

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

научно-практический журнал

УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА

scientific practical journal

UNIVERSITY CLINIC

2019, приложение

Главный редактор

Игнатенко Г.А.

Зам. главного редактора

Колесников А.Н.

Ответственный секретарь

Смирнов Н.Л.

Редакционная коллегия

Абрамов В.А. (Донецк)

Васильев А.А. (Донецк)

Ватутин Н.Т. (Донецк)

Джоджуа А.Г. (Донецк)

Дубовая А.В. (Донецк)

Клемин В.А. (Донецк)

Коктышев И.В. (Донецк)

Луцкий И.С. (Донецк)

Налетов С.В. (Донецк)

Оприщенко А.А. (Донецк)

Чурилов А.В. (Донецк)

Редакционный совет

Батюшин М.М. (Ростов-на-Дону)

Вакуленко И.П. (Донецк)

Городник Г.А. (Донецк)

Григоренко А.П. (Белгород)

Каливрадзиян Э.С. (Воронеж)

Крутиков Е.С. (Симферополь)

Кувшинов Д.Ю. (Кемерово)

Кулемзина Т.В. (Донецк)

Мухин И.В. (Донецк)

Обедин А.Н. (Ставрополь)

Седаков И.Е. (Донецк)

Селезнев К.Г. (Донецк)

Слепушкин В.Д. (Владикавказ)

Тотиков В.З. (Владикавказ)

Шемонаев В.И. (Волгоград)

Щербинин А.В. (Донецк)

ISSN 1819-0464

Университетская Клиника
научно-практический журнал**University Clinic**
scientific practical journal

2019, приложение

Учредитель журналаГОО ВПО «Донецкий
национальный медицинский
университет имени М. Горького»**Свидетельство о регистрации
средства массовой информации**

ААА № 000167 от 16.10.2017 г.

Издатель журналаГОО ВПО «Донецкий
национальный медицинский
университет имени М. Горького»**Адрес редакции и издателя**

83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций (Приказ МОН ДНР № 1466 от 26.12.2017 г.)

Журнал зарегистрирован и индексируется в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ), Google Scholar, Ulrich's Periodicals Directory, Index Copernicus International (ICI)

Рекомендовано к изданию
Ученым советом
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Подписано в печать 31.10.2019

Формат 60×84/8.

Гарнитура PT Serif, PT Sans

Тираж 100 экз.

Распространяется бесплатно

Представленные к печати материалы не рецензировались, публикуются в авторской редакции, сохранена орфография и пунктуация оригинала. Авторы несут ответственность за достоверность и точность предоставленной информации. Внесенные редакцией исправления касаются исключительно оформления публикаций.

**Материалы
Международного медицинского форума Донбасса
«Наука побеждать... болезнь»
14-15 ноября 2019 года**

Абазова И.С., Слепушкин В.Д., Тутуков А.Б., Арамисов И.А.

ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия
ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия», г. Владикавказ, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ НЕДЕПОЛЯРИЗУЮЩИХ МИОРЕЛАКСАНТОВ С УЧЕТОМ ЦИРКАДНЫХ РИТМОВ

Циркадные ритмы в физиологии человека могут приводить к глубоким суточным изменениям фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов

Цель исследования: изучить действие недеполяризующих миорелаксантов с учетом циркадных ритмов человека.

Методы исследования: нами исследовано за 2018г 235 пациентов с хирургической патологией, оперированных в экстренном порядке, где операция длилась не более 100 минут, нуждающихся в общей анестезии с НМБ. Пациенты в возрастном аспекте были: от 15 до 87 лет. Операции проводили в следующих промежутках времени: 08:00-11:00; 11:00-14:00; 14:00-17:00; 17:00-20:00; 20:00-23:00; 23:00-02:00; 02:00-08:00.

Преобладали пациенты мужского пола, общий вес меньше 120 кг. Статус по ASA – I-II степени. Мы исследовали влияние времени суток на продолжительность нервно-мышечной блокады (НМБ), вызванное рокуронием.

После введения миорелаксантов в дозировке, достаточной для гладкой интубации трахеи, TOF-записи демонстрируют 4 фазы или уровня нервно-мышечной блокады: полную блокаду, глубокую и умеренную блокаду и фазу восстановления нервно-мышечной проводимости.

Полная нервно-мышечная блокада наступает после введения миорелаксантов с целью интубации трахеи; срок ее наступления и продолжительность зависит от препарата используемой дозы. Эта фаза называется периодом полного отсутствия ответа, поскольку не сопровождается реакцией ни на TOF, ни на посттетаническую стимуляцию (PTC=0).

Результаты: Всем пациентам проводилась общая анестезия пропофолом с фентанилом и поддерживающая анестезия Севораном с кислородом (МАК 0,5-1,0 об%). Мониторинг проводился в соответствии с Международными стандартами. Нейромышечную функцию измеряли количественно каждые 15 секунд с по-

мощью акселерометрии в течении всего наркоза с помощью стимуляции в течении 4-х шагов, с помощью TOF-Watch SX. Первичной переменной исхода (T1) было время в минутах от введения индукционной дозы (0,6мг/кг) рокурония до восстановления нейромышечной функции до заданной конечной точки. Мы определили конечную точку как повторное появление второго подергивания в двух последовательных чтениях в последовательности с интервалом в 4,15 секунд. В этот момент высота повторного подергивания составляла 3% от базовой линии, 3 и 4 подергивания отсутствуют. Когда требовались более длительные периоды НМБ, вводили вторую дозу, равную 20% от индукционной дозы, и, по необходимости, третью стандартную дозу – 10мг. Длительность действия этих стандартных доз была определена как вторичные переменные результаты (T2 и T3 соответственно). Средняя продолжительность действия начальной индукционной дозы (0,6мг/кг) рокурония (T1) существенно варьировала со средним значением -39 минут. Доза 20% (T2) длилась в среднем 21 минуту. Доза 10 мг (T3) 24 минуты. Существовала четкая взаимосвязь между продолжительностью действия и временем суток введения препарата, с максимальной продолжительностью 50 минут, падающий между 08:00 и 11:00, и минимальной продолжительностью с 14:00 до 17:00. Средняя разница между этими временными интервалами составила 21 минуту. Анализ показал, что пол, возраст и температура были плохими предикторами в продолжительности НМБ, поэтому эти факторы были удалены из дальнейшего анализа.

Выводы: Время суток введения миорелаксантов влияет на продолжительность НМБ. Стандартная доза рокурония, связанная с весом пациента (0,6 мг/кг), вводимая утром, длится в среднем на 17,4 минуты дольше, чем при введении миорелаксантов во второй половине дня. Это различие составляет 44% от общей средней продолжительности действия препарата (39 минут).

Абрамов В.А.

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

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ САМОСТИГМЫ

Целью настоящего исследования было изучение особенностей социальной поддержки у больных шизофренией и ее влияния на формирование самостигматизации у данного контингента больных.

Материалы и методы. Было обследовано 120 больных параноидной шизофренией, находящихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка. Обследованные больные были разделены на две группы. Основная группа больных состояла 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 психотический эпизод шизофрении.

Уровень и структурные составляющие процесса самостигматизации, изучались с помощью оригинальной шкалы (Абрамов В.А., 2011), для изучения социальной поддержки, степени ее использования, оценки эффективности применялся опросник социальной поддержки F-SOZU-22. Метод математической обработки результатов предполагал использование статистических методов анализа. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

Результаты исследования. В основной группе больных у 12 (15,0%) пациентов наблюдался высокий уровень стигматизации, у 44 (55,0%) обследованных – средний уровень самостигматизации и у 24 (30,0%) больных шизофренией был выявлен низкий уровень самостигматизации. В группе сравнения лишь у 7 (17,5%) пациентов определялся средний уровень выраженности самостигматизационных переживаний и у 33 (82,5%) больных был выявлен низкий уровень самостигматизации, высокие показатели самостигматизации, в данной группе больных отсутствовали. Что свидетельствует о том, что в

большей степени феномену самостигматизации подвержены больные, длительно страдающие шизофренией.

Результаты исследования структуры и уровня социальной поддержки в исследованных группах существенно отличаются как от нормативных показателей ($84,45 \pm 11,6$), так и у больных с различным уровнем самостигматизации. Одним из выводов, вытекающих из анализа самооценок больных, является достоверно более низкий уровень социальной поддержки у больных основной группы ($43,54 \pm 6,12$) со сформированной самостигмой, в отличие от группы сравнения ($69,5 \pm 9,64$).

Из этого можно сделать вывод о том, что чем в большей степени происходит социальное взаимодействие больных, чем более разнообразнее социальные сети, чем выше восприятие таких параметров как забота, принятие, внимание, понимание, уважение от значимых близких людей, тем выше эффективность межличностного общения, тем в большей степени удовлетворены потребности в эмоциональной поддержке, в получении информативного совета, действенной помощи, обратной связи, исходящей от других людей, социальной интеграции и, как следствие, возрастает удовлетворенность социальной поддержкой в целом. С другой стороны, низкий интегративный показатель источников социальной поддержки у стигматизированных больных шизофренией соотносится с низкими показателями различных показателей социальной поддержки, включая удовлетворенность ею. Это отражает значительный дефицит как социального взаимодействия больных, так и, в целом, внешних ресурсов совладания. Недостаточность ресурсов позитивного социального окружения и удовлетворенности от полученной поддержки является одним из важнейших факторов формирования самостигмы и маргинализации больных шизофренией.

Абрамов В.А.

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

ОСОБЕННОСТИ САМОЭФФЕКТИВНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Понятие самоэффективности характеризует веру человека в собственные способности, эффективность своих действий и ожидание успеха от их реализации, что в свою очередь влияет на выбор стратегии поведения. Самоэффективности позволяет человеку осознать свои способности и использовать их наилучшим образом. По сути, самоэффективность – это основанная на знании и прежних переживаниях убежденность человека в своей способности достигать определенного результата при определенных затратах. Чем самоэффективность выше, тем больших результатов ожидает от себя человек при равных затратах.

В рамках компетентностного подхода в образовании, самоэффективность выступает одним из ключевых факторов на пути к формированию у студентов набора необходимых профессиональных компетенций и становления их высококлассными специалистами.

Цель исследования. Оценить уровень и особенности самоэффективности у студентов медицинского вуза.

Материал и методы. Интервьюировано 65 студентов 4 курса Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького». Оценка уровня и особенностей самоэффективности проводилась с помощью методики самоэффективности Мадукса и Шеера. Метод математической обработки результатов предполагал использование статистических методов анализа. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

Результаты исследования. Показатели самоэффективности у обследованных студентов распределились следующим образом у 34 студентов (52,3%) определялся низкий уровень самоэффективности, у 22 человек (33,8%) – нормаль-

ный уровень самоэффективности и у 10 студентов (13,9%) был выявлен высокий уровень самоэффективности. Также нами изучались особенности самоэффективности студентов в зависимости от уровня их успеваемости. Был изучен средний балл зачетной книжки обследованных студентов и произведено его ранжирование: в первую группу вошли 28 студентов со средним баллом зачетной книжки от 3.0 до 3.74, во вторую группу 27 интервьюируемых со средним баллом от 3.75 до 4.4, третья группа включала 10 студентов со средним баллом зачетной книжки от 4.5 до 5.0. Показатели самоэффективности в зависимости от уровня успеваемости студентов были следующими: в первой группе студентов у 28,6% интервьюируемых определялся нормальный уровень самоэффективности, у 71,4% – низкий уровень самоэффективности, высокий уровень самоэффективности в данной группе опрошенных не определялся вовсе. Во второй группе студентов у 59,3% человек был выявлен нормальный уровень показателей самоэффективности, у 22,2% – низкий уровень самоэффективности и у 18,5% студентов был выявлен высокий уровень самоэффективности. В третьей группе студентов показатели самоэффективности были следующими: у 60,0% опрошенных был выявлен высокий уровень самоэффективности и у 40,0% студентов был определен нормальный уровень показателей самоэффективности, низкий уровень самоэффективности у данной группы студентов не наблюдался.

Выводы. Учитывая полученные результаты можно сделать вывод о том, что самоэффективность непосредственно влияет на уровень успеваемости студентов, на их желание и мотивацию прикладывать максимум усилий для получения знаний и овладения профессиональными компетенциями. Таким образом становится ясна необходимость разработки и внедрения комплекса мер по повышению уровня самоэффективности у студентов медицинских вузов.

Абрамова Е.А., Мартынова М.А.

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

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПРОМЫШЛЕННОГО ДОНБАССА СРЕДИ ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ

Цель. Изучение закономерностей формирования заболеваний органов дыхания среди подростков в условиях Донецкого региона.

Материалы и методы. Исследованиями охвачены подростки, проживающие в городской и сельской местности на территории Донецкой области. Под наблюдением находились более 198 тысяч городских и 38 тысяч сельских подростков в течение 12 лет. Анализ основан на получении интенсивных, экстенсивных и средних арифметических статистических величин. Заболеваемость оценивалась по физическим параметрам волновых процессов с определением периода и амплитуды её колебания. При этом единицей измерения периода колебаний заболеваемости был календарный год, а амплитуды колебания – процентная величина изменения случаев заболеваемости.

Результаты и обсуждение. Урбанизация, как социально-исторический процесс роста городской инфраструктуры с интенсивными процессами промышленного производства, особо характерна для Донбасса. При интенсивном развитии промышленного производства городская экологическая среда приобретает выраженные техногенные свойства. В природных объектах (воздух, вода, почва, растения) постоянно находятся биологически вредные продукты промышленного производства (ксенобиотики) в больших (выше предельно допустимой концентрации (ПДК)) или в малых концентрациях (ниже ПДК). Этот комплекс урбанизации жизнедеятельности человека неизбежно сказывается на общественном здоровье и, особенно, на здоровье молодой части населения в период возрастного созревания (подростковый возраст 14 – 17 лет).

Уровень первичной заболеваемости подростков болезнями органов дыхания в условиях урбанизированного Донбасса находится в пределах следующей среднестатистической величины – $6071,5 \pm 10,5$ случаев на 10000 человек. При этом, амплитуда колебания частоты возникнове-

ния этих болезней среди подростков превышает 1500 случаев на 10000 человек

Среднестатистический уровень заболеваемости болезнями органов дыхания городских подростков несколько выше относительно среднестатистического областного показателя и составляет $5862,2 \pm 18,4\%$ случаев. Болезни органов дыхания, как по частоте возникновения, так и по распространению преобладают у подростков постоянно проживающих или длительно пребывающих в городской местности. Самые высокие показатели заболеваемости подростков болезнями органов дыхания (больше 4000 случаев на 10000 человек) характерны для городских населенных мест со слабо функционирующими коммунальными службами, не эффективной работой медицинской службы по первичной и вторичной профилактике этой патологии среди подростков и высокой загрязненности воздушной среды продуктами промышленного производства.

Заключение. Волновая динамика болезней органов дыхания свидетельствует о наличии природно-обусловленных факторов прямого действия, детерминирующих эту патологию с интенсивным периодом проявления через 6 – 8 лет. Наличие различий в уровнях заболеваемости указывает на активное участие в механизме формирования этих болезней факторов непрямого действия, то есть стимулирующих развитие болезней органов дыхания. Такими факторами могут выступать экзогенные факторы химической и физической природы разной интенсивности – вещества, загрязняющие внешнюю среду вследствие и производственной деятельности общества. Следовательно, современные закономерности уровня и динамики болезней органов дыхания подростков формируются на основе особенностей образа и условий их жизни, а их выраженность определяется уровнем популяционного здоровья, интенсивностью и природой факторов, детерминирующих и стимулирующих процесс заболеваемости данного вида.

Агафонова Е.И., Васильева А.Н., Ковтун И.В., Пузик А.А.

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

THE MODEL OF MODERN TEACHER

Globalization is an important development that changed the world. It comes into our society new concepts and values and carries new problems and perspectives for the nations. Globalization has a lot of different meanings and is not well defined. One can designate it as a process of integration of local characteristics into global flows which are mostly done by means of new communication and information technology. The term also refers to the movement of people (labor) and knowledge (technology) across international borders (Giddings, 1990). It may mean the end of the nation state which brings a new way of life and individuals in global world. Globalization was developed on the foundation of Western Civilization, which oversaw the rise of modern science and the modern secular state. Globalization can be defined as a process or condition of the cultural, political, economic, and technological meeting and mixing of people, ideas, and resources, across local, national, and regional borders, which has been largely perceived to have increased in intensity and scale during the late 20th and early 21st centuries [1].

The aim of the work is to give the characteristics and the model of modern teachers for the global world and the purpose of education in the globalized world. The challenges of globalization in education have been investigated by numerous foreign scientists: F. Altbaha, L. Verbitsky, A. Dzhurynsky, A. Lyferova, J. Knight, L. Oderiya, R. Patory, O. Sahinovoyi, P. Scott, Hans de Vita. However, investigations remain open to questions regarding trends in the transformation of education in Donetsk Republic to meet the current challenges of globalization of the education market.

Modern education makes a goal of taking someone apart from neither its nation nor its government nor its community. On the contrary, one of the main goals of the educational systems in the globalization

era is to improve person. Everyday a new branch of knowledge is discovered by communities and invention of these branches wants new, educated and experienced staffs for employment. But this is the main global problem to find new and experienced staffs for all countries. The main aim of the globalization process from this perspective is to bring up such teachers. We can analyze the modern teacher under the following six categories: enjoying one's job and having the skills and abilities that are needed; being professional in his / her branch; foreign language teacher must know one more language than the native language to follow the changes of the globalization world and keep on improving; the ability of using technology – computer, overhead projector, projector, internet etc. We can make a list of things that teachers should probably not do if they want to avoid problems: don't go to class unprepared; don't be inconsistent; don't issue threats; don't raise your voice; don't give boring classes; don't be unfair; don't have a negative attitude to learning; don't break the code; teacher trainings [2].

So, in conclusion we can insert three intertwined elements for the model of developing capable teachers: ability (describes both competence and capacity); values (the ideals that govern the use of ability); self-efficacy (the way people judge their capability to carry out actions effectively). These directions mainly summarize the ideas that we discussed above educating teachers for the global world. Education cannot stand aside from the overall integration, standardization and convergence between the different countries of the world. It challenges us to rethink not only how much education is needed but also its final goal to train highly skilled professionals to solve the world's problems. Education in a global society is a real challenge because education is culture specific. It involves teaching the knowledge, values, and skills known to a particular society.

Александров Е.И.

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

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Во время беременности в системах организма происходят различные виды сложной адаптационно-защитной перестройки, что приводит к ухудшению состояния зубов и пародонта. Происходящие изменения еще больше усугубляются и становятся более агрессивными, если беременность протекает на фоне каких-либо имеющихся или возникших во время беременности общих заболеваний. В связи с этим, профилактика и лечение стоматологических заболеваний в группах людей с повышенным риском для здоровья, к одной из которых относятся беременные женщины, является актуальностью в современной стоматологии.

Целью исследования. Усовершенствование профилактики и лечения хронического катарального гингивита при беременности на фоне различных заболеваний.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 77 беременных с хроническим катаральным гингивитом в возрасте 25-35 лет. Основную группу составили 37 пациенток с анемиями беременных и гестационным сахарным диабетом, группу сравнения составили 25 пациенток с анемиями беременных, контрольную группу составили 15 пациенток с физиологической беременностью. Обследования проводили до лечебно-профилактических мероприятий (14-15 недель) и после их проведения (36-37 недель) на базе научно-исследовательского института репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи (НИИ РЗДПМ) ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького. Для оценки состояния тканей пародонта и гигиены полости рта использовали индекс РМА (%) и Грина-Вермиллиона (ОHI-S). Для профилактики и лечения гингивита пациенткам основной группы назначался препарат «Лимонтар», для полосканий – «Лесной бальзам» на основе прополиса, для гигиены полости рта – зубная паста «Новый жемчуг» на основе комплекса лечебных трав. В группе сравнения назначался препарат «Аскорутин», для

полосканий полости рта – настойка «Ротокан» в разведении и зубная паста «Лесной бальзам» на основе ромашки. В контрольной группе для полоскания полости рта назначалась настойка «Ротокан» в разведении и зубная паста «Новый жемчуг» на основе шалфея. Статистическая обработка результатов исследований проводилась с использованием программы Microsoft Office Excel 2007, BIostat 2008 Professional 5.1.3.1.

Результаты и обсуждение. Результаты обследования показали, что в 14-15 недель распространенность хронического катарального гингивита в основной группе составила 91,8%, в группе сравнения – 88,0%, в контрольной группе – 86,0%. Индекс РМА в основной группе составил $42,2 \pm 2,31\%$, в группе сравнения – $40,4 \pm 2,27\%$, в контрольной группе – 38,0% ($p < 0,05$). Индекс гигиены (ОHI-S) в основной группе составил $2,35 \pm 0,18$ баллов, в группе сравнения – $2,28 \pm 0,15$ баллов, в контрольной группе – $2,25 \pm 0,11$ баллов ($p < 0,05$). После лечения у пациенток основной группы индексы РМА и ГИ составили $19,7 \pm 1,19\%$ и $1,08 \pm 0,05$ баллов, при снижении в 2,1 раза; в группе сравнения они составили $22,3 \pm 1,24\%$ и $1,15 \pm 0,07$ баллов, при снижении в 1,8 и 1,9 раза, в контрольной группе – $23,7 \pm 1,28\%$ и $1,26 \pm 0,09$ баллов, при снижении в 1,6 и 1,7 раза ($p < 0,05$).

Выводы. Проведенные исследования показали, что изменения при беременности могут негативно отражаться на тканях пародонта и еще больше проявляться, если беременность протекает на патологическом фоне. Этому свидетельствует более высокая распространенность хронического катарального гингивита у пациенток с различными осложнениями беременности, в сравнении с пациентками, имевшими физиологическую беременность. Разработка и усовершенствование эффективных лечебно-профилактических мероприятий для таких пациентов, является необходимостью в современной стоматологии.

Александров И.Н., Ермаченко Т.П.

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

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ДНР

Высокая распространенность и нарастающая интенсивность поражения населения кариесом зубов и болезнями пародонта, а также низкий уровень гигиены полости рта определяют проблему профилактики стоматологических болезней.

Цель данной работы состояла в том, чтобы установить некоторые зависимости в формировании стоматологической ортодонтической патологии в пределах района с высокой техногенной нагрузкой и уровнями патологии, разработать медико-профилактические мероприятия по оказанию помощи населению.

Анализ обращаемости населения за стоматологической помощью показал, что за 4-х летний срок наблюдения на 3 вылеченных зуба приходился 1 удаленный, в сельских районах это соотношение представлено как 1,1: 1,0.

Такое состояние в сельской местности может быть обусловлено рядом факторов. Прежде всего, это обеспеченность специалистами, низкая гигиеническая культура населения и позднее обращение за медицинской помощью.

Удельный вес санированных пациентов от числа первично обратившихся к врачам-стоматологам в Республике составила 45,3% (2014 г.) и 52,3% (2018 г.). В сельских районах этот показатель был значительно ниже и колебался от 23,4% до 29,5%.

Таким образом, оценка полученных данных показывает на то, что приоритетным направлением улучшения качества стоматологической помощи населению является активное внедрение профилактических мероприятий, в том числе гигиеническое обучение населения, увеличение охвата санацией, как взрослого, так и детского контингента.

Алешина Р.М.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ (ИЗ ПРАКТИКИ АЛЛЕРГОЛОГА)

Диагностика бронхиальной астмы (БА) является нередко трудоемким процессом по практическому исполнению. Часто возникает необходимость уточнения диагноза, особенно это касается случаев первичной диагностики заболевания, когда клинически есть признаки бронхообструкции, которые трудно купируются бронхоспазмолитическими препаратами.

Цель работы

Изучить случаи расхождения первичного диагноза БА с истинной причиной бронхообструктивного синдрома (БС).

Материалы и методы

Проведены клинические наблюдения и анализ 35 историй болезни пациентов, поступивших в аллергологическое отделение с диагнозом БА, с применением метода выкопировки результатов лабораторно-инструментальных исследований.

Результаты и обсуждение

Анализ ошибок, совершаемых врачами в

процессе дифференциальной диагностики БС, показал следующее. Нередки случаи постановки диагноза БА при синдроме назального затекания при патологии ЛОР-органов: хронического ринита, синусита, тонзиллита. У 11 больных при указанной патологии возникали приступы кашля в ночное время, что расценивалось врачами как кашлеподобный вариант БА. В 5 случаях был установлен диагноз ларингоспазма неаллергической природы (дисфункция голосовых связок, лу-синдром и др.), когда сухие хрипы выслушивались на крупных бронхах и имели характер проводных. У 1 больного БС регистрировался на фоне «старого» инородного тела в бронхиальном дереве, причем рецидивы БС были связаны с инфекцией («синдром средней доли»), бронхоскопия позволила установить истинную причину БС. Приступы тяжелого БС наблюдались у женщины с папилломой «на ножке» в области гортани. В данном случае обращало на

себя внимание положение больной постоянное, сидя с наклоном кпереди, и резистентность к лечению бронхоспазмолитическими препаратами. Диагноз БА был снят при осмотре гортани ЛОР-врачом. После оперативного лечения приступы удушья не повторялись. У женщины с хроническим бронхитом, сопровождающимся приступами кашля с затрудненным выдохом, при сборе анамнеза и осмотре было обращено внимание на мастэктомия по поводу опухоли правой молочной железы, при тщательном обследовании обнаружен метастаз опухоли в n.vagus. Несколько пациентов предъявляли жалобы на приступы удушья, чаще в ночное время, описываемых «как кто-то их душит», объективно быстро нарастали цианоз лица и одышка смешанного характера, которая трудно купировалась. При тщательном обследовании была обнаружена патология шейных позвонков C₃-C₄. У другой пациентки также с шейным остеохондрозом отмечались приступы кашля с бронхоспазмом, при обследовании диагноз БА был снят, а лечение продолжено у невропатолога. Был выявлен случай за груди-

ного зоба у больной с длительным ошибочным диагнозом БА, особенностью приступа удушья в ночное время было положение больной с наклоном кпереди, а также данные спирографии. Довольно часто отмечали у больных с БС психоневрологическую патологию в виде панических атак, гипервентиляционного синдрома, приступов истерии. Допускались ошибки в диагностике БА у пожилых лиц с ишемической болезнью сердца, особенно на фоне лечения β-блокаторами и ингибиторами АПФ, что необходимо расценивать как побочное действие препаратов, последующая их отмена устраняла БС.

Заключение

Таким образом, следует считать обязательным тщательное обследование пациентов с БС, используя не только физические и лабораторные методы, но и инструментальные: бронхоскопию, ларингоскопию, рентгенологические методы, спирометрию с обязательным проведением бронходилатационного теста с β₂-агонистом (сальбутамолом).

Алиев А.Ю.

Министерство транспорта Донецкой Народной Республики, г. Донецк, ДНР

ЗДОРОВЬЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ – ЗАЛОГ СТАБИЛЬНОЙ РАБОТЫ ОТРАСЛИ И УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВА

Организация эффективного транспортного обслуживания населения является одной из важнейших задач во многих городах и населенных пунктах Донецкой Народной Республики. Транспортная система государства включает городской электрический, автомобильный и железнодорожный транспорт. Развиваются и совершенствуются все виды транспорта, но особенно интенсивно развивается железнодорожный транспорт. Так, по территории Республики курсируют более 60 пригородных и 2 пассажирских поезда, с начала 2019 г. перевезено около 700 тыс. пассажиров и 7 795,0 тыс.т. грузов. Поэтому здоровье железнодорожников – приоритет государства, как залог стабильной работы железнодорожной отрасли и устойчивого развития Донецкой Народной Республики.

Цель работы

Изучить и сделать выводы о состоянии здоровья работников определенных категорий железнодорожного транспорта общего пользования, занятых на работах, связанных с обеспечением безопасности движения, обслуживанием инфраструктуры железнодорожного транспорта, а также лиц, профессиональная деятельность ко-

торых осуществляется в условиях повышенной опасности наезда подвижного состава.

Материалы и методы

Использованы отчетные данные учреждений здравоохранения Республики по результатам проведенных обязательных медицинских осмотров, согласно приказу Минтранс ДНР и Минздрав ДНР от 25 декабря 2018 № 441/2390 «Об утверждении Порядка проведения обязательных (при приеме на работу), периодических и внеочередных медицинских осмотров работников определенных категорий железнодорожного транспорта общего и необщего пользования Донецкой Народной Республики» (далее – Приказ № 441/2390). Обработка полученных результатов проведена на компьютере по общепринятой методике.

Результаты и обсуждение

В 2019 году в соответствии с Приказом № 441/2390 обязательным медицинским осмотрам подлежат 11 073 работника Государственного предприятия «Донецкая железная дорога» (далее – ГП «ДЖД»). В первом полугодии осмотрено 4 437 чел. или 40% (2018 г. – 3483 чел.), в т.ч.: предварительные медицинские осмотры – 301

чел. или 6,8% (2018 г. – 200 чел.); периодические – 4116 чел. или 92,8% (2018 г. – 3274 чел.); внеочередные – 20 чел. или 0,5%. Из общего числа осмотренных 70,2% составляют работники, работа которых непосредственно связана с обеспечением безопасности движения поездов и обслуживанием железнодорожного транспорта, в т.ч. машинисты и помощники машинистов – 9,0%; одновременно испытывают влияние вредных и опасных факторов производственной среды и трудового процесса – 22,6%; выполняют работы, сопровождающиеся физической перегрузкой и перенапряжением отдельных органов и систем – 36,3%.

По результатам медицинских осмотров признано не пригодными к работе 11 чел. (2018 г. – 34 чел.), в т.ч.: по причине заболевания внутренних органов – 7 чел. (2018 г. – 16 чел.); заболевания

глаз и нарушения их функций – 1 чел. (2018 г. – 6 чел.); нервных и психических болезней – 1 чел. (2018 г. – 0); болезней уха, горла и носа – 1 чел. (2018 г. – 8 чел.); заболеваний костно-мышечной системы – 1 чел. (2018 г. – 5 чел.).

Заключение

Количество охваченных обязательными медицинскими осмотрами работников определенных категорий железнодорожного транспорта увеличилось в 1,3 раза.

Мониторинг состояния здоровья работников позволяет своевременно реагировать на общее и индивидуальное состояние здоровья работников, а также принимать управленческие решения, направленные на предупреждение возникновения аварий, катастроф на железнодорожном транспорте, связанных с человеческим фактором.

Альмешкина А.А.

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

ОСОБЕННОСТИ РЕФЛЕКСИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Цель. Оценить уровень развития рефлексивности у пациентов с невротическими расстройствами с различной длительностью заболевания в зависимости от семейного положения, возраста и пола.

Материал и методы. Обследовано 37 пациентов обоих полов в возрасте от 18 до 57 лет с психическими расстройствами невротического уровня, которые находились на стационарном лечении в РКПБ-МПЦ г. Донецка. Распределение респондентов по полу: мужчин – 16 человек (43,2%), женщин – 21 человек (56,8%). В данном исследовании основным критерием распределения была длительность заболевания: до года и более года. Основную группу составили пациенты с длительностью заболевания до года – 37,8% (14 чел.), в группу сравнения вошли больные с длительностью заболевания более года – 62,2% (23 чел.). Для определения степени развития рефлексивности использовалась методика диагностики уровня развития рефлексивности А.В. Карпова. Расчеты производились в таблицах Microsoft Excel 2016 и программе «MedStat v.5.2».

Результаты. При определении индивидуальной меры выраженности рефлексии выявлено: средние результаты степени развития рефлексии по всей выборке находились на среднем уровне ($4,78 \pm 1,69$ (95% ДИ: 4,22-5,35)). Уровень рефлексии у пациентов с длительностью заболева-

ния до года: состоящие в браке: $5,1 \pm 0,9$ (95% ДИ: 4,3-6), не состоящие в браке: 4 (Q1-Q3: 3-7); в возрасте до 40 лет: $4,9 \pm 1,3$ (95% ДИ: 3,6-6,1), в возрасте старше 40 лет: $4,6 \pm 1,8$ (95% ДИ: 2,9-6,2); мужчины: $4,7 \pm 1,5$ (95% ДИ: 0,87-8,5), женщины: $4,7 \pm 1,6$ (95% ДИ: 3,6-5,8). Степень рефлексивности больных с длительностью заболевания более года: состоящие в браке: $5,9 \pm 1,7$ (95% ДИ: 4,8-7,1), не состоящие в браке: 4 (Q1-Q3: 2,5-5); в возрасте до 40 лет: $4 \pm 1,3$ (95% ДИ: 3,1-4,9), в возрасте старше 40 лет: $5,7 \pm 1,8$ (95% ДИ: 4,5-7); мужчины: $5,2 \pm 1,8$ (95% ДИ: 4,2-6,3), женщины: $4,3 \pm 1,8$ (95% ДИ: 3-5,6). Статистических различий между уровнем рефлексии у больных с невротическим уровнем психических расстройств с различной длительностью заболевания в зависимости от семейного положения, возраста и пола выявлено не было ($p > 0,05$).

Выводы. Больным с невротическими расстройствами в большей степени свойственен средний уровень рефлексии. Проведенный анализ уровня развития рефлексии у пациентов с невротическим уровнем психических расстройств с различной длительностью заболевания в зависимости от семейного положения, возраста и пола не показал статистически значимых различий ($p > 0,05$), что, скорее всего, связано с небольшим объемом выборки. Однако, мы можем констатировать, что уровень рефлексии несколько выше у лиц, состоящих в браке и старше 40 лет с

длительностью заболевания более года, а также у пациентов в возрасте до 40 лет с длительностью заболевания до года. Из чего можно заключить, что психическим расстройствам невротического уровня с длительностью заболевания до года предрасположены лица, как мужского, так и женского пола, молодого возраста с несколько более высоким уровнем рефлексивности, а с

длительностью заболевания более года – состоящие в браке и в возрасте после 40 лет. Это может свидетельствовать о том, что данные пациенты склонны анализировать сложившиеся психотравмирующие ситуации, пропускать их через себя, «застрывать» на них, что и ведет к возникновению психического расстройства и/или его рецидиву, хронификации, прогрессированию.

Альмешкина А.А.

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

ИНФОРМАЦИОННО-КОГНИТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ

Цель. Изучение теоретических основ в понимании важности информационно-когнитивного компонента готовности преподавателей медицинского высшего учебного заведения, который играет одну из ведущих ролей в реализации компетентностного подхода в образовании.

Материал и методы. С помощью системного информационно-аналитического метода проведен анализ отечественных и зарубежных литературных источников по вопросам теоретических основ понимания важности информационно-когнитивного компонента готовности преподавателей медицинского высшего учебного заведения, который играет одну из ведущих ролей в реализации компетентностного подхода в образовании.

