитарно-просветительную работу и, возможно, вакцинацию при ухудшении эпидемической ситуации.

Максимова М.А.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ПЕРИОД СОЦИАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ.

Научный руководитель – доц. Колесникова А.Г.

Цель. Проанализировать особенности эпидемиологического процесса вирусного гепатита В (ВГВ) на территории Донецкой Народной Республики (ДНР).

Материалы и методы. Был проведён ретроспективный эпидемиологический анализ по данным официальной статистики Центра Санитарно-Эпидемиологического Надзора города Донецка.

Результаты. На территории ДНР ВГВ занимает значительное место в структуре инфекционной патологии. По официальным данным, ежегодно в ДНР регистрируется более 50 случаев хронического и 100 случаев острого ВГВ. Течение ВГВ может привести к циррозу печени, гепатоцеллюлярной карциноме, носительству или выздоровлению. Так по материалам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) от последствий ВГВ ежегодно в мире умирает около 600 тыс. человек. Анализируя данные многолетней заболеваемости ВГВ на 100 тыс. населения в Донецком регионе с 2006-2017 гг., установлено снижение показателей заболеваемости в 4 раза, что показывает положительный эффект вакцинации (не только новорождённых). По данным ВОЗ, поствакцинальный иммунитет сохраняется на протяжении 20 лет. Также, рассматривая заболеваемость за 11 лет среди детей 0-14 лет, можно установить присутствие чёткой периодичности с подъёмами в 2010 и в 2015 гг, которая составляет приблизительно 4 года. Следовательно, возбудитель ВГВ подчиняется законам эпидемиологического процесса, хотя многие литературные источники отрицают эту тенденцию. Согласно данным с 2006 по 2014 гг. в Донецке, ведущим путём передачи ВГВ является парентеральный путь (56,04%), далее отводится место - артериальному (22,4%), половому (14,22%), вертикальному (0,58%) и другим (6,76%) путям. Рассматривая показатели средней структуры населения по половому и возрастному признаку инфицированных ВГВ с 2006-2014 гг. в г. Донецке, установлена незакономерная тенденция - в группе «0-18 лет» преобладают девочки (58%), а в группе «19 лет и более» больший процент занимают мужчины (61%). Анализируя данные о средней заболеваемости ВГВ по районам г. Донецка с 2012 по 2014 гг. рост наблюдался в Буденовском (в 1,1 раз) и Петровском районах (в 1,45 раз); а спад регистрировался в Киевском (в 1,37 раз), Кировском (в 1,42 раз), Куйбышевском (в 4,85 раз) и Ленинском (в 3,79 раз) районах.

Выводы. Было установлено за 11 летний период, что снижение заболеваемости обусловлено эффектом от вакцинопрофилактики. Также, выявлено, что периодичность ВГВ составляет 4 года. Ведущим путём передачи является парентеральный путь. При этом, по половому и возрастному признаку среди детей преобладают девочки, а среди взрослых - мужчины.

Сапьянная М.В., Гридасов В.А.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Научный руководитель - проф. Домашенко О.Н.

Цель. изучение эпидемиологических особенностей течения менингококковой инфекции (МИ) на современном этапе.

Материал и методы. Исследование методами теоретического исследования (анализ, синтез, формализация) отчетных данных ВОЗ и региональных структур здравоохранения РФ, Китая, США.

Результаты. МИ, вследствие тяжелого течения заболевания и большой вероятности развития осложнений, является современной всемирно актуальной проблемой, что подтверждается данными из более чем 150 стран. Ежегодно, по оценкам ВОЗ, регистрируется более 300 тыс. случаев МИ в мире с 30 тыс. летальных исходов. В Европе, в Северной и Южной Америке заболеваемость составляет 0,5-8,9 случая на 100 000 населения. В США МИ занимает лидирующие позиции в структуре бактериальных менингитов и сепсиса. В Китае заболеваемость составляет менее 0,52 случая на 100000 населения. В 26 странах «менингитного» субэкваториального пояса (Африка) МИ является важнейшей причиной эпидемий с высокими показателями летальности. Заболеваемость МИ в России составляет 0,51 на 100 000 населения, среди детей от 0 до 14 лет - 2,16 на 100 000, у детей первого года жизни в отдельных регионах – 12-18 на 100 000. Отмечается рост заболеваемости МИ в организованных коллективах: среди новобранцев и студентов-первокурсников, а также во временных трудовых коллективах рабочих-контрактников строительных специальностей. Важным параметром в надзоре за МИ является серогрупповая характеристика менингококков. Заболеваемость на 98–99% формируется менингококком трех серогрупп – А, В и С. В России в течение 5 лет отмечалось преобладание менингококка серогруппы В (25-32%), менингококки серогруппы А и С встречались с сопоставимой частотой 17-30% и 19-23% соответственно. На долю других серогрупп (Х, Y, W135 и пр.) приходится 1–2% заболеваний. Вместе с тем, в этиологической структуре генерализованной МИ на территории Москвы с 2014 года наблюдается увеличение доли менингококка W135 (M-W135). Анализ МИ у детей Санкт-Петербурга за 2015-2017 гг. также показал рост заболеваний, вызванных M-W135. Определены клинические особенности генерализованной МИ, вызванной M-W135: подострое начало заболевания, появление на 4–6 день болезни не обильной геморрагической сыпи с преимущественной локализацией на дистальных отделах конечностей, небольшим нейтрофильным плеоцитозом при нормальных показателях уровня белка в ЦСЖ, незначительным лейкоцитозом с резким сдвигом формулы влево. В европейских странах также наблюдается случаи МИ за счет серогруппы W - данные случаи описаны как тяжелые, с высокой лихорадкой, менингитами, менингококцемией, с нетипичными симптомами, осложнениями и нередко летальными исходами.

Выводы. МИ остается актуальной инфекцией современности. К сожалению, бактериологической расшифровке подвергается не более половины случаев клинически зарегистрированной МИ. Важными являются учет серогрупповой принадлежности

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

возбудителя и показателей носительства менингококка в популяции, что имеет существенное эпидемиологическое значение в отношении распространения инфекции.

Олексенко Л.В.

ИЗУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КОРИ И ЕЕ ПРИЧИН

Научный руководитель - доц. Романенко Т.А.

На современном этапе ВОЗ поставила задачу элиминации кори с помощью всеобщей, безопасной и эффективной вакцинации. До широкого внедрения вакцинопрофилактики в 1980 г. в мире произошло 2,6 миллиона случаев смерти от кори, в 2000 г. – 550000 случаев, в 2016 г. – 90000 случаев. С 2000 г. детям было предоставлено 5,5 миллиарда доз противокоревой вакцины, что позволило спасти около 20,4 миллиона жизней.

Цель. Изучить современные особенности распространения кори на разных территориях и оценить влияние вакцинопрофилактики.

Материал и методы. С помощью эпидемиологического метода исследования проанализированы официальные статистические данные ВОЗ и МЗ ДНР о заболеваемости корью.

Результаты. Вспышки кори в последние годы регистрировались в Нидерландах (1999-2000 гг.), Ирландии (2000 г.), Нигерии (с 2001 г. до настоящего времени), США штат Индиана (2005 г.), Румыния, Италия, Украина (2016-2017 г.). Они связаны с отказом от прививок и снижением коллективного иммунитета. В 2017 г. в Украине зафиксировано свыше 4782 случаев кори. В начале 2018 г. уровень заболеваемости сохраняется высоким, зарегистрировано 5097 случаев, из них 1693 – взрослые, 3404 ребенка.

На территории ДНР с 2014 г. до 2018 г. корь не регистрировалась.

Однако в связи со вспышкой кори на соседней территории Украины, а также низким уровнем охвата вакцинацией населения, возникло эпидемическое неблагополучие по кори. Показатель заболеваемости составил 6,5 на 100 тыс. населения. Всего зарегистрировано 152 случая кори (в том числе – 83 случая у детей) на 11 административных территориях Республики. Летальных исходов не возникало.

Прививочный статус заболевших был таким: 22 человека (14,4 %) прошли полный курс вакцинации, 22 заболевшим (14,4 %) она проводилась однократно, у 62 (40,8 %) прививочный анамнез не установлен, 46 заболевших (30,3 %) не были привитыми. То есть, более 70 % лиц, охваченных вспышкой кори, не имели профилактических противокоревых прививок.

Выводы. Полученные данные о современном распространении кори свидетельствуют о том, что основной причиной эпидемического неблагополучия является снижение иммунной прослойки населения к кори из-за нарушений в организации иммунопрофилактики кори, недостатка вакцинных препаратов, отказа родителей от вакцинации своих детей и других погрешностей. Постоянное слежение за иммунной прослойкой, качественная организация прививок против кори позволят снизить заболеваемость и добиться успехов в выполнении задачи ВОЗ по элиминации кори.

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР

Кафедра физического воспитания

Зав. кафедрой – доц. Добровольская Н.А.

Доценко А. К., Храповицкий К. Д., Мозговой И. С.

ЭФФЕКТИВНЫЙ ЛИПОЛИЗ, В ЧАСНОСТИ, ЗОНА ЭКСТЕНСИВНОЙ МОЩНОСТИ

Научный руководитель – доц. Добровольская Н.А.

Цель. Исследование и разработка механизмов адаптации организма к условиям эффективного сжигания жира. Стимуляция энергетических зон, используя показатели мощности. Оптимизация адаптационных способностей в условиях высокоинтенсивной работы в зоне экстенсивности. Вычисление зон по методу поверметрии.

Материал и методы. Тестирования с использованием велоэргометра Tасх NEO, кардиомонитора, анализ полученных результатов при помощи построения графиков в специальных программах. Определение зоны экстенсивной мощности.

Результаты. Диеты же вызывают дисбаланс грелин-лептиновой системы, что лишь усугубляет проблему. Основным решением данной проблемы может являться разработка нового способа тренировок, во время которого будет более интенсивный липолиз. Для процессов жира сжигания нужно большое кол-во кислорода, т.е. нужна такая зона, при которой будет необходимая интенсивность. Для начала проводится FTP (functional threshold power) тест, специальный тест с несколькими включениями на велоэргометре и ээтом в 20 мин. После разбивается корреляция пульса с мощностью и выводятся зоны по степени интенсивности от ftp. Ftp – соответствует порогу элиминирования лактата, после организм закисляется, а в последствии повреждается мышечная ткань за счет выхода ферментов. Зона до порога и ниже на 10 % соответствует балансу степени вовлеченности организма в нагрузку и хорошего снабжения кислородом, когда при зачислении все переводиться в анаэробный режим и включаются механизмы Креатин-фосфата и лактата. Накопление лактата в тканях будет выражено при длительной работе за зоной ПАННО (максимальна характеристика аэробного обмена), что обуславливается гиперпотребностью организма в АТФ, повышением отложения лактата в мышцах. Тренировка при помощи измерителей ЧСС за зонной ПАННО невозможна, так как отношение нагрузки к чсс из линейного становится параболическим. Измерители мощности идентично соответствуют зонам энергообмена, поэтому тренировки с определенной мощностью будут тренировать конкретные этапы энергетического обмена. Таким образом тренировка в зоне экстенсивной мощности направлена на целенаправленное элиминирование жировой ткани путем нахождения момента максимального использования кислорода и длительности тренировок. Максимальный эффективны тренировки при длительности от 3 часов в данной зоне.

Выводы. Понимание энергетических процессов, протекающих в организме человека в реальном времени и при анализе открывает огромные перспективы в изучении и прогнозировании состояния человека в условиях максимального кислород потребления и липолиза.

**Оренбургский государственный медицинский университет
Кафедра физической культуры, зав. кафедрой – доц.
Ермакова М.А.**

Коханова Д.А., Борзенкова Е.А., Ромахова А.Д.