Результаты. Формирование информационно-когнитивной компетентности очень важно для преподавателей медицинского высшего учебного заведения, которые в силу профессии должны уметь генерировать новые знания, уметь решать существующие проблемы и предвидеть новые, обладать гибкостью ума, развитой педагогической интуицией, богатым воображением, организаторскими способностями, трудолюбием, любовью к своему делу, умением создать благоприятный климат, способностью действовать спонтанно, исходя из ситуации. Проведя теоретический анализ психолого-педагогических подходов к пониманию информационно-когнитивной компетентности, нами было выявлено, что ряд авторов рассматривают данную компетентность как две отдельные компетентности: информационную (информационно-коммуникативная) и когнитивную. Объединяя две данные компетентности, можно выделить одну – информационно-когнитивную, которая сочетает в себе способности познавать новое и умения находить это новое среди многообразия имеющейся информации. То есть, информационно-когнитивная

компетентность – это совокупность взаимосвязанных качеств личности, отражающих постоянную потребность и желание к самообразованию, а также умение с этой целью находить, отбирать и анализировать информацию. Показателем сформированности данной компетентности в таком случае будет создание своего нового знания. Сущность информационно-когнитивной компетентности современных преподавателей – готовность к информационно-насыщенному (когнитивному) профессиональному действию, побуждающему студентов и педагогов высшей школы к поиску лично значимых информационных потоков. Следовательно, готовность личности к информационно-когнитивному насыщению можно понимать, как свойство личности, отражающее ее природные возможности и приобретенный опыт компетентной самореализации. Информационно-когнитивная компетентность личности складывается из ее социально-личностной и профессиональной готовности к самореализации и саморазвитию в информационном педагогическом поле деятельности.

Выводы. Информационно-когнитивная компетентность является базовой, которую необходимо отнести к мета-уровню по отношению к другим ключевым профессиональным компетентностям. Подтверждение этому является тот факт, что информационно-когнитивная компетентность реализует готовность к осуществлению различных видов познавательной деятельности и способность личности обучаться в течение всей жизни, самосовершенствуясь как в профессиональном, так и в личностном плане. Педагогу высшей школы необходимо повышать уровень информационно-когнитивной готовности к реализации компетентностного подхода в образовании. От этого непосредственно зависит качество сформированных профессиональных компетенций у преподавателей.

Анастасов А.Г., Щербинин А.В.

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

ОРГАННАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ДЕТЕЙ С ТРАВМОЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Введение. Улучшение качества диагностики, прогноза исхода и лечения путем использования разноплановых формализованных балльных оценочных систем у детей с тяжелой механической травмой остаются одной из актуальных проблем медицины критических состояний.

Цель исследования – определение основных клинических критериев органной дисфункции у детей с травмой органов брюшной полости в периоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. 18 пациентов, от 6 до 12 лет, с травмой органов брюшной полости, которые находились на лечении в Клинике детской хирургии им. Н.Л.Куца на базе Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР с 2014 -2019г.г. 11 (61,1%) пациентов с изолированной тупой травмой живота и повреждением паренхиматозных органов составили 1-ю подгруппу, а 7 (38,9%) больных с открытой травмой органов живота с множественным повреждением внутренних органов – 2-ю подгруппу. Диагностика и хирургическая тактика лечения у данной категории пациентов проводилась на основании протоколов лечения детей по специальности «Детская хирургия». Оценка тяжести и прогноз механической травмы проводились на основании педиатрической шкалы тяжести травмы (Pediatric Trauma Score (PTS) (Tepas J.J.,1985)). Градации синдрома шока проводили на основании шкалы FEAST (Fluid Expansion as Supportive therapy) (2018). Оценка выраженности органной дисфункции у обследуемых пациентов осуществляли на основании критериев диагностики органной дисфункции у детей (International Pediatric sepsis consensus conference – IPSCC, 2005). Статистический анализ проведен способами вариационной статистики с определением критерия Манна-Уитни ($P < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. В дооперационном периоде, как у больных 1-ой подгруппы, так и у детей 2-ой подгруппы выраженность шока соответствовала компенсированному шоку по

шкале FEAST. У пациентов 1-ой подгруппы суммарная оценка тяжести травмы по шкале PTS была $10,2 \pm 1,1$ балла, т.е. «легкая травма», за счет имеющихся повреждений органов одной анатомической области – брюшной полости без скелетной травмы. Средняя длительность хирургического вмешательства у пациентов 1-ой подгруппы составила – $112,0 \pm 21,8$ мин, а во 2 подгруппе – $162,0 \pm 11,2$ мин ($P < 0,05$). В периоперационном периоде у пациентов 1-ой подгруппы ведущее место в оценке системных нарушений гомеостаза занимали диагностические критерии: ЧД $> 18,0$ дых. в мин, необходимость респираторной поддержки, уровень незрелых форм нейтрофилов более 10%. А у 7 пациентов 2-ой подгруппы зарегистрированы признаки органной дисфункции: необходимость в инотропных препаратах для поддержания АД сист. в пределах нормы, $SpO_2/FiO_2 < 264$, необходимость в кислороде или $> 50\% FIO_2$ для поддержания насыщения крови $O_2 > 92\%$.

Выводы

Выраженность органной дисфункции у детей с травмой органов брюшной полости определяется нозологической конфигурацией травмы (закрытая или открытая, изолированная или множественная), а также объемом и характером выполненного оперативного пособия.

До операции, наиболее информативными для оценки органной дисфункции у детей с травмой органов брюшной полости были клинические критерии тахипное ЧД $> 18,0$ дых. в мин, $SpO_2/FiO_2 < 264$, нарушение кровообращения (ЧСС $> 130,0$ уд. в мин), общее количество лейкоцитов $> 13,5$ ($\times 10^9/л$) или $< 4,5$ ($\times 10^9/л$).

В послеоперационном периоде, на первый план в диагностике тяжести состояния пациентов выступали показатели: необходимость в инотропных препаратах для поддержания АД сист. в пределах нормы, $SpO_2/FiO_2 < 264$, необходимость в кислороде или $> 50\% FIO_2$ для поддержания насыщения крови $O_2 > 92\%$.

Андреев Р.Н., Зятева А.П., Лыгина Ю.А., Комиссаровская Н.В.

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

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В Г. МАКЕЕВКЕ

Наиболее распространенными инфекционными заболеваниями в Донецком регионе являются острые кишечные инфекции (ОКИ). В настоящее время существующие негативные тенденции, связанные с военными конфликтами, миграцией населения и снижением уровня жизни, делают исследование указанной проблемы особенно актуальным.

Цель работы:

Определить современные характеристики эпидемического процесса ОКИ в г. Макеевке.

Материалы и методы:

Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации заболеваемости ОКИ за период 2011-2018 гг. по данным Донецкого городского центра Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Microsoft Office 2007.

Результаты и обсуждение:

В эпидемическом процессе ОКИ в г. Макеевке за изучаемый период установлена тенденция к росту заболеваемости. Самый высокий показатель за исследуемый отрезок времени (2011-2018 гг.) регистрировался в 2018 году (294,0 на 100 тыс. населения). Наиболее актуальной группой заболевших были дети 0-17 лет – в среднем 59,8±9,8%. В видовой структуре возбудителей преобладали гастроэнтероколиты (ГЭК) установленной этиологии – 78,1±8,5% (показатель

заболеваемости 212,9±43,8 на 100 тыс. населения), доля ГЭК неустановленной этиологии составляла 21,1±8,7% (показатель заболеваемости 33,6±3,9 на 100 тыс. населения), ротавирусного энтерита – 23,7±8,3%, шигеллезов – 0,81±0,14%. Основным путем передачи на протяжении всего исследованного периода оставался пищевой – 98,1±1,8%. Факторы передачи распределились следующим образом: молочная продукция – 37,4%, в том числе из торговой сети и общепита – 17,8%, несоблюдение правил личной гигиены и приготовления пищи – 9,1%, мясо птицы – 6,7%, в т. ч. из торговой сети на рынках – 16,7%, кулинарные изделия – 4,5%, мясопродукты – 2,6%, в т. ч. из торговой сети – 4,3%.

Пейзаж возбудителей, выделенных у заболевших, был представлен клебсиеллой – 10,6%, стафилококком – 7,3%, энтеробактером – 27,1%, цитробактером – 18,4%, ротавирусом – 9,7%, эшерихией коли – 12,3%. Микроорганизмами, выделенными из внешней среды, также были энтеробактер – 33,2%, клебсиелла – 24,8%, эшерихия коли – 12,3%, цитробактер – 11,4%.

Выводы:

Таким образом, в настоящее время в Донецком регионе наблюдается склонность к росту заболеваемости ОКИ. Наиболее актуальными кишечными инфекциями Донецкого региона являются гастроэнтероколиты установленной этиологии. Поскольку пищевой путь передачи является наиболее значимым, на него следует направить основные меры профилактики.

Андреев Р.Н., Садеков Д.Р., Ермакова Н.Н.

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

ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ХОЗЯЙСТВЕННО-ПИТЬЕВОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ ГОРОДА ДОНЕЦКА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

В данной работе рассматриваются современные актуальные проблемные вопросы крупного густонаселенного промышленного региона – города Донецка.

Цель работы:

Рассмотреть, изучить и обозначить актуальные проблемы централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения города Донецка.

Материалы и методы:

Проанализированы данные отчетов и материалы Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы, отчеты ГП «Вода Донбасса» за период 2015-2018 годов.

Результаты и обсуждение:

Основными источниками водоснабжения города Донецка являются: канал «Северский Донец-Донбасс» и Верхнее – Кальмиусское водохранилище (резервное). Общая протяженность сети города Донецка составляет 399,6 км. Примерно 60% водопроводных сетей находятся в ветхом состоянии из-за длительного срока эксплуатации и подвержены частым аварийным разрывам трубопроводов. На качество воды города Донецка оказывают следующие факторы: несвоевременное устранение аварийных ситуаций на водопроводных сетях; перебои в подаче питьевой воды, приводящие к застою ее в трубопроводах, данный факт создает, особенно в летние месяцы, благоприятнейшие условия к размножению кишечных бактерий в воде; течи на сальниках и задвижках; наличие тупиковых колонок; отсутствие крышек на водопроводных колодцах, приводящее их к засорению колодцев различного рода мусором. Из-за высокого амортизационного износа водопровода в целом, количество аварий на водопроводной сети составляет: в 2015 году – 11142 аварии, в 2016 – 9108, в 2017 – 8820, в 2018 – 8783. В 2018 году из них устранено аварий в первые сутки – 6587 (75%), на 2-е сутки – 1668 (19%), на 3-и сутки – 352 (4%), более 3-х суток- 176 (2%). Количество аварийных ситуаций на водопроводных сетях постепенно снижается. Это можно связать с такими факторами, как – своевременное реагирование и устранение аварийных ситуаций, благодаря профессионализму сотрудников водоканала и органов санэпиднадзора, постепенное снижение напряженности в Донецком регионе и так далее.

Но, заметно и то, что количество аварий на водопроводных сетях все еще остается немалым и при определенных обстоятельствах может нанести серьезный урон здоровью населения города Донецка. Основным методом очистки водопроводной в городе Донецке является хлорирование. Большие его дозы разрушают органические вещества в воде, устраняют запахи и привкусы, а также разрушают водопроводные сети. К сожалению, использование данного метода в современных реалиях не является безопасным, так как слишком высок риск аварийных ситуаций на фильтровальной станции. Целесообразным является озонирование, данный метод как обеззараживает и обесцвечивает воду, так и разрушает вещества, придающие ей запах. Так же ликвидируется потребность в хранении огромных запасов хлора на территории города. К сожалению, дороговизна данного метода сейчас не предполагает его применения.

Заключение:

Следовательно, устранение проблем в эксплуатации систем хозяйственно – питьевого водоснабжения возможно только при условии выполнения комплекса таких мероприятий: улучшении качества воды в водоисточнике; модернизации методов оценки состояния всех трубопроводов и схемы их санации, внедрении труб из полимерных материалов, катодной защиты стальных труб системы водоснабжения от коррозии для предотвращения их повышенного износа; внедрение озонирования для очистки централизованного хозяйственно – питьевого водоснабжения города Донецка.

Андропова М.А., Стапинова Е.А., Сайко Д.Ю.

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

ОСОБЕННОСТИ ЭЭГ-ПРЕДИКТОРОВ НЕЙРОМЕДИАТОРНОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Введение. Хроническая ишемия мозга (ХИМ) – медленно прогрессирующая дисфункция, возникающая вследствие диффузного или мелкоочагового повреждения мозговой ткани в условиях длительно существующей недостаточности церебрального кровоснабжения. Механизмы старения мозга в большой степени определяется изменениями нейротрансмиттерных систем. Выяснение особенностей возрастных изменений нейромедиаторных систем является необходимым инструментом исследования фундаментальных механизмов возрастных измене-

ний мозга и разработки путей фармакологической регуляции процессов.

Цель. Выявить и оценить особенности ЭЭГ-предикторов нейромедиаторной и нейроглиальной активности с целью улучшения диагностики ХИМ.

Материалы и методы. Обследовано 40 человек в возрасте от 20 до 68 лет, составивших две группы. I-ая группа – 20 пациентов с ХИМ 2 стадии. II-ую (контрольную) группу (КГ) составили 20 здоровых добровольцев. Диагноз подтвержден данными клинико-неврологического, инструментального обследования, нейропсихологиче-

ского исследования. Регистрацию биопотенциалов мозга выполняли с помощью компьютерной системы Nihon Kohden Corporation EEG-1200K.

Результаты и обсуждение. В КГ была выявлена зональность с неравномерным представителем абсолютной спектральной мощности (АСМ) и относительной спектральной мощности (ОСМ) в диапазонах 0,5-1 Гц (нейроглиальной (НГ) активности), 6-7,5 Гц (холинергической (АХ)), 11-12 Гц (дофаминергической (Доф)), 1-3 Гц и 8-26 Гц (глутаматергической (ГЛА)) нейромедиаторной активности. Максимальный уровень спектр-мощности в диапазонах, описывающих уровень НГ, АХ, Доф нейромедиаторной активности, был зафиксирован в окципитальных и лобных отведениях. Минимальный уровень спектр-мощности в диапазонах, описывающих ГЛА (рост уровня активации в диапазоне 1,01-3 Гц при одновременном снижении активности в диапазоне 8-26 Гц) был выявлен в проекции затылочных отведений.

Для пациентов 1-й группы типичными были: в симметричных лобных областях коры максимально ($p < 0,05$, кКУ) высокие уровни АСМ и ОСМ в узких диапазонах НГ и ГЛА; во всех отведениях уровни АСМ и ОСМ в диапазонах 0,5-1 Гц, 1,01- 3 Гц и 4-5 Гц значительно превышают

($p < 0,05$, кКУ) значения в КГ; во всех отведениях уровни АСМ и ОСМ в диапазонах 6-7,5 Гц (АХ) и 11-12 Гц (Доф) значительно ниже ($p < 0,05$, кКУ) значений в КГ. Выявленный у пациентов с ХИМ значительный ($p < 0,05$, кКУ) рост АСМ и ОСМ в диапазоне до 1 Гц (нейроглиальная активность) связан с глиозом, компенсаторной способностью глиальных клеток к делению, вследствие чего нейрональные повреждения заполняются элементами нейроглии, что является физиологическим процессом старения.

Выводы:

Для пациентов с ХИМ во всех отведениях уровни спектр-мощности в узких диапазонах, отражающих нейроглиальную, глутаматергическую активность, значительно превышали ($p < 0,05$) значения в контрольной группе, уровни спектр-мощности в диапазонах, отражающих холинергическую и дофаминергическую активность были значительно ниже ($p < 0,05$) значений в контрольной группе.

Выявленный у пациентов с ХИМ значительный рост показателей спектр-мощности в диапазоне нейроглиальной активности связан с компенсаторной активацией глиальных клеток и может служить нейрофизиологическим предиктором степени активации глиоза.

Андропова И.А.¹, Черний В.И.², Городник Г.А.¹, К.В. Назаренко³, Андропова М.А.¹, Качанов Б.А.¹

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Научно-практический центр профилактической и клинической медицины, отделение анестезиологии и интенсивной терапии, г. Киев

³Центральная Городская Клиническая больница № 6, г. Донецк

РОЛЬ СУКЦИНАТОКСИДАЗНОГО ОКИСЛЕНИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Целью исследования было изучение особенностей цереброкардиальных (ЦКВ) взаимодействий у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) и их изменений при использовании в интенсивной терапии (ИТ) производных янтарной кислоты – препаратов Цитофлавин и этилметилгидроксипиридина сукцинат (ЭС).

Материал и методы. Группу сравнения (ГС) составили 12 больных с диагнозом ТЧМТ, которые получали ИТ по стандартному протоколу (СП). Группу исследования (ГИ) составили 74 пациентов с ТЧМТ: 43 больных, получавших, кроме СП, Цитофлавин (5 мл в 100 мл физиологического раствора (ФР) внутривенно 1 раз в сутки), и 31 больных, получавших дополнительно к СП ЭС (5 мл в 100 мл ФР внутривенно 1 раз в сутки). Длительность ИТ – от 10 суток до 8 мес. Из пациентов ГИ 9 пациентов умерли, у 5

пациентов острая церебральная недостаточность (ОЦН) трансформировалась в вегетативное состояние (ВС). Диагноз вегетативного состояния у пациентов ГИ был выставлен в динамике наблюдения на основании принятых международных критериев, утвержденных Американской академией неврологии. В динамике терапии проводили анализ уровня сознания по шкалам ком Глазго (ШКГ), Глазго-Питсбургской шкалы ком (ГПШК) и исходов Глазго (ШИГ), параметров компьютерной томографии (Philips Brilliance CT), количественной ЭЭГ (кЭЭГ) (система Nihon Kohden Corporation EEG-1200K), вариабельности сердечного ритма (ВСР) (Ютас ЮМ 200). Статистическая обработка данных была проведена с помощью программы MedStat.

Результаты и обсуждение. В условиях ТЧМТ «центральный контур» регуляции ВСР смещал-

ся от вегетативных центров продолговатого мозга в область ретикулярной формации ствола и среднего мозга и в проекцию дна IV желудочка. Об этом свидетельствуют выявленные средние и сильные прямые корреляционные связи (КС) между параметрами ВРС и: уровнями мощности дельта-диапазона («патологическая» медленно-волновая активность), максимально в проекции окципитальных и лобных отделов коры; активностью нейроглиального пула ЦНС (спектр-мощность (СМ) кЭЭГ в диапазоне 0,5-1 Гц), максимально в зонах проецирования стволовых образований (СЗС4; О1О2); активностью адренергический нейромедиаторных структур ЦНС (СМ кЭЭГ 4-5 Гц), максимально в зонах проецирования стволовых образований (СЗС4, ТЗТ4); средние обратные КС между параметрами ВРС и уровнями мощности тета- и альфа 1-диапазона, максимально в проекции окципитальных и центральных отделов коры; активностью холин- (СМ кЭЭГ 6-7,5 Гц) и дофаминергических (СМ кЭЭГ 11-12 Гц) систем ЦНС, максимально в зонах проекции стволовых образований (СЗС4; О1О2). В условиях ТЧМТ с неблагоприятным

исходом не существовало единого «центрального контура» регуляции ВРС, выявлены одновременные конкурентные влияния со стороны таламокортикальных, таламогипоталамических структур; ретикулярной формации диэнцефального уровня. Применение препаратов, производных янтарной кислоты (Цитофлавин и ЭС), у пациентов с ТЧМТ приводило к восстановлению равноправных влияний традиционного «центрального контура» – центры продолговатого мозга, гипоталамо-гипофизарная область – на формирование ВРС. Эффекты ЭС были связаны в большей мере с динамикой параметров кЭЭГ, отражающих изменения на верхнестволовом и на корковом уровне ЦНС, а использования Цитофлавина – преимущественно с изменениями параметров кЭЭГ, которые являются нейрофизиологическими предикторами динамики на уровне среднего мозга, диэнцефальной, таламической и лимбико-гиппокампальной областей ЦНС.

Выводы. Параметры ЦКВ при ТЧМТ и их изменения информативны для оценки эффективности, индивидуальной коррекции ИТ и прогнозирования исхода.

Андрусак А.Ю., Громенков В.Д., Супрун Е.В., Аршавская И.А., Пирко И.А., Сабельникова Я.С.

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

ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Актуальность. Сахарный диабет (СД) 2 типа увеличивает риск развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) в 5 раз у женщин и 2,6 раза у мужчин и в значительной степени влияет на прогноз ХСН вследствие развития макро- и микрососудистых осложнений. Особенности этих вариантов ХСН у лиц с СД 2 типа остаются дискуссионными.

Цель: оценить влияние СД 2 типа на течение ХСН с низкой, промежуточной и сохранной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) в зависимости от пола, возраста, давности СД 2 типа, и имеющих осложнения.

Материалы и методы. Проанализировано 100 историй болезни пациентов с СД 2 типа и ХСН, находившихся на лечение в Дорожной Клинической Больнице станции Донецк с декабря 2018 по август 2019 года. Все пациенты были разделены на две группы. Группу А (n=50) составили пациенты с СД 2 типа и ХСН с низкой ФВ ЛЖ (менее 40%), группу В (n=50) – пациенты с СД 2 типа и ХСН с промежуточной и сохранной ФВ ЛЖ (от 40% и более). Между группами проведен сравнительный анализ таких параметров, как

пол, возраст, давность СД 2 типа, конечного диастолического размера ЛЖ (КДР ЛЖ), размеры левого предсердия (ЛП) и наличие осложнений, таких как инфаркт миокарда (ИМ) и фибрилляции предсердий (ФП). Статистическую обработку проводили с использованием пакета программы «MicrosoftExcel»

Результаты исследования. Исследуемые группы пациентов существенно не различались между собой в распределении по полу, средним уровням гликозилированного гемоглобина и креатинина сыворотки крови. В то же время, у пациентов группы А в сравнении с пациентами группы В достоверно выше были доли лиц, перенесших инфаркт миокарда (76% против 22%), лиц с ХСН III-IV функциональных классов (66% против 24%) и лиц, имевших дилатацию ЛЖ (68% против 18%); у них также была выше средняя давность СД 2 типа ($7,8 \pm 3,2$ против $6,5 \pm 2,38$ года), все $p < 0,05$. В группе А по сравнению с группой В также оказались достоверно ниже средние уровни возраста больных ($54,8 \pm 6,7$ против $67,3 \pm 8,1$ лет), показатели поперечного размера ЛП ($3,66 \pm 0,28$ против $4,17 \pm 0,35$ см), все p

$< 0,05$. Кроме того, в группе А реже выявлялись лица, имевшие персистирующую или перманентную фибрилляцию предсердий (40% против 62% в группе В).

Выводы. Пациенты с СД 2 типа и ХСН в зависимости от величины ФВ ЛЖ имеют ряд значимых различий. Для пациентов СД 2 типа и ХСН с низкой ФВ ЛЖ, в сравнении с лицами, имею-

щими ХСН с промежуточной и сохранной ФВ ЛЖ, характерны более молодой возраст, большая длительность анамнеза СД 2 типа, большие значения КДР ЛЖ, более высокая частота перенесенных ИМ. У данной категории пациентов чаще выявляются нормальные размеры ЛП и, как следствие, реже встречается фибрилляция предсердий.

Анищенко А.А.^{1,2}, Башеев А.В.^{1,2}, Рязанцев А.А.², Крюков А.Н.², Кудряшов А.Г.^{1,2}, Хачатрян А.А.²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря МЗ ДНР

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАКОМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Цель исследования: определить и выработать научно обоснованный оптимальный метод лечения больных с раком полового члена для улучшения прогноза заболевания.

Материалы и методы. В данном исследовании проведен анализ результатов лечения 62 больных с РПЧ, находившихся на лечении в РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря с 2008 по 2018гг. Распределение больных по стадиям было согласно классификации TNM (8-е издание, 2018): стадия I (T1N0M0) – 10 больных (16,1%), стадия II (T1-2N0-1M0) – 38 (61,3%), стадия III (T1-3N0-2M0) – 13 (21,0%), стадия IV (T4N3M0) – 1 (1,6%). Больным с I стадией (10чел., 16,1%) заболеванием выполнялась органосохраняющая операция: 6 пациентам – только оперативное вмешательство, 4 больным после гистологического исследования выполнено комбинированное лечение: операция + химиотерапия (ХТ) – 3 или лучевая терапия (ЛТ) – 1. Больным со II и III стадией (51 чел., 82,2%) заболевания проводилось следующее лечение: 8 (15,6%) пациентам выполнена ампутация головки полового члена, 32 (62,7%) – частичная ампутация полового члена, а 11 (21,5%) – тотальная. Лимфаденэктомия проведена 35 больным (68,6%), из них паховая лимфаденэктомия – 3 (8,5%), пахово-бедренная лимфодиссекция – 20 (62,5%), операция Дюкена – у 12 (37,5%). В 18 (35,3%) случаях проводилось комбинированное лечение: операция с ХТ – 10 чел. или с ЛТ – 8 чел. В 10 (19,6%) случаях операция дополнена ХТ и ЛТ. Больному с IV стадией проводилось комплексное лечение. Полная клиническая ремиссия (ПКР) была достигнута у 36 больных (58,1%): I стадия заболевания была у 6 (16,6%), II – у 24 (66,6%), III – у 6 (16,6%); 4 пациента (6,4%) продолжают лечение; 22 (35,5%) – умерли от прогрессирования процесса. Медиана возраста пациентов составила 58,6 (35-83) лет.

Результаты и обсуждение.

Больные были разделены на две группы: исследуемая (ИГ) $n=29$, в которой выполнялось комбинированное или комплексное лечение и контрольная группа (КГ) $n=33$, в которой выполнялся один из предложенных методов лечения. По основным клинико-прогностическим признакам ИГ и КГ были идентичны ($p > 0,05$). При этом следует отметить, что эффективность лечения была существенно выше после комбинированного и комплексного лечения. Так полная клиническая ремиссия наблюдалась в ИГ у 23 из 29 больных (79,3%), что на 39,9% чаще, чем в КГ – у 13 из 33 (39,4%). Различия статистически значимы, при $p=0,033$. Медиана безрецидивного периода увеличилась на 5,6 мес. (66,6%) и составила в ИГ – $17,1 \pm 0,6$ мес., а в КГ $11,4 \pm 0,6$ мес. ($p = 0,042$). Средняя продолжительность жизни увеличилась почти в 2 раза: ИГ – $24,3 \pm 1,6$ мес., а в КГ – $15,2 \pm 1,1$ мес. ($p=0,024$).

Дискуссионным является вопрос о лимфаденэктомии. Согласно литературным рекомендациям (Necchi A et al. Prognostic factors...Clin Genitourin Cancer.2016;14:518-523) пациенты, которым выполнялась профилактическая лимфаденэктомия (N0), были разделены на 3 группы риска метастазирования: низкого T1G1 – 4 пациента, умеренного T1G2-3 – 6 и высокого T2-3G2-3 – 6. В группе с высоким риском у 5 из 6 больных (91,6%) были установлены метастазы в паховые лимфоузлы, при этом в группе с умеренным и низким риском у 3 из 10 – также верифицированы метастазы.

Выводы. Наиболее эффективным методом лечения РПЧ является комбинированное и комплексное лечение, включающее хирургическое вмешательство, ХТ и / или ЛТ. Согласно нашим наблюдениям у больных с высоким риском метастазирования в регионарные лимфатические узлы одновременно с радикальным удалением первичного очага необходимо выполнять двусто-

ронную паховую лимфаденэктомию. У больных с низким и умеренным риском регионарного метастазирования показан дифференцированный

индивидуальный подход к лимфаденэктомии с учетом прогностических факторов и регулярным диспансерным наблюдением.

Антипов Н.В., Ганяк Н.В., Морозов А.А., Рудской С.А

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

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ I ПАЛЬЦА КИСТИ ПО МЕТОДАМ КРАСОВИТОГО И ЛИТТЛЕРА

В связи с частотой травмопорно-двигательного аппарата, особенно при боевых травмах, возникает необходимость поиска оптимальных методов восстановления структурно-функционального единства сосудисто-нервных структур. Особо актуальными являются микрохирургические методы. В настоящее время предложено множество способов, из них наиболее часто встречаемый по Красовитову без формирования сосудисто-нервной ножки, а метод Литтлера имеет сложности при его техническом выполнении, хотя обеспечивает достаточное кровоснабжение и иннервацию пересаженного лоскута.

Цель работы

Апробировать в эксперименте техники выполнения этих методик с выработкой рекомендаций.

Материал и методы

Нами использовались кисти восьми взрослых людей умерших от различных причин в возрасте от 30 до 60 лет. Методом ангиографии, препарирования макро- и морфометрии, контрастирование сосуда светоконтрастными массами была произведена пластика дефектов I пальца кисти по методам Красовитого и Литтлера.

Результаты и обсуждение

Методики были успешно опробованы экспериментально на трупном материале. В ходе выполнения метода Литтлера была лигирована поверхностная ладонная дуга с лучевой стороны, что в постоперационном периоде может вызвать нарушение кровообращения на ладонной поверхности кисти. Также, пересекается ветвь общего пальцевого нерва, что обуславливает частичную деиннервацию пальца со стороны взятия лоскута. Пересадка лоскута по Красовитову выполняется легче, чем метод Литтлера и лоскут является свободным (не содержит сосудисто-нервных структур).

Заключение

Проведенный сравнительный анализ методов пластики по Красовитову и Литтлеру позволяет сделать вывод о большей оптимальности и легкости техники исполнения метода Красовитова, в тоже время метод Литтлера, несмотря на сложность его выполнения, в ряде случаев (ярко выраженное повреждение сосудисто-нервного пучка I пальца кисти) будет более эффективен.

Антипов Н.В., Зарицкий А.Б., Кривошеенко Т.А., Устинов Н.В.

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

РОЛЬ ФАСЦИИ ТОЛЬДТА В ОТТОКЕ КРОВИ ПО ЯИЧКОВЫМ ВЕНАМ

Цель работы: Уточнить причины формирования варикоцеле.

Задачи исследования: Изучить особенности формирования фасциальных футляров яичковых вен при варикоцеле; обосновать возможные причины нарушения оттока крови по гонадным венам мужчин.

Материалы и методы: Исследование проведено на базе республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы ДНР на 87 трупах мужчин. Выявленные при помощи препарирования, морфометрии отклонения от нормы докумен-

тировались микрофотосъемкой и подвергались статистической обработке.

Результаты исследования: При обследовании мошонки 33 трупов (36,8%) с обеих сторон не отмечалось признаков варикоцеле (первая группа). У данной группы в 100% случаев слепая кишка располагалась мезоперитонеально, на этом уровне, имелась плотная фасция Тольдта, которая ограничивала правое параколон и прочно фиксировала правую гонадную вену к большой поясничной мышце. Важным обстоятельством, считаем 2 случая из первой группы исследуе-

мых, когда правая гонадная вена впадала в правую почечную вену (на 2-3 см ниже левой), еще в 3 случаях – в нижнюю полую на уровне почечной, тем не менее признаков варикоцеле не отмечалось.

При обследовании мошонки 36 трупов (41.8%) отмечались признаки левостороннего варикоцеле (вторая группа). У данной группы исследуемых констатировано, что в 35 случаях слепая кишка располагалась мезоперитонеально, на этом уровне, имелась плотная фасция Тольдта, прочно фиксировавшая правую гонадную вену к большой поясничной мышце.

Высокий уровень впадения яичковой вены в магистральную вовсе не единственная причина нарушения оттока крови по ее руслу. Значимым обстоятельством считаем то, что у всех объектов второй группы справа яичковая вена, практически, на всем протяжении, проходила в едином фасциальном футляре с одноименной артерией (диастаз имел место на протяжении более 1.8 см).

Третью группу исследуемых объектов составили 7 трупов мужчин (8%) с признаками правостороннего варикоцеле. Общим признаком являлось сохранение брыжейки слепой кишки и восходящего отдела поперечно-ободочной. Причем, если в трех случаях отмечался довольно высокий уровень впадения правой яичковой вены, то в 3 случаях правая гонадная вена впадала в

нижнюю полую значительно ниже левой. Тем не менее варикоцеле отмечалось именно справа.

Четвертую группу исследуемых составили 11 трупов мужчин (13,4%) с признаками двухстороннего варикоцеле. Только в 1 случае слепая кишка располагалась мезоперитонеально при этом еще до вскрытия у человека были диагностированы двухсторонняя косая паховая грыжа, правосторонняя сообщающаяся водянка яичка и правосторонняя бедренная грыжа, совершенно очевидно, что к варикозному расширению яичковых вен могут приводить ущемления сосуда в пределах пахового канала, в 10 – сохранялась брыжейка слепой кишки, восходящего и нисходящего отделов поперечно-ободочной. Среди них в 4 случаях отмечался аномально высокий уровень впадения правых яичковых вен, в 6 случаях – в пределах нормы, во всех случаях диастаз – на протяжении $5,9 \pm 2,7$ см. В 9 случаях левая гонадная вена впадала в почечную на уровне тела I поясничного позвонка с диастазом на протяжении $7,4 \pm 3,2$ см.

Выводы: Нарушения оттока крови по гонадным венам мужчин могут быть обусловлены аномалиями формирования соединительнотканых структур полости живота. Немаловажным фактором регуляции оттока крови по яичковым венам является полноценное формирование их общего футляра с одноименной артерией.

Антипов Н.В., Ломанов В.А., Жиляев Р.А., Сироид Д.В.

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

ПОКАЗАНИЯ К ФИКСАЦИИ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ ВНЕСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОЙ ЧАСТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

За последние несколько десятилетий хирургическое лечение переломов дистальной части большеберцовой кости, и переломов малоберцовой кости значительно развилось. Тем не менее, роль сопутствующей фиксации малоберцовой кости во время лечения закрытого внесуставного перелома дистальной части большеберцовой кости, остается спорным.

Цель работы: анализ лечения пациентов, страдающих от переломов дистальной части большеберцовой кости, связанного с переломом малоберцовой кости, и влияние уровня перелома малоберцовой кости на заживление большеберцовой кости с, необходимостью к ее фиксации.

Материалы и методы: Проанализировано хирургическое лечение 23 пациентов, прошедших лечение в РТЦ г.Донецка. Критериями

включения были: наличие зрелости скелета, отсутствие ограничений в физической активности до травмы и закрытый перелом типа АО 43-А. Также была оценена неправильная ротация, а также случаи несращения и смещения в рентгеновских лучах. Степень ротационного вращения было классифицировано как: отличное ($0-5^\circ$), хорошее ($5-10^\circ$), удовлетворительное ($10-15^\circ$), плохое: ($> 15^\circ$). Степень варусной деформации была классифицирована как: отличная ($0-1^\circ$), хорошая ($2-5^\circ$), удовлетворительная ($6-10^\circ$) и плохая ($> 10^\circ$).