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РИТМИКИ У СТУДЕНТОВ
СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ**

Научный руководитель – асс. Коротаева М.Ю.

Цель: Ознакомиться с физическим направлением – ритмика, оценить их влияние на адаптацию сердечно-сосудистой и дыхательной систем к повышенным нагрузкам, доказать рациональность внедрения ритмики в учебный процесс у студентов специальной группы, обосновать эффективность данных упражнений у студентов специальной группы.

Материалы и методы: В ходе исследования оценивались данные медицинского заключения, антропометрические показатели, показатели выносливости и активности, процесс развития адаптации к физическим нагрузкам, субъективные ощущения исследуемых. 11 студентов из специальной группы в течение 3 месяцев вместо обычных уроков физической культуры посещали занятия по ритмике. Занятие проводилось в урочной форме и включало в себя: разминку, которая составляла 15 % по отношению ко всему времени занятия, основную часть, 70% от всего времени занятия, заключительная часть- 15 %. В разминку, особенно важную при работе с данным контингентом, включались простые танцевальные движения с постепенно увеличивающейся амплитудой. В основной части занятия проводилась «кардио-тренировка», состоящая из разнообразных танцевальных движений на различные группы мышц с индивидуальным контролем интенсивности в зависимости от уровня подготовленности и физической формы студентов.

Результаты: В ходе исследования у 11 студентов из 11 отмечали: подъем настроения, ощущение бодрости, отметили повышение резистентности к физическим нагрузкам. 8 из 11 исследуемых отметили меньшую частоту заболеваемости по сравнению с предыдущими годами. У исследуемой группы была дважды проведена проба Штанге (первая проба перед началом занятий ритмикой; 2- через 3 месяца). Результаты пробы Штанге: до занятий ритмикой в среднем 28 с ($\pm 0,93$), что не соответствует параметрам нормы, через 3 месяца в среднем 45 с. Показатели ортостатической пробы: в положении лежа в среднем 71 уд/мин ($\pm 1,5$), в положении стоя – 112 уд/мин ($\pm 1,5$). В положении стоя показатели выше нормы. Результаты ортостатической пробы через 3 месяца показали хорошую переносимость, т.к частота сердечных сокращений увеличилась в положении стоя в среднем на 10-12 ударов. У 8 студентов из 11 до проведения занятий по ритмике

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

индекс Брока-Бругша был выше нормы. Через 3 месяца индекс Брока-Бругша снизился на 12%.

Выводы: Исходя из полученных данных внедрение упражнений ритмики при построении занятия у студентов с ослабленным здоровьем положительно влияет на физическое развитие студентов данной группы, а также способствует укреплению состояния здоровья, улучшению адаптационных способностей организма в целом.

Кутарева А. А.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕССОТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У СПОРТСМЕНОВ

ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,
Россия

Кафедра физической культуры, зав. кафедрой - Ермакова М. А.
Научный руководитель – Мартын И. А.

Цель: оценить клиническую результативность прессотерапии в качестве профилактики ВБНК у молодых спортсменов с повышенным риском заболевания.

Материалы и методы: По данным Всемирной организации здравоохранения, на 2017 год в России официально зарегистрировано 38 млн случаев варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК). Спортсмены наиболее подвержены ВБНК, поэтому изучение эффективности прессотерапии в целях профилактики данного заболевания является актуальным. Под наблюдением находились 63 спортсменов ОрГМУ в возрасте от 18 до 25 лет, которые находились в группе риска по ВБНК, так как отмечали усталость и припухлость в ногах, набухание поверхностных вен нижних конечностей, незначительное увеличение объема голени после тренировок. Данным спортсменам проводились сеансы пневмомассажа аппаратом Pulstar-2s через 2 часа после тренировок. После курса из 8 процедур была произведена оценка субъективных ощущений, а так же объективных внешних признаков состояния венозного аппарата (набухание вен, «венозный рисунок» на коже). Статистическую обработку результатов выполняли с использованием методов математического анализа в программе STATISTICA13.

Результаты: По окончании курса процедур 58 (92%) спортсменов из опытной группы отмечали положительную динамику в своих субъективных ощущениях: усталость и тяжесть в ногах после тренировок снизилась либо пропала, набухание вен нижних конечностей было нивелировано. При этом 45 спортсменов (71%) так же отметили положительную динамику во внешних проявлениях: «венозный рисунок» пропал либо уменьшился, снизился отек голени.

Выводы: Показано наличие выраженного клинического эффекта прессотерапии в целях профилактики ВБНК и повышения тонуса венозного аппарата нижних конечностей.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Кафедра общественного здоровья, здравоохранения, экономики здравоохранения и истории медицины
Зав. кафедрой – проф. Агарков В.И.

Бугашев К.С., Димитриев А.С.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАЩИЩЕННОСТИ ВРАЧЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Научный руководитель - проф. Агарков В.И.

Цель: Проанализировать физическую и юридическую защищенность врачей в г. Донецке и в г. Симферополе.

Материалы и методы: Несмотря на различие систем здравоохранения во всем мире проблема взаимоотношений врача и пациента остается одной из самых актуальных. Работая в условиях стресса, врачи не могут в полной мере выполнять свой профессиональный долг, что ведет к еще большему недовольству пациентов и усилению агрессии с их стороны, которая заключается в увеличении количества жалоб, исков и проявлений физического насилия со стороны пациентов. Это диктует необходимость более подробного изучения данной проблемы.

Анонимное анкетирование врачей, работающих в поликлиниках и стационарах г. Донецка и г. Симферополя. Объем выборок составил 21 и 26 врачей, соответственно. Обе выборки однородны по полу и возрасту. Статистическая обработка была проведена в системе для статистического анализа StatSoft Statistica 10.

Результаты: Данное исследование было проведено в г. Донецке – ДНР и в г. Симферополь – Российская Федерация, системы здравоохранения которых различны: бюджетная и страховая соответственно. Было установлено, что с проявлениями агрессии со стороны пациента (инициированные пациентом конфликты, жалобы в выше стоящие органы, судебные иски, физическое воздействие) в своей профессиональной деятельности сталкивались 80,7% в Симферополе и 80,9% врачей в Донецке. Несмотря на это свои права в сфере охраны здоровья граждан знают только 65% врачей в Симферополе, 62% в Донецке. Физически и юридически защищенными на своем рабочем месте чувствуют 8% врачей в Симферополе и 10% в Донецке. Пришлось защищаться физически от агрессивного поведения пациентов или их родственников 23% врачей в Симферополе и 28% врачей в Донецке.

Выводы: В результате проведенного анализа было установлено, что имеет место в обоих городах правовая и физическая незащищенность врачей. Необходимо более глубокое изучение этой крайне важной проблемы с последующей разработкой мер по недопущению таких ситуаций.

Бугашев К.С.

КУЛЬТУРА, КАК ВАЖНЕЙШИЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР ЖИЗНЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА В ДЕПРЕССИВНЫХ УСЛОВИЯХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Научный руководитель – доц. Доценко Т.М.

Цель: Оценить взаимосвязь уровня биологической надежности организма с таким фактором, как «культурный отбор», явление, нивелирующее влияние социальных, экологических характеристик на состояние биологической надежности – интегрального показателя здоровья населения в депрессивных условиях его проживания.

Материалы и методы: Обобщены интернет источники и источники литературы за период с 2000 по 2014 годы в условиях Донбасса.

Результаты: В депрессивных условиях Донбасса для выживания, трудоспособности требуется не «растрачивание», а «накопление» биологической надежности, т.к. именно она обеспечит обществу силу адаптационной и компенсаторной его защиты в жестокое взаимодействие со средой обитания. Формирование этой надежности выживания в огромной степени обеспечивает высокий уровень грамотности индивида в его отношениях с окружающей средой – в человеческом обществе не может иметь место «естественный отбор», а должен иметь «культурный отбор».

Выводы: Естественный отбор, как процесс «выживания», типичен для мира животных и растений, парадоксален для человеческого общества. Именно «культурный отбор», формирующийся через должное образование, воспитания обеспечивает правильное «поведение» индивида для защиты своего здоровья в его жизнедеятельности в депрессивных условиях среды.

Иванова Ю.Ю.

СИВОЛОБ НИКОЛАЙ ИЛЬИЧ – ПАТРИОТ ОТЕЧЕСТВА

Научный руководитель – асс. Бугашева Н.В.

Цель: Изучение биографии выдающегося соотечественника, и его вклада в защиту Донбасса в период Великой Отечественной войны.

Материалы и методы: Проанализированы мемуары Николай Ильича, его членов семьи, литературные источники и материалы архива народного музея ДонНМУ им. М. Горького. Используются методы: описательный и системного анализа.

Результаты: Николай Ильич патриот своего Отечества, старший лейтенант медицинской службы, активный участник Великой Отечественной войны в действующей армии находился с 1942 по 1945г. на должности фельдшера в июле-декабре 1941г. в летной бригаде Уральского ВО г. Перми, декабре 1941- феврале 1942-июне 1944гг. – старшим фельдшером, а потом командиром медсанвзвода стрелкового батальона 1317 стрелкового полка 202 стрелковой дивизии (Северо- Западный фронт 1-2 Украинский фронт). С июня 1944 по февраль 1945г. проходил лечение в г. Кисловодске в результате тяжелого ранения. По окончании лечения вернулся на должность командир санвзвода в свой батальон и до сентября 1945г. воевал в его рядах. В составе действующей Советской Армии в 1944-1945гг. освобождал Румынию, Венгрию, Австрию. Имел 3 легких ранения и 1 тяжёлое, вынес с поля боя около 300 раненых с оружием. Орден Отечественной войны получил за то, что не бросил и вынес из под огня противника 39 раненных человек во

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

время операции по разгрому окружённой группировки врага, проявил смелость, бесстрашие и отвагу. Так же в любой своевременной обстановке оказывал помощь раненым не жалея своей жизни. Об этом свидетельствуют многочисленные награды Николая Ильича.

1. Орден Красной Звезды
2. Орден Красной Звезды
3. Орден Великой Отечественной войны второй степени
4. Медаль «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.»
5. Медаль «20 лет Победы над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.»
6. Медаль «30 лет Советской Армии и Флота»
7. Медаль «За доблестный труд в ознаменовании 100-летия со дня рождения В.И.Ленина»
8. Медаль «30 лет Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.»
9. Знак «25 Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.»
10. Знак «Ветеран Северо-Западного фронта 1941-1943 гг.»
11. Знак «За активную работу по охране памятников Великой Отечественной войны»

Выводы: Николай Ильич активно защищал свою Родину в период Великой Отечественной войны, был отважным, смело шел спасать жизни людей при любых обстоятельствах. Его жизнь является пример для подрастающего поколения студентов нашего университета.

Киреев И. А., Харченко А.В.

«ВЫЖИВАЕМОСТЬ» ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ РАКА И ЗАВИСИМОСТЬ ЕЕ ОТ ПРИМЕНЯЕМЫХ «СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ»

Научный руководитель – доц. Доценко Т.М., доц. Лихобабина О.А.

Цель: Попытка обоснования пересмотра учеными медиками, обществом к такому широкому применению назначения химиотерапии, не дающей улучшения «качества» жизни, «истребляющей» иммунитет – основную систему защиты здоровья человека.

Материалы и методы: Целенаправленно просмотрены, обобщены и оценены данные литературы за последние 30 лет, интернет источники, отношения ученых, медиков, общества к химиотерапии.