Результаты: пациенты, у которых была выполнена фиксация малоберцовой кости отнесены к группе 1, те, у которых эта процедура не выполнялась к группе 2. Несращения были зарегистрированы в 4 случаях: два в 1-й группе

и два во 2-й. В двух случаях I группы перелом малоберцовой кости всегда был надсиндесмотическим. В случаях несращения из группы II переломы были транс-синдесмотического типа и инфра-синдесмотического. Плохих результатов по ротационному и valgus/varus выравниванию не наблюдалось ни в 1-й группе не во 2-й.

Выводы: уровень перелома малоберцовой кости важен для определения момента фиксации этой кости. При надсиндесмотических переломах остеосинтез приводит к более высокой частоте возникновения несращений. Синтез малоберцовой кости может предотвратить неправильное вращение и смещение.

Ариунсанаа Бямбаа, Энхмаа Отгонбаяр, Баясгалан Батцагаан, Мунхжаргал Одончимэг, Алтансүх Лодойзандан, Сүрэнжав Унурсайхан

Монгольский национальный университет медицинских наук, г. Улан-Батор, Монголия
 Биомедицинская школа Монгольского национального университета, г. Улан-Батор, Монголия
 Монгольский национальный университет медицинских наук, г. Улан-Батор, Монголия
 Институт химических наук при Академии науки и технологий, г. Улан-Батор, Монголия
 Центр совместных исследований Университета Нагоя и Университета науки и технологий Монголии, г. Улан-Батор, Монголия
 Института общественного здравоохранения, г. Улан-Батор, Монголия

ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ ПРЕПАРАТА «ДОКСИЦИКЛИН» НА МАЗЕВОЙ ОСНОВЕ С ПОМОЩЬЮ ИНКАПСУЛИРОВАННЫХ ЛИПОСОМ

Актуальность. Доставка антибиотиков посредством липосомальной инкапсуляции представляет собой многообещающий подход для эффективного местного лечения кожных инфекций. Настоящее исследование было направлено на разработку липосомальной мазевой основы доксицилина, азитромицина, кларитромицина с целью преодоления устойчивости к метициллину штаммов *Staphylococcus aureus* (MRSA) с целью местного лечения кожных инфекций. Был разработан состав и технология получения на мазевой основе липосомальных форм доксицилина, азитромицина и кларитромицина.

Доксициклин на мазевой основе с помощью инкапсулированных липосом эффективно ингибировал рост штамма MRSA и демонстрировал минимальные ингибирующие концентрации доксициклина – 10^3 , кларитромицина – 10^3 , азитромицин – 10^2 в разведениях, подтверждая тем самым их потенциал для улучшения местного лечения кожных инфекций, вызванных MRSA.

Методы. Для приготовления липосом использовали фосфатидилхолин (ФХ), фосфатидилглицерин (ФХ), обычные липосомы (CL), получили методом гидратации пленки (Palac et al., 2014). Фосфолипиды и доксициклин, кларитромицин, азитромицин растворяли в концентрированном этаноле (3 мл) в круглодонном флаконе. Этанол полностью удаляли при 40°C с использованием роторного вакуумного испарителя (Büchi Rotavapor R-124, China) и высушенный липидный слой (пленку) гидратировали путем добавления 5 мл PBS (0,01 M, pH 7,5) при комнатной температуре. Все дисперсии липосом хранили в

холодильнике при 4°C . Не содержащие антибиотиков (пустые) липосомы были получены в тех же условиях, но без добавления доксициклина, кларитромицина, азитромицина и использовались в качестве контроля в исследованиях антимикробной активности *in vitro*. Перед измерениями все липосомы обрабатывали ультразвуком в течение приблизительно 10 с в ультразвуковой ванне (China, 2014).

Результаты. Приготовленные различными способами липосомы, сформированные из отдельных фосфолипидов или суммарных липидов, изолированных из мозга крупного рогатого скота, способны фиксировать на своей поверхности в пределах 50-56,7 г/моль липидов. Метод «замораживания-оттаивания» и метод «выпаривания в обращенной фазе» позволили обеспечить максимальное включение антибиотика в липосомы. Результаты электронно-микроскопического исследования показали, что все липосомы, полученные различными методами, были гетерогенными по размеру с разбросом величины приблизительно на порядок. Наиболее крупные липосомы образовывались при «замораживании-оттаивании» (150-1500 нм). Препараты липосом, полученные «выпариванием в обращенной фазе» также содержали гетерогенные по величине везикулы, однако они были приблизительно в 2 раза мельче (100-850 нм). Обработанные ультразвуком липосомы были более однородными по размерам и очень мелкими (средний диаметр около 12 нм).

Полученная на мазевой основе липосомальная форма доксицилина эффективно ингиби-

рвала рост штамма MRSA и демонстрировала минимальные ингибирующие концентрации доксицилина – 10^3 , кларитромицина – 10^3 , азитромицина – 10^2 в разведениях.

Вывод. Результаты исследования являются

основанием для изучения использования липосом, нагруженных доксицилином, кларитромицином, азитромицином, с целью возможного лечения связанных с MRSA кожных инфекций.

Асланов А.Д., Куготов А.Г., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Карданова Л.Ю., Баев Д.Ю.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия

ДВОЙНОЕ УКРЕПЛЕНИЕ ШЕЙКИ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОГО МЕШКА АОРТЫ

Цель исследования: Улучшение качества наложения проксимального анастомоза при протезировании аорты после резекции аневризмы.

Материалы и методы: С 2011 по 2016 год, на базе кафедры «Госпитальной хирургии» в отделении хирургии сосудов РКБ г. Нальчик, Россия, оперировано по разработанной методике двойного укрепления короткой шейки аневризматического мешка 202 больных с аневризмой брюшной аорты, поступивших в плановом порядке – 116, в экстренном порядке – 86, при этом мужчин было 183, женщин – 19. Больные были обследованы тщательно. Выполнен весь стандарт обследования больных. Из специальных методов исследования производилась КТ-ангиография в 3-х мерной реконструкции. Операцией выбора являлась резекция аневризмы с двойным укреплением аневризматического мешка аорты. На данную разработку в лечении аневризмы брюшной аорты был получен патент RU 2556607. Суть данной методики заключается в следующем: выполняют полное пересечение аорты на уровне предполагаемого анастомоза. Осуществляют мобилизацию аорты от окружающих тканей на протяжении формирования анастомоза. Из гофрированного бифуркационного сосудистого протеза срезают часть протеза длиной до 1,5-2 см. После чего укладывают его на $\frac{1}{2}$ в просвет аорты по типу прокладки. Затем производят формирование анастомоза протеза с укрепленной прокладкой из протеза и шейкой аневризматического мешка обвивным сосудистым швом. Далее такой же участок протеза длиной 3 см надевают на протез в виде муфты, укрывают линию анастомоза. Способ позволяет надежно укрепить шейку аневризматического мешка, обеспечить герметичность анастомоза и соответственно уменьшить интраоперационную кровопотерю за счет использования при укреплении частей протеза. Все больные после опе-

рации переводились в отделение реанимации. В операционном и ближайшем послеоперационном периодах среди больных, поступивших в экстренном порядке, умерли – 42 с разрывом аневризмы аорты, среди плановых – 20 скончались от сочетанной тяжелой сопутствующей патологии. Все остальные больные на 2-3 е сутки были активизированы, а в последующем выписаны в удовлетворительном состоянии. Пятилетняя выживаемость после операций по поводу плановых, срочных и разрывов АБА составляет 92, 80, 54% соответственно. Причиной смерти являлась сопутствующая патология. Причем основное влияние на отдаленную выживаемость оказывала невыявленная или нелеченная ИБС 44,4% и цереброваскулярная патология 8,3%. Летальность связанное с данным оперативным вмешательством не было зарегистрировано за данный период времени.

Выводы

При аневризме аорты имеется поражение аорты на всем протяжении, в том числе и в области шейки, что определяет технические трудности при формировании проксимального анастомоза и нуждается в более надежном укреплении.

Использование вкладки из протеза обеспечивает хороший визуальный контроль при наложении сосудистого шва и устраняет технические сложности при формировании анастомоза.

Формирование анастомоза бифуркационного протеза с укрепленной прокладкой из протеза или ободком с шейкой аневризматического мешка обвивным сосудистым швом, с укреплением линии анастомоза по всей окружности полоской сосудистого протеза с одномоментным захватом всех слоев, обуславливают создание крепкого, герметичного анастомоза аорты и протеза, при котором не требуется дополнительное наложение швов.

Асланов А.Д., Куготов А.Г., Сахтуева Л.М., Готыжеев М.А., Карданова Л.Ю., Бетуганова А.Л., Баев Д.Ю., Эльмурзаева К.Ж.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИРОДНЫХ ФАКТОРОВ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель исследования: Улучшение качества лечения больных с клиникой феномена Рейно различного происхождения путем внедрения комплексного лечения с использованием природных факторов Кабардино-Балкарской республики.

Материалы и методы: На базе кафедры Госпитальной хирургии КБГУ, в отделении хирургии сосудов Республиканской-Клинической больницы были исследованы 184 больных за период с 2004 г. по 2019 г. Мужчин было – 74, женщин – 110 в возрасте от 18 до 70 лет. Средний возраст – 35+4,3 года. Длительность заболевания хронической ишемии верхних конечностей составила от 2 месяцев до 8 лет. В отделении хирургии сосудов, 41 больным были выполнены операции стеллэктомия. Периартериальная симпатэктомия на разных уровнях симпатического ствола проводилась у 64 пациентов. Все пациенты были разделены на 2 группы. В основной группе отобрано 143 больных, которым после консервативного, и оперативного лечения была использована, разработанная схема комплексного лечения с использованием природно-климатических условий Кабардино-Балкарской республики, они и составили основную группу.

Использовались в комбинации такие методы как: бром-йодные, азотно-термальные, сероводородные и лечебные грязи Тамбуканского озера; углекислые воды (горячие, теплые, холодные), углекисло-сероводородные сложного ионно-солевого состава, радоновые воды, минеральные воды; бальнеологическая группа вод «без специфических компонентов и свойств» (азотные термы, метановые воды с повышенным содержанием йода и брома, слабоуглекислая хлоридно-натриевая вода типа Арзни).

Основным специфическим лечебным фактором сульфидных ванн является сероводород, который проникает через кожу и дыхательные пути в организм и оказывает воздействие, прежде всего на нервную систему. Стимулируются обменные процессы, улучшается питание кожи. Сульфидные воды стимулируют регенерацию поврежденных тканей, оказывают противовоспалительное действие, значительно выраженное при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы и капил-

ляры. Активно помогают сульфидные воды при интоксикации тяжелыми металлами. Однако сероводородные воды довольно агрессивны и имеют некоторые противопоказания, например, при болезнях почек, печени, желчевыводящих путей, гипертиреозе. Некоторые углекисло-сероводородные источники используются для питья. Действие минеральных вод на организм человека оказывает удивительно разностороннее влияние. Недаром люди испокон веков приписывали водам чудодейственное свойство. При воздействии прогретой иловой грязи в организм поступают сероводород, антибактериальные вещества, гормоны, витамины, биогенные стимуляторы, содержащиеся в ней. Грязелечение снимает активность воспалительного процесса, способствует его ликвидации. В годы Великой Отечественной войны лечебная грязь принималась при лечении огнестрельных ранений конечностей, болезнях периферической нервной системы, костей и суставов, инфицированных ран. В тамбуканской грязи есть микроорганизмы, способные вырабатывать на питательных средах пенициллин. Грязевые процедуры улучшают питание тканей и тонус мышц, улучшают деятельность сердечно-сосудистого русла, активно влияют на функции печени и других органов и систем организма.

Результаты: При сравнении групп наблюдения выявлено, что при использовании природных факторов Кабардино-Балкарии в основной группе, показатели инструментального обследования оказались кратно выше, чем показатели в контрольной группе, где проводился стандартный курс лечения. В контрольной группе 3 больным из-за прогрессирования ишемии выполнены ампутации на уровне пальцев (2), предплечья (1). Во второй группе ампутации не выполнялись. Полученные результаты исследования успешно применяются в отделении хирургии сосудов, неврологическом отделении Республиканской клинической больницы. Результаты работы используются на кафедре госпитальной хирургии КБГУ при проведении практических занятий со студентами и магистрами хирургического профиля.

Асланов А.Д., Куготов А.Г., Сахтуева Л.М., Готыжев М.А., Карданова Л.Ю., Бетуганова А.Л., Баев Д.Ю., Кабардикова Л.А.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРИАРТЕРИАЛЬНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ФЕНОМЕНОМ РЕЙНО

Цель исследования: Освещение методов лечения, определение наиболее оптимального метода терапии для улучшения качества лечения больных с клиникой феномена Рейно различного происхождения.

Материалы и методы: На базе кафедры Госпитальной хирургии КБГУ, в отделении хирургии сосудов Республиканской-Клинической больницы были исследованы 210 больных за период с 2004 г. по 2019 г. Мужчин было – 87, женщин – 123 в возрасте от 18 до 70 лет. Средний возраст – 35+4,3 года. Всем больным проводилось ангиологическое обследование, пальпация подключичной, подмышечной, плечевой и лучевой артерий на симметричных уровнях обеих верхних конечностей. Измерение артериального давления производилось также на симметричных уровнях при помощи УЗДГ. В зависимости от метода лечения, пациенты были разделены на три группы: I группа – было взято 105 больных. Использовались консервативные методы лечения различными группами препаратов и природные факторы Кабардино-Балкарской республики. II группа – периаптериальная симпатэктомия проводилась у 64 пациентов. На кафедре Госпитальной хирургии разработана последовательное этапное хирургическое лечение на разных уровнях симпатического ствола: периаптериальная симпатэктомия на уровне бифуркации плечевой артерии (4-5 лет ремиссии) ⇒ периаптериальная симпатэктомия на уровне подмышечной артерии (еще 4-5 лет ремиссии) ⇒ стеллэктомия (от 1 до 3 лет ремиссии). Данная методика используется в отделении хирургии сосудов около 10 лет. III

группа – 41 больным были выполнены операции стеллэктомии.

Результаты: I группе больным из-за прогрессирования ишемии выполнены ампутации на уровне предплечья (2). В III группе – ампутация на уровне пальцев (3). Во II группе только одной больной после проведения первых двух этапов периаптериальной симпатэктомии понадобилось проведение стеллэктомии через 3 года в силу быстрого нарастания клиники ишемии верхней конечности.

Выводы: 1. Периаптериальная симпатэктомия на различных уровнях симпатического ствола является эффективным методом коррекции ишемии верхних конечностей. Эффективность подтверждается субъективными ощущениями пациентов, улучшением клинической картины и дополнительными методами исследования (УЗДГ, лазерной доплерографией и оксиметрией) и длительностью периода ремиссии данного заболевания.

2. Стеллэктомию желательнее использовать только в поздних стадиях болезни Рейно в силу высокой травматичности, короткой ремиссии и большим количеством осложнений.

3. При периаптериальной симпатэктомии используется местное обезболивание (и/или + седация), в то время как при стеллэктомии часто проводится общая анестезия или комбинированная (местная+седация). Это очень важно в случае тяжелого соматического состояния больного при наличии сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации, при которых противопоказано проведение общей анестезии.

Асланов А.Д., Логвина О.Е., Калибатов Р.М., Куготов А.Х., Карданова Л.Ю., Хашев А.Ч., Калибатова М.С.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА ПО АСЛАНОВУ А.Д.

Цель-улучшение результатов хирургического лечения больных с острым холециститом.

Объектом исследования стали 56 больных, находившийся на стационарном лечении с 2017-2018 гг.

Возраст больных варьируется от 30 до 70 лет. Всем больным произведено УЗИ гепатодуоденальной зоны. При этом у 35 больных выявлена ЖКБ с множественными конкрементами в ж/пузыре, у 19 больных холедохолитиаз с явлениями

механической желтухи, у 2- вколоченный конкремент в области БДС (большой дуоденальный сосочек).

После тщательной предоперационной подготовки, независимо от возраста, всем больным была проведена холецистэктомия из мини-доступа по Асланову А.Д. 19 больным скоledoхолитиазом дополнительно выполнена холедохолитотомия, дренирование холедоха. У 2 больных с наличием вколоченного конкремента в области БДС первым этапом выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с папиллосфинктеропластикой, после чего произведена холецистэктомия из мини-доступа по Асланову с дренированием холедоха.

На второй день после операции пациенты активизируются.

Асланов А.Д., Логвина О.Е., Калибатов Р.М., Эдигов А.Т., Хашев А.Ч., Хурзокова К.Р., Шебзухова А.А.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ПРИ ЖКБ

Цель исследования-улучшение результатов хирургического лечения больных с ЖКБ, осложненным механической желтухой.

Объектом исследования стали 87 больных, находившийся на стационарном лечении с 2017-2018гг. Из них 69-это женщины, 18-мужчины.

Возрастной диапазон больных 18 до 90 лет. Все больные поступили с клиникой механической желтухи. Степень тяжести механической желтухи оценивалось По В.Д. Федерову с соавт.: легкая-31 человек, средняя-47 человек, тяжелая-9 человек.

Проведена предоперационная подготовка, учитывая сопутствующие заболевания и анестезиологический риск у лиц пожилого возраста.

Асланов А.Д., Логвина О.Е., Калибатов Р.М., Куготов А.Х., Хашев А.Ч., Нирова Д.С., Терчукова (Кунжева) А.З.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГИГАНТСКИМИ РЕЦИДИВНЫМИ И РЕРЕЦИДИВНЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных, при наличии гигантских вентральных, рецидивных и ререцидивных грыж.

В послеоперационном периоде в 100% случаев осложнений не наблюдалось, снятие швов и выписка больных на 7-10 сутки. Случаев послеоперационных грыж не наблюдалось.

Выводы:

Холецистэктомия из мини-доступа является малотравматичным, в то же время эффективным методом лечения ЖКБ.

Мини доступ по Асланову позволяет проводить хирургические манипуляции на холедохе.

При наличии вколоченного конкремента в области БДС, целесообразно первым этапом производить эндоскопическое вмешательство, после чего произвести холецистэктомию указанным способом.

При УЗИ исследовании у 12 больных выявлен билиарный панкреатит, которым проведена лапороскопически дренирование холедоха по Холстеду с последующей холецистэктомией. У 10 больных первым этапом выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, после чего произведена холецистэктомия из мини-доступа по Асланову. Остальным больным проведена одноэтапно холецистэктомия из мини-доступа.

Результаты: В послеоперационном периоде, лабораторные показатели крови нормализованы в средние сроки. 79 больных выписаны на 8-12 сутки. Продолжительность стационарного лечения 8 больных составило от 15-20 дней, в связи с тяжестью сопутствующих заболеваний.

У всех больных имелась рецидивная и ререцидивная вентральная грыжа, из них количество женщин составляет 75, мужчин 17.

Из них 32 пациента обратились первично, 53 больных с рецидивом, 7 больных с ререцидивом. Все пациенты получали адекватную предоперационную подготовку.

Все больные оперированы различными методами. Герниопластика по Рамиресу была проведена у 43 больных, по методу «sublay» у 28 больных, по методу «onlay» 13 и по методу «inlay».

Результаты. В послеоперационном периоде

88 больных выписаны на 7-10 сутки, осложнения наблюдались у 4 больных, в виде лимфорей и нагноения ран, продолжительность стационарного лечения которых составило 15-20 суток.

Выводы:

Ненатяжная герниопластика с использованием сетчатых имплантов является эффективным методом лечения при различных грыжах передней брюшной стенки.

При соблюдении рекомендаций, в послеоперационном периоде осложнений не наблюдается.

*Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Г., Эдигов А.Т., Готыжес М.А.,
еКуготов А.Х., Хашев А.Ч., Карданова Л.Ю.*

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия

ЗАПИРАТЕЛЬНО-ГЛУБОКОБЕДРЕННОЕ ШУНТИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель- улучшить результаты хирургического лечения больных, при хронической критической ишемии нижних конечностей

Объектом исследования стали 95 больных находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии сосудов РКБ г. Нальчик, Россия с 2012- 2017гг.

У всех больных имелось полисегментарное поражение артерии нижних конечностей, что весьма затрудняет выполнение шунтирующих операции, а так же множества сопутствующих заболеваний

Все больные поступили с клиникой хронической критической ишемии нижних конечностей.

Проведение триплексного сканирования, ангиографии, а так же интраоперационной ревизии сосудов нижних конечностей, позволило нам ставить точный топический диагноз поражения того или иного сегмента артерии нижних конечностей.

В клинике госпитальной хирургии была разработана новая реконструктивная операция, на

которой получен патент на изобретения РФ.

Все больные были оперированы – произведено запираательно-глубокобедренное шунтирование.

Результаты.

Были получены хорошие результаты. У всех больных достигнут регресс критической ишемии.

Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы:

При диффузном поражении артерии нижних конечностей, часто обнаруживается сохранный кровоток в запирательной артерии, которая может служить донорским бассейном при не возможности восстановить магистральный кровоток.

Запираательно-глубокобедренное шунтирование является высокоэффективной реконструкцией для регресса ишемии конечности при не возможности восстановления магистрального кровотока.

Асланов А.Д., Логвина О.Е., Кузотов А.Г., Эдигов А.Т., Кузотов А.Х., Баев Д.Ю., Хашев А.Ч.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия

АТИПИЧНЫЙ МЕТОД РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель – улучшить результаты хирургического лечения больных, при хронической ишемии нижних конечностей.

Объектом исследования стали 69 больных находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии сосудов РКБ г. Нальчик, Россия с 2012- 2017 гг.

У всех больных имелось полисегментарное поражение артерии нижних конечностей, с окклюзией поверхностной бедренной артерии в дистальной части, подколенной и задней берцовой артерий на всем протяжении.

Проведение триплексного сканирования, ангиографии, а так же интраоперационной ревизии сосудов нижних конечностей, позволило нам ставить точный топический диагноз поражения того или иного сегмента артерии нижних конечностей.

Единственным методом прямой реваскуляризации был бедренно-переднеберцовое шунтирование.

В отделении предложен и внедрен в практику атипичный метод бедренно-переднеберцового шунтирование.

Для сравнения предложенного метода, больные были разделены на 2 группы.

В первой группе (n=43) выполнено типичное

бедренно-переднеберцовое шунтирование с прободением межкостной перепонки.

Во второй группе (n=26) выполнен метод атипичного шунтирование, при котором формируется проксимальный анастомоз по латеральному краю с поверхностной бедренной артерией, затем под широкой фасцией бедра шунт проводится на латеральную поверхность и проводится на голень под кожей, где формируется дистальный анастомоз с передней берцовой артерией в средней трети голени.

Результаты исследование.

В первой группе, в течение 6 месяцев повторно поступили 12 больных с клиникой тромбоза шунта, при этом у 7 больных произведена ампутация конечности на уровне бедра.

Во второй группе, за период наблюдения при повторных осмотрах тромбоза шунта не было, больные проходили курсы профилактической терапии.

Выводы:

Атипичное бедренно-переднеберцовое шунтирование является эффективным методом прямой реваскуляризации при полисегментарном поражении сосудов нижних конечностей.

При атипичном методе шунтирования, вероятность развития послеоперационного тромбоза ниже чем при типичном шунтировании.

Асланов А.Д., Кузотов А.Г., Логвина О.Е., Эдигов А.Т., Готыжеев М.А., Кузотов А.Х., Батов А.З.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных, с хронической критической ишемией нижних конечностей, после выполненных реконструктивных операциях.

Объектом исследования стали 95 больных находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии сосудов РКБ г. Нальчик, Россия с 2013- 2018 гг. У всех больных причиной окклюзионного процесса и критической ишемии нижних конечностей явился атеросклероз, степень ишемии III – IV ст.; из них с III ст.- 79 больных, с

IV ст. – 16 больных. При оценке степени ишемии руководствовались классификацией Покровского А.В.

Все больные поступили с клиникой рецидива хронической критической ишемии нижних конечностей. Больным производилась доплерография сосудов нижних конечностей с высчитыванием плечелодыжечного и глубокобедренно – подколенного индексов.

Для топической диагностики атеросклеротического поражения различных сегментов арте-

рий нижних конечностей также производилось дуплексное сканирование и дистальная субтракционная ангиография сосудов нижних конечностей. Окончательным этапом обследования являлась интраоперационная ревизия артерии нижних конечностей.

При этом у большинства больных было выявлено неравномерное полисегментарное поражение артерий нижних конечностей с наличием участков артерий с меньшим атеросклеротическим поражением и сохраненным в этой области коллатеральным кровотоком. После чего составлялась схема точного топического диагноза в виде рисунка с указанием участков с меньшим поражением, пригодных для формирования шунтов, на протяжении которых имеется коллатеральный кровоток.

У 83,2% больных удалось формировать многоуровневые шунты, и таким образом восста-

новить магистральный кровоток в дистальном русле.

В послеоперационном периоде у всех оперированных больных клинические признаки критической ишемии нижних конечностей были купированы.

Выводы:

У больных с перенесенными реконструктивными операциями на артериях нижних конечностей и рецидивом критической ишемии, на комплексном обследовании обнаруживаются участки артерии с сохраненным коллатеральным кровотоком, пригодные для формирования коротких шунтов.

формирование коротких шунтов на артериях нижних конечностей ниже пупартовой связки позволяет в большинстве случаев восстановить магистральный кровоток в дистальном русле конечностей.

Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Г., Готыжев М.А., Хашев А.Ч.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия

АВ-ФИСТУЛЫ ПРИ ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Цель. Формирование постоянного сосудистого доступа у больных находящих на программном гемодиализе.

Объект исследование. В отделении хирургии сосудов Республиканской клинической больницы за период с 2012 по 2018 г. находились 152 больных с хронической почечной недостаточностью, находящих на программном гемодиализе. Больным были произведены следующие операции:

- Подмышечно – плечевое аутовенозное шунтирование (n=32). При этом аутовенозный шунт после наложения дистального анастомоза с плечевой артерией по типу «конец в бок», проводился подкожно в сформированном туннеле, после чего накладывался проксимальный анастомоз, также по типу «конец в бок». – Формирование АВ (n=31) – фистулы на верхних конечностях. Производилось формирование анастомоза между артерией и веной по типу «бок в бок», АВ – фистулы чаще формировали на уровне локтевой ямки и нижней трети предплечья. – Ретроградная артериализация большой подкожной вены (n=12). Выделялась большая подкожная вена на уровне медиальной лодыжки, дистальный конец лигируется, проксимальный мобилизуется и через туннель проводится к задней берцовой артерии, где накладывается анастомоз по типу «конец в бок». Этот метод не оправдал себя, так

как после неоднократных пункции, развиваются гематомы, сдавливающие вену и приводящие к ее тромбозу и, как правило, развивающаяся объемная скорость не достаточна для проведения гемодиализа. – Ретроградная артериализация большой подкожной вены на уровне бедра (n=57). Выделяется на уровне средней трети бедра большая подкожная вена, дистальный конец и вдающиеся в проксимальный участок коллатерали лигируются, проксимальный конец проводится к поверхностной бедренной артерии и формируется анастомоз по типу «конец в бок». – формирование фистулы через коммуникант в кубитальной ямке. В кубитальной ямке выделяется коммуникант соединяющий подкожные вены в кубитальной ямке с глубокими венами. Конец идущий к глубоким венам лигируется а конец идущий к подкожным венам анастомозируется с плечевой артерией.

Результаты.

Хорошая объемная скорость кровотока достигается при формировании АВ фистул с широким анастомозом на уровне локтевой ямки, при формировании артерио-артериальных шунтов и артериализации большой подкожной вены.

При ретроградной артериализации большой подкожной вены на уровне лодыжки, есть опасность развития тромбоза фистулы, так как после неоднократных пункций развиваются гематомы,

сдавливающие артериализированную подкожную вену.

При ретроградной артериализации большой подкожной вены на уровне бедра, достигается хорошая объемная скорость кровотока по большой подкожной вене, анастомоз находится достаточно глубоко, и защищен мышечным массивом. После пункции не образуются большие гематомы, но и этот метод не лишен недостатков. Отмечается выраженное увеличение венозного возврата к сердцу, в связи, с чем эти больные находятся под наблюдением кардиолога.

Самым оптимальным является метод формирования фистулы через коммуникант, Так как в

этой области лигируется коммуникант и уменьшается вероятность развития ХВН, и анастомоз находится снизу, что уменьшает риск повреждение анастомоза и развития аневризм при венопункции.

Выводы:

Среди используемых методик, оптимальной является ретроградная артериализация большой подкожной вены на уровне бедра и формирование фистулы через коммуникант в области кубитальной ямки.

Бережное отношение при пункции к шунтам и протезам, адекватное придавливание после изъятия иглы предотвращает развитие гематом.

Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Готыжеев М.А., Хашев А.Ч., Карданова Л.Ю.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия

ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ВОСХОДЯЩЕГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель- улучшить результаты лечения больных с острым восходящим варикотромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей.

Материал и методы

В клинике госпитальной хирургии с 2010 по 2018 годы находились 215 больных с острым восходящим варикотромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей. Женщин было 145 (67,4%), мужчин 70 (32,5%). Средний возраст больных составил 41,7 лет.

Варикотромбофлебитический процесс находился в пределах голени у 95 (44,1%) больных, у 120 (55,8%) имело место поражение вен бедра. При распространении процесса только на голени больным проводилась комплексная консервативная терапия с последующим хирургическим лечением в стадии ремиссии.

В случаях, когда, не смотря на проводимое консервативное лечение, воспалительный процесс имел тенденцию к распространению выше коленного сустава (21 больных), была выполнена операция Троянова – Тренделенбурга – Дитерихса. После стабилизации состояния больных, коррекции сопутствующих заболеваний, им проводилась комбинированная флебэктомия.

У 120 больного с локализацией процесса на бедре произведена одномоментная радикальная

флебэктомия из лампасных разрезов с перевязкой перфорантных вен или операция Троянова – Тренделенбурга на первом этапе с последующей радикальной флебэктомией в «холодном» периоде. В до – и послеоперационном периоде больные получали антиагрегантную, противовоспалительную и антибактериальную терапию

Результаты.

При варикотромбофлебите вен голени комплексная консервативная терапия оказалась эффективной в 85,0% случаев. Средняя длительность пребывания больного в стационаре составила 13 – 16 койко – дней.

У больных с локализацией процесса на бедре, подвергнутых одномоментному оперативному лечению, длительность стационарного лечения составила 11 – 12 суток. При двухэтапной операции общая длительность нетрудоспособности составила 18 – 25 дней

Заключение.

Своевременно начатая комплексная консервативная терапия у больных с восходящим варикотромбофлебитом и, по показаниям, выполненное оперативное вмешательство позволяют избежать или максимально снизить риск тромбоэмболических осложнений и сократить длительность пребывания больных в стационаре.

Асланов А.Д., Куготов А.Г., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ИЗ ОТДАЛЕННЫХ СОСУДИСТЫХ БЕССЕЙНОВ

Материалы и методы. с 2001 г. В отделении хирургии сосудов РКБ г. Нальчик, Россия производится реваскуляризация нижних конечностей из отдаленных бассейнов. Материалом исследования стали 85 больных, находившихся на стационарном лечении с 2010 по 2018 годы, которым выполнены реваскуляризации из брахиоцефального бассейна.

В зависимости от выполненных вмешательств больные были разделены на 2 клинические группы:
- 1-ая группа – 41 больной, которым выполнены – У-образное подключично-бифеморальное;

- 2-ая группа – 44 больных, которым выполнено подмышечно-феморальное шунтирование.

В первой группе выполнены:

- У-образное подключично-бифеморальное протезирование.

Данная операция выполнена у 19 больного, в том числе у 12 больных с синдромом Лериша и хронической ишемией нижней конечности, у 1 больного с инфицированием аортобифеморального протеза и у 6 больных с аневризмами брюшного отдела аорты с высоким расположением шейки аневризматического мешка.

- Подключично-бедренное протезирование. Операция выполнена у 22 больных, в том числе у 9 больных с синдромом Лериша и хронической ишемией нижней конечности, у 1 больного с инфицированием аортобифеморального протеза и у 12 больных с аневризмами брюшного отдела аорты с высоким расположением шейки аневризматического мешка.

Данная операция выполнена у 35 больных, в том числе у 14 больных с синдромом Лериша и хронической ишемией нижней конечности, у 3 больных с инфицированием аортобифеморального протеза и у 18 больных с аневризмами брюшного отдела аорты с высоким расположением шейки аневризматического мешка.

Результаты лечения.

В первой клинической группе в раннем послеоперационном периоде из 41 больного у 7 больных развился тромбоз зон реконструкции, и после неоднократных попыток тромбэктомии, вследствие развития ретромбоза и прогрессирования ишемии конечности им были выполнены высокие ампутации конечностей.

Во второй клинической группе в раннем послеоперационном периоде из 44 больного у 1 больного развился тромбоз зон реконструкции, и после неоднократной попытки тромбэктомии, вследствие развития ретромбоза и прогрессирования ишемии конечности ему выполнена ампутация нижней конечности на уровне бедра.

Выводы:

При хронической критической ишемии нижних конечности у больных старческого возраста, биологической изношенностью и сниженным потенциалом стареющего организма реваскуляризация из отдаленных бассейнов является научно-обоснованной эффективной реконструктивной операцией.

При субренальной и ренальной аневризме брюшного отдела аорты или инфицирования аорто-бифеморального протеза, в условиях отсутствия АИК, единственно возможным методом является лигирование аорты, отключение аневризмы и подключично- или подмышечно-бедренное шунтирование.

Выполнение подмышечно-бедренного шунтирования имеет ряд преимуществ перед У-образным и линейным подключично-бедренным шунтированием: – Укорочение шунта на 7-8 см; – Отсутствие изгиба протеза при его выведения под фасцию грудной клетки; – Простота хирургического доступа к подмышечной артерии и наложения проксимального анастомоза.

*Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Г., Куготов А.Х.,
Эдигов А.Т., Карданова Л.Ю., Хашев А.Ч.*

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия

МИНИДОСТУПЫ К ТЕРМИНАЛЬНОМУ ОТДЕЛУ АОРТЫ И СОСУДАМ В БЕДРЕННОМ ТРЕУГОЛЬНИКЕ

Цель- улучшить результаты хирургического лечения больных, с поражениями аорты и сосудов нижних конечностей.

Объектом исследования стали 115 больных находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии сосудов РКБ г. Нальчик, Россия с 2013- 2018 гг.

У всех больных имелось поражение аорты и магистральных сосудов нижних конечностей.

Все больные поступили с клиникой хронической критической ишемии нижних конечностей.

Проведение триплексного сканирования, ангиографии, а так же интраоперационной ревизии сосудов нижних конечностей, позволило нам ставить точный топический диагноз поражения того или иного сегмента артерии нижних конечностей.

В клинике госпитальной хирургии были разработаны новые минидоступы к терминальному отделу аорты и к сосудам в бедренном треугольнике.

Все больные были оперированы с использованием минидоступов.

Минидоступ к аорте представляет собой внебрюшинный доступ по параректальной линии длиной 8-10 см, при этом одна треть разреза находится выше уровня пупка, а 2/3 ниже уровня пупка. При этом внебрюшинно можно выделить терминальный отдел аорты, общие подвздошные артерии и наружная подвздошная артерия со стороны доступа.

При этом возможно выполнение протезирования аорты при небольших аневризмах инфраренального отдела аорты (в нашей работе выполнено у 12 больных), наложение проксимального анастомоза бифуркационного протеза с аортой при синдроме Лериша (в нашей работе выполнено у 42 больных).

Минидоступ к сосудам в бедренном треугольнике заключается в полулунный разрез ниже паховой связки на 1-1,5 см. и вертикально вниз длиной 5-6 см. при этом мобилизуется подкожная клетчатка, состоящая в этой области их 2 слоев, рассекается первый слой, а второй лигируется между зажимами, так как в нем проходят лимфопротоклы., далее обнажается общая бедренная, поверхностная бедренная артерий и глубокая артерия бедра, а также одноименные вены. Из этого доступа возможно выполнение любых реконструктивных операций на бедренных сосудах.

В нашей работе из этого доступа профундопластика выполнена у 24 больных (аутоартериальная – 11, аутовенозная – 13), наложен дистальный анастомоз бифуркационного протеза с бедренной артерией у 8 больных, проксимальный анастомоз бедренно-подколенного шунта у 5 больных.

Результаты.

Были получены хорошие результаты. Все больные выписаны на 8-12 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдались

Выводы:

Использование минидоступа к аорте по показаниям,кратно уменьшает операционную травму и соответственно ускоряет реабилитацию больных и уменьшает сроки их пребывания в стационаре.

Использование минидоступа к сосудам в бедренном треугольнике, позволяет выполнять весь перечень реконструкции на бедренных сосудах, при этом уменьшает количество осложнений в послеоперационном периоде.

*Асланов А.Д., Логвина О.Е., Сахтуева Л.М., Кузотов А.Х.,
Эдигов А.Т., Карданова Л.Ю., Хашев А.Ч., Баев Д.Ю., Гергова З.М.*

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Цель исследования: определить тактику лечения больных с поражением брахиоцефального бассейна.

Материалы и методы: В исследование вошли 446 пациентов с атеросклеротическим поражением сонных артерий, которым выполнены реконструктивные операции в отделении сердечно-сосудистой хирургии Республиканской клинической больницы г. Нальчик, Россия с 2010-2018гг.

345 пациентов было оперировано по поводу окклюзии внутренней сонной артерии (ВСА), 101 пациентов по поводу изъязвленной бляшки общей сонной артерии (ОСА).

394 пациентов поступили в отделение с клиникой ишемии головного мозга, перенесли в анамнезе острое или преходящее нарушение мозгового кровообращения (ПНМК) или малый инсульт. У 52 пациентов отмечался стеноз менее 70% при нестабильной бляшке с симптомным поражением сонных артерий. Для определения показаний к операции выполнялось триплексное сканирование, транскраниальная доплерография и мониторинг кровотока в средней мозговой артерии, компьютерная томография с контрастированием или магнитно-резонансная томография. Основным методом обследования больных с ишемией головного мозга является дуплексное исследование, при котором уделялось особенное внимание структуре образований в ампуле ВСА и ОСА, диаметру ампулы ВСА, состоянию наружной сонной артерии (НСА), пиковой систолической скорости кровотока.

При этом выявили, что у 345 больных имеется окклюдизирующая бляшка в ампуле ВСА и у 98 – определялась изъязвленная бляшка в ампуле ОСА. Также, у 54 пациентов скорость кровотока при стенозе ВСА на 50-69% составляла более 150 см/с, у 294 со степенью стеноза 70% составляла свыше 230 см/с и у 101 больных со степенью стеноза более 90% отмечалось падение скорости кровотока или кровотоков не реги-

стрировался. Все вышеперечисленные результаты обследования являлись показаниями для хирургического лечения.

На операции у больных с окклюзией ВСА выполнялась эндартерэктомия из ВСА с тромбэктомией из дистальных отделов ВСА с наложением сосудистого шва. Во время открытой эндартерэктомии у 5 пациентов был использован временный шунт, который был установлен во время операции в ВСА.

У больных с изъязвленной бляшкой ОСА, выполнено эндартерэктомия, с аутовенозной пластики ОСА. При УЗДГ контроле во время операции и послеоперационном периоде кровотоков по ВСА сохранялся, за исключением 4 больных с полной односторонней окклюзией ВСА.

Результаты: Непосредственно после операции у 86% пациентов отмечалось купирование симптомов сосудисто-мозговой недостаточности, у всех больных было выявлено улучшение гемодинамических показателей ($p < 0,01$). В послеоперационном периоде осложнения развились у 4 больных: 1 нелетальный инсульт, 3 с парезом черепно-мозговых нервов (умеренное провисание угла рта и отклонение языка в сторону операции), с регрессом на фоне лечения. Летальных исходов не зарегистрировано.

Выводы:

При наличии окклюдизирующей атеросклеротической бляшки в ампуле ВСА можно восстановить кровотоков по ВСА у больных перенесших ишемический эпизод в анамнезе.

Стеноз ВСА менее 70% при нестабильной бляшке и симптомным поражением сонных артерий подлежат оперативному лечению.

Пиковая систолическая скорость кровотока, также является важным показателем при выборе тактики лечения больных с поражением брахиоцефального бассейна.

Эндартерэктомия из артерий брахиоцефального бассейна является профилактической мерой ишемических атак головного мозга.

Асланов А.Д., Логвина О.Е., Шоно-Арсби А.А., Кудусов К.М., Баев Д.Ю.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИГАНТСКИМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ ПРИ НАЛИЧИИ ОЖИРЕНИЕМ 2-3 СТЕПЕНИ

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных, при наличии гигантских вентральных грыж с ожирением 2-3 степени.

Объектом исследования стали 78 больных, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении №2 РКБ г. Нальчик, Россия с 2014-2018гг.

У всех больных имелась рецидивная и рерацидивная вентральная грыжа в сочетании с ожирением 2-3 степени, что значительно ухудшало качество жизни и тяжесть основного заболевания.

Из общего количества больных 70-это женщины, 8-мужчины. Ожирение 2 степени наблюдалось у 62 больных, ожирение 3 степени у 16.

Всем больным проведена комбинированная

операции по грыжесечению и абдоминопластикой.

Производится горизонтальный разрез над паховой областью, мобилизуется подкожно-жировой фартук с его дальнейшим удалением, оголяется апоневроз, далее следует ненапряжная герниопластика с использованием полипропиленовой сетки. Ушивание раны косметическими швами.

Результаты: У всех больных послеоперационный период проходил без осложнений. Пациенты выписывались на 10-14 суток с рекомендациями.

Выводы: Комбинированная операция по грыжесечению и абдоминопластикой является эффективным методом по улучшению качества жизни больных.

Асланов А.Д., Сахтуева Л.М., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Карданова Л.Ю., Баев Д.Ю., Макоева К.М.

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», г. Нальчик, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница, г. Нальчик, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Цель исследования: улучшение тактики хирургического лечения пациентов с патологической извитостью внутренней сонной артерии.

Материалы и методы: В исследование вошли 414 пациентов с патологической извитостью внутренней сонной артерии, которым выполнено 420 реконструктивных операций (резекция с редрессацией внутренней сонной артерии (ВСА) и реимплантацией в старое или новое устье) в отделении хирургии сосудов Республиканской клинической больницы г.Нальчика с 2010-2018гг. Данные методы реконструкции удавались выполнить при перегибе, С-, и S-образной извитости, даже при патологической извитости по типу койлинга. Положительный клинический эффект достигнут у 98% больных. Для определения показаний к операции выполнялось триплексное сканирование, транскраниальная доплерография и мониторинг кровотока в средней мозговой артерии, компьютерная томография с контрастированием или магнитно-резонансная

томография. Показания к операции определялись в зависимости от степени сосудисто-мозговой недостаточности, гемодинамической значимости патологической извитости. Большое значение при выборе тактики лечения также является линейная скорость кровотока (ЛСК). Так, основываясь на данных А.В. Покровского, турбулентность кровотока и отношение линейной скорости кровотока (ЛСК) проксимальнее извитости к ЛСК на уровне деформации, равное 2,5 и более, при значении ЛСК на высоте деформации не менее 150 см/с, являлись показаниями для хирургического лечения. У 49 пациентов скорость кровотока на высоте деформации составляла более 150 см/с, у 260 больных свыше 230 см/с и у 105 – отмечалось падение скорости кровотока или кровотока не регистрировался. Операцией выбора была резекция внутренней сонной артерии с редрессацией и реимплантацией в собственное устье. При истончении стенки устья ВСА, в случае необходимости проведе-

ния эндартерэктомии, создавалось новое устье для ВСА на переднелатеральной поверхности ОСА на 2 мм ниже старого устья ВСА. Данная реконструктивная операция обеспечивает прямолинейное прохождение тока крови, снижает вероятность прорезывания швов, а значит и риск развития кровотечений в области наложения сосудистого анастомоза.

Результаты: Непосредственно после операции у 84% пациентов, а в отдаленном периоде у 98% отмечалось купирование симптомов сосудисто-мозговой недостаточности, у всех больных было выявлено улучшение гемодинамических показателей ($p < 0,01$). В послеоперационном периоде осложнения развились у 3 больных: 1 нелетальный инсульт, 2 с парезом черепно-мозговых нервов (умеренное провисание угла рта и отклонение языка в сторону операции), с регрессом на

фоне лечения. Летальных исходов и тромбозов реконструированной внутренней сонной артерии не зарегистрировано.

Выводы:

Хирургическое лечение патологической деформации внутренней сонной артерии является эффективным методом профилактики мозгового кровообращения и устранения сосудисто-мозговой недостаточности, что подтверждают полученные нами непосредственные и отдаленные результаты операций у пациентов с данным заболеванием.

Операцией выбора при патологической деформации внутренней сонной артерии является резекция с редрессацией и реимплантацией внутренней сонной артерии в старое или новое устье при истончении стенки ВСА в случае проведения эндартерэктомии.

Астраханцев Д.А., Мосягина Н.А., Фастова О.Н.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ЭПИФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ У КРЫС ПОСЛЕ 60-СУТОЧНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ НАТРИЯ БЕНЗОАТА И ФОРМИРОВАНИЯ ДЕФЕКТА В БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Введение: В предшествующих исследованиях нами было показано, что внутрижелудочное введение натрия бензоата в течение 60-ти суток сопровождалось замедлением темпов формирования кристаллической решетки и дестабилизацией фазового состава регенерата, образующегося после нанесения дефекта в области проксимального метадиафиза большеберцовых костей. Также было установлено, что длительное введение натрия бензоата оказывало негативное влияние на структурно-функциональное состояние костей, что проявлялось угнетением темпов роста и снижением их прочности. Однако, сведения об изменениях микроэлементного состава проксимального эпифиза большеберцовых костей после введения натрия бензоата, в доступной нам литературе отсутствовали.

Цель: Изучить микроэлементный состав проксимального эпифиза большеберцовых костей у крыс после 60-ти суточного употребления натрия бензоата в различных концентрациях и формирование дефекта в большеберцовых костях.

Материалы и методы: Эксперимент проведен на 210 беспородных крысах-самцах, распределенных на 6 групп: 1-я группа – контрольные крысы, которым внутрижелудочно вводился 1

мл 0,9% раствора NaCl; 2-3-я группы – крысы, которым в течение 60 суток внутрижелудочно вводился 1 мл натрия бензоата в дозировке 500 и 1000 мг/кг/сутки; 4-я группа – крысы, которым наносили сквозной дефект диаметром 2,0 мм на границе проксимального метафиза и диафиза обеих большеберцовых костей. В 5-6-й группах после окончания введения натрия бензоата также наносили дефект в большеберцовых костях. Сроки наблюдения составили 3, 10, 15, 24 и 45 суток после завершения введения натрия бензоата. После окончания сроков наблюдения, в проксимальном эпифизе большеберцовых костей определяли содержание цинка, железа, марганца и меди на атомно-абсорбционном фотометре.

Результаты и обсуждение: Нанесение дефекта в большеберцовых костях сопровождалось микроэлементным истощением во все сроки наблюдения. Микроэлементное истощение нарастало до 15 суток после нанесения дефекта в большеберцовых костях, в последствие изменения сглаживались. В группе 5 содержание цинка и марганца на 15 и 24 сутки было меньше значений 4-й группы на 5,88% и 5,13% и на 9,32% и 7,54%. Снижение содержания железа наблюдалось на 15 сутки наблюдения на 6,23%, а содержания меди на 24 и 45 сутки – на 5,94% и

6,19%. В группе 6 содержание цинка и марганца с 10 по 45 сутки было меньше значений 4 группы на 5,84%, 6,98%, 7,92%, и 6,17% и на 10,36%, 12,74%, 13,05%, и 7,32% соответственно. Снижение содержания железа наблюдалось на 15 сутки – на 6,78% и 7,07%, а содержание меди снижалось на 24 и 45 сутки на 8,47% и 8,85%.

Афонина М.А.

Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СВЯЗАННОЙ С ТАБАКУРЕНИЕМ, В РОССИИ В 2016-2017 ГОДАХ

Основными причинами, приводящими к смерти во всем мире, признаны болезни системы кровообращения (БСК), включая ишемическую болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ) и инсульт, респираторные заболевания, хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ), туберкулез, рак легких, трахеи, бронхов и другие, которые, в свою очередь, по данным зарубежных и отечественных авторов, напрямую связаны с длительным употреблением табака.

Цель – дать оценку распространенности болезней, ассоциированных с табакокурением.

Задачи:

1. Провести расчет числа болезней, ассоциированных с табакокурением, (болезни системы кровообращения (отдельно ИБС, инфаркт миокарда и инсульт)), ХОБЛ, злокачественные новообразования (отдельно рак легкого, трахеи и бронхов) среди взрослых 18 лет и старше в России за 2017г. и сравнить с аналогичными показателями за 2016г.

3. Дать характеристику динамике показателей заболеваемости болезнями, ассоциированными с табакокурением, за 2016 и 2017гг.

Материал и методы: эпидемиологический, медико-статистический, метод математического моделирования. Расчет заболеваемости населения ассоциированными с табакокурением болезнями производился на основании статистических данных, данных GATS за 2016г., с применением показателя популяционного риска курения $RAR = p_0 + p_1 * RR - 1 / p_0 + p_1 * RR$ (где p_0 - доля некурящих лиц; p_1 - доля курящих на данный момент лиц; RR - относительный риск заболеваний у ку-

Заключение: Введение натрия бензоата сопровождается микроэлементным истощением в проксимальном эпифизе большеберцовых костей; интенсивность и длительность изменений зависят от дозы вводимого препарата.

рящих лиц по сравнению с некурящими). Для определения доли заболеваемости, ассоциированной с курением, число зарегистрированных случаев заболеваний умножали на коэффициент RAR.

Результаты и обсуждения: по данным GATS, распространенность курения в России в 2016г. составляла 30,5%. Показатель RAR составил для злокачественных новообразований (ЗНО), без рака трахеи, бронхов, легкого – 0,23; для рака трахеи, бронхов, легкого – 0,89; для ХОБЛ – 0,73; для БСК – 0,15; для ИБС – 0,23; ИМ – 0,37; для инсульта – 0,23. Вследствие табакокурения, в 2016г. зарегистрировано с впервые в жизни установленным диагнозом 123054 случая ЗНО (без рака трахеи, бронхов, легкого); 53801 случай рака трахеи, бронхов, легкого; 64736 случаев ХОБЛ; 674197 случаев БСК; 237538 случаев ИБС, 69279 случаев острого и повторного ИМ; 8604 случая инсульта. Те же показатели за 2017 год составили: 127662 случая ЗНО (без рака трахеи, бронхов, легкого); 55336 случаев рака трахеи, бронхов, легкого; 67800 случаев ХОБЛ; 670082 случая БСК; 247759 случаев ИБС, 68722 случая острого и повторного ИМ; 7819 случаев инсульта.

Выводы: анализ заболеваемости ассоциированных с курением болезней в динамике за 2016-2017гг. показал, что как рост, так и снижение, по некоторым показателям связаны, прежде всего, с динамикой общей заболеваемости взрослого населения, которая в 2017г. для ХОБЛ, ИБС и всех ЗНО выросла, а для БСК, ИМ и инсультов, по сравнению с 2016г., снизилась.

Бабура Е.В., Расторгуева И.С.

Психиатрическая больница №1 г. Макеевки

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА КАК МЕТОД ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ПОСТАБОРТНОМ СИНДРОМЕ

Аборт нами рассматривается как противоестественный акт, который противоречит природе женщины, её назначению, в результате которого развивается интрапсихический конфликт, конфликт с окружающими людьми и миром. Аборт вызывает не только физические осложнения, но и многочисленные психосоматические и психические расстройства, получившие в медицинской психологии название «постабортный синдром» (ПАС). С нашей точки зрения, после аборта у женщины в глубинных слоях подсознания формируется установка на самоуничтожение из-за нарушения естественного хода вещей, в результате чего у большинства женщин, прерывающих беременность по так называемым социальным показаниям, развиваются тревожно-депрессивные состояния. Спектр же различных психологических осложнений достаточно большой:

1. Постоянное повторение пережитого в подсознании женщины, в результате чего формируются чувство вины, пустоты, скорби, обиды, утраты.

2. Психосоматические реакции – могут проявиться болью в животе, нарушением менструального цикла, головными болями.

3. Женщины становятся меланхоличными, печальными, часто беспричинно плачут.

4. Повторное переживание аборта в виде флэшбеков, кошмарных сновидений, навязчивых мыслей, образов не рожденного ребенка.

5. Нарушение поведения может проявляться в форме отказа от общения, постоянной замкнутости в себе, эмоциональной отгороженности, отстраненности от близких, раздражительностью, агрессией, злоупотреблением психоактивными веществами.

8. Нарушение сна и сексуальных влечений.

9. Тревога может найти пищевой выход, такой как булимия или анорексия.

Для протекания ПАС характерно три типа реакций: первый тип – моментальная реакция.

Она наступает непосредственно после травмы либо проявляется в течение года; второй тип – патологические процессы протекают много лет, они становятся хроническими, но вытеснены из сознания; наиболее распространен третий, замедленный тип реакций: в течение первых пяти – пятнадцати лет после аборта может не быть никаких проявлений, а затем развиваются выше перечисленные психологические проблемы.

В качестве реабилитационного комплекса нами предлагается женщинам с постабортным синдромом пройти пять этапов психодинамической работы (в некоторых случаях – на фоне медикаментозного лечения) в индивидуальной или групповой форме:

1. Противостояние отрицанию. В данном случае психологом проводится работа для осознания женщиной того факта, что она принимала участие в убийстве собственного ребенка.

2. Обряд прощания и переживания скорби утраты не должен отличаться от прощания с любимым другим умершим близким человеком. Женщина должна оплакать и попрощаться со своим ребенком.

3. Обращение к Богу за прощением. Женщина должна почувствовать прощение. Для этого подойдет исповедь или простая молитва.

4. Прощение других людей – один из самых сложных этапов лечения. Чувство злости и обиды на членов семьи и других людей очень сложно поднять из глубины психики и еще тяжелее проработать его до полного прощания.

5. Прощение себя – финальный этап лечения.

В случае готовности женщины работать над собой для преодоления ПАС и открытости для всех методов лечения, в достаточно короткие сроки приходят облегчение, «возрождение» и принятие себя. Немалую роль в этом играет постоянная поддержка близких, профессионалов и женщин, которые пережили собственную трагедию.

Баринев Э.Ф., Басий Р.В., Довгялло Ю.В.

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

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ НА КАФЕДРАХ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Компетентностно-ориентированный подход в подготовке медицинских кадров нацеливает на поиск эффективных методов формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций. Одним из важных условий достижения результативности в формировании компетенций является междисциплинарная интеграция, которая позволяет воссоздать у студентов целостную картину изучаемого предмета или явления. Под интеграцией мы понимаем не только синхронизацию дисциплин учебного плана по времени их изучения и согласование содержания, но и процесс, результатом которого должно являться качественно новое знание студентов. Для реализации данной образовательной технологии необходимо определить вклад каждой учебной дисциплины в формирование профессиональных компетенций и, разработать методы обучения, включающие целевой, содержательный, процессуальный и оценочно-результативный компоненты.

С позиций современных требований к содержанию высшего профессионального образования будущий специалист должен не только обладать знаниями, умениями и навыками, но и междисциплинарной профессиональной мобильностью. Это определяется, в том числе, необходимостью оперативно реагировать на постоянно возникающие изменения в профессиональной научной теоретической и практической деятельности.

Цель работы

Целью данной работы является теоретическое обоснование и экспериментальная апробация средств междисциплинарной интеграции на примере кафедр анатомии человека и гистологии, цитологии и эмбриологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО.

Реализации пилотного проекта по междисциплинарной интеграции на кафедрах морфологического профиля предшествовали следующие

этапы: 1) определены разделы или отдельные темы в учебных программах кафедр, которые целесообразно изучать на интегрированных занятиях; 2) внесена коррекция в тематические планы лекций кафедры анатомии человека для студентов 1-2-х курсов, обучающихся по специальностям: Лечебное дело, Педиатрия, Медико-профилактическое дело; 3) отобрано содержание обучения; 4) выбраны наиболее эффективные формы проведения интегрированных занятий; 5) определены оптимальные формы контроля достижения поставленных целей;

В рамках реализации пилотного проекта по междисциплинарной интеграции на кафедре анатомии человека были проведены совместные лекции с сотрудниками кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии для студентов 1 и 2-х курсов, на которых были рассмотрены вопросы связи эмбрионального развития с закономерностями нормального строения органов и систем в постнатальный период, а также возникновением пороков и аномалий развития тех или иных органов. С точки зрения макро- и микроанатомии были определены основные закономерности строения сердца и сосудистой системы. На конкретных примерах пороков перегородок сердца рассматривались вопросы нарушения функции, микро- и макроструктуры органа.

Помимо интегрированных занятий, кафедрами разработаны совместные видеопрезентации, отражающие строение органов и систем с точки зрения макро- и микроанатомии, которые размещены на электронном ресурсе «Информационно-образовательная среда» и в режиме non-stop транслируются на мониторах кафедр.

Заключение

Междисциплинарная интеграция является действенным инструментом в формировании общепрофессиональных компетенций будущего специалиста.

Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Кардашевская Л.И., Щукина Е.В.

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

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВАЛСАРТАНОМ И СПИРОНОЛАКТОНОМ

Место гипотензивных препаратов второго ряда в лечении артериальной гипертензии (АГ) до сих пор остается предметом дискуссий. Особенно важным представляется изучение возможных преимуществ применения антагонистов минералокортикоидных рецепторов, показавших высокую эффективность в лечении постинфарктных больных, больных с резистентной АГ и ХСН.

Цель работы: изучить гипотензивные и органопротекторные эффекты комбинированной терапии валсартаном в комбинации со спиронолактоном, установить критерии ее эффективности у больных с неосложненной АГ.

Материал и методы. В исследование включено 102 больных. Больным 1-й группы (n=55) в качестве основного гипотензивного препарата назначали валсартан, а больным 2-й группы (n=47) – валсартан в комбинации со спиронолактоном (25 мг/сут). В течение 1 месяца подбирали дозы валсартана для достижения целевого артериального давления (АД); к лечению можно было добавлять гидрохлортиазид в дозе 12,5-25 мг/сут и/или амлодипин в дозе 5-10 мг/сут. Длительность наблюдения составила 12 месяцев. Всем больным в начале и в конце исследования наряду со стандартным клинико-лабораторным и инструментальным исследованием проводили амбулаторное мониторирование артериального давления (АМАД), эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) и ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий (УЗИ БЦА).

Результаты и обсуждение. На фоне лечения во всех случаях были достигнуты целевые уровни АД. Как степень снижения АД, так и благоприятные эффекты лечения на показатели АМАД были более выраженными во 2-й группе. В обеих группах проводимая терапия ассоциировалась с существенным уменьшением долей

больных из категорий non-dipper и over-dipper и полным исчезновением категории night-peaker; при этом возростала доля лиц категории dipper. В ходе лечения были достигнуты и благоприятные эффекты на показатели ЭхоКГ и УЗИ БЦА; более значимой степень их выраженности была во 2-й группе по сравнению с 1-й группой. Переносимость лечения у всех больных была удовлетворительной.

Для установления критериев эффективности применения комбинации валсартана со спиронолактоном во 2-й группе был проведен дополнительный анализ. Не выявлено связи более высокой эффективности лечения с полом больных, наличием в анамнезе курения, сахарного диабета 2 типа, хронической болезни почек, исходными уровнями калия, креатинина и альдостерона крови, а также с особенностями исходных величин параметров УЗИ БЦА (все $p > 0,05$). В то же время, установлена связь между более высокой гипотензивной и органопротекторной эффективностью лечения, с одной стороны, и такими характеристиками больных, как возраст менее 60 лет, наличие избыточной массы тела или ожирения, наличие АГ 2 или 3 степени, наличие выраженной и/или концентрической гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) ($p < 0,01$).

Выводы. Добавление спиронолактона в низкой дозировке к терапии валсартаном сопровождалось более значимым снижением АД, улучшением его суточного профиля, а также ассоциировалось с более выраженной регрессией ГЛЖ, уменьшением сосудистой резистентности. Продемонстрированные в работе дополнительные позитивные эффекты спиронолактона мотивируют возможность расширения его применения при АГ в качестве одного из полноправных компонентов комбинированного лечения.

Багрий А.Э., Щукина Е.В., Самойлова О.В., Ефременко В.А., Приколота А.В.

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

ВЛИЯНИЯ КАРДИОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОСТИНФАРКТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ФИБРОЗИРОВАНИЯ МИОКАРДА

Цель: оценить влияние кардиопротекторной терапии на постинфарктное ремоделирование левого желудочка (ПИРМ ЛЖ) в зависимости от исходной выраженности процессов фиброзирования миокарда по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) сердца, а также оценки сывороточных уровней матриксных металлопротеиназ (ММП) 2 и 9, тканевого ингибитора металлопротеиназ 1 (ТИМП-1) и галектина 3 (Гал-3).

Методы исследования. Обследовано 27 больных (19 М : 8 Ж, средний возраст 58,2±6,5 года), перенесших передний Q-инфаркт миокарда давностью 3-6 месяцев. Всем выполняли эхокардиографическое исследование в динамике (аппараты «HDI 5000» и «ACUSON»), МРТ сердца (томограф «Ingenia»), оценивали сывороточные уровни ММП-2 («Biotrak ELISA System»), ММП-9 («Diagnostics MMP-9 Biochem Canada Inc»), ТИМП-1 («Human TIMP-1 ELISA kit») и Гал-3 («BioVender Laboratorni medicina a.s.»).

Выделены 2 группы больных: 1 группа (16 человек) с наличием маркеров фиброзирования (по данным МРТ сердца при отсроченном контрастировании с гадолинием наличие зон контрастирования, превышающих 50% толщины миокарда ЛЖ; уровни ММП-2 > 460 нг/мл; ММП-9 > 110 нг/мл; ТИМП-1 > 144,0 нг/мл и Гал-3 > 23,2 нг/мл) и 2 группа – 11 больных – без указанных характеристик. Обе группы получали стандартную кардиопротекторную терапию, включающую блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента / сартаны и антагонисты минералокортикоидных рецепторов), статины, β-адреноблокаторы, антитромбоцитарные препараты. Продолжительность наблюдения составила в среднем 15,2±3,2 месяцев. ПИРМ ЛЖ констатировали при разви-

тии значимой дилатации ЛЖ (увеличение индекса конечно-систолического объема (ИКСО) ЛЖ на ≥ 10% по сравнению с исходным) и/или существенного снижения его систолической функции (снижение фракции выброса (ФВ) ЛЖ – на ≥ 5% от исходного). Применяли методы параметрической и непараметрической статистики. Различия считали достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты исследования. В 1-ой группе больных ПИРМ ЛЖ развилось у 9 (56,2%) из 16 пациентов, что оказалось достоверно выше по сравнению с пациентами 2-ой группы – у 3 (27,3%) из 11, ($p < 0,05$). Средние уровни ИКСО ЛЖ в 1-ой группе составили в начале исследования 32,62±9,65 мл/м² и в конце наблюдения – 41,16±12,77 мл/м², а ФВ ЛЖ – соответственно 42,12±5,82% и 38,01±4,57% (все $p < 0,05$). Во 2-ой группе средние уровни ИКСО ЛЖ в начале исследования составили 38,52±10,11 мл/м², в конце наблюдения – 42,12±11,17 мл/м², а ФВ ЛЖ – 45,05±6,07% и 41,21±5,01% соответственно (все $p > 0,05$). Риск развития ПИРМ ЛЖ оказался существенно повышенным в 1 группе по сравнению со 2 – ОР 2,14 (ДИ: 1,29-2,93, $p < 0,01$).

При индивидуальном анализе данных МРТ сердца среди 8 лиц с наличием при отсроченном контрастировании с гадолинием зон контрастирования, превышающих 50% толщины миокарда ЛЖ, его ремоделирование, несмотря на проводимую кардиопротекторную терапию, развилось у всех больных.

Выводы: Наличие у постинфарктных больных МРТ- и/или лабораторных признаков фиброзирования миокарда ассоциировано с повышенным риском развития ПИРМ ЛЖ несмотря на проводимую адекватную кардиопротекторную терапию.

Багрий А.Э., Яровая Н.Ф., Хоменко М.В., Щукина Е.В., Орлова Н.А., Шверова О.И.

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

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Артериальная гипертензия (АГ) как клиническое проявление диабетической нефропатии (ДНП) при сахарном диабете (СД) требует дальнейшего изучения в связи с распространенностью данной патологии и неблагоприятным прогнозом.

Цель работы – оценка клинико-лабораторных особенностей и антигипертензивной терапии АГ у лиц с ДНП при СД.

Материалы и методы. Наблюдалось 102 больных с СД (41 мужчина и 61 женщина, средний возраст $73,9 \pm 11,6$ года). Всем больным проводили стандартное клинико-лабораторное обследование (в 23 наблюдениях оценивались также уровни микроальбуминурии – МАУ), наличие АГ и ДНП устанавливали на основании диагностических критериев. Выполняли клинико-лабораторные сопоставления, оценивали гипотензивную терапию.

Результаты. ДНП выявлена у 72 (70,6%) больных, среди этих лиц скорость клубочковой фильтрации (СКФ) в пределах 91-120 мл/мин/м² в 9 наблюдениях, 61-90 мл/мин/м² – в 21, 31-60 мл/мин/м² – в 25 и ≤ 30 мл/мин/м² – в 17. Протеинурия > 3 г/сут была в 15 случаях, 1-3 г/сут – в 27, < 1 г/сут – в 20, МАУ – в 10; ДНП с СКФ ≤ 60 мл/мин при отсутствии протеинурии и МАУ имела место в 10 случаях. Среди лиц с СД в целом – АГ была в 54 из 102 (52,9%) случаев; среди больных

без ДНП она имела место в 7 из 30 (23,3%), а при ДНП – достоверно чаще – в 47 из 72 (65,3%). АГ отсутствовала у лиц с СКФ 91-120 мл/мин, имела у 13 лиц с СКФ 61-90 мл/мин; у 24 при СКФ 31-60 мл/мин и у всех при СКФ ≤ 30 мл/мин, $p < 0,05$. Степень АГ увеличивалась по мере снижения СКФ. Уровень протеинурии, степень компенсации СД, характер антигипергликемической терапии на частоту АГ и ее выраженность не влияли. Среди лиц с АГ антигипертензивную терапию с устойчивым поддержанием артериального давления на целевых уровнях принимали всего 33 из 54 больного (61,1%); ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента получали 15, сартаны – 18 (эти две группы между собой не сочетали ни в одном из случаев), блокаторы кальциевых каналов – 29, антагонисты минералокортикоидных рецепторов – 13, диуретики – 24 больных.

Выводы. У лиц с СД АГ значительно чаще наблюдалась у больных с ДНП, чем без ДНП; частота и выраженность АГ увеличивались по мере снижения СКФ, но от уровней протеинурии не зависели. Антигипертензивную терапию получали лишь 61,1% больных с АГ; все эти лица принимали комбинированную терапию, обязательно включающую препарат, блокирующий ренин-ангиотензин-альдостероновую систему.

Баринаева А.С., Налётов А.В., Ляник В.А.

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

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С HELICOBACTER PYLORI, ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ «ТРАДИЦИОННОЙ» АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ СХЕМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ЗАРУБЕЖНОГО ПРОИЗВОДСТВА

Хроническая гастродуоденальная патология (ХГДП) относится к числу наиболее распространенных воспалительных заболеваний пищеварительной системы. Терапия ХГДП оказывает существенную финансовую нагрузку, как на самого пациента, так и на систему здравоохранения в целом.

Цель работы.

Провести фармакоэкономический анализ

эффективности применения «традиционной» антихеликобактерной схемы с использованием препаратов отечественного и зарубежного производства.

Материалы и методы.

Обследовано 60 детей старшего школьного возраста (12-17 лет), страдающих ХГДП, ассоциированной с *Helicobacter pylori* (НР). Пациенты были разделены на две группы по 30 человек.

Всем больным был назначен курс «традиционной» антихеликобактерной схемы терапии (кларитромицин, амоксициллин, омепразол) длительностью 14 дней. Пациенты первой группы получали схему с использованием препаратов зарубежного производства: «Фромилид» (KRKA, д.д. Ново место, Словения), «Флемоксин солютаб» («Астеллас Фарма Юроп Б. В.», Нидерланды), «Омез» («Др. Редди'с Лабораторис Лтд.», Индия). Пациенты второй группы получали препараты отечественного производства: «Кларитромицин» (ООО «Озон», Россия), «Амоксициллин» (ООО «Барнаульский завод медицинских препаратов», Россия), «Омепразол» (ООО «Производство медикаментов», Россия). Все пациенты находились на стационарном лечении в условиях гастроэнтерологического отделения КУ «ГДКБ №1 г. Донецка». Для проведения фармакоэкономического анализа, был выбран анализ «затраты-эффективность». Стоимость лекарственной терапии рассчитывали с учетом средних розничных цен препаратов в аптечных сетях в рублях на июнь 2018 года.

Результаты и обсуждение.