Результаты: Рост злокачественных новообразований согласно данным ВОЗ не прекращается, набирает скорость и за последние десять лет составил 15%. Смертность от этой патологии по-прежнему входит в тройку лидеров всех причин смертности. Согласно прогнозам экспертов ВОЗ в ближайшие 20 лет во всем мире заболеваемость раком увеличилась на 70%. Химиотерапия – традиционный метод лечения наряду с оперативным вмешательством и лучевой терапией, первые применения которой относят к 1942 году: это системный метод, уничтожающий патологические клетки, в т.ч. и те, которые уцелели после местного лечения. Однако, при всем этом, у химиотерапии серьезные «побочные эффекты»: от ее «агрессии» страдают и здоровые клетки жизненно важных органов. В современном мире все больше и больше ученых негативно высказываются об этом методе, аргументируя тем, что он часто назначается не по

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

показаниям, не являясь эффективной, а наоборот пагубно влияет на организм человека. При этом, необходимо учесть, что основа защиты организма иммунная система не здорова и даже «больна», особенно в таких регионах, как Донбасс с его мощной и многоотраслевой промышленностью. В изученной нами литературе нет данных о «количественной» и «качественной» сохранности здоровых клеток. Можно предположить, что в случаях III-IV стадии рака их вообще нет. С нашей точки зрения химиотерапия уничтожает весь организм в целом. Однако, изготовление химиопрепаратов продолжает расти, на что тратятся миллиарды долларов. Растет и рынок их сбыта. Возникает вопрос – не пора ли перейти к другим методам организации ведения пациентов со злокачественными новообразованиями. По мнению главного врача гинекологической клиники Дюссельдорфа Вольфрама Егеря необходимо выделять больше средств на раннюю диагностику этого смертельно опасного заболевания, вместо «увлечения» пагубными химиопрепаратами.

Выводы:

1. Ни при одной стадии рака химиотерапия не улучшает «качество» жизни.
2. Подлежит глубокому изучению целесообразность ее применения при III-IV стадии рака: ее применение в такой ситуации не только не способствует «выживаемости», а наоборот усиливает физические страдания пациентов.
3. Обеспечить необходимо индивидуальность ее применения, обеспечивая полную бесплатность лечения.
4. В основу организации медицинской помощи онкологическим больным положить целевые ежегодные медицинские осмотры всех групп населения при строгом их проведении медицинскими работниками и контроля за проводимой работой.
5. Производство онкологических цитостатиков перевести в плане их изготовления по принципу «заказа» органами здравоохранения.

Крайник И. О.

РАЗВИТИЕ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Научный руководитель – доц. Доценко Т.М., асс. Бугашева Н. В.

Цель: Целью данной работы является изучение истории диагностики сахарного диабета.

Материалы и методы: Изучены и проанализированы литературные источники.

Результаты: Эндокринология – наука, изучающая железы внутренней секреции, их секрет, воздействие на организм и заболевания. В первобытном обществе уже предполагается смертность от диабетической комы. Данный термин в Древней Греции предложил Аретеус и описал симптомы. «Сахарный диабет» трактуется как «теряющий сахар». Среди его характеристик было: сильная жажда, изнурительное выведение мочи, короткий срок жизни. Первые признаки были известны еще врачевателям стран Древнего Востока, античного Средиземноморья. Симптомы сахарного диабета описывали такие известные врачеватели как Гиппократ, Гален, Авиценна, Парацельс. Гален видел в данной патологии пониженную работу почек. К такому же выводу пришел и Авиценна. Парацельс видел в этом проблему всего организма, но выказывающую патологию почек. Данное заболевание было описано в Тибете как «болезнь гчин-снйи» еще в XIII веке. Уже в то время местные врачеватели справлялись с данным недугом. В XV-XVI вв. до нашего

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

времени с сильным развитием естественных наук произошло множество открытий в диагностике и лечении сахарного диабета.

Выводы: Изучив историю диагностики сахарного диабета, можно сделать вывод о распространенности заболевания с древних времен. Можно отметить высокий интерес в развитии диагностики данного заболевания, разработку методов лечения и предупреждению сахарного диабета. Но до сих пор не удалось найти способы излечения и истинную причину возникновения данной патологии.

Лазутина А.А., Шумакова Т.С.

ТУБЕРКУЛЕЗ БЕЗДОМНЫХ И МИГРИРУЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ КАК ВАЖНЕЙШАЯ МЕДИКОСОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Научные руководители - доц. Доценко Т.М., асс. Бугашева Н.В.

Цель: Оценить роль миграционных процессов и «бездомности» в формировании первичной заболеваемости и распространенности этого тяжелейшего хронического заболевания.

Материалы и методы: Изучены, оценены и обобщены данные литературы, интернет источников, специфики эпидемического процесса при туберкулезе у мигрантов и бездомной части населения в условиях Донбасса.

Результаты: Депрессивные условия внешней среды, продолжающиеся военные действия – основные факторы, поддерживающие миграцию населения, «юридическая и фактическая бездомность» продолжают иметь место в условиях Донбасса. Это «прибывающее» население, из-за военных действий покинувшее свое место жительства, однако, основной контингент «мигрирующего» населения – это собственно миграционные процессы, что связано и с военными действиями, и с поиском работы. Поиск работы с перемещением и невозможность найти ее порождает «бездомность». Юридическая и фактическая специфика туберкулеза этого контингента в огромных темпах роста первичного туберкулеза существенно превышает смертность, а значит и необходимость срочной госпитализации. При этом в стадии «распада» этого грозного заболевания, при устойчивости «бациллы» к препаратам, лечение будет безуспешным.

Выводы:

1. Подтверждение диагноза в 85% случаев миграционного и бездомного населения.
2. Прогноз роста туберкулеза связан именно с миграционным процессом.
3. Рост сочетаемости туберкулеза и ВИЧ-инфицированности, как правило, у лиц молодого возраста.
4. Необходимость замедления миграционных процессов, поиск новых органических форм борьбы с туберкулезом у этого контингента.

Лычак В.В.

МИКЕЛАНДЖЕЛО ОРТОПЕДИИ

Научный руководитель – асс. Бугашева Н.В.

Цель: Изучение фактов биографии выдающегося врача и его вклада в развитие медицины Донбасса. Анализ и выявление факторов, способствующих профессиональному совершенству и жизненному успеху.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы: Проанализированы факты и очерки биографии Гавриила Абрамовича Илизарова, воспоминания его ближайшего ученика - Стинского Бориса Владимировича, литературные источники. Использован метод системного анализа.

Результаты: Небезызвестный факт, что в непримечательном провинциальном городе Кургане, что на Зауралье, был построен масштабный институт по изучению и внедрению метода Гавриила Абрамовича – хирурга-ортопеда, изобретателя, доктора медицинских наук. Он внёс неоченимый вклад в развитие медицины в целом. Чего только стоит его изобретение, которое он придумывал тихими вечерами, а в его создании ему помогал знакомый слесарь. К этому он пришёл из-за того, что в лечении переломов наблюдался застой и ухудшение их сращения. До него всевозможные аппараты с внешней фиксацией были, но идея замкнутого кольца, идея перекрест спиц принадлежит именно ему. Ситуация с признанием изобретения была очень плачевной. Илизарова критиковало много знающих докторов, а также большое количество неосведомлённых журналистов, которые поначалу дали ему прозвище “Слесарь травматологии”. В будущем, я уверен, они изменили своё мнение о нём. Гавриил Абрамович поставил на ноги много известных людей, которые у себя на Родине приумножали славу Илизарова и его метода лечения. Также в становлении метода участвовала советская власть, которая дала разрешение и выделила бюджет на постройку института. Он вписался в историю, как один из величайших деятелей ортопедии. При жизни труды врача были вознаграждены медалями, орденами и почетными грамотами. Его метод активно используется и в сегодняшние дни.

Выводы: Гавриил Абрамович правильно понял профессиональное призвание – помогать людям. Уникальное трудолюбие, человечность, ясность ума, твердость воли, разносторонние интересы, любовь к своей Родине и ее людям - это дает предпосылки для успешной профессиональной деятельности и обязывает соответствовать высокому званию настоящего мастера своего дела.

Мартынова М.А., Абрамова Е.А

ЦИРКАДНЫЕ РИТМЫ

Научный руководитель – асс. Бугашева Н.В.

Цель: Изучение и анализ открытия нобелевскими лауреатами Янгом, Холлом и Росбашем в области физиологии и медицины, в котором они рассмотрели зависимость циклических колебаний различных биохимических и биологических процессов в живых организмах и смену часового дня и ночи.

Материалы и методы: Отобраны литературные источники, подверглись анализу материалы интернет сайтов, применен описательный метод.

Результаты: Исследования циркадных ритмов — это не новинка в области физиологии и медицины. Над данной проблемой ученые трудились около полувека, постоянно выдвигая различные гипотезы относительно работы системы генов, регулирующих циклические колебания биологических процессов.

Впервые мутации, ведущие к изменению циркадных ритмов, были обнаружены Рональдом Конопкой и Сеймуром Бензером. Исследования ученых Янга, Холла и Росбаша стало своеобразным продолжением вышеописанной работы и повлекло за собой череду значимых для современного человечества открытий.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Они смогли распознать соединения белков, которые участвуют в механизме регулирования циркадных ритмов, в целом понять и подробно описать механику данного явления внутри каждого отдельного организма. Было выявлено, что так называемые «часы» присутствуют и работают во всех эукариотических клетках, что и позволяет им вмешиваться в процессы жизнедеятельности различных организмов.

Механизм циркадных ритмов невероятно точным образом адаптирует внутренние часы человека ко времени суток. Он отвечает за регулирование различных физиологических процессов, в том числе поведение конкретного индивидуума, уровень гормонов в крови, метаболизм, режим бодрствования и сна, температуру тела.

Наше самочувствие может ухудшаться при изменении равновесия между внутренними биологическими часами и окружающей средой. Также приводятся сведения о том, что это может быть причиной различных заболеваний, связанных с нарушением метаболизма и трофики органов и тканей (Сахарный диабет, ожирение, атеросклероз и гипертоническая болезнь).

Нынешние нобелевские лауреаты подробно осветили данный процесс, а также подробно описали взаимосвязь освещенности и синхронизации биологических часов с внешними условиями окружающей среды.

Выводы: Это открытие позволяет оценить процессы регуляции человеческих биоритмов на генетическом и молекулярном уровне. В будущем, возможно, медицина сможет вмешиваться в данные процессы, тем самым предотвращая некоторые патологические процессы. Благодаря таким ученым, как Джеффри Холл, Майкл Росбаш и Майкл Янг циркадная биология начала свое развитие как отдельная ветвь медицинской биологии и стала объектом множества различных исследований.

Марущенко М. М., Бугашев К. С.

БОРИС СЕРГЕЕВИЧ АГТЕ – ВЫДАЮЩИЙСЯ НЕВРОЛОГ ДОНБАССА

Научный руководитель – доц. Доценко Т.М., асс. Бугашева Н. В.

Цель: Изучить личностные и профессиональные качества выдающегося врача и его вклад в развитие медицины Донбасса.

Материалы и методы: Проанализированы данные литературы (мемуары, научные труды выдающегося невропатолога, его родственников, коллег) о великом враче.

Результаты: Невропатология – это наука о заболеваниях нервной системы. Она изучает патогенез, этиологию, симптомы болезней, разрабатывает и совершенствует лечение и профилактику.