Установлено, что при использовании схемы, включающей препараты зарубежного производства, доля пациентов с эффективной эрадикацией НР составила $90,0 \pm 5,6\%$ (95% ДИ 78,6% – 99,8%). В то же время доля пациентов с успеш-

ной эрадикацией среди пациентов, принимающих препараты отечественного производства, составила $86,7 \pm 6,3\%$ (95% ДИ 73,8% – 99,6%) больных. При этом не выявлено статистически значимого уровня отличий ($p > 0,05$) при сравнении долей пациентов с эффективной эрадикацией инфекции НР между группами. При проведении анализа «затраты-эффективность» установлено, что стоимость единицы эффекта (достижение эрадикации НР) для каждой из схем имела значимые отличия. Соотношение «затраты-эффективность» в первой группе пациентов составила 1614,7 руб./ед., а для второй группы пациентов она была в 3 раза меньшей и составила 517,4 руб./ед.

Заключение.

Таким образом, фармакоэкономический анализ эффективности применения «традиционной» антихеликобактерной схемы с препаратами различного производства у больных, страдающих ХГДП, ассоциированной с НР, показал, что использование «традиционной» антихеликобактерной схемы терапии с применением отечественных препаратов обеспечивает достаточно высокую эффективность эрадикации НР в сравнении с применением в данной схеме компонентов зарубежного производства, при этом существенно снизив финансовые затраты на лечение.

Баринов Э.Ф., Фабер Т.И., Перенесенко А.О.

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

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Цель работы: изучить показатели функциональной активности тромбоцитов (Тц) при хронической ишемии мозга (ХИМ) на фоне сахарного диабета (СД).

Материалы и методы: в исследование включены 46 пациентов с (ХИМ) на фоне сахарного диабета (основная группа) и 30 пациентов с ХИМ, не имеющих СД (группа сравнения). Оценку агрегации Тц (АТц) проводили на агрегометре Chrono-Log (USA) при использовании адреналина 5 мкМ (EC50%). Обогащенную Тц плазму выделяли из периферической крови методом центрифугирования. Контрольной плазмой являлась бедная Тц плазма.

Анализ агрегатограммы включал автоматическое определение: амплитуды агрегации (Amplitude,%); наклона кривой (Slope,% мин), который отражает скорость агрегации; а также Lag phase (сек) – время активации рецепторов

на поверхности Тц. Статистическую обработку данных проводили в MedCalc. Различия считались достоверными на уровне $p \geq 0,05$.

Результаты: у пациентов исследуемой группы величина амплитуды составила $53,3 \pm 2,91$ (95% ДИ 46,84 – 59,84). Показатель группы сравнения, $32 \pm 6,55$ (95% ДИ 28,7 – 46,15), был на 40% меньше аналогичного показателя группы исследования ($p=0,01$). Продолжительность Lag phase в исследуемой группе составила $0,07 \pm 0,022$ (95% ДИ 0,1 – 0,48), в группе контроля $0,2 \pm 0,065$ (95% ДИ 0,1056 – 0,49). Различия в группах достоверны $p = 0,02$. Величина Slope в исследуемой группе в 2 раза меньше чем в контрольной при $p=0,03$ (показатели + величины).

Выводы: при анализе показателей агрегатограмм у пациентов с ХИМ, на фоне СД, показатель амплитуды превышал аналогичный в контрольной группе, что может свидетель-

ствовать о повышенной чувствительности α_2 -адренорецепторов тромбоцитов на фоне проведения антиагрегантной терапии, при этом скорость включения рецепторов (Lag phase (сек)) была обратно пропорциональна амплитуде в исследуемой группе, что отражает обратную зависимость величины агрегации от времени необходимого для активации рецепторов и вну-

триклеточного каскада реакций тромбоцита. Анализ показателей, характеризующих кривую агрегации позволил получить дополнительную информацию об индивидуальной адренореактивности организма с различными сопутствующими патологиями, что может способствовать конкретизации факторов риска тромбогенеза.

Баркалова Д.С.

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

УМЕСТНОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТЕРМИНОВ «ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ СТАБИЛЬНЫЙ» В ОТНОШЕНИИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Своевременная и точная оценка врачом состояния тяжелобольного пациента на первичном этапе является ключевым моментом в его дальнейшем лечении. Определение гемодинамической стабильности позволит скорректировать дальнейшую терапию и улучшить прогностические данные больных.

Цель работы : Поиск критериев, которые могут помочь оценить гемодинамическую стабильность у тяжелобольных.

Материалы и методы: Анализ научной литературы за последние 15 лет. Для проведения исследования использовались данные из научных журналов и энциклопедий, посвященных изучению как понятию стабильности в целом, так и гемодинамической стабильности, в частности. Были изучены нормативные акты, затрагивающие данный вопрос.

Результаты и обсуждение: На сегодняшний день не существует единой общепринятой системы оценки стабильности больного – в частности гемодинамически. Часть ученых склоняется к мысли, что само описание пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, как «стабильное» невозможно, ввиду того, что тяжесть их состояния подразумевает, что их витальные показате-

ли изменчивы и нуждаются в медикаментозной корректировке. Другая же допускает употребление понятия «условно стабилен гемодинамически», если такие показатели, как частота сердечных сокращений, артериальное давление, неизменны на протяжении определенного времени. Однако оценка, учитывающая исключительно данные параметры при определении гемодинамической стабильности, не является достоверной. Куда более точным будет анализ функций сердечно-сосудистой системы, опирающийся на способность поддерживать оксигенацию тканей, в особенности центральной нервной системы и внутренних органов на достаточном уровне. Только в таком случае возможно утверждать, что данный пациент гемодинамически стабилен.

Выводы. На данный момент вопрос о «гемодинамической стабильности» тяжелобольных пациентов остается открытым. Пока не будет создана единая унифицированная система, позволяющая оценивать стабильность пациента, основываясь не на субъективном мнении, а на абсолютных значениях, употребление в отношении тяжелобольных пациентов фразу «гемодинамически стабилен» не является уместным.

Батиров Б.А., Бафоев Б.Ю., Сафиева Н.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Узбекистан

СТАБИЛЬНОСТЬ ИМПЛАНТАТА И ИЗМЕНЕНИЯ ВЫСОТЫ КОСТИ ДЛЯ ОДНОНАПРАВЛЕННЫХ ИМПЛАНТАТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С СОХРАНЕНИЕМ ИМПЛАНТАТА С ЛОКАТОРНЫМИ НАСАДКАМИ

Введение.

Стабильность имплантатов можно определить как отсутствие клинической подвижности, что также является определением остеоинтеграции. Достижение и сохранение стабильности имплантатов является условием успешного клинического результата имплантации. Тем не менее, клинически стабильные имплантаты также обладают микро-подвижностью при их нагрузке.

Цель. Цель состояла в том, чтобы оценить эффективность размещения прикрепления на исходную стабильность и изменения высоты кости для немедленно нагруженных одноимплантатов, сохраняющих завышения нижней челюсти.

Методы исследования. Двадцать беззубых пациентов были отобраны для этого исследования; 9 женщин (45,0%) и 11 мужчин (55,0%) (возраст колебался от 59,0 до 70,0 года). Единственный эндооссейный имплантат был вставлен в область средней линии нижней челюсти. Сразу после операции; Абатмент локатора был закреплен на имплантате, и мужской корпус был соединен внутриротово с использованием процедуры прямого захвата. Измерения маргинальной высоты кости и значения стабильности имплантата оце-

нивали во время установки имплантата (базовый уровень), 2,4,6,8, 12, 24 недели, затем каждые 6 месяцев до 18 месяцев после установки имплантата.

Результаты. Значения стабильности имплантата заметно снизились по сравнению с исходным уровнем в течение 4 недель, а затем постепенно увеличивались до достижения начальных значений через 12 недель с последующим непрерывным увеличением до конца исследования ($p < 0,05$). Уровень маргинальной кости периимплантата выявил приемлемый диапазон потери кости со статистически значимыми различиями между различными периодами наблюдения, и он продолжался до конца исследования ($p < 0,05$).

Выводы. Сохранение чрезмерного размера с помощью имплантата с немедленной нагрузкой может быть успешным вариантом лечения зубных дуг нижней челюсти, особенно у людей с ограниченными финансовыми ресурсами. Применение локатора, по-видимому, благоприятно сказывалось на стабильности имплантата и маргинальной кости вокруг немедленно нагруженного нижнечелюстного имплантата одного имплантата после 18 месяцев работы.

Батиров Б.А., Бафоев Б.Ю., Сафиева Н.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Узбекистан

ИМПЛАНТАЦИЯ ЗУБОВ И ЛЕЧЕНИЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ: ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ И ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛЕЧЕНИЯ

Актуальность. Импланты – это самая новейшие зубы, которые при верном раскладе к лечению прослужат вам всю жизнь. Импланты современны, эффективны, гигиеничны и верны. Они милуют, защищают и стабилизируют соседние зубы и челюстную кость.

Лечение корневого канала, еще известно как эндодонтическое лечение, считается стоматологической операцией, в которой удаляется воспаленная либо поврежденная пульпа зуба и пломбируется корневой канал.

Цель исследования. Оценить и сравнить по-

казатели выживаемости при лечении имплантатов и корневых каналов, а также изучить влияние переменных, связанных с пациентом и зубами, на результаты лечения в широкомасштабном популяционном исследовании, основанном на определенной популяции.

Материалы и методы. Стоматологические записи пациентов, которые получали лечение корневых каналов и имплантационную лечебную, были получены из электронных записей клиники “PRO DENTAL”. Были зарегистрированы демографические характеристики, статус

стоматологического страхования, социально-экономический статус, а также история болезни и употребление табака. Результат лечения был включен в виде бинарной переменной (выживаемость / неудача).

Результаты. Всего было зарегистрировано 1344 записей о пациентах, у которых была имплантация (34,4%) или лечения корневых каналов (65,6%). Анализ выживаемости и таблица Каплана-Мейера показали, что большинство имплантатов были удалены в течение первого года (59,2%), в то время как только (34,8%) процедур по лечению корневых каналов не прошли за тот же период времени. Общая выживаемость была значительно ($p < 0,001$) выше при имплантации (97,8%) по сравнению с лечением корневых каналов (73,2%). Статистически значимая связь была обнаружена между лечением ($p < 0,001$), возрастом ($p < 0,001$) и тревожностью ($p = 0,004$) с исходом лечения.

Батиров Б.А., Сафиева Н.Б., Бафоев Б.Ю.

Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Узбекистан

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА И БРУКСИЗМА (РАСТИРАНИЕ И СТИСКИВАНИЕ ЗУБОВ)

Введение. Лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и бруксизма остаются источником путаницы как у стоматологов, так и у пациентов.

Статья посвящена взаимосвязи бруксизма и болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Бруксизм считается одним из главных этиологических факторов болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Лечение бруксизма и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава выполняется путем введения ботулинического нейротоксина в спазмированные мышцы.

Дисфункция ВНЧС – достаточно известная патология в наши дни, так как во многом она вызвана стрессовыми факторами. Тут бывает тяжело понять что первично, что вторично, потому что люди с дисфункцией сустава прибывают, как правило, с патологией прикуса, патологией опорно-двигательной системы (искажение позвоночника, шейки). Поэтому лечение сустава – комплексная история. Посещает такое, что первичная патология – это патология сустава, бывает, что опорно-двигательного аппарата.

Цель. Цель этой презентации – представить новый метод лечения обоих состояний. Система

Выводы. Имплантационная лечения показала значительно меньшие неудачи по сравнению с лечением корневых каналов, но выбор любого лечения должен основываться на нескольких факторах. Более старший возраст и высокий уровень опасения также были в значительной степени связаны с неудачей лечением корневых каналов и имплантологического лечения.

Врач-стоматологии сталкиваются с повышенной дилеммой, которая влияет на процесс принятия решений из-за неадекватных доказательств в отношении вопроса о сохранении или удалении зуба в естественном зубном ряду. Это исследование продемонстрировало, что лечение как корневых каналов, так и имплантатов – это разумные варианты с высокой выживаемостью; однако терапия корневых каналов показала значительно более высокую частоту неудач.

invisalign используется с помощью компьютерного моделирования для разработки приборов для постоянного изменения положения нижней челюсти, так что нагрузка на ВНЧС уменьшается, а мышцы жевания переводятся в состояние покоя, так что и TMD, и размалывание, и сжатие обрабатывали. Цель состоит в том, чтобы повлиять на постоянное излечение путем устранения первопричины как TMD, так и парафункции.

Методы исследования. Современные методы лечения являются паллиативными и предназначены для облегчения симптомов, но не могут привести к излечению. Это связано с отсутствием понимания причин возникновения TMD и бруксизма и, следовательно, невозможностью сформулировать эффективную стратегию лечения. Распространенность бруксизма, как сообщается, составляет от 9% до 32% от общей численности населения, а распространенность височно-нижнечелюстного сустава (TMD) составляет от 6% до 13%. Следовательно, до 42% населения могут страдать от одного или обоих состояний. Текущие методы лечения являются паллиативными и включают в себя опору для челюсти и шины.

Результаты. Среднее время лечения состав-

ляет 16-24 месяца, после чего дальнейшая терапия не требуется, хотя предоставляются ночные фиксаторы. Отчеты о случаях заболевания будут представлены в качестве доказательства, подтверждающего эффективность лечения.

Выводы. Многие случаи были излечены, и все сообщили либо о полном разрешении своих симптомов, либо о значительном улучшении, так что симптомы были редкими и легкими. До сих пор не было зарегистрировано рецидивов.

Башеев В.Х.², Золотухин С.Э.^{1,2}, Аль Давуд Амджад^{1,2}, Понсе А.О.², Мутык М.Г.², Балабан В.В.^{1,2}, Клочков М.М.¹

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В.Бондаря МЗ ДНР, г. Донецк

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ И СФИНКТЕРСОХРАНЯЮЩИХ РЕЗЕКЦИЙ

У больных старше 75 лет при диагностировании рака прямой кишки выявляют несколько сопутствующих хронических заболеваний, а до 40% случаев – осложненное течение опухолевого процесса, что в большинстве случаев обуславливает отказ от радикального оперативного лечения в пользу симптоматических, в лучшем случае обструктивных видов операций с последующим консервативным лечением. Возможность проведения химиолучевой терапии так же часто ограничено неудовлетворительным общим состоянием больных.

Цель исследования. Улучшить отдаленные результаты лечения рака прямой кишки у больных старческого возраста при использовании первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих резекций.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 312 больных раком прямой кишки (I-III стадий) старше 75 с поражением различных отделов. При этом 59(18,9%) пациентов были старше 80 лет, 8(2,6%) – старше 85 лет, 2(0,6%) – старше 90 лет. Сопутствующую патологию имели все пациенты, при этом регистрировались от 1 до 4 патологических состояний. Всего зарегистрировано 512 сопутствующих патологических процессов у 312 пациентов. Осложненное течение опухолевого процесса отмечено у 72(23,1%) больных. Всем пациентам проведена предоперационная подготовка по индивидуальному плану с учетом тяжести сопутствующей патологии и осложненного течения опухолевого процесса.

Результаты. Первично-восстановительные операции выполнены в 293(97,0%) случаях, в

остальных -9(3,0%) – операция Гартмана. Комбинированные операции выполнены в 26(8,6%), расширенные в 25(8,3%) наблюдениях. Интраоперационные осложнения отмечены в 16(5,1%) случаях и не носили тяжелого характера. В группе первично-восстановительных и сфинктерсохраняющих операций послеоперационные осложнения отмечены в 42((14,3%) наблюдениях, наиболее частым явился некроз низведенной кишки – 12(4,1%). Несостоятельность швов анастомоза зарегистрирована у 1 пациента, что составило 1,6% от общего количества чрезбрюшных резекций с формированием дубликатурного колоректального анастомоза. Послеоперационная летальность отмечена в 15(5,1%) случаях. Отдаленные результаты изучались методом построения таблиц дожития, учтена послеоперационная летальность. Следует отметить, что из-под наблюдения выбыли 29(9,3%) пациентов по различным социально-экономическим причинам. 1-годичная выживаемость составила 88,90±3,77%, 3-летняя 66,50±6,12%, 5-летняя выживаемость достигла 48,7%±6,3%. Средняя продолжительность жизни достигла 3,71±0,17 года. 13(4,2%) пациентов в отдаленном периоде наблюдения умерли от заболеваний, не связанных с онкологическим процессом. 56(17,9%) пациентов прожили более 5 лет, 16(5,1%) – более 10 лет.

Заключение. Полученные удовлетворительные непосредственные и отдаленные результаты лечения оправдывают разработанную первично-восстановительную и сфинктер-сохраняющую тактику хирургического лечения больных раком прямой кишки старческого возраста.

Башеев В.Х.², Золотухин С.Э.², Мутык М.Г.², Балабан В.В.^{1,2}, Клочков М.М.¹

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР, г. Донецк

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ 253 ГРУППЫ ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ РАКЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Цель: определить частоту поражения 253 группы лимфатических узлов при раке левых отделов ободочной кишки

Материалы и методы: за период с 2016 года по настоящее время, на базе РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря 86 больных раком левых отделов ободочной кишки были оперированы в объеме резекции сигмовидной кишки либо гемиколонэктомии с ДЗ лимфодиссекцией. В исследование включались больные II-III стадии заболевания, которым была выполнена операция лапароскопическим или открытым доступом. В ходе операции выполнялась низкая перевязка нижней брыжеечной артерии. Границами 253 группы лимфатических узлов по аорте был промежуток между правой и левой ветвями верхнего гипогастриального сплетения, по мезоколону медиальной границей была нижняя брыжеечная артерия, латеральной границей была нижняя брыжеечная вена, дистальной границей была левая ободочная артерия, а проксимальной 1 см выше места отхождения нижней брыжеечной артерии от аорты.

Результаты: медиана возраста больных со-

ставляла 62 (45-79) года. Выполнено 67 (78%) резекций сигмовидной кишки и 19 (22%) гемиколонэктомий слева. Среднее время операций составило 152 (90-210) минут. Объем кровопотери 74 (0-150) мл. Послеоперационные осложнения развились у 16 (18.6%) больных, из них у 2 (2.32%) – были осложнения 3b по классификации Clavien-Dindo. Несостоятельность швов анастомоза развилась у 1 (1.16%) больного, у еще одного больного была ранняя спаечная кишечная непроходимость. Послеоперационной летальности не отмечено. У всех больных была аденокарцинома различной степени дифференцировки. Из 86 больных у 54 (62.7%) была II стадия заболевания, а у 32 (37.2%) – III стадия. Медиана удаленных лимфатических узлов №253 составила 5(1-8) штук, поражение данной группы было отмечено лишь в 1(1.16%) случае.

Выводы: Удаление 253 группы лимфоузлов при соблюдении анатомических границ является безопасной процедурой. Однако учитывая редкое поражение апикальных лимфатических узлов, показания к данному виду вмешательств требуют дальнейшего изучения.

Л.В. Башкатова, Е.Н. Евдокимова

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск
Луганская республиканская детская клиническая больница

ПОДХОДЫ К ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ У ДЕТЕЙ

В практической работе врача-педиатра достаточно часто встречаются больные с анемическим синдромом, который нередко может явиться «маской» соматического заболевания.

Цель работы. Изучить причины и частоту возникновения анемий у детей разных возрастных групп на фоне различной соматической патологии и разработать тактику ведения этих больных.

Материалы и методы. Обследовано 150 детей в возрасте от 1 до 18 лет находившихся на лечении в различных отделениях ГУ «Луганской республиканской детской клинической больницы» за 3 года. Из них 57% составили мальчики, 43% – девочки. 48 детей дошкольного возраста, 102

ребенка школьного возраста. Главным диагностическим симптомом была анемия различной степени тяжести. При обнаружении анемии вначале проводилось определение патологического варианта анемии (железодефицитный, гемолитический, апластический). С целью диагностики дефицита железа исследовался ферростатус. У детей старшего возраста причиной ЖДА чаще являются явные или скрытые кровопотери. Поэтому этим детям назначался комплекс эндоскопического обследования для выявления заболеваний ЖКТ, проводилась ФЭГДС, колоноскопия, УЗИ органов брюшной полости. Для выявления заболеваний эндокринной системы определялся уровень гормонов щитовидной железы, по-

ловых гормонов, УЗИ щитовидной железы и малого таза, назначалась консультация гинеколога, эндокринолога. При выявлении изменений в общеклиническом анализе мочи проводилось детальное обследование функции почек (проба по Зимницкому, уровень креатинина, мочевины, остаточного азота в крови, УЗИ почек).

Результаты и обсуждение. На первом этапе обследования уточнялась степень тяжести анемии. Анемия легкой степени выявлена у 30% (45 детей), средней тяжести у 49% (74 детей), тяжелой степени у 21% обследуемых (31 ребенка). Гипохромный характер анемии диагностирован у 80% детей, у остальных анемия носила нормохромный характер. Установлено наличие ЖДА у 97 детей (64,7%), среди которых явный дефицит железа отмечался у 78 пациентов (80,4%), скрытый дефицит у 19 детей (19,6%). Анализ клинических проявлений у детей с анемическим синдромом выявил наличие у 84 (56%) пациентов астенического синдрома (слабость, утомляемость, сонливость), у 39 (26%) снижение когнитивных способностей, 51 (34%) пациентов отмечали головокружение, потемнение в глазах при перемене положения тела, мелькание «мушек» перед глазами. 46 (30,7%) детей вообще не предъявляли никаких субъективных жалоб. Часто анемический синдром выявлялся при обследовании, связанном с другими неспецифическими жалобами. У 8 детей с анемическим синдромом тяжелой степени было заподозрено нарушение функции щитовидной железы. Трудности возникли в связи с наличием у этих детей клинических симптомов весьма схожих с симптомами ЖДА (слабость, повышенная утомляемость, снижение памяти, сухость кожи, шелушение и гиперкератоз, выпадение волос, ломкость и поперечная исчерченность ногтей). Обнаружение у этих пациентов характерных для гипотиреоза симптомов (отечность лица, рук, надключичных ямок, увеличение массы тела, склонность к брадикардии, запорам, снижение артериального давления) позволило заподозрить, а затем верифицировать на основании снижения уровня гормонов щитовидной железы.

Выводы. Выявление анемического синдрома у детей требует детального обследования, так как во многих случаях анемия является симптомом заболевания, и только тщательное всестороннее обследование позволяет прийти от симптома к диагнозу. Особого внимания заслуживают анемии, имеющие сочетанные патогенетические механизмы, которые возникают при гипотиреозе, хронической почечной недостаточности, хронических заболеваниях печени и кишечника с нарушением всасывания. Подозрение на наличие у ребенка кровотечения из верхних отделов ЖКТ требует немедленного эндоскопического обследования в любом возрасте.

Выводы. Выявление анемического синдрома у детей требует детального обследования, так как во многих случаях анемия является симптомом заболевания, и только тщательное всестороннее обследование позволяет прийти от симптома к диагнозу. Особого внимания заслуживают анемии, имеющие сочетанные патогенетические механизмы, которые возникают при гипотиреозе, хронической почечной недостаточности, хронических заболеваниях печени и кишечника с нарушением всасывания. Подозрение на наличие у ребенка кровотечения из верхних отделов ЖКТ требует немедленного эндоскопического обследования в любом возрасте.

Бевза Я.В., Колесникова А.Г., Максимова М.А.

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

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗАЩИТЫ ОТ ТЕРРОРИЗМА И БИОЛОГИЧЕСКИХ УГРОЗ

По данным зарубежных экспертов, сегодня минимум 13 государств имеют биологические программы, включая наступательные, и не менее 120 – обладают технологическими ресурсами для их создания. В данный момент ни одна цивилизованная страна не готова к полномасштабному противодействию биотерроризму. Однако Китай, Индия, Великобритания и США уже создали программы противодействия угрозам биологических атак.

Цель работы. Принятие конвенции «О запрещении разработки, производства и накопления запасов бактериологического (биологического) и токсинного оружия и об их уничтожении» должно было положить конец разработке и созданию биологического оружия. Но несмотря на это оно остается весьма привлекательным для международных террористических группировок благодаря своей доступности, легкости применения

и массовости поражения. Однако в настоящее время в нашей стране отсутствует эффективная система защиты населения от биотерроризма.

Материал и методы. Отобраны литературные источники, подверглись анализу материалы интернет сайтов, научных статей, применен описательный метод.

Результаты и обсуждение. Как справедливо полагали эксперты по борьбе с терроризмом, угроза применения биологического оружия носит неопределенный характер, трудно прогнозируется и подвержена постоянным изменениям. Это затрудняет заблаговременную подготовку к ее отражению и вызывает необходимость формирования хорошо скоординированной межведомственной национальной политики на государственном уровне.

В первую очередь эффективность мероприятий по защите определяется своевременностью

стью вакцинации значительных контингентов населения и готовностью медицинской службы к осуществлению лечебных и санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге поражения.

В качестве первоочередных мер необходимо на основе анализа состояния современных средств биологического терроризма и возможных вариантов их применения по критическим инфраструктурам страны определить наиболее уязвимые объекты и города, для которых необходимо продумать и осуществить дополнительный комплекс мероприятий в плане предупреждения и защиты. Учитывая особую опасность представляется целесообразным сформировать в наиболее крупных городах специализированные химико-биологические отряды быстрого реаги-

рования. Участие квалифицированных специалистов, оснащенных необходимыми средствами контроля, защиты, нейтрализации и оказания первой медицинской помощи, в случае применения террористами биологического оружия может спасти жизнь тысячам людей.

Заключение. Необходимо объединить усилия ученых и специалистов на создание:

Достоверных средств аналитического контроля, обеспечивающих экспресс-обнаружение биологических агентов;

Высокопроизводительных технологий дезинфекции объектов, подвергшихся биологической атаке;

Эффективных средств защиты и медицинские средства профилактики и лечения.

Бедак А.С.

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

ХИРУРГИЯ ЕДИНОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Актуальность. С появлением лапароскопической хирургии вмешательства на толстой кишке стали менее травматичными, что отражено во многих исследованиях, доказавших не только безопасность лапароскопической хирургии, но и заметно лучшие результаты лечения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. В хирургии толстой кишки, где подразумевается извлечение препарата через переднюю брюшную стенку, выполнение разреза для получения доступа неизбежно, что в свою очередь ведет к травматизации и возникновению болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Цель исследования. Показать преимущества модифицированного в клинике способа SILS в лечении заболеваний толстой кишки (ЗТК), проанализировать результаты лечения больных, которым применен разработанный доступ

Материалы и методы исследования. рассмотрены результаты хирургического лечения 49 пациентов с ЗТК, оперированных в клинике общей хирургии №1 на базе проктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения за период с августа 2017г., которым была применена методика SILS. Среди них 23 мужчины и 26 женщин, средний возраст составил 52,8 лет. Резекция сигмовидной кишки выполнена 17 пациентам, левосторонняя гемиколонэктомия – 14, правосторонняя гемиколонэктомия – 11, субтотальная колонэк-

томия- 4, колотомия, полипэктомия-2, резекция поперечно-ободочной кишки – 1.

На первом этапе в 30 случаях применялась SILS с помощью монопортного устройства, сопровождающаяся определенными техническими трудностями: недостаточная триангуляция и конфликт инструментов при манипуляциях, несколько ограничивающие свободу движений хирурга. В связи с чем в клинике разработан и модифицирован существующий монопортный доступ, включающий установку оптического троакара по срединной линии непосредственно над пупком, а также порта для инструмента на расстоянии 3,5 см выше него и порта, устанавливаемого под пупком. После выполнения основного этапа операции два троакарных отверстия над пупком соединялись разрезом для извлечения препарата и формирования анастомоза. Длина разреза соответствует таковой при использовании монопортного устройства. В троакарное отверстие под пупком устанавливалась дренажная трубка. Данная методика применена у 19 пациентов с ЗТК: резекция сигмовидной кишки выполнена 7 пациентам, левосторонняя гемиколонэктомия – 6, правосторонняя гемиколонэктомия – 3, субтотальная колонэктомия- 3 больным. Болевой синдром, оцененный с помощью шкалы боли (NRS), а также кратности введения наркотических и ненаркотических анальгетиков позволяет утверждать, что разработанная нами методика позволяет уменьшить

болевого синдром ввиду анатомического расположения троакаров, снизить кратность введения обезболивающих препаратов, предупредить возникновение послеоперационной грыжи за счет послойного ушивания передней брюшной стенки.

Результаты. Средний койко-день у пациентов, которым применен модифицированный способ составил 7,5 дней, болевой синдром был менее выражен за счет меньшей травматизации передней брюшной стенки более физиологичного доступа по белой линии живота.

Выводы. SILS позволяет избежать техниче-

ских трудностей, минимизировать травматизацию передней брюшной стенки, манипулировать инструментами, предназначенными для проведения стандартных лапароскопических вмешательств, улучшить послеоперационные результаты и сроки реабилитации пациента, является не только безопасным и выполнимым методом, но также влечет за собой улучшение результатов лечения (уменьшение болевого синдрома, профилактику возникновения послеоперационных грыж, сокращение койко-дней, трудовую и медико-социальную реабилитацию, косметический эффект.

Безкравайный Б.А., Сенченко Н.Г.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Операция кесарево сечение вошла в акушерскую практику около 1916 года, но вплоть до 70-х годов применялась как крайняя мера лишь из-за частых и тяжелых осложнений у матери. По данным Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии (г. Москва) за последние 12-15 лет кесарево сечение в целом по России проводится в 13-14% по отношению ко всем родам. Перинатальная смертность снизилась с 17-18% до 12-13%. Снизилась материнская смертность с 15,8% до 11,27%. Новорожденные дети от оперированных беременных несколько труднее адаптируются ко внеутробной жизни по сравнению с детьми, рожденными обычным путем, что чревато развитием осложнений.

Цель исследования. Оценить состояние здоровья детей в раннем неонатальном периоде, рожденных путем кесарева сечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 189 случаев оперативного родоразрешения в ГУ «ЛПЦ» ЛНР за 2017 г. Из проведенных 1149 родов оперативным путем родоразрешены 189 человек, что составило 16,4%. Из них 126 плановых кесаревых сечений, что составило 67%, и 63 ургентных, 33% соответственно.

Обсуждение полученных материалов. Анализ историй новорожденных, родившихся в ЛПЦ ЛНР и проходивших дальнейшее лечение в отделении патологии новорожденных ЛРДКБ, показал, что причинами кесаревого сечения были:

1) со стороны плода: дистресс плода – 6 детей (25%), крупный плод – 3 ребенка (12,5%), патологическое предлежание плода – 15 детей (62,5%);

2) со стороны матери: рубец на матке – 24 женщины (31%), центральное предлежание плаценты – 7 (9%), клинически узкий таз – 4 (5,1%),

первичная слабость родовой деятельности – 4 (5,1%) и другие экстрагенитальные причины – 37 женщин (47,2%).

При анализе заболеваемости детей, рожденных путем кесарева сечения и находившихся на дальнейшем лечении в отделении патологии новорожденных ЛРДКБ, мы выделили ряд нозологий, наиболее часто встречающихся у них. А именно: реализация внутриутробной инфекции – в 13 случаях (54,1%), острый респираторный дистресс-синдром – в 10 случаях (41,7%), гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы – 12 (50%), синдром полиорганной недостаточности – 6 (25%), недоношенность – 11 (45,9%), родовая черепно-спинальная травма – в 4 случаях (16,7%).

Выводы:

1. Кесарево сечение не является идеальным способом родоразрешения и проводится только по строгим показаниям.

2. Своевременное проведение операции кесарево сечение позволяет свести к минимуму возможные осложнения в постнатальном периоде и облегчить период адаптации.

3. Дети, рожденные путем операции кесарево сечение, требуют специального комплекса мероприятий по выхаживанию в раннем неонатальном периоде и дальнейшего индивидуального наблюдения.

4. Возможность отдаленных последствий у новорожденных, извлеченных операцией кесарево сечение, диктует необходимость диспансерного наблюдения их в раннем возрасте по индивидуальному плану, предусматривающему контроль за физическим, психосоматическим развитием и качеством жизни.

Безкравайный Б.А., Сенченко Н.Г.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В НЕОНАТОЛОГИИ

В структуре заболеваемости новорожденных лидирующие позиции занимает инфекционная патология. Важную роль в развитии, течении заболеваний и исходе играют условно-патогенные микроорганизмы. В условиях стационара они подвергаются селекции, приобретают множественную устойчивость и обуславливают высокий риск развития тяжелого инфекционного процесса.

Цели работы:

1) изучить микробный пейзаж биологических сред у новорождённых детей, находившихся на лечении в родовспомогательных учреждениях ЛНР;

2) провести анализ данных чувствительности и резистентности к антибиотикам выделенной микрофлоры.

Задачи:

1) определить спектр микрофлоры, наиболее часто встречающейся у новорожденных, находившихся на лечении в отделении реанимации родовспомогательных учреждений;

2) определить особенности чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам.

Материалы и методы:

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 128 детей, поступивших на лечение в отделение реанимации Луганской республиканской детской клинической больницы из разных родовспомогательных учреждений республики за период с 1 января 2018 г. по 30 ноября 2018 г.

У данных пациентов было произведено бактериологическое исследование различных биологических материалов (в зависимости от диагноза) на предмет наличия патогенной микрофлоры: слизь из зева, носа, трахео-бронхиального дерева, кровь, ликвор, отделяемое из раны, кал.

Исследования проводились в баклаборатории ГУ «ЛРДКБ» ЛНР.

Результаты и их обсуждение

В настоящее время возрастает этиологическая роль условно-патогенных возбудителей, появление резистентных форм. Проведен ана-

лиз 128 историй болезней новорожденных детей, 36 из них имеют положительные результаты бактериологического исследования (28,1%). Три и более возбудителей были выделены у 3 детей (2,3%). Два возбудителя были выявлены у 8 детей (6,3%). Микробиологическое исследование различных биологических сред новорожденных в 52% случаев вывило присутствие грамотрицательной микрофлоры. Бактериологический спектр был представлен следующими микроорганизмами – *enterobacter cloacae* – 16,6%, *acinetobacter baumannii* – 44,4%, *Staphylococcus epidermidis* – 8,3%, *pseudomonas aeruginosa* – 13,8%, *Staphylococcus aureus* – 22,2%, *enterobacter faecalis* – 2,7%, *klebsiella pneumoniae* – 5,5%, *Streptococcus pneumoniae* – 2,7%, *Enterobacter aerogenes* – 2,7%, *Candida albicans* – 19,4%, *klebsiella oxytoca* – 2,7%, *E. Coli* – 2,7%. Анализ антибиотикограмм биологических сред новорожденных выявил резистентность микрофлоры к наиболее часто применяемым группам антибиотиков, что может быть следствием высокой инфицированности беременных женщин, нерационального применения антибиотиков и бактериального неблагополучия в ЛПУ. Последнее диктует необходимость мониторинга микробного пейзажа в родовспомогательных учреждениях.