Борис Сергеевич Агте – доктор медицинских наук, профессор, выдающийся невропатолог Донбасса. Был рожден 12 июля 1912 г. в семье педагогов. Получил образование не только в средней школе, но и в специализированном металлургическом техникуме в Жданове. В 1934 году поступил в Донецкий медицинский институт, который успешно окончил в 1939 году и сразу же попал в аспирантуру на кафедру нервных болезней. Во время Великой отечественной войны он лично помог тысячам раненых бойцов. Несмотря на тяжелый труд нейрохирурга, писал научные труды, открывал новые способы оперативного и консервативного лечения раненных. В 1953 году защитил кандидатскую диссертацию, с положительным отзывом от главного нейрохирурга Красной Армии Н.Н. Бурденко. Ее фрагмент был использован в фундаментальном труде

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

«Опыт оказания медицинской помощи на полях сражения в период Великой Отечественной войны». В 1967 г. защитил докторскую диссертацию «Современные формы нейроревматизма». Данная работа была теоретическим началом для практического создания первого советского реографа, созданного по оригинальной модели Бориса Сергеевича. Впервые в СССР совместно с профессором Я. Т. Овнатаняном в 1968-1971 годах был разработан и практически внедрен новый оперативный метод лечения рассеянного склероза – тимэктомия. Впервые в мире проводится дренирование грудного лимфатического протока при тяжелых инвалидизирующих формах рассеянного склероза. Под покровительством Бориса Сергеевича на кафедре стали профессорами: Е.З. Неймарк, Е.Н. Панченко, В.А. Дельва, В.Г. Назаренко, С.К. Евтушенко. Защищено 20 кандидатских диссертаций. При жизни труды врача были вознаграждены медалями, орденами и почетными грамотами.

Выводы: Врожденное трудолюбие, развитой интеллект, разносторонность, любовь к своей Родине и ее народу – все это способствовало профессиональному росту и успеху на жизненном пути Бориса Сергеевича Агте. Поколения неврологов Донбасса с благодарностью вспоминают его имя как самого прекрасного педагога, ученого, врача.

Мурзенко Е.Г., Скляр Е.В.

ВОЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ В ДНР, КАК НОВЫЙ ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ДОНБАССА

Научные руководители – доц. Доценко Т.М., асс. Бугашева Н. В.

Цель: Попытка прогнозирования здоровья населения Донецкой Народной Республики оценкой демографической ситуации в условиях военных действий.

Материалы и методы: Обобщены и оценены данные демографической статистики ДНР за период 2014-2017 годы. Использованы источники литературы и интернет-источники. Применен метод расчета относительных величин и степени их достоверности в сравнительном аспекте довоенного периода и периода военных действий с использованием результатов для анализа влияния факторов социально-экономического характера на показатели смертности, рождаемости, естественного прироста.

Результаты: Основными причинами, определяющими демографическую ситуацию в ДНР, были причины социально-экономического характера, как результата непрекращающихся военных действий. Это условия жизни, высокий уровень безработицы, низкая зарплата, социально-психологический дискомфорт, порождающий неуверенность в будущем. Следствием выше указанного является отрицательный естественный прирост -8,6‰ в 2015 году при -6,5‰ в 2012 году. При этом, несмотря на рост рождаемости до 5,1‰ к 2017г. (в 2014 -3,4‰), естественный прирост стал более глубоко отрицательным за счёт роста смертности с 12,7‰ в 2012 году до 15,1‰ в 2017 году. В прогнозе из-за политической обстановки усугубят приведенные показатели миграционные процессы, как за счёт выезжающего населения так и граждан, выезжающих в ДНР из регионов Украины.

Выводы: Прогноз «выживаемости» населения ДНР, прежде всего, будет связан с интенсивно продолжающимися процессами старения и его депопуляцией - процессами, которые в настоящее время в ДНР становятся всё более выраженными.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Огарко А.В.

АЛЕКСАНДР ЯКОВЛЕВИЧ ГУБЕРГРИЦ ВЫДАЮЩИЙСЯ ТЕРАПЕВТ ДОНБАССА

Научный руководитель – доц. Доценко Т.М., асс. Бугашева Н.В.

Цель: Целью данной работы является изучение фактов биографии А.Я.Губергрица, этапов его формирования как врача, учёного, его вклада в развитие медицины Донбасса, выявление факторов, способствующих жизненному успеху будущих врачей.

Материалы и методы: Изучены литературные источники, проанализированы и систематизированы научные труды выдающегося терапевта и мемуары членов семьи.

Результаты: Жизненный путь Александра Яковлевича Губергрица был предопределён самой судьбой. И в самом деле, кому, как ни внучатому племяннику знаменитого доктора Айболита (проброобразом волшебного врача был Цемах Иосифович Шабад) было предначертано стать выдающимся врачом. Огромную роль в его формировании как врача и учёного сыграл академик АН УССР М.М. Губергриц. А.Я.Губергриц был продолжателем Киевской школы внутренней медицины, ведущей начало от С.П.Боткина и И.П.Павлова. В годы Великой Отечественной войны был на передовой: работал в медсанбате, полевом госпитале. Защитил докторскую диссертацию в 32 года! А опыт, накопленный на войне, нашёл своё отражение в монографии «Внутренняя патология боевой травмы». Он был замечательным диагностом, а свой огромный опыт и обширные знания на протяжении 50 лет передавал студентам. С 1960 года стал заведующим кафедрой факультетской терапии № 1 Донецкого медицинского института. Студенты запомнили Александра Яковлевича как замечательного педагога, интереснейшего лектора, пытливого исследователя. Ведущее место в деятельности врача занимала гастроэнтерология и вопросы здорового питания человека. Ведь как говорил Гиппократ: «Если отец заболевания неизвестен, то матерью всегда является питание». Александр Яковлевич много внимания уделял вопросам лечебного питания, досконально изучил целебные свойства минеральной воды «Золотой колодец», принял активнейшее участие в налаживании её серийного производства в Донецкой области. Врач был сторонником более широкого использования с лечебной целью лекарственных растений. Результатом его многолетнего кропотливого труда стала монография «Лекарственные растения Донбасса» (книга претерпела 5 изданий за 30 лет!). Александр Яковлевич прекрасно понимал, что в современном мире с его постоянно ухудшающейся экологией использование лекарственных растений помогает организму мобилизовать свои силы на борьбу с болезнью. Огромное количество работ посвящено патологии поджелудочной железы, заболеваний печени и желчных путей. Благодаря своей эрудиции, мастерству был долгие годы ведущим терапевтом Донецка.

Выводы: изучив научное наследие Александра Яковлевича Губергрица, можно сделать вывод, что хорошим врачом, настоящим мастером своего дела можно стать лишь успешно совмещая лечебную и научную работу, изучая историю медицины, опыт предыдущих поколений. Ведь «Кто не помнит прошлого, у того нет будущего» (В.О.Ключевский).

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Пушкарь А.А.

ОТЕЦ «СКОРОЙ ПОМОЩИ»

Научный руководитель - асс. Бугашева Н.В., доц. Коктышев И.В.

Цель: Исследовать и оценить вклад в медицину Ж.-Д. Ларрея.

Материалы и методы: Проанализированы источники отечественной и зарубежной литературы о жизни и деятельности Ж.-Д. Ларрея. В работе были использованы описательный метод, анализа и синтеза.

Результаты: Жан-Доминик Ларрей осиротел очень рано, когда ему только исполнилось 13 лет, и опеку над ним принял его дядя, главный хирург Тулузы.

Мальчику пришлось много работать учеником хирурга и одновременно учиться хирургии. С начала война с Германией, он поступил на военную службу в сухопутные войска Рейнской армии. И здесь Доминик, наблюдая как организована доставка раненых к операционному столу, решил провести полную реорганизацию эвакуации раненых с поля боя и системы их лечения:

Под впечатлением «летучей артиллерии», по аналогии он решил создать «летучую медицинскую помощь». За эту деятельность он получил название отца «скорой помощи». План действия «летучих госпиталей» был таков: легкие двухколесные экипажи, запряженные лошадьми, следуют за наступающими войсками, а специально обученный фельдшерский персонал поднимает и укладывает в эти повозки раненых, чтоб незамедлительно доставить их в полевой госпиталь. Это нововведение помогло уменьшить смертность, связанную с гангреной, и большие потери личного состава. Эффективным методом лечения являлась своевременная ампутация, чему способствовали «амбулансы» Ларрея. Также, Ларрей предложил обезболивание холодом, активно применял трепанацию черепа, ввел в госпиталях отделение раненых от инфекционных больных, ввел регулярную смену повязок, много времени уделял первичной обработке раны. Доминик Ларрей участвовал в 26 военных кампаниях, был награжден титулом барона. В 1812 году вышел его 4-томный труд «Мемуары о военной хирургии и военных кампаниях».

Выводы: Доминик Ларрей провел полную реорганизацию эвакуации раненых с поля боя и системы их лечения.

Резанова В.А.

МЕДИЦИНА ИЛИ МУЗЫКА

Научный руководитель - проф. Агарков В.И., асс. Бугашева Н.В.

Цель: Проанализировать жизнь известных медиков, для которых музыка была источником вдохновения в искусстве врачевания.

Материалы и методы: Изучены литературные источники и источники веб-сайтов, мемуары. Применен метод анализа.

Результаты: Медицина и музыка исторически наиболее рано стали постоянными и неизбежными спутниками человека с момента появления его на земле. Подтверждением тому служат многочисленные исторические, литературные и другие свидетельства о роли и месте музыки и медицины в жизни человека. Музыка постоянно сопровождает нас и в тяжелые, и в счастливые периоды, превращаясь тем самым в постоянного неизбежного спутника жизни. Особое внимание и интерес представляют медики, для которых музыка

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

становится большим, чем просто увлечением. Эти люди занимались профессиональной исполнительской деятельностью, музыкальной композицией или музыковедением. Любовь и потребность в музыке у них была столь сильна, что они долгое время не могли отдать предпочтение музыке или медицине. И если в конечном итоге многие из них становились врачами, то это отнюдь не означало их охлаждения к другой своей страсти. Так или иначе, музыка продолжала занимать в жизни многих из них важное место, и именно в ней медики находили определенный источник вдохновения в своем искусстве врачевания. Пример: Александр Бородин, хирурги Теодор Бильрот и Якоб Микулич, физиолог Тренделенбург, врач Альберт Швейцер и др.

На долгие годы, а точнее на всю жизнь музыка стала жизненной потребностью знаменитого венского хирурга Теодора Бильрота, а фортепиано, как и скальпель, – неразлучным его спутником, без которого он не мог себя представить. «Наука и искусство черпают из одного источника», – говорил Т.Бильрот.

Несмотря на занятость наукой, химик А.П. Бородин продолжает заниматься музыкой, которой, к сожалению, он не мог отдавать столько времени, сколько ему хотелось бы. Гений Бородина-композитора несколько заслонил его облик врача и ученого, однако в историю отечественной науки он вошел и как создатель целой научной школы, автор десятка работ и исследований, явившихся вкладом в классику русской науки и завоевавших мировое научное признание еще при его жизни.

Выводы: Жизнь великих медиков-музыкантов была связана с медициной и с искусством. Они с увлеченностью, отдавая себя, целиком создавали истинные шедевры, без которых сейчас немислимо современное искусство и медицина.

Соломатина В.А., Токарева О.Г.

ГЛОБАЛЬНЫЙ КРИЗИС И МЕСТО В НЕМ АНТРОПОЛОГИЧЕСКОЙ И ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ КАТАСТРОФЫ

Научные руководители - проф. Агарков В.И., доц. Т.М. Доценко

Цель: Осмысление элементов глобального кризиса XX-XXI веков и его основных составляющих антропологических и экологических катастроф с ним связанных.

Материалы и методы: Работа построена на анализе 150 интернет - источников и их обобщения.