Выводы.

1. Микробный пейзаж представлен в основном условно-патогенной микрофлорой (89,8%).

2. Наиболее часто выделяли *Acinetobacter baumannii*.

3. В 10,2% случаев микрофлора была нозокомиальной.

4. В 86% случаев микрофлора резистентна к наиболее часто применяемым группам антибиотиков (цефалоспорины (58%), аминогликозиды (28%), карбопенемы (29%)).

5. Чаще всего резистентность имела место к ампициллину, гентамицину, цефтриаксону, цефотаксиму, цефипиму, цефтазидиму.

Белая И.Е.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Внедрение новых информационных технологий в диагностику острой коронарной патологии является приоритетной задачей кардиологии во всем мире. Перспективным методом диагностики патологии миокарда является векторная электрокардиография (ВКГ), которая дает возможность более раннего распознавания локальных изменений его активности, обеспечивает более точную диагностику очаговых изменений миокарда в отношении их локализации и распространенности.

Цель работы

Выявить особенности электрической активности сердца у больных в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы исследования

Обследовано 25 больных с острым периодом ИМ левого желудочка (ЛЖ) передне-перегородочной локализации. Кроме исследований, утвержденных протоколами оказания медицинской помощи, проведена ВКГ на современном кардиодиагностическом комплексе МТМ-СКМ.

Результаты и обсуждение

У всех больных электрокардиографически диагностирован острый период ИМ ЛЖ передне-перегородочной локализации. При ВКГ-исследовании зарегистрированы дополнительные признаки, не выявленные на ЭКГ. Во 2 проекции направление записи петли – по часовой стрелке, в 3 проекции – против часовой стрелки, что является отклонением от нормы. В ВА3 регистрируются признаки локальной внутрижелудочковой блокады, заключающиеся в расположении петли QRS в 4 квадранте при атипичном направлении записи петли. В ВА2,3 петли QRS находятся в нижней половине системы координат, что свидетельствует о том, что участок некроза захватывает часть стенки ЛЖ. Во всех проекциях регистрируется перекрест трассы петель QRS у основания, в связи с чем направление трассы петель QRS и Т не совпадает. Величина максимального вектора петли QRS увеличена в 1, 2, 3 и 5 проекциях. Отмечается сгущение отметок времени в конечной части

петли в ВА1 и по всей петле в 4 и 5 проекциях. Петля Т в первых трех проекциях расположена в верхней, а в ВА4 – в нижней половине системы координат. Площадь петель Т увеличена в 1,5-1,8 раз в ВА1,4,5 и более чем в 3 раза во 2 и 3 проекциях при нарастании величины ее максимального вектора в ВА1-3. Угловое расхождение QRS-Т увеличено во всех проекциях. Скорость распространения возбуждения по петлям Т замедлена в 1, 4 и 5 проекциях, а также в конечных частях петель в ВА2,3. Во всех проекциях регистрируются несмыкания петель QRS и Т: в ВА1 – 0,21-0,24 мВ, в ВА2 – 0,11-0,16 мВ, в ВА3 – 0,14-0,19 мВ, в ВА4 – 0,24-0,28 мВ, в ВА5 – 0,21-0,26 мВ. При этом вектор электрических сил повреждения ST направлен вперед, вверх и вправо. Следовательно, смещение главного вектора в системе координат назад, влево и вверх; изменение направления записи и расположения петель QRS во 2 и 3 проекциях; вдавления на контуре петли QRS и уменьшение ее площади в 1 проекции; перекрест трассы петель QRS у основания во всех проекциях, увеличение углового расхождения петель QRS-Т; направление вектора ST к очагу некроза вперед, вверх и вправо; наличие признаков нарушения внутрижелудочковой проводимости по передней стенке ЛЖ, в области верхушки, базальных отделов левого и части правого желудочка свидетельствуют об остром периоде ИМ передне-перегородочно-верхушечной области ЛЖ. При анализе петель Р обращает на себя внимание увеличение их площади в 1 проекции при неизменной величине максимального вектора. Кроме того, имеет место сгущение отметок времени в ВА1,2 и в конечной части петель Р в 4 и 5 проекциях. Эти изменения указывают на признаки гемодинамической перегрузки предсердий и нарушения внутрипредсердной проводимости в передней и задней стенках предсердий, а также в задне-боковой области левого предсердия.

Заключение

Использование ВКГ, в дополнение к ЭКГ, позволяет у больных при остром ИМ получать исчерпывающую информацию о функциональном состоянии миокарда.

Беличко Д.Р., Константинова Т.Е., Клёмин В.А., Малецкий А.В.

ГУ «Донецкий физико-технический институт им. А.А.Галкина», г. Донецк
 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
 ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк

НАНОЧАСТИЦЫ И КОНСОЛИДИРОВАННЫЕ СРЕДЫ НА ИХ ОСНОВЕ КАК НОВЫЙ ОБЪЕКТ В РАЗВИТИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Развитие новых технологий в медицине сегодня требует междисциплинарных связей во многих отраслях научного знания, когда на первое место выходят принципиально новые подходы и методы диагностики заболеваний и лечения болезней, в частности такие как искусственный интеллект и инновационные функциональные материалы.

В качестве таких материалов могут выступать, например, наночастицы и консолидированные среды на их основе, в частности, диоксид циркониевая нанокерамика. Данный материал обладает высокой прочностью, износостойкостью, трещиностойкостью, а также радиационной устойчивостью. Кроме того данный материал является химически инертным и обладает высокой степенью биосовместимости. Все перечисленные свойства выделяют его среди иных известных сегодня материалов, применяемых в трансплантологии, протезировании и стоматологии.

На базе отдела физики высоких давлений и перспективных технологий ГУ ДонФТИ им.А.А.Галкина была разработана технология получения наночастиц диоксида циркония и керамики на его основе. Данная технология позволяет получать частицы с узким заданным распределением частиц по размерам и низкой степенью агломерации, что даёт возможность получать керамику с заданным фазовым составом, значениями плотности и пористости. Пористость в таких материалах играет важную роль, поскольку она способствует остеоинтеграции, т.е. интеграции импланта в костную ткань при их непосредственном контакте.

В настоящее время в Донецком физико-техническом институте и на кафедре ортопедической стоматологии ДонНМУ проведен ряд

сравнительных экспериментов и доклинических испытаний заготовок на основе диоксида циркония применяемых в CAD/CAM системах для цельнокерамического протезирования. CAD/CAM системы – это технология разработки протезов, коронок и брекетов, основанная на принципе предварительного создания необходимой модели с последующей реализацией в конечный стоматологический продукт. При этом сначала производят моделирование будущего протеза при помощи специального программного обеспечения на компьютере, а затем по заданной модели воспроизводят деталь на фрезерном блоке.

Порошки для исследования были получены методом совместного химического осаждения и были скомпактированы методом одноосного прессования. Полученные компакты прессовались в условиях высокого гидростатического давления (300МПа) и спекались при температуре 1000°C. В полученных образцах была исследована плотность, прочность и твердость, а также изучена структура поверхности излома. Проведенные исследования механических характеристик и структуры керамических заготовок показали, что образцы, полученные в ДонФТИ имели сходную структуру и свойства аналогичные керамике известных брендов, таких как Zirlab, Nasera, Dentall direct bio Z, которые успешно применяются в ортопедической стоматологии и протезировании во всем мире. Кроме того, керамика, полученная по технологии ДонФТИ, за счёт устойчивости к мартенситному превращению является более стойкой к образованию микротрещин, а также является более доступной и менее затратной, что делает ее более привлекательной перед своими зарубежными аналогами.

Белкин Д.К.

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

ПОДВЗДОШНО-РЕЗЕРВУАРНО-АНАЛЬНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Актуальность. Хирургическое лечение Болезнь Крона (БК) толстой кишки (ТК) – проблема, которая не решена хирургами всего мира до сих пор ввиду отсутствия единого мнения в вопросах хирургической тактики, качества жизни больных после операции. Все чаще появляются обобщенные данные о возможности реконструктивно-пластических вариантов операций при выполнении колонпроктэктомии у пациентов с БК ТК.

Цель исследования. На основании имеющихся случаев выполнения реконструктивных операций и последующего динамического наблюдения при БК ТК доказать возможность и целесообразность использования подвздошно-резервуарно-анальной реконструкции (ПРАР) у данной категории больных.

Материалы и методы. С 2012 по 2019 гг. в клинике общей хирургии ДонНМУ на базе проктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения было прооперировано 55 пациентов, страдающих язвенным колитом, тотальным поражением, тяжелым, либо осложненным течением, которым была выполнена одно-, либо двухэтапная колпроктэктомия с формированием J-образного

илеоального резервуара, илеоанального анастомоза и протективной илеостомы по поводу неспецифического язвенного колита. При этом, у 3 пациентов, оперированных по данной методике, после получения гистологического заключения операционного материала, диагноз был изменен – была выявлена болезнь Крона. Еще в 4 случаях мы выполнили подобное вмешательство у пациентов с гистологически верифицированным осложненным диагнозом БК, консервативное лечение у которых было неэффективным.

Результаты. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения данной категории больных в сроки 9-47 месяцев путем выполнения резервуарографии, морфологического исследования слизистой резервуара, изучения качества жизни. Осложнения развились в 2 случаях – имел место паучит, который был успешно разрешен консервативными противовоспалительными мероприятиями.

Выводы. На основании имеющегося опыта выполнения ПРАР пациентам с БК ТК и последующего динамического наблюдения считаем возможным и целесообразным применение данной методики

Беседина Е.И., Бублик Я.В., Зяблицев Д.В.

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

СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ И МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ОРДИНАТОРОВ НА ЦИКЛЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Актуальность. Современная система высшего профессионального образования ориентирована на подготовку квалифицированного медицинского работника соответствующего профиля, способного к эффективной работе по специальности, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и готового к постоянному профессиональному росту.

Материалы и методы. В настоящее время образование республики находится на пути инновационного развития, что дает возможность врачам ординаторам получать не только знания, умения, но и осваивать новые компетенции, позволяющие свободно применять их в своей профессиональной деятельности.

В современном обществе возрастает значение таких умений, как: способность анализировать, внедрять инновации в работу учреждения, умение общаться в группе, а также принимать решения. При изучении специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» нами были использованы методы обучения опроса и анкетирования, которые позволяют проводить обучение ординаторов в сотрудничестве с преподавателем, когда обучающийся и педагог являются субъектами учебного процесса. «Кейс – стади» – это вид учебного занятия, сочетающий в себе несколько методов обучения (самостоятельная работа с научной литературой, учебной информацией, документами; анализ и разбор конкрет-

ных ситуаций; мозговой штурм; дискуссия) и форм практического занятия (семинара, деловой или ролевой игры). Использование метода «кейс – стади» позволило при разборе конкретных ситуаций осуществить сравнительный анализ, принимать решение, учитывая новые научные подходы, мнения и взгляды разных точек зрения.

Результатом использования «кейс – стади» являются не только полученные знания, но и сформированные навыки профессиональной деятельности, профессионально значимых качеств

личности, которые необходимы ординаторам в системе здравоохранения республики.

Выводы. Таким образом, метод «кейс – стади», как форма интерактивного обучения позволяет успешно формировать компетенции у ординаторов, отрабатывать навыки конструктивного мышления, оценивать точки зрения других, развивать умение самостоятельно принимать решения на основе группового анализа ситуации, формировать способность и готовность к саморазвитию и профессиональному росту.

**Беседина Е.И.¹, Демкович О.О.¹, Мельник В.А.¹, Лыгина Ю.А.¹,
Савченко В.С.², Скрипка Л.В.², Ткаченко И.М.²**

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г. Донецк

ОБ АКТУАЛЬНЫХ ВОПРОСАХ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ И ОРГАНИЗАЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА КОРЬЮ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ (ДНР)

По данным Европейского регионального бюро Всемирной Организации Здравоохранения (ЕРБ ВОЗ) в странах Европы эпидемическая ситуация по кори продолжает оставаться неблагоприятной. В 48 из 53 стран региона за 6 месяцев 2019 г. зарегистрировано 89994 случая (в 2 раза больше, чем за аналогичный период 2018 г.), 78% всех случаев (69877) – в 4-х странах: Украина, Казахстан, Грузия и Российская Федерация.

В структуре заболевших дети до 1 года составили 10%, 1-4 года – 17%, 5-19 лет – 30%, лица старше 20 лет – 41%. У 62% заболевших прививки против кори отсутствовали, остальные 38% получили одну и более доз вакцины.

По мнению экспертов ВОЗ сложившаяся ситуация является отражением серьезных проблем в обеспечении оптимального охвата иммунизацией против кори на всех национальных и субнациональных уровнях и для всех групп населения. С целью решения данных вопросов ЕРБ ВОЗ был подготовлен План стратегического реагирования на чрезвычайную ситуацию в Европейском регионе, рассчитанный на сентябрь 2019 г. – декабрь 2020 г., в котором изложены основные мероприятия по приоритетам с учетом текущей ситуации в каждой стране.

Цель работы. Дать оценку эпидемической ситуации по кори в 2019 г. и определить направления ее стабилизации.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ заболеваемости корью, выполнения планов иммунизации и состояния коллективного иммунитета на основании данных госу-

дарственных и отраслевых статистических отчетных форм, используемых в деятельности Государственной санитарно-эпидемиологической службы.

Результаты и обсуждение. В ДНР за 8 месяцев 2019 г. по окончательным диагнозам зарегистрировано 177 случаев кори, показатель заболеваемости оставил 7,7 сл. на 100 тыс. нас., что на 19% ниже показателя аналогичного периода 2018 г. В возрастной структуре заболевших преобладают дети и подростки – 62%, лица старше 20 лет составили 38%. Дети до года составили в структуре заболевших 6,2%, 1 – 4 лет – 18,01%, 5-19 лет – 37,8%. Самый высокий показатель заболеваемости отмечается среди детей первого года жизни – 89,8 сл. на 100 тыс. нас., что в 11,7 раз превышает совокупный уровень.

Согласно результатам иммунологического мониторинга состояния коллективного иммунитета к кори за 2018 г. имеют защитный уровень антител 80,7% населения. Наибольшее количество «защищенных» отмечается в возрасте 4 года (88,9%), 9 лет (89,3%), 17 лет (90,0%), 48-57 лет (92,3%). Указанные показатели свидетельствуют о недостаточной иммунной прослойке среди населения и сохраняющемся риске ухудшения эпидситуации.

В 1-м полугодии т.г. темпы вакцинации и ревакцинации населения ДНР против кори были достаточными (49,6 – 52,8% от годового плана). Однако в связи с отсутствием поставок в учреждениях здравоохранения с июля т.г. наметился дефицит соответствующих иммунобиологиче-

ских препаратов и замедление темпов иммунизации.

Выводы. Таким образом, эпидемическая ситуация по кори в ДНР остается напряженной. С целью ее стабилизации необходимо выполнение на уровне не менее 95% как плановой иммуно-

профилактики детей декретированных возрастных групп, так и «догоняющей» иммунизации всех лиц (подростков, групп профессионального риска и др.), своевременно не получивших необходимое количество доз корьсодержащей вакцины.

Беседина Е.И.¹, Жидких Т.Н.¹, Киосева Е.В.², Оборнев Л.Е.¹, Подоляка В.Л.¹

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики

РОЛЬ ПЕДАГОГИКИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ОРДИНАТОРОВ

Повышение требований к качеству профессиональной подготовки врачей, интеграция процессов лечения, обучения и воспитания пациентов, обуславливают необходимость освоения общих основ педагогической науки как условия профессиональной компетенции специалиста в области медицины.

Цель работы

Несмотря на то, что на предыдущих ступенях обучения ординаторы не изучали педагогику, и знакомятся с этой наукой только при обучении в ординатуре, мы обращаемся к этой науке как целостной сфере с ее важнейшими категориями, понятиями, закономерностями и принципами.

Материал и методы

Следует обратить внимание на две стороны педагогической подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре.

Во-первых, необходимо помочь ординатору освоить ряд важных знаний, умений, навыков и компетенций педагогического характера, чтобы он грамотно и более эффективно осуществлял свою деятельность по отношению ко всем категориям лиц, оказывающихся в поле его профессионального внимания.

А, во-вторых, обучение в ординатуре должно предусматривать элементы воспитания, образования, обучения и развития личности самого ординатора и с позиции науки, и с позиции выработки у него педагогически значимых качеств личности.

Результаты и обсуждение

Особенностью содержания дисциплины «Педагогика» для ординаторов является то, что рекомендуемые темы затрагивают спектр вопросов профессионально-педагогической на-

правленности деятельности врача: методологию и современные научные подходы к изучению педагогической реальности; цели, задачи и категории педагогики; особенности педагогического процесса; место медицинской педагогики в сфере педагогического знания.

При этом мы обращаем внимание ординаторов на то, что педагогическая действительность находится не за «семью морями»: она окружает нас дома и на работе и существует независимо от нашего желания, поэтому ее необходимо знать, понимать ее влияние, участвовать самим в педагогическом процессе – там, где возникает потребность в образовании, воспитании, обучении и развитии – самих ли себя, подчиненных, своих пациентов или различных групп населения.

Кроме того, разработанная программа курса педагогики для врачей-ординаторов направлена на решение следующих задач:

приобретение умения провести обучающее занятие со средним медицинским персоналом;
формирование навыка работы с периодической литературой;

участие в научных конференциях и съездах.

разработка и проведение циклов занятий с врачами, посвященных наиболее значимым и актуальным проблемам клинической практики.

Заключение

Знание основ педагогики позволит ординаторам осваивать современные методы и технологии передачи профессионального и социального опыта, создавать систему воспитания здорового образа жизни у различных категорий пациентов, осуществлять педагогическую деятельность по образовательным программам среднего и высшего медицинского образования.

Беседина Е.И., Мельник В.А., Колесникова А.Г., Лыгина Ю.А., Демкович О.О., Бублик Я.В.

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

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ КАЛЕНДАРЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

В условиях реформирования государственной медицинской помощи в Донецкой Народной Республике (ДНР) назрела острая необходимость пересмотра календаря профилактических прививок, что требует решения целого ряда юридических и медицинских проблем, связанных с его несовершенством.

Цель. Рекомендовать перспективные изменения в календарь профилактических прививок ДНР на основании анализа существующего республиканского и Национального календаря профилактических прививок Российской Федерации (РФ).

Материалы и методы исследования. Были изучены приказы Министерства здравоохранения ДНР от 13.11.2017 г. № 2036 «Об утверждении Календаря обязательных профилактических прививок Донецкой Народной Республики» и Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»

Результаты исследования. По нашему мнению, наиболее важными проблемами, которые необходимо решить в ДНР ближайшее время, следует назвать совершенствование процесса вакцинации детей с отклонениями от календаря прививок и допуск не привитых детей в детские дошкольные учреждения и школы.

При вакцинации детей, не имеющих прививок, привитых не полностью или с отклонением от календарных сроков вследствие медицинских противопоказаний, следует учитывать текущую эпидемическую ситуацию в регионе, а также возможное негативное влияние прививок на иммунную систему ребенка. Здоровые дети, как правило, в дополнительных реабилитационных мероприятиях не нуждаются.

По нашему мнению, на данный момент наиболее критическим для детских коллективов яв-

ляется прививки от заболеваний вирусной этиологии, которые передаются капельным путем: корь, паротит и краснуха, вакцинация против которых дает стойкий длительный иммунитет. При составлении индивидуальной программы вакцинации ребенка старше 1 года, привитого с нарушениями календаря вакцинации, иммунизацию ему следует начинать с вакцины против кори или вакцины кори, эпидемического паротита и краснухи (КПК) при ее наличии.

Вопрос возможности посещения детских учреждений детьми, не имеющие прививок, привитых с нарушениями календаря прививок или находящихся в процессе «догоняющих» курсов, все еще актуален из-за достаточно большой прослойки таких детей в соответствующих возрастных контингентах. Ситуация осложняется имеющимися юридическими коллизиями, в частности, невозможностью в настоящий момент обеспечить конституционное право на получение дошкольного и школьного образования детьми, чьи родители воспользовались законным правом на отказ от профилактических прививок. Это приводит в РФ к не контролируемому попаданию не привитых детей в детские учреждения по предписаниям прокуратуры, решениями судов.

Выводы. Учитывая вышеизложенное, в планы оптимизации прививочной работы в ДНР следует включить разработку условий предоставления разрешения на допуск не привитых детей в детские коллективы при условии обязательного предварительного проведения исследования напряженности иммунитета. Это позволит отменить дискриминацию по состоянию здоровья, которая де-факто существует, но и даст возможность более эффективного противодействия распространению эпидемических болезней в детских коллективах, своевременно направляя не привитых детей на карантин в случае возникновения эпидемического неблагополучия.

Беседина Е.И., Скрипка Л.В., Мельник В.А., Демкович О.О., Бабуркина А.И.

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

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ТУЛЯРЕМИИ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ

В Донецком регионе имеются природные очаги туляремии. Эпидемический уровень заболеваемости регистрировался в 1946 и 1949 гг. Тогда было выявлено наибольшее количество заболевших – 106 случаев в Тельмановском, Артемовском, Волновахском районах в 1946 г. и 90 случаев в Красноармейском и Старобешевском районах в 1949 г. Начатая в 1947 г. плановая вакцинация населения энзоотических территорий живой вакциной, содержащей штамм *Francisella tularensis* 15 НИИЭГ (производство Российской Федерации), привела к формированию высокоиммунной прослойки среди населения, несмотря на высокий эпидемический потенциал очагов туляремии. После внедрения мероприятий по специфической профилактике на энзоотических территориях заболеваемость туляремией не регистрировалась в течение 38 лет. С 1993 г. объемы иммунизации были резко снижены в связи социально-экономическим кризисом после распада СССР. Это привело к осложнению эпидемической ситуации: с 1993 г. туляремия начала регулярно регистрироваться на спорадическом уровне.

Цель работы. Оценить эффективность противотуляремийной вакцинации в Донецком регионе.

Материалы и методы. Нами проанализировано состояние вакцинопрофилактики туляремии у людей в Донецком регионе за последние 19 лет (2000-2018 гг.). Анализ проводился по данным официальных отчетных форм Донецкой областной санэпидстанции в среднемноголетних показателях по пятилетним периодам (2000-2004 гг., 2005-2009 гг., 2010-2014 гг., 2015-2018 гг.).

Результаты и обсуждение. В 2000-2004 гг. вакцинации против туляремии ежегодно подлежало от 800 до 1730 человек, а ревакцинации – от 350 до 2672 человек, проживающих в энзоотических районах и относящихся к группе риска. Среднемноголетний показатель выполнения плана вакцинации составил 44,2%, ревакцинации – 24,7%. В 2005-2009 гг. объемы запланированной вакцинации колебались от 795 до 1394 доз туляремийной вакцины ежегодно, а ревакцинации – от 750 до 2081 дозы. Исключение составил 2009 г., когда не было запланировано и выполнено ни одной прививки против туляремии. Средний показатель выполнения плана вакцинации в этом периоде составил 44,4% и не отличался от показателя предыдущего периода. Выполнение пла-

на ревакцинации было в 1,4 раза выше – 35,4%.

С 2010 г. уровень охвата иммунизацией против туляремии значительно уменьшились. На вакцинацию планировалось ежегодно лишь 213-485 человек, на ревакцинацию – 302-351 человек. При этом выполнение плана вакцинальных прививок достигало только 16,7-18,8% ежегодно, а ревакцинальных прививок – 11,7-19,9%. В среднем за пять лет (2000-2004 гг.) эти показатели были еще ниже (вакцинировано 9,0% от запланированного количества, ревакцинировано 8,4%). С 2012 г. по 2016 г. в Донецком регионе прививки против туляремии не проводились. Последствием такого подхода явилось возникновение в 2016 -2017 гг. очагов с множественными случаями заболевания туляремией людей в Новоазовском и Ясиноватском районах.

В 2017-2019 гг. в ДНР иммунизация населения энзоотических территорий была возобновлена, вакцинации подлежало 2093 человека, план выполнен на 68,1%. Прививки проводились с использованием штамма *Francisella tularensis* 15 НИИЭГ. Планирование и отбор контингентов, подлежащих вакцинации, специалистами учреждений здравоохранения и санэпидслужбы осуществлялся дифференцировано, с учетом эпидемиологического анамнеза и противопоказаний к вакцинации. В ходе эпидемиологического надзора за поствакцинальными реакциями и осложнениями каких-либо непредвиденных событий после иммунизации туляремийной вакциной не выявлено. Однако, учитывая то, что данную вакцину не вводят лицам, страдающим вторичным иммунодефицитом, остается актуальной разработка вакцин против туляремии нового поколения.

Закключение. Таким образом, применение указанного штамма вакцины в Донецком регионе в течение 70 лет привело к сдерживанию туляремии. Но регистрация случаев заболевания туляремией и положительных результатов исследования источников инфекции (мышевидных грызунов и их останков) в Новоазовском и Ясиноватском районах говорит о непрерывном, устойчивом существовании природных очагов туляремии. В указанных районах необходимо постоянно поддерживать высокий уровень иммунной прослойки вследствие невозможности проведения грызуноистребительных мероприятий в полном объеме ввиду прохождения на их территории линии разграничения.

Блинов И.А.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ И ПРОБЛЕМЫ КОНТРАЦЕПЦИИ У СЕКСУАЛЬНО АКТИВНЫХ ПОДРОСТКОВ

По официальным данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно около 16 миллионов девушек в возрасте 15-19 лет и около 1 миллиона девочек до 15 лет рожают, в основном в странах с низким и средним уровнем дохода. Статистика показала, что за последнее десятилетие, страны СНГ стали первыми в списке по числу производимых аборт. Это свидетельствует об отсутствии получения достаточной информации о современных методах и проблемах контрацепции. Важность данной темы обусловлена тем, что она является актуальной и на сегодняшний день, т.к. контрацепция является одним из основных способов профилактики абортов, снижения гинекологической заболеваемости и акушерской патологии, планирования семьи, регулирования роста населения.

Цель работы:

Рассмотреть и изучить уровень информированности сексуально активных подростков о предупреждении нежелательной беременности.

Материал и методы:

В данной работе мы провели теоретический анализ литературы и анкетирование среди учащихся для выявления уровня информированности о современных методах контрацепции.

Результаты и обсуждения:

Полученные данные анонимного опроса сви-

детельствуют, о недостаточном количестве информации, которой владеют подростки, по проблемам планирования семьи и контрацепции с целью профилактики последующей непланируемой беременности и повторных абортов. Принимая во внимание, что альтернативой аборту может быть только контрацепция, нами были изучены объем знаний женщин в отношении различных методов предупреждения нежелательной беременности, источники этих знаний, психологические аспекты применения контрацепции и др.

Заключение:

Одним из важнейших направлений деятельности по профилактике нежелательной беременности должна стать работа с подростками по индивидуальному подбору контрацепции с учетом не только состояния здоровья, но социального, экономического статуса. Контрацепция приводит к снижению частоты абортов, а при последующем наступлении беременности – уменьшению частоты невынашивания и других акушерских осложнений. Использование контрацепции позволяет выбрать оптимальный промежуток между рождением детей. Должны существовать программы планирования семьи.

Блудова Н.Г., Благинина И.И., Благодаренко А.Б., Князева А.К.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПУРОЛАЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИЗИСА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Актуальность. В настоящее время место тромболитической терапии (ТЛТ) четко определено в алгоритме лечения острого коронарного синдрома (ОКС) со стойкой элевацией сегмента ST. ТЛТ позволяет снизить смертность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) и увеличить терапевтическое «окно» для проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ). С 2017года в учреждениях ЛНР применяется российский тромболитик пууролаза.

Цель. Исследовать клиническую эффектив-

ность и безопасность тромболитического препарата Пууролаза.

Материалы и методы. Проанализированы и изучены истории болезней 37 пациентов с ОИМ, которым проводилась реперфузионная терапия пууролазой. Среди них мужчин – 24 (67%), женщин – 13 (33%), средний возраст 61±5 лет. Пууролаза назначалась больным в первые 6 часов от начала развития симптомов по стандартной схеме (болус + инфузия). Пациентам проведено физикальное обследование, регистрация ЭКГ

исходной, на 90 и 180 минуте ТЛТ. Статистический анализ проводился с применением модуля «STATISTIP A».

Результаты исследования. При оценке клиники сохранения болевого синдрома при ТЛТ пуролазой наблюдалось у 8 человек (21%). При сравнении результатов проведения ТЛТ была выявлена достоверная зависимость эффективности тромболизиса от длительности болевого синдрома. Так, достоверно чаще снижение сегмента ST более 50% на 90 минуте от начала тромболизиса выявлялось у пациентов с длительностью боли от 60 мин до 120 мин. ($p < 0,05$) У больных с длительностью боли в диапазоне от 150 до 210 мин. значительно чаще отмечалась динамика сегмента ST более 50% на 180 минуте от начала тромболизиса. ($p < 0,05$) Если время боли превышало 280 минут, тромболизис был неэффективен по данным ЭКГ.

При анализе результатов тромболизиса пуролазой в процентном отношении эффективность ТЛТ выглядела следующим образом: эффективность по ЭКГ на 90 минуте – у 21 (58%) боль-

ных, на 180 минуте – у 8 (21%) соответственно. У 8 (21%) больных после лечения пуролазой не отмечалась положительная динамика на ЭКГ.

При оценке безопасности ТЛТ препаратов выявлены следующие побочные эффекты и осложнения: гематомы в месте пункции в 4 (11%) случаях, десневые кровотечения – у 3 (8%) больных, маточные кровотечения – у 1 (3%) пациентки, желудочно-кишечное кровотечение средней тяжести выявлено также у 1 (3%). Других побочных эффектов и аллергических реакций не отмечалось.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности и безопасности пуролазы при проведении ТЛТ, которые в целом сопоставимы при сравнении с другими современными тромболитиками. Форма выпуска и возможность применения разных схем введения препарата дают возможность широкого применения как на догоспитальном, так и госпитальном этапе, что обеспечивает раннюю реперфузию миокарда.

Бобоев М.М., Ботирова М.К., Мамадалиев Ш.И., Халмирзаева С.С.

Андижанский государственный медицинский институт

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Актуальность: Детский церебральный паралич (ДЦП) – нозологическая форма под шифром Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) G 80, по частоте доходит до 0,8%. Детский церебральный паралич (ДЦП), является одной из ведущих проблем в детской ортопедии, так как характеризуется разнообразием клинических форм, диагностики и сложностью лечения. По мнению экспертов ВОЗ в среднем 10% всего населения земного шара составляют инвалиды, из которых 150 млн. – дети. В развитых странах его частота составляет 2,5-5,9 на 1000 родившихся. Рост заболеваемости за последние годы связан не только с улучшением диагностики, но и с увеличением реанимированных детей, родившихся в асфиксии и получивших травму в родах.

Цель: анализ исходов лечения больных со спастической формой ДЦП нижних конечностей на основании результатов комплексного обследования и оптимизации хирургической тактики.

Материалы и методы: Объектом исследований были 44 больных со спастической формой ДЦП, получивших лечение в отделении трав-

матологии и ортопедии клиник ТашПМИ за последние 2 года. Из всех поступивших детей, поступали мальчики (61%), обращение из сельской населенности составило 37 (84%). Наиболее частый возраст при обращении с ДЦП был от 3 до 9 лет (61%). Среди контрактур нижних конечностей контрактуры в тазобедренном суставе составили 6 (13%) случаев, коленном 2 (5%), в голеностопном суставе – 15 (34%) и сочетание всех суставов нижних конечностей (48%). Поражение обеих конечностей регистрировались чаще (84%), чем односторонние. У всех госпитализированных больных были проведены клинические, биомеханические и рентгенологические методы исследования.

Результаты: При лечении была обнаружена спастичность сгибателей мышц в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах. У 3 больных с выраженными спастическими контрактурами были отмечены вальгусные деформации проксимального отдела бедра с антиверсией, в связи с этими у больных отмечалось нарушение походки. До настоящего времени больных со

спастическими формами ДЦП нижних конечностей оперировали поэтапно, в зависимости от вовлеченного в процесс сустава. Однако, для достижения ожидаемых результатов больным проводили и требовалось длительное повторные операции и многократное восстановительное лечение. Предложенная одномоментная многоуровневая оперативная коррекция контрактур нижних конечностей позволило сократить число операции и уменьшить время реабилитации. После операций больные находились в течение

месяца в гипсовой повязке, которую в последующем заменяли на ортопедические шины. Срок пребывания в ортопедических шинах составляет в среднем 6 месяцев и зависит от тяжести патологии.

Вывод: Применение одноэтапной многоуровневой хирургической коррекции в детской ортопедии позволяет проводить оптимальную хирургическую коррекцию, уменьшать сроки лечения и реабилитации.

Бобоев М.М., Мадумарова М.М., Мамадалиев Ш.И.

Андижанский государственный медицинский институт

ЗНАЧЕНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Роль алкогольдегидрогеназы в механизмах влечения к алкоголю представлялась в конце 80-х годов прошлого века достаточно очевидной. Повышенная активность алкогольдегидрогеназы, характерна для популяций людей, у которых быстро возникает аверсивный синдром (отвращение к алкоголю), ограничивающий первичное потребление спиртных напитков. Установлен факт появления аутоантител к алкогольдегидрогеназе у людей с хронической алкогольной интоксикацией, что служит основой для снижения её в организме за счет аутоагрессии и способствует увеличению влечения к алкоголю у больных алкоголизмом. Кроме того, наличие антител к алкогольдегидрогеназе при длительной алкоголизации не происходит изолированно, а способствует вовлечению в аутоиммунный процесс других органов и систем, а так же снижению общего иммунного статуса, что способствует так же увеличению влечения к алкоголю. В связи с этим появилась необходимость использования дополнительных новых иммунологических методов в комплексной диагностике хронической алкогольной интоксикации.

Целью исследования было изучить иммунологические факторы у больных алкоголизмом.

Материал и методы. Нами у 6 больных с хронической алкогольной интоксикацией проведено исследование общего иммунного статуса, а так же антител к нативной и денатурированной ДНК.

Результаты. Полученные данные показали снижение иммунного статуса у всех 6 больных, проявлявшегося Т-лимфоцитопенией, В-лимфоцитопенией, уменьшением количества CD4, CD8, уменьшением коэффициента CD4/CD8 и увеличении CD16, CD25, показывающих на наличие аутоиммунного состояния. У 3 больных было выявлено увеличение антител к нативной ДНК и у 1 больного к денатурированной ДНК.

Все эти данные показывают, что у исследуемых больных с хроническим алкоголизмом происходят, как аутоиммунные изменения, так и нарушение иммунного статуса.

Вывод. Все это обосновывает перспективу использования в определенный период болезни как иммунокорректирующих методов с целью снижения аутоиммунного процесса, а так же иммуномодуляторов, повышающих иммунный статус организма, что будет способствовать снижению влечения к алкоголю у больных алкоголизмом.

Бобоев М.М., Юсупов К.М., Салиева М.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

ПРОФИЛАКТИКА ВБИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Актуальность. В значительной мере качество стационарной помощи зависит от медицинских кадров, уровня профессиональной компетентности, мотивации деятельности, удовлетворен-

ности своим трудом, трудового настроя в коллективе.

Цель исследования. Нами использованы социально-гигиенические методы исследова-

ния, которые позволяют получить адекватную качественную оценку деятельности врачебного персонала по профилактике ВБИ.

Материал и методы исследования. Врачам было предложено ответить на вопросы, касающиеся их условий труда, отношения к специальности, профессиональной компетентности по профилактике ВБИ. Анкета содержала 60 вопросов. Проанализированы данные опроса 88 врачей.

Результаты исследования. Характеристика мер профилактики ВБИ показала, что в 18,6% – компетентность, в 15,7% – СИЗ, в 45,2% занимают несколько мер вместе. Согласно наших данных основная масса медперсонала (88,3%) проводит от 1 и более мед. манипуляций и лишь 11,7% – не проводит ($P < 0,05$). Анализ выявил, что 65,7% медперсонала постоянно или частично сталкиваются с дефицитом материально-технических средств, 27,5% – не сталкиваются и 6,8% – затруднились ответить. Большинство среднего медперсонала (86,3%) удовлетворены существующей системой контроля качества в отношении профилактики ВБИ и лишь 13,7% – не удовлетворены ($P < 0,01$). Анализ мероприятий при медицинской аварии для профилактики инфекций передающихся через кровь (ВИЧ, СПИД, ВГВ, ВГС) показал: 51,0% – надо использовать периферические катетеры и катетер в центральную вену, 44,1% – имея многолетний опыт, выполняет процедуры так, чтобы не допустить мед аварии, 0,9% – использовать многие методы. Отсюда видно, основная масса респондентов (96%) знает эти мероприятия ($P < 0,01$). Для эффективной антиинфекционной защиты медперсонала необходим комплекс мер (33,3%), постоянные усилия по улучшению ка-

чества (25,5%), улучшение методов инфекционного контроля (16,7%). Случаи нагноения после лечения медперсонал связывает в 48,0% с недостаточной стерилизацией операционного материала и инструментария, в 18,6% – проведением антибактериального лечения, в 30,4% – несколько факторов вместе, в 3,0% – неполная обработка операционного поля со стороны хирурга.

60,8% респондентов считает, что на заражение ВБИ влияет комплекс факторов: в 17,6% случаев – неадекватная техника проведения инвазивных манипуляций: лечебных и диагностических процедур, в 14,7% – неадекватная асептика, стерилизация, недостаточная дезинфекция, в 2,9% – пациенты, в 2,2% – недостаточная обработка рук и профессиональное здоровье – в 2,0% случаев. 48,0% респондентов имели полное представление о резистентности к антимикробным и антисептическим препаратам основных возбудителей ВБИ, у 45,1% – нет полного представления и 6,9% - его не имеют.

Согласно данных опроса, для профилактики ВБИ в 93,1% случаев проводят профпрививки, иммунизацию и в 6,9% – проводят не всегда, разница существенна ($P < 0,01$).

Выводы. По мнению врачей, на качество профилактики ВБИ влияет следующее: недостаточная оснащённость медоборудованием, внедрение новых методов диагностики и лечения (23,5%), недостаточное использование новых диагностических и лечебных методов (23,5%), несколько вместе (21,6%), большой объём работы (15,7%), недостаточный контроль за работой медперсонала со стороны ст.медсестры (6,9%), отсутствие материального стимулирования (2,0%) и нерациональная организация труда (1,0%).

Бобровицкая А.И., Захарова Л.А., Лепихова Л.П., Киселева А.Ю.

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

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ У ДЕТЕЙ

При хронических вирусных гепатитах (ХГ) основным механизмом поражения печени является взаимодействие иммунокомпетентных систем с вирусосодержащими гепатоцитами. Отличительной особенностью этого взаимодействия является неадекватность иммунного ответа, в результате которого процесс распознавания антигенов на поверхности гепатоцитов и их элиминация затрудняется или становится невозможным.

Цель работы: оценка эффективности противовирусной терапии при хронических вирусных гепатитах у детей по показателям расширенной гемограммы.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 30 детей с хроническими вирусными гепатитами в возрасте от 1 года до 18 лет включительно. Среди наблюдаемых детей хронический вирусный гепатит В (ХГВ) отмечался у 19 детей (63,3%), хронический вирусный гепатит С

(ХГС) – 11 (36,7%). Все дети имели основные клинические проявления в виде: диспепсического синдрома (86,6%), субиктеричности склер и кожных покровов (46,6%); гепатоспленомегалии (36,6%).

Активность воспалительного процесса в печени оценивалась по данным лабораторного исследования крови: повышение общего билирубина в пределах $48,5 \pm 11,8$ ммоль/л, прямого – $8,7 \pm 2,2$; увеличение АлАТ в 5 раз (18,9%), АсАТ – в 1,5 (9,3%); выявление НВsAg (31,6%), НВеAg (5,8%), специфических IgM (23,2%) и IgG (84,6%), ДНК и РНК в реакции ПЦР.

УЗИ органов брюшной полости позволило выявить у 31,6% детей деформацию желчного пузыря, что способствовало развитию синдрома холестаза.

Всем детям помимо базисной проводилась специфическая противовирусная терапия: липоферон – 4 (13,3%) детям в возрасте старше 3-х лет в виде суспензии, лаферобион – 5 (16,6%) внутримышечно и амиксин С – детям старше 7 лет (70,1%) по схеме в дозе 0,06 г, а также урсофальк, эссенциале.

Результаты: На фоне проводимой терапии

клинико – лабораторная ремиссия наблюдалась у всех детей. Неблагоприятные исходы болезни отсутствовали. Показатели общего реактивного потенциала организма значительно снизились: клеточно – фагоцитарный показатель (КФП) на 28,7% – от $762 \pm 12,5$ до $544,2 \pm 11,6$ у.ед. (N=471,9 \pm 12,0); иммуно – лимфоцитарный потенциал (ИЛП) на 65,7% – от $546,2 \pm 10,3$ до $187,4 \pm 15,3$ у. ед. (N=681 \pm 17,8) при сохраняющейся аллергической настроенности организма: $394,5 \pm 10,7$ против $374,9 \pm 14,6$ (N= 337 \pm 14,9).

Использование противовирусной терапии позволило снизить вирусную нагрузку ($3,2 \times 10^3 \pm 2,3$ против $1,5 \times 10^2 \pm 1,7$) вплоть до полного исчезновения персистенции вируса в крови у 2 (6,6%) детей. Противовирусные препараты оказывают как прямое противовирусное действие, так и, вероятно, тормозят развитие фиброза печеночной ткани.

Таким образом, комплексная терапия при хронических вирусных гепатитах с использованием противовирусных препаратов способствовала нормализации клинико – лабораторных показателей у детей.

Бобровицкая А.И., Золото Е.В., Воробьева В.Г., Захарова Л.А.

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

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Вульвовагиниты – воспалительные процессы влагалища и наружных половых органов – представляют собою наиболее распространенную форму гинекологической патологии (более 60%) у девочек раннего возраста. Это вероятно обусловлено, прежде всего, анатомо – физиологическими особенностями половых органов, несовершенством процессов иммунитета, реакцией влагалищного отделяемого (с 1 месяца жизни рН щелочная) и следствием различных внешних (применение памперсов) и внутренних факторов – наличие воспаления грибкового (микотического) или в ассоциации с вирусной (аденовирусы, энтеровирусы) и бактериальной природой.

Цель работы: особенности диагностики и оптимизация терапии вульвовагинитов на основе оценки клинико-лабораторных показателей у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 25 детей раннего возраста с острой кишечной инфекцией: острая кишечная коли-инфекция, вызванная O111, O25 (6); стафило-

кокковый энтероколит- 9 (St.aureus $\geq 10^6$); вирусная диарея при аденовирусной инфекции (7); кишечная форма энтеровирусной инфекции (3), имеющих вульвовагинит. Для подтверждения диагноза использовались бактериологическое исследование гинекологического мазка. При гигиеническом уходе применялись памперсы у всех детей.

Результаты и обсуждения. Клиническое течение данных неспецифических вульвовагинитов характеризовалось постепенным развитием и склонностью к затяжному течению (4 – 6 недель) и развитию осложнений в виде септического процесса. Основными симптомами проявлением вульвовагинитов являлось: общее беспокойство, зуд вульвы, четко отграниченное покраснение и отек наружных половых органов, особенно соприкасающихся поверхностей больших половых губ и преддверия, промежности, внутренней поверхности бедер и даже подчревной области (12,0%). Кроме того, непременный признак воспаления гениталий – водянистые

желтые или серозно – гнойные бели, принимающие исключительно редко гнойный характер (8,0%) с неприятным запахом, особенно у детей с острой кишечной коли-инфекцией и примесью крови при энтероколитах стафилококковой природы (16,0%). Как результат антибиотикотерапии основного заболевания вульвовагинит у 76,0% детей, был обусловлен наличием дрожжевых грибов, особенно у детей с поражением желудочно – кишечного тракта.

Всем детям осуществлялось лечение в условиях поликлиники педиатром и детским гинекологом. Для ликвидации воспалительного процесса влагалища и наружных половых органов у детей соблюдались гигиенические требования, которые в общих чертах сводились к поддержанию чистоты тела, промежности, наружных половых частей, а также частой смене предварительно проглаженного белья. Более тяжелые проявления воспаления и частые рецидивы требовали, помимо соблюдения личной гигиены, во-первых, лечения основного заболевания (инфекционного); ликвидации других факторов общего характера; повышения защитных сил организма (витаминизация, противоаллергические

препараты, стимулирующая терапия), а также проведение местных противовоспалительных процедур. Местным процедурам, несмотря на непродолжительность курса, отводилась большая роль. Антибиотикотерапия применялась когда воспаление влагалища, наружных половых органов и промежности обусловлена кишечными палочками и стафилококком. Антибиотикотерапии предшествовала идентификация микрофлоры с учетом ее чувствительности к антибиотикам. Вульву ежедневно обмывали или орошали 2% раствором гидрокарбоната натрия, а затем применяли специфические медикаментозные средства: нистатиновую и клотримазоловую мазь. Эффективность терапии повышалась при сочетанном применении противогрибковых средств местно и внутрь – использование высокоэффективные препараты, как нистатин, флуконазол. При вирусных вульвитах использовались иммуноглобулин и иммуностимулирующая терапия.

Таким образом, своевременная диагностика и адекватность проводимой комплексной терапии позволяет предупредить развития осложнения и генерализацию воспалительного процесса при вульвовагинитах у детей.

Боечко Д.С., Боечко С.К., Талалаенко И.А., Чубарь В.А., Боечко Н.Д., Барков К.А.

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

НОВАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ ОДОНТОГЕННЫМ СИСУСИТОМ

Совместные действия отоларинголога и челюстно-лицевого хирурга и внедрение эндоскопической хирургической техники позволяют у больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом одномоментно производить санацию пораженной верхнечелюстной пазухи, причинного зуба (зубов) и коррекцию внутриносевых структур.

Цель работы: внедрение в практику новой лечебно-диагностической тактики у пациентов с неосложненными формами одонтогенного верхнечелюстного синусита.

Материал и методы. Нами в Донецком ринолорингологическом центре в 2011-2019гг. Наблюдалось 346 больных с неосложненными формами одонтогенного синусита в возрасте от 24 до 69 лет. Мужчин было 166 (47,8%), женщин – 180 (52,2%). Диагноз устанавливали после анализа жалоб и анамнеза, осмотра ЛОР-органов, эндоскопии, конусно-лучевой компьютерной томографии, общеклинического обследования и консультации челюстно-лицевого хирурга.

Лечение пациентов включало несколько этапов:

1) в начале проводилась консервативная терапия, направленная на купирование воспалительного процесса в пораженной пазухе, восстановление дренажа и аэрации синуса.

2) на втором этапе при необходимости выполняли коррекцию внутриносевых структур. Затем всем пациентам проводили переднюю этмоидотомию и остеопластику (расширение соустья). Данный этап выполнялся под интубационным наркозом.

3) третий этап включал в себя оперативные вмешательства в полости рта. Операции начинали с экстракции «причинного» зуба (зубов), если он не был удален ранее. В случае образования ороантральной фистулы санацию пазухи проводили через сформировавшееся соустье (Д.С. Боечко и соавт., патент на полезную модель № 60802 от 25.06 2011). При необходимости (в случае отсутствия ороантрального сообщения) с помощью синус-троакара выполняли микрогайморотомию. При сформировавшейся

ороантральной фистуле операцию оканчивали пластикой дефекта в области лунки удаленного зуба слизисто-надкостничным лоскутом с использованием мембраны из тромбоцитарного геля (Н.А. Гладкова и соавт., патент на полезную модель № 47506 от 10.02. 2010 г.).

Результат и обсуждение. Результаты хирургического лечения больных по всем критериям были удовлетворительными. Так, к концу 6-7 суток после операции у пациентов затруднение носового дыхания, нарушения обоняния и головные боли обычно уже не отмечались. Лунка зуба после его экстракции заживала первичным натяжением без дефекта кости альвеолярной дуги, что особо важно при необходимости дальнейшего протезирования либо дентальной имплантации.

Выводы: 1. Оперативное лечение больных одонтогенным верхнечелюстным синуситом должно проводиться при одновременном совместном участии оториноларинголога и челюстно-лицевого хирурга.

2. Использование эндоскопических методов позволяет одномоментно выполнить санацию пазухи и коррекцию внутриносковых структур, что значительно сокращает сроки пребывания больных в стационаре и существенно снижает уровень осложнений;

3. Предложенная тактика лечебно-диагностических мероприятий имеет принципиальное значение и может быть рекомендована к внедрению в специализированных клиниках оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии.

Боенко Д.С., Боенко С.К., Талалаенко И.А., Чубарь В.А., Боенко Н.Д., Михеева Н.Л.

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

ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА

В большинстве ЛОР-клиник ДНР эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия является в настоящий момент довольно распространенной операцией, проводимой у пациентов с хроническим дакриоциститом (Г.З.Пискунов и соавт., 1998; З.Т.Климов и соавт., 2000; С.К.Боенко и соавт., 2003, Д.С. Боенко и соавт., 2016, Д.С. Боенко и соавт., 2017). Для дальнейшего повышения эффективности хирургического лечения таких больных необходима слаженная работа нескольких специалистов: офтальмолога, оториноларинголога, врача лучевой диагностики. Большое значение в успехе оперативного лечения так же имеет правильная оценка взаимоотношений внутриносковых структур и слёзоотводящих путей.

Цель работы: повышение эффективности хирургического лечения больных хроническим гнойным дакриоциститом.

Материал и методы. В клиниках кафедры оториноларингологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО с 2002 по 2019 г. по поводу хронического гнойного дакриоцистита прооперировано 111 больных. Мужчин было 30 (27,1%), женщин – 81 (72,9%). Возраст больных колебался от 14 лет до 71года.

В предоперационном периоде все пациенты были консультированы офтальмологом. У 34 (30,6%) пациентов выполнили контрастную дакриоцистографию, а у 23 (20,7%) – спиральную КТ слёзного мешка (причём у 13 из них – с кон-

трастированием). У 54 (48,7%) пациентов была выполнена КЛКТ с контрастированием слёзоотводящих путей. Такой метод мы используем для предоперационного обследования больных с 2011 года, при этом контраст вводим через нижнюю слёзную точку непосредственно перед исследованием. Данные КЛКТ оценивали совместно с врачом лучевой диагностики.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов была выявлена непроходимость вертикального отдела слёзоотводящих путей, что подтверждало диагноз хронического гнойного дакриоцистита. Этими больным в дальнейшем выполнена эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия. В сравнении с такими методами исследования слёзоотводящих путей как контрастная дакриоцистография, СКТ/МСКТ, применение КЛКТ с контрастированием, на наш взгляд, имеет ряд неоспоримых преимуществ как для пациента, так и для врача, а именно сокращение времени исследования, уменьшение лучевой нагрузки при высокой диагностической точности метода.

Таким образом, в каждом случае мы получали детальную информацию о слёзоотводящих путях и внутриносковых структурах (передние отделы средней носовой раковины, крючковидный отросток). Это позволяло определить причины и уровень окклюзии слёзоотводящих путей, а так же состояние внутриносковых структур и их топографо-анатомические взаимоотношения со

слёзным мешком. Интра- и после операционных осложнений мы не наблюдали. В периоде динамического наблюдения у всех больных отмечено клиническое выздоровление.

Выводы: совместная работа офтальмолога, оториноларинголога и врача лучевой диагности-

ки в сочетании с проведением пациенту в предоперационном периоде конусно-лучевой компьютерной томографии слезоотводящих путей позволяет повысить эффективность хирургического лечения хронического гнойного дакриоцистита.

Боечко Д.С., Талалаенко И.А., Чубарь В.А., Боечко Н.Д., Пушкарук А.М.

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

СВЕРХКОМПЛЕКТНЫЕ РЕТЕНИРОВАННЫЕ ЗУБЫ ДНА ПОЛОСТИ НОСА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗМЕНЕНИЯМИ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР

В литературе имеются скудные сообщения о сверхкомплектных ретенированных зубах в оториноларингологической практике. Они могут являться причиной одонтогенного гайморита, а иногда сочетаются с другой патологией носа.

Цель работы: повышение эффективности диагностики и хирургического лечения больных с редкой патологией – ретенированными зубами дна полости носа.

Материал и методы. За последние 20 лет в Донецком дорожном ринологическом центре наблюдалось трое больных с ретенированными зубами дна полости носа, исходящими из максиллярного гребня. Возраст пациентов составлял от 13 до 37 лет. Все больные длительно лечились у отоларинголога по месту жительства по поводу рецидивирующих синуситов, неоднократно выполнялись рентгенографии ОНП, проводились курсы антибактериальной и гипосенсибилизирующей терапии, пункции гайморовых пазух, промывание ОНП методом перемещения по Проэтцу с незначительным и непродолжительным эффектом. В Донецком ринологическом центре им проведена эндориноскопия, в 2-х случаях выполнена конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) ОНП с захватом верхней челюсти. Двое пациентов оперированы под эндотрахеальным наркозом: произведена коррекция внутриносочных структур. Выделялся костно-хрящевой скелет носовой перегородки, производилась широкая его экспозиция, включая нижние и задние отделы. Выполнялась нижняя и задняя хондротомия, удалялись костно-хрящевые конгломераты, состоящие из искривлённых участков четырехугольного хряща, перпендикулярной пластинки решётчатой кости и сошника. Между листками слизистой оболочки реимплантировались модифицированные фрагменты хряща, укладывался тромбоцитарный гель, листки мукоперихондрия сопоставлялись. В преддверии носа накладывались 2 кетгуттовых шва, делась послабляющие разрезы в области

дна полости носа. После этого под контролем риноскопа конхокорректором выполнялась коррекция нижних и в 1 случае – средних носовых раковин. Операции завершались двухсторонней рыхлой передней тампонадой полости носа поролоновыми тампонами с дыхательными проводниками и марлевой «пращи» на наружный нос.

Результаты и обсуждение. Двое больных были оперированы в раннем детстве по поводу врождённых дефектов развития верхней челюсти. При эндориноскопии у всех пациентов определялась застойная гиперемия слизистой оболочки, искривление носовой перегородки, по дну полости носа на всём протяжении – массивные гребни, в одном случае – шарообразное выпячивание максиллярного гребня в среднем отделе, покрытое слизистой оболочкой. На КЛКТ ОНП с захватом верхней челюсти на дне полости носа выявлены рентгенконтрастные образования высокой интенсивности с чёткими контурами размером до 11 мм, интегрированные в максиллярный гребень, которые расценены как сверхкомплектные ретенированные зубы. Кроме того, определялись множественные сочетанные двухсторонние внутриносочные аномалии. В ходе оперативных вмешательств диагноз подтверждён, обнаружены ретенированные зубы, исходящий в одном случае из передних, в другом – из средних отделов максиллярного гребня. Зубы мобилизованы и удалены при помощи костной ложечки и металлического аспиратора, кровотечения при этом не отмечалось. Операционная кровопотеря составила 30-50 мл. Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Носовые тампоны удалены на первые сутки после операции, после чего у пациентов сразу же восстановилось носовое дыхание. «Носовой» комфорт полностью восстановлен. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии на 5-е сутки после операции.

Выводы: 1. Сверхкомплектные ретенированные зубы являются редкой патологией и могут

приводить к развитию синдрома носовой обструкции. 2. Применение современных медицинских технологий – конусно-лучевой компьютерной томографии и эндоскопических методов

оперативного лечения – позволяет улучшить диагностику и результаты лечения этой группы пациентов.

Бойченко А.А.

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

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ДЕВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Актуальность. В рамках современных эмпирических моделей развития шизофрении принято выделять разнообразные хронические изменения личности, причиной которых может являться факт переживания последствий тяжелой психической болезни, психиатрического диагноза, госпитализации в психиатрический стационар, реакции и предубеждений социального окружения, являющихся отражением фактического формирования у них синдрома виктимизации, в процессе которого у больных шизофренией наблюдается изменение специфических личностных показателей. Актуализация личностных ресурсов больных шизофренией положена в основу программы девиктимизации в виде индивидуальной и групповой психокоррекционной и психотерапевтической работы.

Цель. Изучение динамики личностных показателей у виктимизированных пациентов с параноидной шизофренией, принимавших участие в программе девиктимизации.

Материалы и методы. Было обследовано 40 пациентов в возрасте от 19 до 63 лет, с установленным диагнозом «параноидная шизофрения». Исследуемые были разделены на две группы: основная группа – больные, участвовавшие в программе девиктимизации на фоне стандартного лечения (25 чел. – 62,5%), контрольная группа – больные, получавшие стандартную медикаментозную терапию (15 чел. – 37,5%). Для оценки степени виктимизации использовался авторский опросник. Исследование личностных факторов виктимизации больных шизофренией проводилось с помощью теста смысло-жизненных ориентаций Д.А. Леонтьева, шкалы экзистенции А. Лэнгле и К. Орглера, методик «Шкала общей самооффективности», «Уровень субъективного контроля», «Шкала субъективного благополу-

чия», «Индикатор копинг-стратегий», Д. Амирхана, «Диагностика мотивации достижения», А. Мехрабиан. Данные подвергались статистической обработке в пакете «MedStat».

Результаты. В ходе сравнительного анализа результатов методик в выделенных группах были выявлены достоверные различия по следующим показателям: виктимизация, самооффективность, локус контроля-Я, самоотрансценденция, самодистанцирование, свобода, ответственность, персональность, экзистенциальность, экзистенциальная исполненность, поиск социальной поддержки (U-критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$).

Выводы. Представленные данные указывают на то, что участие в программе девиктимизации способствовало тому, что больные параноидной шизофренией стали меньше приписывать свои успехи и малейшие достижения внешним обстоятельствам, стали в меньшей степени избегать тех социальных ситуаций, с которыми, по их мнению, им было не под силу справиться, стали больше верить в успех собственных действий. У них появилась мотивация к осуществлению активных действий, ощущение, что их жизнь не лишена осмысленности, направленности и временной перспективы. Они стали больше верить в свои силы и в свободу выбора, ощущение возможности построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о смысле. Помимо этого, отмечено снижение ощущения зависимости от ближайшего социального окружения. Таким образом, разработанная программа девиктимизации может являться эффективным методом активизации личностных ресурсов, способствующим уменьшению интенсивности виктимизационных проявлений и улучшению психосоциальной адаптации больных.

Болотов А.А.

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

РАССМОТРЕНИЕ СЛУЧАЕВ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТНОСТИ НА ШАХТАХ ДОНБАССА С ПОЗИЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ КЛИМАТОЛОГИИ

Анализировать производственную среду угольных шахт, с использованием принципов только медицинской климатологии недостаточно. Медицинская классификация погоды по Г.П. Федорову не учитывает ряд важнейших факторов, влияющих на состояние здоровья и работоспособность горнорабочих, таких как скорость движения воздуха, возможность возрастания температуры воздуха в холодный период года, технологически значимых производственных факторов (пыль, шум, вибрация), геомагнитные колебания, индивидуальные особенности и характер выполняемого труда, а также действие вредных и опасных производственных факторов в различных сочетаниях и комбинациях. Среди всех случаев внезапной смерти у трудящихся угольных шахт Донбасса на период с 2015 года 96,2% составляют подземные горнорабочие мужского пола, 50% – рабочие основных профессиональных групп (ГРОЗ, забойщики, машинисты подземных установок, проходчики) и 50% – рабочие вспомогательных групп (слесари, электрики, начальники смены и т.д.).

Анализируя погодные условия с использованием классификации погоды по Г.П.Федорову и случаи внезапной смерти на угольных шахтах Донбасса можно сделать следующие выводы: при оптимальном типе погоды на угольных шахтах произошло 3,9% случаев, при раздражающем типе погоды произошло 7,7% случаев, а при остром типе погоды 88,4% случаев внезапной смерти на производстве.

Перепады барометрического давления по отношению к шахтной поверхности определяли расчетным путем с использованием барометрического градиента, равного 12 Па/м (или 9 мм рт.ст. /100м). На горизонтах глубиной 1000-1200 м абсолютный перепад давления составил 12-14,4 кПа (или 110 мм рт.ст.). Следовательно, помимо перепадов давления на поверхности земли, которое влияет на состояние здоровья горнорабочих на них также оказывает воздействие барометрическое давления. Этому явлению подвержены горнорабочие при спуске и подъеме из

шахты, во время движения по горным выработкам, а также при переходе вентиляционных дверей. В сочетании эти перепады достигали до 129 мм.рт.ст.

В ходе исследования выявлена зависимость смертности от номера и времени рабочей смены, в смену №1 61,5% случаев внезапных смертей, в смену №2 23,0%, в смены №3 и №4 по 7,7% случаев соответственно. В начале смены произошло 24% случаев внезапной смерти, в середине смены 60% случаев, а в конце смены 16% случаев.

Кроме того, немаловажную роль играет возрастная показатель. В возрасте от 18-до 29 лет нет смертельных случаев, в возрасте от 30 до 39 лет – 11,5% случаев, от 40 до 49 лет – 34,6% случаев, от 50 до 59 лет – 30,7% случаев, в возрасте 60 и более лет – 23% случаев.

Из анамнеза известно, что в 11,5% случаев внезапных смертей у горнорабочих были заболевания сердечно-сосудистой системы, однако, во врачебном свидетельстве о смерти патологическим процессом, который привел к летальному исходу, указаны хронические заболевания сердечно-сосудистой системы в 53,8% случаях. Ишемическая болезнь сердца стала причиной смерти в 61,5% случаев, а другая сердечно-сосудистая патология – в 38,5% случаев.

Также следует учесть, что к отрицательному влиянию воздействия геомагнитных возмущений предрасположены по многочисленным научным данным от 50 до 70% населения всего мира. Причем начало стрессовой реакции у конкретного человека при различном проявлении геомагнитного фактора может смещаться на разное время. У первой группы людей реакция возникает за 1-2 дня до геомагнитного возмущения, у второй в пик магнитной бури, у третьей группы симптомы проявляется только спустя какое-то время (через 1- 2 дня).

Внезапная смерть подземных горнорабочих угольных шахт связана со специфическими особенностями условий труда. Определяющий вклад вносят неблагоприятные климатические факторы (более 88% случаев).

Бондаренко Е.В.

Республиканский центр профпатологии и реабилитации, г. Донецк

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТНИКОВ ПОДЗЕМНОГО КОМПЛЕКСА УГОЛЬНЫХ ШАХТ

Для каждого вида деятельности присущи характерные особенности, которые требуют дифференцированного подхода к подбору профессионально значимых показателей. Требования к профессионально значимым психофизиологическим качествам возрастают по мере усиления экстремальных условий деятельности.

Цель работы

Обеспечение максимального соответствия индивидуальных характеристик, особенностей и возможностей человека тем требованиям, которые предъявляет к нему трудовая деятельность.

Объекты и методы

Для получения репрезентативных данных обследовано по 90 работников трех профессиональных групп. Применялись методы исследования: информационно-аналитические, социологические, функциональные, математико-статистические.

Результаты и обсуждение

Исходя из специфики труда подземных рабочих угольных шахт, было выделено 3 профессиональные группы: горнорабочие проходческих, добычных и вспомогательных участков, машинисты шахтного транспорта и стационарных установок, горные специалисты. Изучена производственная документация, составлены профессиограммы основных профессий каждой

группы.

Для определения профессионально значимых показателей проведено анкетирование работников, экспертная и командирская оценка.

Результаты анкетного опроса показали, что сами работники считают наиболее значимыми для своей деятельности следующие показатели: внимание, скорость переключения внимания, эмоциональная устойчивость, устойчивость к влиянию стресса, способность принимать решения в экстремальных ситуациях, реакция на движущийся объект. Более низкая оценка показателей – утомляемость, слуховая память, ориентация в замкнутом пространстве и совсем низкая – агрессивность и добросовестность.

Существенной разницы между оценкой значимости психофизиологических показателей для трех групп у экспертов и работников нет. Стоит отметить только более высокую оценку показателю добросовестность у экспертов.

Выводы

После статистической обработки результатов исследований установлено, что наименее выраженная зависимость профессиональной успешности у работников подземного комплекса угольных шахт от агрессивности и добросо-

вестности работника.

Борота А.В., Торба А.В., Старцева Л.Н., Бондаренко О.О.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ОДНОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ПЕРФОРАТИВНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Цель работы. Перфорированный дивертикулит с перитонитом является опасным для жизни осложнением, на которое, как сообщается, приходится более половины неотложных операций. Распространенность в развитых странах растет с 2,4 / 100 000 в 1986 году до 3,8 / 100 000 в 2000-х годах.

Осложненный дивертикулит традиционно делят на четыре стадии по классификации Хинчи. Однако, данная классификация применима к пациентам, которым уже была сделана операция. Авторы предлагают воспользоваться модифицированной классификацией Дхамараджана.

Материалы и методы. Из пациентов, проопе-

рированных по поводу осложненных форм дивертикулита, были сформированы 2 контрольные группы: 1 я группа: 14 операций, окончившихся стомой, и 2я группа: 18 вмешательств с первичным анастомозом.

Результаты и обсуждения. 1я группа: гемиколэктомия слева, стома – пациентов 5, средний возраст 54.3 лет, средний срок лечения 18.3 дней, до операционный день 3,6, резекция сигмовидной кишки открытая, стома – пациентов 9, средний возраст 58.2 лет, средний срок лечения 31.2 дней, до операционный койко-день 2,7.

2я группа: гемиколэктомия слева – пациентов 7, средний возраст 60.2 лет, средний срок лечения 22.3 дней, до операционный день 2,1, резекция сигмовидной кишки открытая – пациентов 6, средний возраст 55.3 лет, средний срок лечения 28.3 дней, до операционный койко-день 3,3. Резекция сигмовидной кишки лапароскопическая – пациентов 4, средний возраст 58.7 лет, общий срок лечения 15.3 дня, до операционных 2.3 дней.

Выводы.

Полезность компьютерной томографии (КТ) выходит за рамки точной диагностики дивертикулита; степень тяжести на КТ может управлять

планированием лечения пациентов с острым дивертикулитом.

Классификационная система Дхамараджяна, основанная на результатах (КТ), и на решениях по ведению острого дивертикулита, должна быть принята в повседневной практике.

Однако, группа авторов сошлась во мнении, что подобные вмешательства должны проводиться только в высоко специализированных медицинских заведениях, персоналом, обладающим достаточным опытом и навыками выполнения подобным процедур. Это требование обусловлено высоким риском несостоятельности анастомоза при первичной резекции, который перевешивает риски оперативного вмешательства. Однако это пока не доказано в рандомизированных исследованиях. Кроме того, менее объективные факторы, такие как качество жизни, функциональные результаты и общая удовлетворенность пациентов после оперативного лечения дивертикулярной болезни, остаются в значительной степени неясными. Поэтому вопрос одноэтапного хирургического лечения, вне стен специализированных учреждений, будет оставаться открытым еще длительное время.

Брова Ю.А.

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

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ МИОКАРДА И ЛАБАТОРНЫМИ БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ КАРДИОЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Цель. Исследовать уровень взаимосвязи между параметрами ремоделирования миокарда и уровнем биохимических показателей крови у пациентов с сочетанной патологией: ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) на ранних этапах формирования СД.

Материалы и методы. Проводился ретроспективный анализ 47 историй болезни пациентов с ИБС, ГБ и СД 2 типа (из них 32 женщины и 15 мужчин в возрасте от 41 до 83 лет (средний возраст женщин – $65 \pm 9,3$ лет, мужчин – $66 \pm 11,4$ лет). Критериями исключения были: инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, стенокардия, пароксизмальные нарушения ритма, ревматическая болезнь сердца, миокардит, постмиокардитический кардиосклероз, кардиомиопатии, СД 2 типа с поражением органов-мишеней. Всем больным выполнено стандартное ЭХО-кардиографическое исследование на аппарате

«Vivid 3» (GeneralElectrics), США. Корреляция оценивалась между следующими структурно-функциональными показателями сердца и лабораторными биохимическими показателями крови: диаметр левого предсердия (ЛП), продольный размер ЛП, конечный диастолический и систолический размеры левого желудочка (ЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки (МЖПд), толщина задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖд), МЖПд/ЗСЛЖд, индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), глюкоза крови, гликозилированный гемоглобин (HbA1C), аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), креатинин. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с помощью программ STATISTICA-10.0.228.8 Portable, Microsoft Excel.

Результаты. В результате проведения корреляционного анализа была выявлена положительная корреляция слабой силы между уровнем

глюкозы крови и отношением МЖПд/ЗСЛЖд ($r = 0,13$), отрицательная корреляция умеренной силы между уровнем НбА1Р и конечным диастолическим размером ЛЖ ($r = -0,39$), положительная средняя корреляция между НбА1Р и размером МЖПд, ИММЛЖ, и размером ЗСЛЖ ($r = 0,35$, $r = 0,32$, $r = 0,3$ соответственно), отрицательная слабая корреляция между уровнем НбА1Р и продольным размером ЛП, конечным систолическим размером ЛЖ ($r = -0,1$ и $r = -0,23$ соответственно), слабая положительная корреляция между НбА1Р и МЖПд/ЗСЛЖ ($r = 0,17$). А также положительная корреляция слабой силы между АСТ и диаметром ЛП, толщиной МЖПд, МЖПд/ЗСЛЖд ($r = 0,15$, $r = 0,27$, $r = 0,24$ соответственно), положительная корреляция слабой силы между АЛТ и диаметром ЛП, конечным систолическим размером ЛЖ, МЖПд/ЗСЛЖд ($r = 0,2$, $r = 0,1$, $r = 0,24$ соответственно), корреляция умеренной силы между АЛТ и продольным

размером ЛП и МЖПд ($r = 0,34$, $r = 0,32$ соответственно), положительная корреляция между уровнем креатинина и диаметром ЛП, продольным размером ЛП ($r = 0,12$, $r = 0,28$ соответственно), положительная корреляция умеренной силы между уровнем креатинина и толщиной ЗСЛЖ ($r = 0,35$).