Результаты: Антропологическая и экологическая проблемы, как взаимосвязанные явления переросли в настоящее время из "состояния проблем" , войдя в состояние глобального кризиса , и степень их оценки в этом кризисе характеризуются уже , как катастрофы , избежать которые человечество не может; но чтобы их "пережить" необходимо идти по пути "заморозить" или "смягчить". Человечество не может находиться в состоянии конфронтации с природой, так как само человечество рождено этой природой и по Энгельсу потому "нельзя обольщаться своей победой над природой, так как она жестоко нам мстит за это"! И по отношению к природе человек должен осмысливать свои поступки .В основе этого "осмысления "должны лежать культура и совесть на высшем уровне ответственности их перед природой.

Выводы: "Благоговей перед природой!" Для чего необходимо формирование общего сознания, принципов глобальной этики, уважение к природе; недопущение её истребления.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Теркунова А.В.

ЛУЧШИЙ НЕЙРОПЕДИАТР МИРА

Научный руководитель – проф. Грищенко С.В., асс. Бугашева Н.В.

Цель: Изучить становление Евтушенко С.К., как одного из 100 лучших нейропедиатров мира, его новаторские и организационные достижения.

Материалы и методы: Проанализированы статьи из научных журналов и книг профессора Евтушенко С.К., систематизированы мемуары коллег из Центра нейрореабилитации. Используются методы: описательный и системного анализа.

Результаты: Большую роль в становлении Станислава Константиновича, как выдающегося нейропедиатра мира, сыграл его учитель – профессор Борис Сергеевич Агте, под руководством которого в 1971 году Евтушенко стал кандидатом медицинских наук, защитив диссертацию на тему «Серотонин и церулоплазмин при нейроревматизме». В 1985 г. Евтушенко С.К. уже доктор медицинских наук после защиты диссертации «Неврологические проявления аллергии — клиничко-иммунологические и аллергологические исследования» (две специальности: нервные болезни; иммунология и аллергология). И снова одним из его научных консультантов был Б.С. Агте.

Новаторство Станислава Константиновича проявлялось с самых первых его шагов работы неврологом. Так, в 1966 году в г. Снежное (направлен по распределению), он организовал неврологическое отделение, а в 1986 году возглавил первую в Украине кафедру детской неврологии и рефлексотерапии факультета последипломного образования ДМИ. В 1988 году при Областном доме ребенка «Малютка» С.К. Евтушенко основал центр для реабилитации детей с церебральным параличом и иммунной недостаточностью, а в 1994 году создал государственный самостоятельный Областной детский клинический центр нейрореабилитации. В 2005 году выступил инициатором создания Областного детского противозаболевающего центра, а в 2010 году при активном участии профессора С.К. Евтушенко на базе ОДКБ организован Центр демиелинизирующих, дегенеративных и аутоиммунных заболеваний нервной системы у детей. Также профессором создана и успешно работает школа детских неврологов.

Станислав Константинович – член зарубежных неврологических обществ и по итогам 2010 года вошел в список «100 лучших нейропедиатров мира», за что был награжден личным почетным знаком Американской Академии Церебрального Паралича - бронзовой фигурой «Оскар». Награжден многочисленными правительственными орденами и медалями.

Выводы: Многогранная личность, профессор Евтушенко С.К., всей своей жизнью, работой, научными статьями и книгами генерирует будущие поколения неврологов.

Тертычная А. А.

ПРОБЛЕМЫ ДОНОРСТВА КРОВИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Научный руководитель - проф. Грищенко С.В.

Цель: Изучить проблемы донорства крови в Донецкой Народной Республике.

Материалы и методы: Проанализированы литературные и интернет-источники, данные здоровья населения Донбасса по статистическим отчетам. Для сбора материала использовали анкетный метод, метод интервью.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты: Миллионы людей во всем мире дают свою кровь для спасения жизней людей и помогают больным преодолеть свой недуг. Обеспечение достаточных запасов безопасной крови должно быть неотъемлемой частью национальной политики и инфраструктуры здравоохранения в нашей молодой Республике. Анализ статистических данных показал, что выполнение планового задания по донорам в ДНР снизилось в 2014 году на 20%, в 2015 году на 21%, что связано с активными боевыми действиями в регионе и снижением численности населения города. Стабилизация обстановки в республике в 2016 г. способствовала увеличению выполнения планового задания по донорам на 23% (невыполнение составило 24,2%), что не достигло довоенных цифр. С целью выявления отношения молодежи к донорству, а также изучения информированности молодежи о важности донорства крови и ее компонентов нами было проведено анкетирование. В ходе анкетирования было опрошено 94 респондента. Анализируя результаты анкетирования, мы сделали вывод, что одним из значительных препятствующих факторов на пути развития массового донорства крови на современном этапе является непонимание важности проблемы. Основная мотивация стать донором – это желание помочь ближнему (доноры-родственники). Подавляющее большинство доноров ответили, что готовы стать регулярными в случае установления льгот различной направленности.

Выводы: Медицинские работники должны популяризировать донорство среди различных групп населения, проводя беседы, уроки о важности безвозмездной сдачи крови в школах и других учебных заведениях, размещать объявления в группах контакта и интернете.

Удинская А.Г.

ВИРДЖИНИЯ АПГАР – ДЕТСКИЙ АНГЕЛ - ХРАНИТЕЛЬ

Научный руководитель – асс. Бугашева Н.В.

Цель: Целью данной работы является изучение фактов биографии выдающегося врача, музыканта и изготовителя музыкальных инструментов. Анализ и выявление факторов, способствующих профессиональному совершенству и жизненному успеху.

Материалы и методы: Изучены литературные источники, проанализированы и систематизированы мемуары, воспоминания современников, материалы веб сайтов. Использованы методы: описательный и системного анализа.

Результаты: Имя этой великой женщины известно не только в медицине, но и в музыке. По образованию врач – хирург, единственная женщина, которая стала почетным членом трех Американских ассоциаций – анестезиологов, акушеров и педиатров, она внесла неоценимый вклад не только в медицину, но и стала выдающимся изготовителем инструментов. Апгар – эта фамилия на протяжении более полу века в родильных отделениях всех стран мира обязательно появляется при записи в историях родов. Вирджинии принадлежит разработка знаменитой шкалы Апгар (1952 г.), которая известна всему миру и которая позволила максимально сократить смертность детей. Это было величайшим открытием того времени. Она впервые высказала мнение о том что, как и состоянию матери, так и состоянию новорожденного ребенка нужно уделять одинаковое внимание, что в дальнейшем помогло сохранить огромное количество детских жизней. Шкала Апгар состоит из пяти пунктов, которые позволяют оценить состояние ребенка в

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

первые минуты жизни: **Appearance** – внешний вид (цвет кожных покровов); **Pulse (Heart Rate)** – пульс ребенка (частота сердечных сокращений [ЧСС]); **Grimace (Response to Stimulation)** – гримаса, возникающая в ответ на раздражение; **Activity (Muscle Tone)** – активность движений, мышечный тонус; **Respiration** – дыхательные движения.

Такой же ее страстью и любовью, как и медицина, была музыка и изготовление музыкальных инструментов. Большинство специалистов, которые слышали, как звучат ее инструменты, говорили, что они играют ничуть не хуже знаменитых скрипок Страдивари, Амати, Гварнери, Штайнера и других изготовителей струнных музыкальных инструментов прошлого. Она была участницей трех симфонических оркестров и играла на нескольких музыкальных инструментах. После напряженного и тяжелого рабочего дня Вирджиния спешила домой, где изготавливала скрипки, альты и виолончели, переоборудовав для этого свою спальню в мастерскую. Так же как днем она посвящала свою жизнь медицине, вечером Вирджиния отдавала себя музыке. Один из симфонических оркестров до сих пор носит ее имя.

Выводы: Вирджиния Аппар великая женщина, посвятившая всю свою жизнь медицине, музыке и изготовлению струнных музыкальных инструментов, так и не создав семью. Ей принадлежит неопределимый вклад в развитие, тогда еще новой отрасли медицины, неонатологии. Она была человеком с широким кругозором, энциклопедическими знаниями. Обладала способностью максимально полно и с пользой обобщить самый широкий круг знаний и опыта, что позволило ей создать знаменитую школу Аппар, и спасти огромное множество маленьких жизней.

Фомин О.С.

СОЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И ЕГО РОЛЬ В БОРЬБЕ ЗА «ВЫЖИВАНИЕ» В ДЕПРЕССИВНЫХ УСЛОВИЯХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ.

Научные руководители - доц. Т.М. Доценко, асс. Н.В. Бугашева

Цель: Показать способность социального интеллекта, правильно оценивать, понимать «поведение» людей в окружающей среде, депрессивной среде. Определять пути ее улучшения, а значит и возможности «выживания» человечества.

Материалы и методы: Анализ материалов литературы и интернет-источников.

Результаты: Глубокая и широкая способность интеллекта не только позволяет познавать окружающую обстановку, но и ответить на вопрос «что делать?», то есть, как влиять на окружающую среду. В настоящее время – это правильная оценка поведения личности в сложившейся депрессивной среде: именно это формирует социальную адаптацию посредством установления личностных взаимоотношений, специфики поведения человечества в сложных условиях окружающей среды, обеспечивает процесс «выживания», как главную задачу человечества.

Выводы: Меры к способности человека «выжить» в сложных условиях среды определяет интеллект, опираясь на «культурный отбор», в основе которого межличностные отношения и творческая оценка условий «выживания».

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Халабузарь Т.А., Бушмина А.С.

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И ЕГО ЗАВИСИМОСТЬ ОТ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМОЙ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Научные руководители - доц. Доценко Т.М., асс. Бугашева Н.В.

Цель: Оценка качества медицинской помощи и его влияние на состояние здоровья детей первого года жизни.

Материалы и методы: Как интегральный коэффициент для оценки состояния здоровья исследуемого контингента использовали показатель младенческой смертности, рассчитываемый нами в трех группах детей до года: «умерших», «часто болеющих», «эпизодически болеющих». В каждую отобраны по 100 детей, что обеспечило репрезентативность формирования групп методом «уравновешивания» по основным изучаемым признакам – социальным, биологическим и качеством медицинской помощи. Для сбора материала использовали анкетный метод, метод интервью, а так же по специальной программе, разработанный метод экспертных оценок.

Результаты: Ведущими определены факторы социального характера – подушевой доход и условия жизни. Из факторов организации медицинской помощи основными были – своевременность госпитализации, патогенетическая обоснованность и достаточная длительность лечения. Дефекты в этих вопросах увеличивали «риск умереть» от двух до четырех раз.

Выводы: Формирование здоровья детей возраста 29 – 365 дней находящихся в полной зависимости от факторов социального характера, что диктует необходимость обеспечения им высокого уровня медицинской помощи при любом заболевании этого контингента.

Харахордин С. С.

МУЗЫКА – ИНСТРУМЕНТ ВРАЧА

Научный руководитель – доц. Лихобабина О.А., асс. Бугашева Н.В.

Цель: Определить влияние музыкальных произведений на организм человека в целом и на физиологические процессы, протекающие в нём.

Материалы и методы: Письменные источники: работы известных психологов и врачей разных времён, которые указывают на положительное влияние музыкального звучания на процессы жизнедеятельности в организме человека. Применен метод анализа.

Результаты: Целебное свойство звуков музыки было замечено ещё в древние времена и вскоре лечение музыкой перешло в отдельную ветвь под названием «музыкотерапия». Многие учёные считают музыку вспомогательным средством при психотерапии, так как эффективность данного метода лечения особо высока, прежде всего, при лечении неврогенных заболеваний. Одним из первых, кто заметил положительное действие музыки на организм – был Пифагор, который утверждал, что, при прослушивании музыкальных ритмов и звуков, приятных человеку, устанавливается порядок в его организме. Армянский врач XII века Мхитар Гераци также подмечал положительное воздействие звуков и ритмов на организм. В XIX психиатр-француз Эскироль применил музыку в психиатрии. Своё распространение музыкальная терапия получила после Первой Мировой Войны. В 1930х опыт военных врачей в области музыкотерапии был использован в Германии и Швейцарии при лечении язвы желудка,

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

лёгкой формы туберкулёза, а в Австрии применяли музыку в качестве обезболивающего при родах. После этого, музыку как анестезирующее средство стали использовать в стоматологии и хирургии. В XX веке, в результате развития технологий исследования физиологических реакций, стало известно, что музыка не только положительно влияет на нервную систему, улучшая настроение и общее самочувствие. В России стали интересоваться музыкотерапией с 1913 года, когда под руководством Владимира Михайловича Бехтерева был основан комитет по исследованию музыкально-терапевтических эффектов. Благодаря исследованиям и разработкам таких известных русских психиатров, неврологов, фармакологов, физиологов, как: С.С. Корсаков, В.М. Бехтерев, И.М. Догель, И.М. Сеченов,

И.Р. Тарханов, Г.П. Шипулин, стало известно об активном влиянии музыки на жизненно важные физиологические центры: дыхания, пищеварения, движения, кровообращения. В таких странах как Япония и Китай почти в каждой семье есть, так называемые, «музыкальные аптечки», в которых содержатся подборки разнообразных музыкальных произведений: от депрессии, от головной боли, от бессонницы, для повышения кровяного давления и т.д. В других странах также продаются диски с названиями «Желудок», «Печень», «Лёгкие» и тому подобное.

Выводы: Доказано позитивное воздействие музыки на жизненно важные процессы в организме. Музыкотерапия важный аспект, который нужно изучать и развивать в нашем государстве.

Хорошун Д.И., Стефано Е.А.

БИОМЕДИЦИНА КАК ПРИКЛАДНОЙ АСПЕКТ МЕДИЦИНЫ ПРОФИЛАКТИКИ.

Научный руководитель - доц. Коктышев И.В., доц. Бутева Л.В.

Цель: Показать роль биомедицины, как нового направления изучения здоровья, новых подходов к профилактике прежде всего депрессивных условий жизни населения.

Материалы и методы: Обобщены данные литературных и интернет источников, фундаментальных достижений естественных наук, данных здоровья населения Донбасса-изучения здоровья, ориентированного именно на его молекулярный уровень.

Результаты: Здоровье населения ДНР характеризуется не только его существенным обострением, но и особенностями его формирования вообще: спецификой социальных условий, экологической среды, отношением к своему здоровью, «неподчинению» соблюдения параметров здорового образа жизни, сложными и тяжелыми условиями труда. В настоящее время это еще страх, тревожность-факторов, продолжающихся военных действий.

Учитывая достаточную степень изученности приведенных внешнесредовых факторов, «ответственных» за особенности популяционного здоровья, в условиях региона возникает необходимость изучения здоровья на «индивидуальном» уровне: именно такой подход определит возможность индивида, используя свои биологические возможности, быстрее и надолго адаптироваться к выше приведенным сложнейшим условиям Донбасса, развивая свои компенсаторные возможности. Выраженность этих двух функций определяется «уровнем биологической надежности» организма индивида, надежностью, которая характеризует его здоровье как биологическое явление. С нашей точки зрения

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

именно биомедицина является той наукой, которая своими средствами и методиками позволяет измерить уровень биологической надежности, закладываемой в филогенезе, измерить его на молекулярном уровне.

Выводы:

1. Здоровье индивида, как биологическое состояние, характеризуется его уровнем биологической надежности, формирующимся в условиях филогенеза и воспроизводимым в онтогенезе в теснейшем контакте с условиями внешней среды.

2. Именно биомедицина, изучая здоровье на молекулярном уровне с помощью новейших технологий, позволяет оценить уровень биологической надежности, позволяющей индивиду адаптироваться к специфике среды, развивая свои компенсаторные силы.

Шевченко Е.С., Корниенко А.Л.

НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ И ЕЕ ОСОБЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ В ДОНЕЦКЕ

Научные руководители - доц. Т.М. Доценко, асс. Н.В. Бугашева

Цель: Изучить особенности нервной системы формирующейся в условиях военных действий в Донбассе.

Материалы и методы: Были сформированы две группы наблюдения - «умерших детей» и «детей оставшихся живыми в возрасте до 29 дней, и проживающих в условиях непосредственной близости к зоне военных действий и на удалении от нее. Сбор материала осуществили путем необходимых данных из форм 112; число наблюдений определено формулой Д. Сепетлиева: достаточное число наблюдений составило по 100 единиц для обеих групп.

Результаты: Оценены по шкале Апгар шестью-семью баллами новорожденные 80% контингента группы «умерших», тогда как в группе детей «оставшихся живыми» составило 30 %. При этом состояние здоровья родивших их матерей и возраст их был одинаковым. Это с нашей точки зрения может свидетельствовать о влиянии обстановки тревоги и страха испытываемого беременными, проживающих вблизи зоны военных действий: среди умерших таких детей было 90% с асоциальными условиями проживания.

Выводы: Основным фактором риска умерших были «тревожность и страх», а так же невозможность в условиях военных действий организовать должный уход ,вскармливание. При этом, согласно данным литературы основным во влиянии на нервную систему является «здоровье» матери.

Шкиренко В. Е.

ПЕРВАЯ РУССКАЯ ЖЕНЩИНА – ВРАЧ

Научный руководитель – доц. Доценко Т.М., асс. Бугашева Н. В.

Цель: Целью данной работы является изучение фактов биографии доктора медицины Н. П. Суловой. Анализ и выявление факторов, способствовавших продвижению великой женщины к поставленной цели.

Материалы и методы: Изучены литературные источники, систематизирована полученная информация из интернет источников о научной деятельности выдающегося доктора.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Результаты: Надежда Прокофьевна Сулова всю свою жизнь отстаивала право на свое профессиональное призвание. Она первая в Европе женщина-врач, открывшая женщинам дорогу в мир медицины. Надежде Прокофьевне одной из трех женщин разрешено было посещать лекции И.М. Сеченова и С.П. Боткина в Санкт-Петербургской медико-хирургической академии. Через два года ее отчислили из академии, но Сулова очень хотела получить образование, освоить профессию врача и заниматься научными исследованиями. Поэтому приняла решение продолжить обучение в Цюрихе, где «2 декабря получила степень «доктор медицины». Надежда Прокофьевна Сулова, дочь крепостного крестьянина, продолжила свою научно-исследовательскую деятельность в г. Грац в лаборатории профессора

И. М. Сеченова. Под его руководством она написала свою первую научную работу «Изменение кожных ощущений под влиянием электрического возбуждения». Находясь в Европе, Сулова Н.П. очень скучала по Родине. Вернувшись в Петербург, она работает в больнице Свято-Троицкой общины сестер милосердия. В 1885г. выходит замуж за владельца имения профессора А.Е. Голубева в Алуште. Проживая в Крыму, Н. П. Сулова лечила бесплатно население, всегда имела запас медикаментов и раздавала их бесплатно. Надежда Прокофьевна Сулова ценой больших усилий, напряженного труда и мужества добилась своей цели: получила высшее медицинское образование, была признана в России, получила врачебную практику, почет и уважение в своей стране. Личным примером она доказала, что женщина может учиться и стать специалистом в своей области также как и мужчин.

Выводы: Надежда Прокофьевна смогла отстоять своё профессиональное призвание, благодаря своему упорству, трудолюбию и стремлению помогать людям.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ,
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ И
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

**ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский
университет имени М.Горького», г.Донецк, ДНР
Кафедра организации высшего образования, управления
здравоохранением и эпидемиологии
Зав. кафедрой — доц. Беседина Е.И.**

Брова Ю.А., Григоренко Е.О., Очан В.И.

**СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И
ПРОФИЛАКТИКИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Научные руководители — доц. Мельник В.А., асс. Лыгина Ю.А.

Актуальность проблемы энтеровирусных заболеваний, в частности вирусов Коксаки и ЕСНО, обуславливается возможностью возникновения как спорадических случаев, так и массовых сезонных вспышек заболеваемости этими инфекциями с различной тяжестью клинических проявлений, вплоть до серозного менингита. Основной эпидемиологической особенностью энтеровирусных инфекций (ЭВИ) является здоровое вирусоносительство среди детей и взрослых (Колесникова А.Г и др., 2016). Следует отметить, что основную угрозу для здоровья детей, в первую очередь - в возрасте до 1 года, несут комбинированные и тяжелые формы ЭВИ, что требует действенного эпиднадзора за ними. Ранняя диагностика ЭВИ в очаге с выявлением носителей среди контактных позволяет своевременно провести необходимый комплекс противоэпидемических мероприятий.

Цель: изучить закономерности эпидемического процесса ЭВИ на территории ДНР в современных условиях.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ распространенности ЭВИ по материалам Центра Госсанэпиднадзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения ДНР за 2014-2017 гг. Статистическая обработка данных производилась при помощи программы Microsoft Excel 2016.

Результаты: В ходе работы установлено, что за последние 4 года наблюдается отчетливый рост заболеваемости ЭВИ среди детского и взрослого населения ДНР.

Циркуляция энтеровирусов в популяции в 2017 году составила 6,9%, что на 1,2% больше, чем в 2016 году и это свидетельствует о значительной активизации эпидемического процесса этой инфекции.

Среди обнаруженных в анализах от больных детей возбудителей преобладают энтеровирусы группы Коксаки В – 35,1%. При этом, удельный вес энтеровирусов, выделенных из сточных вод и из закрытых водоемов, составил 12,1% и 5,9%, соответственно.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Выводы: на протяжении последних 4-х лет наблюдается тенденция к росту заболеваемости ЭВИ среди населения ДНР и к активизации циркуляции энтеровирусов в окружающей среде, преимущественно за счет вирусов группы Коксаки В. Для снижения заболеваемости ЭВИ рекомендуется улучшить гарантированное водоснабжение и проводить санитарно-просветительную среди населения.

Коцюмба А.Р., Андреев Р.Н., Лыгина Ю.А.

ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ КОНТРОЛЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ НА ПРИМЕРЕ Г. МАКЕЕВКИ

Научные руководители — доц. Беседина Е.И., доц. Мельник В.А.

Необходимость надлежащего контроля и профилактики внутрибольничных инфекций (ВБИ) обусловлена целым рядом факторов. ВБИ являются условием появления антибиотикорезистентных форм возбудителей, увеличивают сроки пребывания больных в отделении и их временной нетрудоспособности, приносят репутационные потери для лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и системы оказания государственной медицинской помощи в целом.

Цель: установить современные особенности эпидемического процесса ВБИ и текущее состояние контроля над ними в ЛПУ.

Материалы и методы: в работе использованы данные официальной регистрации заболеваемости ВБИ за 5-летний период, отчеты о результатах исследования внешней среды, медицинского персонала, проб дезинфицирующих растворов (ДР), на основании которых был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ. Статистическая обработка данных производилась при помощи программы Microsoft Excel 2016.

Результаты: Заболеваемость ВБИ за 5-летний период оставалась сравнительно низкой и составляла $0,36 \pm 0,09$ на 1000 госпитализированных, укладываясь в установленную нами тенденцию к снижению заболеваемости ВБИ. За исследуемый период времени отмечалось значительное снижение случаев послеоперационных ВБИ (с 2,4 до 0,1 на 1000 прооперированных). Изменилась также структура заболеваемости ВБИ – в 2012 г. доля гнойно-септических инфекций (ГСИ) составляла 62,9 %, а инфекций органов дыхания - 37,1 %. К 2016 г. стали преобладать заболевания дыхательного тракта - 77,7 % в то время как ГСИ снизились до 22,3 %.

В смывах на условно-патогенную флору и патогенный стафилококк положительные находки выявлялись в $0,16 \pm 0,06$ % проб. Показатель высеваемости при бактериологическом обследовании персонала на носительство патогенного стафилококка составляет в среднем $2,64 \pm 1,22$ %, при этом за 5-летний период зарегистрирован его рост в 1,5 раза. При этом, результаты контроля качества применяемых ДР для текущей дезинфекции указывают на увеличение доли отклонений в пробах в 3,9 раза.

Выводы: В целом, мероприятия по контролю и профилактике ВБИ в г. Макеевке выполняются в полном объеме. Однако, для улучшения ситуации по заболеваемости ВБИ необходимо способствовать внедрению в практику работы отделений современных ДР и способов обработки ими хозяйственного инвентаря, оборудования, инструментария, расходных материалов и др. Следует также повысить требования к первичному бактериологическому обследованию персонала при приеме на работу.

Лыгина Ю.А., Коцюрба А.Р., Андреев Р.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДЕЗИНФЕКЦИИ И СТЕРИЛИЗАЦИИ ПРИ ПРИОНОВЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Научный руководитель - доц. Мельник В.А.

Как известно, прионы обладают значительной устойчивостью ко многим привычным методам дезинфекции и стерилизации, в том числе ультрафиолету, ионизирующему излучению, химической и термической обработке. Автоклавирование при 121°C в течение 15 мин не предотвращает последующее заражение живого организма (Rutala W.A., 2010), а при засыхании на стеклянных и металлических поверхностях или обработке формальдегидом устойчивость прионов к нагреванию только увеличивается (Taylor W.D. et al., 1994, Адамцевич М.А., Невыглас А.В., 2015). Данные обстоятельства могут приводить к возникновению случаев ятрогенного инфицирования, а также профессиональных заболеваний среди групп риска (лица, контактирующие с зараженными животными и людьми или другими источниками).

Цель: проанализировать существующие методы профилактической и очаговой дезинфекции при прионовых инфекциях.

Материалы и методы: аналитический обзор литературных данных.

Результаты: согласно современным научным публикациям, прионовые белки эффективно инактивируются высокими концентрациями ферментов (100 мг/мл) — протеиназой К, трипсином (Rutala W.A., 2010), а также при обработке медицинского инструментария 2,5 % раствором гипохлорита натрия в течение 1 часа при температуре 20°C или 2 % раствором додецилсульфата натрия с последующим автоклавированием. Для их разрушения нагреванием возможно использование сухого жара при температуре 160°C в течение 24 часов, либо автоклавирование при 2 атмосферах и 134°C в течение 18 минут. Потенциально перспективным методом является и озоновая стерилизация. Кроме того, имеются сведения о достаточно высокой результативности применения пероксидно-плазменной технологии нового поколения «Sterrad NX», которая полностью инактивирует контагиозные формы прионовых белков, абсорбированных на поверхностях из нержавеющей стали и полипропилена (Giles K. et al., 2017, Rutala W.A., Weber D.J., 2018).

Выводы: Таким образом, при прионовых инфекциях наиболее эффективным методом стерилизации на текущий момент является технология «Sterrad NX» на основе низкотемпературной плазмы. Однако, высокая стоимость данной установки не позволяет массово снабдить ею все лечебные учреждения, особенно первичного звена. Это, в свою очередь, требует разработки более доступного, но не менее эффективного метода дезинфекции и стерилизации при прионовой инфекции.

Лыгина Ю.А.

СВЯЗЬ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ УПОТРЕБЛЕНИЯ В ПИЩУ ЛИМОНА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Научный руководитель - проф. Прилуцкий А.С.

Многие пациенты с атопическим дерматитом склонны недооценивать роль лимона в возникновении аллергии. Неоспоримость полезных свойств лимона делает его

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

повсеместно употребляемым продуктом. В то же время, он может способствовать развитию широкого спектра реакций гиперчувствительности.

Цель: определить наличие связи уровней общего и специфических IgE к лимону с длительностью употребления его в пищу у детей с установленным atopическим дерматитом.

Материалы и методы: Проведено анкетирование (специализированные опросники по пищевому анамнезу) 41 ребенка в возрасте от 0 до 17 лет с atopическим дерматитом, сенсibilизированных к различным пищевым аллергенам. Также у них были определены уровни общего IgE и специфических IgE-антител (sIgE) к лимону с помощью отечественных иммуноферментных тест-систем, разработанных сотрудниками кафедры. Длительность употребления лимона в пищу оценивалась полуколичественным методом (по Мартинчик А.Н., 2008). Статистическая обработка данных (проверка на нормальность, определение коэффициента корреляции методом Кендалла) выполнялась при помощи программы «Statistica 6.0».

Результаты: В ходе анкетирования установлено, что среди обследованных детей у 47,5 % из них в рацион включались продукты, содержащие мякоть, сок или цедру лимона, в том числе у 21,3 % детей - в течение последних 3 месяцев. Клиническая связь обострений atopического дерматита с употреблением в пищу лимона отмечалась у 8,2 % пациентов.

При статистическом анализе выявлена слабая прямая корреляционная связь между длительностью пищевого контакта с лимоном и уровнем общего IgE, коэффициент $\tau=0,234$ ($p=0,0001$). Также зарегистрирована ассоциация уровня специфических IgE-антител к лимону с продолжительностью употребления его в пищу, $\tau=0,157$ ($p=0,0001$).

Выводы: таким образом, проведенное исследование установило наличие зависимости уровней общего и специфических IgE к лимону от длительности пищевого контакта с ним. Данный факт должен учитываться при комплексном лабораторном обследовании пациентов с atopическим дерматитом, пищевой аллергией.

Лыгина Ю.А.

ЛИМОН КАК ПРИЧИНА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ И ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

Научный руководитель - проф. Прилуцкий А.С.

Цель: Изучить основные биохимические реакции, определяющие аллергические и псевдоаллергические проявления при употреблении лимона.

Материалы и методы: Аналитический обзор литературных данных отечественных и зарубежных источников.

Результаты: Основными компонентами, определяющими возникновение истинной пищевой аллергии к лимону, являются белковые молекулы с молекулярным весом от 10 до 40 kDa (гермино-подобный белок Cit 1 1, неспецифический белок-переносчик липидов Cit 1 3, запасной белок семян цитрин) (Pignataro V. et al., 2010, Naruse A. et al., 2012). Важнейшим медиатором данного типа реакций является гистамин, основные фармакологические эффекты которого проявляются повышением проницаемости сосудов, отеком, гиперсекрецией и спазмом гладкой мускулатуры (Ненашева Н.М., 2014).

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Помимо гистамина под воздействием белковых аллергенов лимона в результате IgE-опосредованной стимуляции тучных клеток и базофилов выделяются и другие биоактивные вещества — брадикинин, лейкотриен C₄, простагландин D₂, фактор активации тромбоцитов (ФАТ). ФАТ вызывает дегрануляцию эозинофилов, активирует тучные клетки легких, а также повышает сосудистую проницаемость в 1000 раз сильнее, чем гистамин (Kajiwara N. et al., 2010). Следует отметить, что компоненты эфирного масла лимона (лимонен, цитраль, гераниол, линалоол) также могут стать причиной клеточно-опосредованного аллергического контактного дерматита (Hagvall L. et al., 2014, Basketter D.A. et al., 2015).

Лимон, как и другие citrusовые, принадлежит к группе гистаминолибераторных пищевых продуктов и может способствовать высвобождению эндогенного гистамина из тучных клеток (Ненашева Н.М., 2014). Комплемент-зависимые механизмы развития ангионевротического отёка, аллергических реакций могут реализовываться как вследствие дефицита C1-ингибитора, так и активации системы комплемента с высвобождением анафилотоксинов - C_{3a} и C_{5a}, которые вызывают дегрануляцию тучных клеток, базофилов и др. (Тюкавкина С.Ю. и др., 2014).

Выводы: Развитие аллергических и псевдоаллергических реакций на лимон может быть обусловлено различными биохимическими механизмами, что необходимо учитывать при диагностике и составлении схем лечения пациентов, страдающих различными проявлениями гиперчувствительности к данному продукту.

Ляшенко В.С.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СПИДА

Научный руководитель – асс. Козаков А.Г., асс. Лыгина Ю.А.

Шестьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения одобрила новую Глобальную стратегию сектора здравоохранения по ликвидации ВИЧ на 2016–2021 годы. Стратегия включает пять основных направлений, которыми должны руководствоваться страны и ВОЗ в своих приоритетных действиях в ближайшие шесть лет. Первые случаи ВИЧ-инфекции в СССР были зарегистрированы в 1987 году. С тех пор прошло два десятилетия, но к сожалению, эпидемия ВИЧ/СПИДа в ДНР продолжается. Согласно докладу Объединенной программы ООН по СПИДу в настоящее время Украина, Россия, в том числе и ДНР занимает одно из первых мест среди стран Центральной и Западной Европы и Средней Азии по количеству ВИЧ инфицированных граждан, кроме того, на Российскую Федерацию приходится 70 % всех случаев ВИЧ-инфекций, официально зарегистрированных в Восточной Европе и Центральной Азии. ВИЧ/СПИД остается одной из основных проблем глобального общественного здравоохранения: на сегодняшний день он унес более 35 миллионов человеческих жизней. В 2017 г. от причин, связанных с ВИЧ/СПИДом, во всем мире умерло 1,0 миллиона человек. На конец 2017 г. в мире насчитывалось примерно 36,7 миллиона человек с ВИЧ-инфекцией, а 1,8 миллиона человек приобрели ВИЧ-инфекцию в 2017 году. В связи с выше перечисленным, данная тема является весьма актуальной.

Цель: Провести анализ динамики заболеваемости ВИЧ-инфекции и СПИДа среди населения ДНР на примере г. Макеевки в период с 2010 по 2016 гг.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

Материалы и методы: Данные были предоставлены городской больницей № 2 г. Макеевки, Макеевским городским центром по профилактике и борьбе со СПИДом. Для обработки статистических данных использовалась программа Microsoft Excel 2010.

Результаты: Полученные данные рассчитаны на 100 000 населения. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией за 2010 г. оставляет 94,5, за 2011 – 85,7 в 2012г. снизилась до 70,7, в 2013 – 81,7, в 2014г. составила 76,9, в 2015г. снизилась до 65,2, в 2016г. повысилась до 93,2 случая на 100 000 населения. Заболеваемость СПИДом в 2010 г. составила 16,8, в 2011г. повысилась до 32, в 2012г. – 33,7, в 2013г. составила 38,9, 2014г. – 41, в 2015г. повысилась до 47,1 и оставалась такой же в 2016г. Пораженность ВИЧ-инфекцией в 2010г. составила 671,2, в 2011 – 762,5, в 2012г. повысилась до 836,8, в 2013 – 922,2, в 2014г. составила 1006,7, в 2015 – 1080,9, в 2016г. поднялась до 1174 случая на 100 000 населения. Пораженность СПИДом в 2010г. составляла 69,3, в 2011 – 101,8, в 2012г. повысилась до 136, в 2013г. составила 175,5, в 2014 – 218, в 2015г. составила 267, в 2016г. повысилась до 314,1 случая на 100 000 населения. Распространенность ВИЧ-инфекции в 2010г. составила 506, в 2011 – 558,6, в 2012 – 575,7, в 2013г. составила 623,8, в 2014 – 646,6, 2015 – 652,6, в 2016г. составила 683,1. Распространенность СПИДа в 2010г. составляла 58,5, в 2011 – 77,1, в 2012г. повысилась до 93,7, в 2013г. – 118,8, 2014 – 138,5, в 2015г. составила 162,2, в 2016г. повысилась до 180,6 случаев на 100 000 населения.

Выводы: По г. Макеевке на протяжении всех наблюдаемых лет заболеваемость ВИЧ-инфекцией преобладает над заболеваемостью СПИДом, имеет цикличность с интервалом 3 года, тогда как заболеваемость СПИДом стабильно возрастает. Распространенность и пораженность ВИЧ инфекцией значительно превышает показатели СПИДа, что говорит о росте охвата больных, получающих антиретровирусную терапию, которая позволяет пациентам оставаться в статусе ВИЧ-инфицированного как можно дольше, без перехода в СПИД. Необходимо организовывать санитарно-просветительную работу для агитации населения проходить диагностику для раннего выявления ВИЧ-инфекции. Немаловажным аспектом является то, что антиретровирусная терапия жителям республики предоставляется абсолютно бесплатно. Вышеуказанные показатели имеют тенденцию к росту, в связи с этим борьба со СПИДом должна быть непрерывна и более эффективна.

Мельник А.В., Беседин И.Е., Мельник К.В..

О ПЕРСПЕКТИВАХ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОЧИПОВ ДЛЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЗА КОЛЛЕКТИВНЫМ ИММУНИТЕТОМ К ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫМ ИНФЕКЦИЯМ

Научные руководители — доц. Беседина Е.И., доц. Мельник В.А.

Согласно публикациям последних лет (Валякина Т.И. и др., 2008, Ласточкина О.В., 2017) для определения иммуноглобулинов все чаще используется метод микрочипов (МЧ) или биочипов. Микрочипы - это миниатюрные устройства в виде пластинки из стекла, пластика или кремния, вмещающие несколько тысяч упорядоченно нанесенных микротестов на основе ДНК или белков для проведения множественного биохимического анализа. В то же время, в эпидемиологической практике имеется насущная необходимость проведения массового лабораторного иммунологического мониторинга

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

(ИМ) в популяции за вакциноуправляемыми инфекциями (ВУИ), что требует определенных временных и финансовых затрат для практического здравоохранения.

Цель: обосновать возможность использования МЧ для проведения ИМ за ВУИ.

Материалы и методы: участниками кружка СНО кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии проанализированы отечественные и зарубежные публикации за последние 10 лет, в которых описан как сам метод МЧ, так и его возможности, ожидаемые результаты, перспективы использования в лабораторной медицине и др.

Результаты: в ходе анализа выделено для последующего детального изучения восемь литературных источников, в которых была описана современная иммунологическая технология под обобщенным названием «Микрочипы». Этот метод уже успел зарекомендовать себя в аллергологической диагностике. Однако, был обнаружен только один литературный источник, описывающий применение метода МЧ в вакцинальной практике (Валякина Т.И. и др., 2008). К сожалению, это исследование на данный момент остается на стадии эксперимента.

При традиционном определении напряженности иммунитета против дифтерии и столбняка методом реакции пассивной гемагглютинации с эритроцитами барана используется реакция антиген-антитело, а количество антител определяется за счет титрования сыворотки пациента. Практическое применение МЧ, нагруженных иммуноглобулинами М и G против антигенов дифтерии и столбняка, позволит проводить ИМ у детей перед прививками по типу скрининга, а в последующем, после проведения вакцинации, - ИМ нарастания либо угасания выработки прививочных антител у детей.

Выводы: таким образом, эту работу по изучению использования метода микрочипов в лабораторной аллергологической и эпидемиологической практике целесообразно продолжить для углубленного исследования эффективности практического применения данного метода в прививочной работе.

Мельник А.В., Беседин И.Е., Мельник К.В..

К ВОПРОСУ ОБ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО БОЛЕЗНИ ЛАЙМА НА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ В 2017 ГОДУ

Научные руководители — доц. Беседина Е.И., доц. Мельник В.А.

Цель: проанализировать уровень заболеваемости БЛ на территории ДНР в 2017 г. и оценить уровень эпидемической угрозы.

Материалы и методы: проанализирована заболеваемость жителей ДНР БЛ в 2017 г. по материалам годового отчета Центра Госсанэпиднадзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения ДНР. Статистическая обработка исходных данных производилась при помощи программы Microsoft Excel 2016.

Результаты: В течение последних лет эпидемическая ситуация по БЛ остается напряженной из-за большого числа укусов инфицированными боррелиями клещами городского и сельского населения ДНР. Высокая активность исходных клещей и частота их контакта с людьми обусловлены несколькими факторами. В 2017 году рано установились среднесуточные температуры (выше среднего многолетнего уровня), достаточные для размножения клещей. Наметилась тенденция к расширению ареала расселения клещей - переносчиков БЛ при отсутствии необходимых противоклещевых

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

мероприятий и мероприятий по механической расчистке территорий городов и поселков ДНР. В 2017 году на территории ДНР было выявлено 72 заболевших БЛ, проживающих в гг. Горловка (26 чел.), Донецк (10 чел.), Торез (10 чел.). Остальные заболевшие были выявлены в гг. Снежное, Харцызск, Докучаевск, Макеевка и в Ясиноватском районе (26 чел). В целом по ДНР, показатель заболеваемости БЛ составил 1,5 на 100 тыс. населения. Наиболее вероятно жителям ДНР можно было инфицироваться БЛ в период с мая по ноябрь в 2017 г. На этот период года приходилось почти 90% всех случаев заболевания БЛ. В территориальных лабораториях особо опасных инфекций крови методом иммуноферментного анализа были обследованы сыворотки крови 87 человек с подозрением на БЛ. Окончательный диагноз БЛ был подтвержден лабораторно у 38 обследованных больных (43,7%).

Выводы: По результатам ретроспективного анализа заболеваемости населения БЛ эпидемическую ситуацию в ДНР можно считать напряженной, что требует проведения соответствующих противоклещевых мероприятий и просветительной работы с населением.

Торяник В.О., Гапонова О.В., Пекач А.И.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА РЕАКЦИИ МИКРОПРЕЦИПИТАЦИИ С ИНАКТИВИРОВАННОЙ СЫВОРОТКОЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДНАДЗОРА ЗА СИФИЛИСОМ

Научные руководители — доц. Мельник В.А., асс. Лыгина Ю.А.

Анализ современной эпидемической ситуации по сифилису на территории Донецкой Народной Республики показывает, что имеет место тенденция к росту заболеваемости этой инфекцией (Мельник В.А., 2016). Это требует совершенствования ранней лабораторной диагностики сифилиса, в частности, тестов на скрининг.

Цель: изучить эффективность использования реакции микропреципитации при проведении профилактических осмотров.

Материалы и методы: в качестве скрининга проводилось исследование макроскопическим тестом быстрых плазменных реакинов (Rapid Plasma Reagins, RPR). Отбор больных проводился по обращаемости различных профессиональных и социальных групп населения в лабораторном отделении УНЛК (Университетская клиника) в 2015-2016 гг. Статистическая обработка данных производилась при помощи программы Microsoft Excel 2016.

Результаты: Скрининг на сифилис был проведен у следующих категорий населения: беременных женщин, доноров крови, работников питания, образования, здравоохранения, военнослужащих, больных, готовящихся к оперативному хирургическому вмешательству и лиц, поступающих на стационарное лечение.

Для проведения реакции использовался классический VDRL-антиген (кардиолипин+лецитин+холестерин) с добавлением частиц угля для визуальной оценки результатов теста. При обнаружении антилипидных антител реакция считалась положительной при титрах от 1/2 до 1/320 и выше (при количественной интерпретации). При отсутствии антилипидных антител реакция считалась отрицательной. При низких титрах антител реакция считалась сомнительной.

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

В лабораторном отделении УНЛК (Университетская клиника) методом микропреципитации было обследовано на сифилис с 11.01.2015г. по 17.11.2016 г. было обследовано 2065 человек. Из них, положительных результатов было выявлено 2: за 30.03.16 г. реакция 4+ , титр антител 1:8 и за 31.05.2016 г. реакция 4+ , титр антител 1:8.

Для подтверждения диагноза сифилис пациенты с положительным результатом теста микропреципитации были направлены в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер для постановки реакции Вассермана.

Выводы: применение реакции микропреципитации для скринингового исследования различных категорий населения на сифилис показывает, что данная реакция при соблюдении тщательного отбора пациентов с различным состоянием здоровья для исследования и соблюдении всех необходимых условий для ее проведения позволяет получать приемлемые результаты в ходе осуществления эпиднадзора .

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, ЛНР, г. Луганск Кафедра социальной медицины и экономики здравоохранения Зав.кафедрой - проф. Луговсков А.Д.

Ватулина Л.И. , *Ваганова М.Т.*

Н.А. ШОР. ПРИЗВАНИЕ: ХИРУРГ, УЧЕНЫЙ, ПЕДАГОГ

Научный руководитель – доц. Козикова О.А.

Открытия ученых предшественников, в силу ряда причин не получивших признания, могут повторяться современниками спустя годы. Знание истории развития областей отечественной медицины позволит более осознанно отнестись к созданию новых методик, удовлетворяющих современные требования.

Цель. Осветить вклад Н.А. Шора в развитие отечественной медицины в области сосудистой хирургии на примере одного из открытий ученого.

Материалы и методы. Работа выполнена на основании материалов библиотеки ЛГМУ им. Святителя Луки с использованием исторического и системного подходов.

Результаты. Наум Анатольевич Шор родился 14 июля 1930 года в Киевской области. В 1947 г. поступил в Киевский медицинский институт на лечебный факультет. После окончания был направлен хирургом в участковую больницу Ворошиловградской (Луганской) области. Будучи в ординатуре Н.А. Шор начал заниматься вопросами сосудистой хирургии, написал и защитил кандидатскую диссертацию. Продолжал работу на кафедре госпитальной хирургии и выполнил докторскую диссертацию, которая была успешно защищена в Ученом Совете института сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева. В 1987 г. ВАКом СССР Н.А. Шору присвоено звание профессора кафедры хирургии, в 1995 г. избран действительным членом Нью-Йоркской академии наук, в 2005 г. получил звание «Заслуженный деятель науки и техники Украины». За время работы в институте опубликовал 220 научных работ, 1 монографию, 8 методических пособий для

Материалы 80-го Медицинского Конгресса «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»

интернов и врачей, получил 5 авторских свидетельств на изобретения и 38 – на рацпредложения.

В 2004 г. Н.А. Шор получил патент на изобретение способа соединения мелких сосудов (1,5-3 мм). Способ предполагает использование швейной иглы с ушком для нити как шины. Три продольные борозды выполнены по окружности швейной иглы с одинаковым угловым шагом и имеют длину 10 мм и глубину 0,2 мм. Прокалывая иглой с продетой лигатурой боковую стенку сосуда, иглу проводят дальше в просвет в сторону стыка. Она должна выйти наполовину своей длины так, чтобы средняя часть продольных борозд оказалась на срезе сосуда – месте его предполагаемого стыка. Другой конец сшиваемого сосуда надевается на выступающий конец иглы, двигается до упора краев сосудов. В таком положении по окружности сосуда иглой с лигатурой 6/0 накладываются три отдельных шва, которые идут по ходу продольных борозд иглы через всю стенку сосуда. Затем, используя наложенные швы, сосуд ушивают по окружности, при этом каждый следующий стежок захватывает поверхностные слои сосуда. После окончания наложения анастомоза игла вытягивается из сосуда путем подтягивания за лигатуру, продетую в ушко.

Выводы. Н. А. Шор был великим педагогом, ученым и хирургом. Его изобретение позволяет быстро и с высокой точностью сопоставлять концы сшиваемых сосудов, обеспечивает их надежную фиксацию до полного завершения данной операции. Использование данного метода дает возможность значительно сократить время сшивания сосудов, а также исключить вероятность сужения сосудов в месте анастомоза.