Выводы. В результате исследования выявлены достоверные прямые корреляции между уровнем АЛТ и толщиной МЖПд, уровнем НбА1Р и конечным диастолическим размером ЛЖ, толщиной МЖПд, ЗСЛЖд, ИММЛЖ, уровнем креатинина и толщиной ЗСЛЖд. Обнаруженные корреляции показывают наличие взаимосвязи между процессами миокардиального ремоделирования и состоянием углеводного обмена, а также между процессами ремоделирования миокарда и уровнями печеночных ферментов и креатинина.

Бубликова А.М., Коценко Ю.И., Максименко О.Л., Шевченко В.В.

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

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АТИПИЧНОГО ПАРКИНСОНИЗМА

Атипичный паркинсонизм (АП) – условный термин, применяющийся для обозначения паркинсонического синдрома, отличающегося по своим характеристикам от синдрома, наблюдающегося при болезни Паркинсона (БП). Основными позитивными критериями диагноза БП являются: асимметричные симптомы в дебюте заболевания, наличие типичного тремора покоя, положительная реакция на препараты леводопы, относительно медленная прогрессивность течения. К негативным критериям, подтверждающим диагноз БП, относятся отсутствие пирамидных, мозжечковых знаков, грубого псевдобульбарного синдрома, раннего развития постуральной неустойчивости, тяжелой вегетативной недостаточности, надъядерной офтальмоплегии. Соответственно, атипичным паркинсонизмом называют акинетико-ригидный синдром, при котором препараты леводопы не оказывают стойкого эффекта, отсутствует тремор покоя, отмечается двустороннее симметричное начало, быстрое прогрессирование, раннее развитие постуральных нарушений, а также наличие других неврологических симптомов (окулоригидные кризы, миоклонии, очаговые корковые нарушения, аксиальная дистония).

Основной причиной АП являются нейродегенеративные заболевания, которые относят к «паркинсонизму-плюс»: мультисистемная атро-

фия (МСА), прогрессирующий надъядерный паралич (ПНП), кортикобазальная дегенерация (КБД), болезнь диффузных телец Леви (БДТЛ) и др. Реже причиной АП бывают болезни, вызывающие вторичный паркинсонизм (сосудистый, лекарственный, токсический паркинсонизм, нормотензивная гидроцефалия, опухоли, глиоматоз мозга). Нельзя исключить, что отдельные случаи АП представляют собой вариант БП с нетипичными проявлениями или необычным течением.

На протяжении 5 лет в нашей клинике наблюдались 98 пациентов с АП. В результате обследований клинический диагноз удалось установить более чем у 3/4 больных, у 22 пациентов он остается неясным. В период наблюдений пациентов с АП оценивались следующие признаки: 1) фармакологический тест на применение леводопы; 2) симметричность и распределение паркинсонических симптомов; 3) постуральная неустойчивость и изменение походки; 4) рефлекторные пирамидные знаки; 5) глазодвигательные нарушения; 6) псевдобульбарный синдром; 7) особенности дрожательного гиперкинеза (постурально-кинетический тремор с акционными миоклониями); 8) вегетативные нарушения; 9) особенности течения заболевания; 10) особенности нейропсихологических нарушений; 11) диагностические методы ней-

ровизуализации. Заболевания, проявившиеся синдромом АП, составили от общего количества пациентов следующий процент: деменция с тельцами Леви – 20%; мультисистемная атрофия – 15%; прогрессирующий надъядерный паралич – 12%; сосудистый паркинсонизм – 11%; лекарственный паркинсонизм – 5%; кортикобазальная дегенерация – 3%; токсический паркинсонизм – 3%; гепатолентикулярная дегенерация – 3%; нормотензивная гидроцефалия – 2%; болезнь Фара – 2%; опухоль головного мозга – 2% и нозологический диагноз неясен у 22%.

В заключение следует отметить, что клинические признаки заболеваний, вызывающие синдром АП, вовлекают в патологический процесс одноименные структуры. В то же время особенности пространственно-временных характеристик того или иного патологического процесса, выражающиеся в относительно специфической

конstellляции поражаемых структур или, что еще более важно, в определенной последовательности их вовлечения, предопределяют клиническое своеобразие каждого из заболеваний и создают возможность установления у больных с АП нозологического диагноза. Наш опыт показывает, что в большинстве случаев АП диагноз может быть установлен при учете всего комплекса неврологических, нейропсихологических и нейровизуализационных признаков, в котором находит отражение патофизиологическая логика процесса, специфичная у каждого из рассмотренных заболеваний. Важно подчеркнуть, что клинический диагноз заболевания, вызывающего АП, нередко носит вероятностный характер и может быть пересмотрен при последующем наблюдении в связи с появлением новых признаков.

Бубликова А.М., Коценко Ю.И., Сигитова Е.В., Прокопенко Е.Б.

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

РОЛЬ ПЕДАГОГИКИ В ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ НА ЭТАПЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ

Педагогика в системе последиplomного образования активно интегрирует гуманитарный стиль мышления врача в практику формирования отношений: «врач – пациент»; «врач – социальное окружение пациента»; «врач – медицинский персонал». Опыт системы педагогических отношений, который складывается у врача с указанными категориями лиц, становится значимым наряду с этикой и деонтологией, психологией и философским мировоззрением, формирует врача не только высоко квалифицированным специалистом, но и гуманистически ориентированным в системе отношений «врач – пациент и его ближайшее семейное окружение».

Курс «Педагогика» для врачей в последиplomном обучении преследует основную цель – подготовку клинициста к самостоятельной педагогической деятельности, которая интегрирована в его непосредственную профессиональную деятельность и не мыслится без формирующихся особенностей отношений с субъектами лечебно-педагогической ситуации, куда включены врач и другой медицинский персонал, пациент и его близкие. Предполагается, что формирование педагогических навыков в работе с пациентами включает в себе освоение основных понятий педагогики обучения, психологии общения и взаимодействия в условиях совместного пребывания медицинского работника и пациента.

По завершению курса обучения педагогике врачи обнаруживают готовность к применению слов – понятий, касающихся педагогики лечебного процесса и психологии личности пациента в совокупности с описанием симптомов и клиники заболевания. Врачи – ординаторы, наряду с этим, показывают возможности психологического изучения личности пациента в целях профилактики и удлинения терапевтических ремиссий. Обучающиеся проецировали представления о педагогической деятельности в систему междисциплинарных подходов в работе врача, используя понятия и представления из таких областей, как психология, психиатрия, этика и деонтология, профилактическая медицина и др. По мере усвоения педагогической дисциплины у врачей – интернов, ординаторов формируется деонтологическая позиция по отношению к пациенту и умение вести педагогически ориентированную профилактическую работу не только с пациентом, но и его ближайшим семейным окружением.

Таким образом, данные эмпирического исследования подтверждают важность изучения курса педагогики врачами. Преимущество в освоении педагогических знаний лежит в области изучения системы отношений «врач – пациент», а также в проектировании и сопровождении «школ пациентов», в деятельности которых

врачу принадлежит одно из ведущих мест с точки зрения формирования у пациентов навыков профилактики, поддерживающего лечения и реадaptации на различных этапах ремиссии. В этой связи важно, чтобы курс «Педагогика» для врачей являлся обязательным в системе интер-

натуры и ординатуры, его замена элективным курсом может снизить уровень последипломной подготовки выпускников медицинского вуза и разрушить преемственность в становлении врача в области лечебной педагогики на начальных этапах профессионализации будущего врача.

Буждежан А.В.

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

ПОЛИТИЧЕСКАЯ БОРЬБА ПО ВОПРОСУ ПРИНЯТИЯ АНАТОМИЧЕСКОГО АКТА 1832 Г. В ВЕЛИКОБРИТАНИИ

В первой трети XIX в. в Великобритании сохранялись серьезные трудности для развития анатомии как науки, а, следовательно, и медицинского образования. Вскрытие трупов было запрещено. В соответствии с действовавшим в стране Актом об убийствах 1751 г., разрешалось лишь вскрытие трупов приговоренных к смерти за убийство, причем вскрытие было обязательным и рассматривалось как часть наказания. Это приводило к тому, что врачи, производившие вскрытия, воспринимались общественным мнением как лица, помогающие палачам. Стремясь восполнить недостаток трупов, анатомические школы и отдельные врачи вынуждены были обращаться к незаконным способам их получения. Процветала кража трупов с кладбищ, возникла специальная группа людей, занимавшаяся этим. Однако такое ремесло становилось все более опасным, так как места захоронения по ночам охранялись вооруженными людьми, а пойманному за этим занятием человеку, если он останется в живых, грозило тюремное заключение сроком от 6 до 12 месяцев. В этих условиях цена нелегально добытых трупов росла. Она составляла к началу 30-х гг. XIX в. от 8 до 12 гиней, для сравнения хорошо оплачиваемый рабочий получал 75-80 гиней в год. Высокая цена трупов толкала некоторых людей даже на убийство.

В апреле 1828 г. палата общин сформировала комитет по анатомии для рассмотрения ситуации со снабжением анатомических школ трупами. Комитет возглавил депутат от Бридпорта радикал Генри Уорбертон. Комитет заслушал специально приглашенных свидетелей, большая часть которых подчеркнула важность изучения анатомии для подготовки врачей, особенно хирургов. Так, приглашенный комитетом видный врач и анатом Эстли Купер, отвечая на заданный ему вопрос, о том может ли врач производить операцию на живом пациенте, если его не учили делать ее на трупе, ответил: «Тот, кто будет пытаться это сделать, должен быть тупицей».

Эксперты также обратили внимание комитета на недостаток имеющихся в распоряжении анатомических школ трупов. Комитет подготовил доклад, в котором рекомендовал парламенту изменить законодательство. Уорбертон подал в 1829 г. в палату общин законопроект, легализующий вскрытия трупов. Он был утвержден палатой общин, но в 1831 г. отклонен палатой лордов. Однако, события в стране заставили парламентариев вернуться к этому вопросу. В ноябре 1831 г. в Лондоне был убит 14-летний итальянец-сирота. Следствие нашло убийц, которые сознались в убийствах еще нескольких бездомных с целью продажи их трупов для вскрытий. Это дело вызвало большой резонанс.

15 декабря 1831 г. Уорбертон подал новый законопроект в палату общин. 29 января 1832 г. он был рассмотрен во втором чтении, а 11 мая 1832 г. принят палатой общин. Во время рассмотрения законопроекта обнаружилась оппозиция. Наиболее последовательно в палате общин против него выступал радикал Генри Хант. Хант считал, что законопроект легализует продажу трупов, будет способствовать усилению неравенства, так как вскрытию прежде всего подвергнутся трупы бедняков, а не богатых людей, а также заявлял, что для подготовки врачей следует применять не только трупы, но и восковые фигуры людей. Депутат Персеваль вообще предложил на два года временно запретить вскрытие трупов. Во время обсуждения законопроекта в палате лордов лорд Уинфорд выступил против отмены обязательного вскрытия казненных как меры наказания, и вообще отверг законопроект. По его словам, «лучше, чтобы тела жителей нашей страны будут подвержены болезням, чем их умы подвергаться пагубному влиянию». Журнал «Ланцет», редактировавшийся врачом Томасом Уокли, опубликовал серию статей, в которых, напротив, назвал положения законопроекта недостаточными. Тем не менее, законопроект был принят палатой лордов, а 1 августа 1832 г. утвержден королем.

Анатомический акт 1832 г. легализовал вскрытие трупов в Великобритании, установил порядок их вскрытия, круг лиц, которым разре-

шалось производить вскрытия, а также отменил обязательное вскрытие казненных в качестве меры наказания.

Былым Г. В., Тутов С. Н., Подоляка Д. В., Джеломанова С. А., Носкова О. В.

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

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Целью работы Изучение эффективности комплекса лечебно-профилактических мероприятий, включающего анксиолитик Стрезам (этифоксина гидрохлорид) и физиотерапевтические методы лечения.

Материал и методы

Под динамическим наблюдением находилось 45 женщин в возрасте от 18 до 39 лет, с клиническим проявлением симптомов ПМС легкой и средней степени тяжести. Критерием отбора явилось отсутствие органической патологии центральной нервной системы (ЦНС) и психических заболеваний. Оценку клинической формы и степени тяжести ПМС проводили на основе шкалы «Оценка формы и тяжести ПМС» (модифицированная шкала Королевой Г. П.) после наблюдения за пациентками в течение двух менструальных циклов. Форму ПМС определяли по преобладанию симптомов какой-либо группы. Основная группа (1 группа) состояла из 25 женщин, которым в комплексное лечение ПМС был включен анксиолитик Стрезам (этифоксин) по 50 мг 3 раза в день в течение месяца. Физиотерапевтическое лечение было направлено на улучшение функции центральной и вегетативной нервной системы и назначалось индивидуально. Применялась селективная хромотерапия, вибромассажная и аудиовизуальная релаксация, иглорефлексотерапия, электросонтерапия, кислородные ванны и контрастный душ. Группу сравнения (2 группа) составили 20 женщин с симптомами ПМС, которые получали традиционное лечение: 20 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела или 30 мкг этинилэстрадиола и 300 мкг дроспиренона течение 12 месяцев.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст менархе составил 13,0±0,7 лет и не отличался в группах исследования (12,6±0,2 и 12,8±1,3 лет соответственно). На на-

личие воспалительных заболеваний придатков матки в анамнезе указывали от 12,9% до 31,3% женщин. Искусственный аборт (1- 6 аборт) имели в анамнезе из всех пациенток: в группах соответственно 54,2% и 43,1%. Самопроизвольные аборты по данным анамнеза были у 11,1% женщин 1-ой группы и у 10,3% 2-ой группы. По большинству клинико-анамнестических показателей группы были сопоставимы. У всех пациенток отмечали существенный положительный эффект от лечения за 12 месяцев. Симптомы ПМС прошли более чем у половины пациенток обеих групп. При применении комплексной терапии ПМС уменьшилась степень выраженности вегетососудистых проявлений у женщин 1-ой группы к концу второго месяца, а у женщин 2-ой группы – к концу третьего месяца. После 6 месяцев терапии вегетососудистые нарушения полностью отсутствовали у 10 (40%) женщин 1-ой группы и 6 (30%) -2-ой группы. Через 12 месяцев – соответственно у 14(56%) и 9 (45%) пациенток. При этом уже после 3-го месяца лечения отмечено уменьшение проявления вегетососудистых нарушений и психоэмоциональных расстройств у 12 (60%) пациенток 1-ой группы по сравнению с показателем во 2-ой группе (10 (50%).

Заключение

Таким образом, включение в комплекс лечебно-профилактических мероприятий у женщин с ПМС небензодиазепинового анксиолитика и физиотерапевтических методов лечения, позволяет значительно снизить частоту и выраженность клинических проявлений ПМС. Является безопасным методом, оказывает положительное влияние на качество жизни женщины. Благоприятное влияние и высокая эффективность дают основание рекомендовать данный лечебно-профилактический комплекс.

Былым Г.В., Тутов С.Н., Подоляка Д.В

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

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Цель исследования

Организация самостоятельной работы (СР) студентов в медицинском вузе.

Обсуждение

Самостоятельная работа студентов – всесторонне, многофункциональное явление, имеющее не только учебное, но и личностное, профессиональное значение. Важность правильной организации СР студентов определяется еще и тем, что она занимает около 40% общего студенческого времени и соответственно «преподаватели должны с первых дней обучения готовить студентов к самостоятельному обучению». Преподаватель должен обратить внимание на некоторые факторы, вызывающие указанную мотивацию, поддерживая и развивая её. Это, прежде всего реализация приемов проблемного обучения, новизна и поисковый характер учебной деятельности, предоставление студентам творческой свободы и т. п. Для того чтобы работа была действительно самостоятельной, учащиеся должны организовывать и выполнять ее осознанно и рационально. Это значит, что, студент должен понимать цель СР, уметь анализировать и выделять самое важное для достижения цели, определять, в какой последовательности эффективнее выполнять учебные действия; находить способы и средства для реализации поставленной цели, уметь контролировать правильность своих действий, желательность овладеть навыками самоконтроля. СР – это совместная деятельность студента и преподавателя, в которой преподавателю отводится организаторская, консультативная, контролирующая роль. Преподаватель должен ясно представлять себе путь, которым студент идет к поставленной цели. Пусть этот путь будет зависеть от индивидуальных особенностей каждого студента. Правильно организованная СР способствует реализации принципа индивидуализации. Для организации индивидуального подхода в процессе СР преподавателю целесообразно иметь большое количество разного дидактического материала -материал с заданиями: (ситуационные задачи макеты истории болезни или истории родов), которые могут быть различными по степени сложности и по целевой установке. Опыт свидетельствует о том, что результативная СР студента зависит не только от добросовестного

отношения студента к аудиторным занятиям, выполнения им домашних заданий, но и от того, насколько смог преподаватель помочь студенту привить ему правильные приемы работы с книгой, наглядными пособиями, таблицами, схемами, электронным ресурсом. Преподаватель должен не только объяснять студентам, что они будут делать, что узнают, что надо изучить, но и дать указания, как действовать, как наблюдать, как описать, как и т. п. Последовательность работы над учебным материалом имеет большое значение для СР по изучению медицинских дисциплин. Студент должен понять: прежде чем приступать к работе над новой темой, необходимо хорошо усвоить предшествующую тему. Например, приступая к изучению нозологии по гинекологической дисциплине, необходимо изучить и хорошо проработать первую тему: «Клиническая анатомия и физиология женских половых органов». В дальнейшем, основная работа студентов будет основываться на СР: изучение материала на информационно-образовательной среде (ИОС), разбор схем и Граф логических структур, краткое конспектирование основных положений, проработка лекций и дополнительных источников информации.

Выводы.

СР надо организовать так, чтобы студент постоянно преодолевал посильные трудности. Задания должны постепенно усложняться, при организации СР. Особенно ценными являются задания проблемного характера, требующие поиска, открытий. Специфика СР студента предполагает особую систему контроля за ней: при наименьшей затрате времени. Необходимо проверить не только сформированные знания, но и навыки и умения. Проверку уровня знаний, навыков и умений, приобретенных при СР, можно проводить во время аудиторных занятий. Давать студентам такие задания, при выполнении которых они должны неизбежно использовать материал, наработанный во время СР. Одной из форм организации СР студента – консультации преподавателя, основной целью которых является оказание помощи студентам в освоении практических навыков, разбор наиболее трудных вопросов медицинских наук и организация СР.

Былым Г.В., Тутов С.Н., Подоляка Д.В.

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

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Цель исследования. Выявление особенностей психологического статуса женщин с хронической тазовой болью (ХТБ) на фоне генитального эндометриоза в зависимости от степени тяжести заболевания.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 57 женщин с различными формами генитального эндометриоза в возрасте от 21 до 44 лет. Контрольную группу составили 45 здоровых женщин того же возрастного диапазона. Для оценки психологического статуса пациенток применялся психодиагностический стандартизированный многофакторный метод исследования личности – модифицированный тест, адаптированный и интерпретированный Л.Н. Собчик. Для изучения уровня ситуационной и личностной тревожности использован метод Ч.Д. Спилбергера, адаптированный Ю.Л. Ханиным. Психоэмоциональное состояние и определение степени психоэмоционального напряжения определялся с помощью автоматизированной системы клинико-психологических исследований в акушерско-гинекологической практике.

Результаты исследования. Женщины контрольной и исследуемой групп не имели достоверных различий по возрастному, профессиональному признаку, социальному и семейному статусу. Среди женщин, страдающих эндометриозом в процессе обследования внутренний эндометриоз установлен у 39 (68,4%) больной, сочетание внутреннего и наружного эндометриоза у 16- (28%) и наружный эндометриоз диагностирован у 2 (3,5%) пациенток. Средний показатель продолжительности заболевания у женщин с различными формами генитального эндометриоза составил $6,7 \pm 1,3$ лет. Все женщины предъявляли жалобы на ХТБ, нарушения менструальной функции по типу дисменореи 46 (80,1%), гиперполименореи 47(82,4%), пред- и постменструальные кровянистые выделения из половых путей 42(73,7%), диспареунию 50(87,7%). У исследуемых больных было выявлено значительное преобладание, так называемой, «невротической» симптоматики. Почти у половины больных имелись признаки нарушений в эмоциональной сфере. Отметим частоту

тревог 45(79%), страхов 39(68,4%), суточные колебания настроения 33(58%), указывающие на эмоциональную лабильность. Сравнительный анализ психологических нарушений показал, что у лиц с тяжелым течением заболевания выявлено состояние личностной дезадаптации наряду с ростом показателей профилей по шкалам: («пессимистичности»), («эмоциональной лабильности»), («импульсивности»), («тревожности»). С помощью метода Спилбергера проведена оценка ситуационной и личностной тревожности, от которых зависит уровень и интенсивность психо-вегетативного реагирования. Данные о тревожности свидетельствуют, что средний уровень ее у женщин исследуемой группы был выше, чем в контрольной и составил $39,5 \pm 1,9$ балла ($p < 0,01$). Среди гинекологических заболеваний, в основе которых лежит недостаточность лютеиновой фазы и сопровождающихся психо-вегетативными нарушениями, эндометриоз занимает ведущее место. Анализ жалоб у обследованных больных выявил значительное преобладание «невротических» симптомов. Почти у половины обследованных женщин имелись признаки нарушений в эмоциональной сфере. Женщин с данной гинекологической патологией отличает высокий уровень невротизации, ипохондрическое состояние, эмоциональная лабильность, признаки эмоциональной незрелости. Личностные особенности больных: повышенная чувствительность к средовым влияниям, мнительность, ранимость, тревожность, психологическая незрелость, эмоциональная лабильность – определяют сниженную устойчивость к стрессам.

Выводы. Женщин с эндометриозом отличает эмоциональная лабильность, психологическая незрелость, стрессодоступность, высокий уровень невротизации, тревожно-депрессивный стиль переживаний. Личностная дезадаптация в виде страха, повышенной тревожности, реактивной депрессии имеют место при тяжелом течении эндометриоза. Полученные данные говорят о необходимости исследования психоэмоционального состояния у женщин с ХТБ на фоне генитального эндометриоза с целью коррекции патологического состояния.

Былым Г.В., Тутов С.Н., Подоляка Д.В.

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

КАЧЕСТВО УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Цель работы Пути повышения качества учебного процесса в медицинском вузе.

Материал и методы

Под управлением качества учебного процесса в медицинском вузе понимается системный и планомерный процесс формирования будущего специалиста здравоохранения, базирующийся на компетентностном подходе. В основе качества образования заложены цели и содержание образования; уровень профессиональной компетентности профессорско-преподавательского состава, организации их деятельности; состояние материально-технической и научно-информационной базы учебного процесса. Современные образовательные тенденции, актуализирующие проблемы качества образования, направлены на личностно-ориентированное обучение. Следует отметить постепенный процесс перехода образования с позиций передачи глубоких знаний на формирование навыков, общекультурных и профессиональных компетенций. В связи с переменами увеличивается роль студенчества в образовательной среде, в том числе в сфере качества образования. В настоящее время в высшей школе активно внедряется концепция практико-ориентированного обучения, использование информационных и технологических ресурсов, что знакомит студентов с новейшими исследованиями отечественных и зарубежных ученых.

Результаты исследования и их обсуждение

В рамках системы менеджмента качества на кафедре акушерства и гинекологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО» была разработана анкета, направленная на изучение удовлетворенности учебным процессом студентов. Оценка проводилась по десятибалльной шкале. В анкете предлагалось оценить качество изложенного материала лекционных и практических занятий, обеспечение учебно-методическим комплексом, его полноту и доступность на информационно-образовательном портале вуза, балльно-рейтинговую систему в рамках изучения дисциплины, взаимодействие преподавателя со студентами, вовлеченность обучающихся в учебный процесс, актуальность полученных знаний, наиболее понравившихся дидактических единиц, замечания и предложения будущих специалистов здравоохранения. Интерес вызывают оценка, замечания и пожелания студентов преподавателям кафедры. Анкетирование прово-

дится анонимно. В обсуждаемом исследовании участвовало 138 студентов набора 2018 – 2019 учебного года педиатрического, стоматологического, медико-профилактического факультетов и двух медицинских факультетов. По результатам анкетирования, большинство студентов отметили, что лекционный материал был интересным и заслуживающим внимания (средний балл оценивания лекций составил 7,74); и позиционировался обучающимся как весьма доступный для понимания (средний балл 8,05). На основании вышеизложенного, можно предположить, что разработанный преподавателями кафедры тематический план лекционных занятий, презентации, соответствующие тематике лекций, доступны, интересны, адаптированы для понимания и восприятия студентов медицинского вуза. Практические занятия по дисциплине «Акушерство и гинекология» студенты по всем критериям оценили выше (средний балл 8,1) в сравнении с лекциями. Обеспечение учебно-методической литературой, пособиями, оценено обучающимися низко (средний балл 5,2). Однако в учебной работе кафедры активно используются образовательные порталы. Взаимодействие преподавателей кафедры со студентами получило наивысший балл – 8,5. Среди пожеланий студентов – увеличение количества часов проведения занятий в тренинговом режиме – разбор макетов историй болезни и ситуационных задач. Наряду с этим, курация больных и беременных, просмотр тематических видео фильмов, операций и родов – предоставляют студентам альтернативные мероприятия в учебном процессе. Практически на каждой бланке анкеты студенты выражают благодарность преподавателю.

Выводы.

Таким образом, все вышеизложенное свидетельствует о том, что современная практико-ориентированная модель обучения в медицинском вузе, отводящая существенную роль системе менеджмента качества в процессе обучения, требует от научно-педагогического коллектива серьезной и вдумчивой учебно-методической проработке условий и форм организации практических и лекционных занятий со студентами, мониторинга качества образовательных услуг на кафедре и соответствующих корректирующих мероприятий, обеспечивающих качество реализации профессиональных образовательных программ.

Вакуленко И.П., Герасименко В.В.

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

КТ-ВИЗУАЛИЗАЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ЖЕЛУДКА

Актуальность: одной из острых проблем клинической онкологии является проблема диагностики и оценка результатов лечения метастатического поражения печени при неопластическом процессе желудка. Существует несколько методов лечения этой патологии – хирургическое лечение – резекция сегментов, доли, энуклеация патологических очагов, различные варианты химиотерапии, а также методы химиоэмболизации очагов, в основе которых – деструктивное воздействие на структуру метастатического поражения образования. Наиболее распространенным методом лечения вторичного поражения печени является резекция патологических очагов, однако отмечается высокий уровень развития рецидивов, низкий процент резектабельности.

Задача современной компьютерной томографии (КТ) – диагностики заключается в своевременном выявлении очагов, оценке их васкуляризации в зависимости от венозного, артериального или смешанного кровоснабжения, с четким определением питающих сосудов, что способствует более четкому пониманию как хирурга, так и химиотерапевта, в определении выбора тактики лечения и дальнейшей оценке результатов лечения.

Цель: определить возможности мультиспиральной компьютерной томографии с болюсным контрастированием в оценке результатов лечения системной химиотерапией больных раком желудка с метастазами в паренхиму печени.

Материалы и методы: было обследовано 40 больных в возрасте от 40 до 75 лет, средний возраст составил 56+/-2 года, все обследуемые получили 3 курса системной химиотерапии FOLFFOX и XELOX. Исследование проводилось с в/в болюсным контрастированием на мультиспиральном компьютерном томографе Toshiba Aquilion 64, с толщиной реконструкционного среза 1,5 мм., исследование выполнялось в нативную, артериальную (задержка составляла 20-22 с), венозную (задержка составляла 60- 65 с), экскре-

торную фазы (задержка составляла 7-8 мин.), с определением денситометрической плотности очагов в каждую из фаз контрастного усиления.

Результаты: количество измеряемых целевых очагов у каждого из обследуемых варьировалось от 3 до 6, размеры очагов составляли от 15 мм до 60 мм, целевые очаги имели округлую форму, ровные, достаточно четкие контуры. Было выявлено, что у половины пациентов после 3-х курсов химиотерапии размеры очагов не изменились, однако при измерении и анализе денситометрической плотности в венозную фазу контрастирования отмечалось уменьшение плотности очагов за счет уменьшения накопления контрастного вещества, преимущественно в центральных отделах образований. У 70% обследуемых пациентов новые очаги не появились, что может расцениваться как стабилизация процесса, из них у 25% обследуемых отмечалось небольшое уменьшение размеров очагов, средние размеры образований до полихимиотерапии (ПХТ) составляли 33,5 x 29 мм, после 3 курсов ПХТ средние размеры составляли 31 x 27,7 мм, также отмечалось снижение денситометрической плотности очагов в артериальную и венозную фазу контрастирования, в нативную фазу исследования отмечались более четкие, ровные контуры образований. У 30% обследуемых отмечалась отрицательная динамика за счет появления новых очагов и увеличения размеров ранее визуализируемых.

Выводы: на основании проведенного исследования, для диагностики и оценки ответа очагов вторичного поражения печени на химиотерапию путем мультиспиральной КТ с в/в контрастированием можно утверждать, что определение денситометрической плотности очагов в соответствующие фазы контрастирования с последующим динамическим анализом позволяет оценить результативность лечения метастатических очагов, а также спрогнозировать дальнейшую тактику лечения таких пациентов.

Вакуленко И.П., Зубов А.Д., Шаталов А.Д., Фоминов В.М., Пархоменко А.В.

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

НЕПАРАЗИТАРНАЯ КИСТА ПЕЧЕНИ И ЦИСТАДЕНОМА: СОНОГРАФИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

За последние годы частота очаговых образований печени значительно увеличилась в связи с широким использованием в практическом здравоохранении современных лучевых методов исследования. Непаразитарные кисты печени в большинстве случаев имеют врожденный генез и чаще проявляются в возрасте от 30 до 50 лет, в 3 – 5 раз чаще у женщин, чем у мужчин. В возрасте до 60 лет эта патология обнаруживается в 1% случаев, а после 60 лет – в 3 – 6%.

Цистаденома печени – редкое заболевание, склонное к рецидивированию и озлокачествлению. Обычно это одиночное новообразование, возникающее преимущественно у женщин старше 40 лет. При небольших размерах кисты и цистаденомы клинические симптомы скудные и неспецифичные, дифференциальная диагностика сложная и трудная.

Цель работы – определить диагностические критерии для дифференциальной диагностики непаразитарной кисты печени от цистаденомы по данным ультразвукового исследования (УЗИ).

Материал и методы. За последние 10 лет в клинике обследованы и лечились 110 пациентов с непаразитарной кистой печени (НКП) – 72 женщины и 38 мужчин в возрасте $43,6 \pm 2,5$ лет и 12 больных с цистаденомой – 9 женщин и 3 мужчин в возрасте $41,1 \pm 2,2$ лет. Проведены методы исследования: клиничко-лабораторные (с выявлением уровня альфа-фетопротеина), ультразвуковой. Комплексное УЗИ включало серошкальное сканирование в В-режиме, цветное доплеровское картирование и спектральную доплерографию, которые проводили на аппара-

тах Aloka 2000, 5500 (Япония), Siemens Sonoline Elegra (Германия), применяли конвексные датчики с частотой 3,5 МГц.

Результаты и обсуждение. Цистаденома и НКП при УЗИ визуализировались как анэхогенные жидкостные структуры с эффектом дорзального псевдоусиления УЗ-сигнала. Для дифференциальной диагностики цистаденомы с НКП имели значение следующие ультразвуковые критерии: форма – овальная и округлая; размеры – > 4 см и < 3 см; контуры – чёткие и неровные, ровные; капсула – обычная и тонкая; структура – неоднородная и однородная; дорсальное псевдоусиление – слабое и явное; васкуляризация – есть и нет; перегородки – есть и нет; папиллярные разрастания – есть и нет. Дифференциальная диагностика была трудной при непаразитарных кистах печени, которые имели внутренние перегородки и дополнительные включения. Малигнизацию цистаденомы можно заподозрить по наличию крупных выступов в полость кисты и кальцификации перегородок.

Заключение. По полученным данным, наличие сосудов в перегородках цистаденомы, папиллярные разрастания стенок и внутренние эхосигналы низкого уровня явились теми ультразвуковыми критериями, которые отличали цистадену от непаразитарной кисты печени. В неясных случаях целесообразно применять компьютерную томографию и дуплексное сканирование сосудов печени. Ранняя диагностика цистаденомы печени имеет важное значение, так как эта патология имеет склонность к малигнизации и рецидивированию.

Вакуленко И.П., Кулишова О.В.

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

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА СИНОВИАЛЬНЫХ ХОНДРОМАТОЗОВ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Диагностика первичного синовиального хондроматоза (ПСХ) на ранних этапах широко доступной стала с внедрением МРТ. Данное заболевание представляет собой метапластические изменения синовиальной оболочки сустава неясной этиологии. Морфологически в полости

сустава из измененной синовии образуются хрящевые тела, нередко принимающие большие размеры, иногда доступные к их пальпаторному обнаружению.

Цель работы. Оценка эффективности лучевых методов исследования в ранней диагностике

синовиальных хондроматозов крупных суставов (коленного и плечевого).

Материал и методы. Проводилось наблюдение трех случаев ПСХ, в двух случаях поражения коленного и в одном случае плечевого суставов.

МРТ исследование проводилось на аппарате фирмы GE. Применялись следующие протоколы: T2-ВИ в сагиттальной плоскости (TR:3600, TE: 106,7), PD Fat Sad FSE в сагиттальной плоскости (TR:2920, TE: 31,8); T1-ВИ в корональной плоскости (TR:500, TE: 12,3); PD Fat Sad FSE в корональной плоскости (TR:2240, TE: 29,3); PD Fat Sad FSE – в аксиальной плоскости (TR:3100, TE: 29,3). Толщина срезов 4 мм.

Результаты и обсуждение. Вначале исследуемым пациентам было назначено рентгеновское исследование коленных и плечевого суставов, которое не выявило изменений и в течение 8 месяцев проводилось консервативное лечение. Однако не было получено положительных результатов, и в качестве расширения обследования было проведено МРТ исследование. В ходе МРТ исследования в полостях коленных суста-

вов на фоне повышенного содержания жидкости определялось значительное количество хондроматозных тел разной плотности. Были выявлены хондроматозные тела с низким МР-сигналом (МРС) во всех режимах, хондроматозные тела с повышенным МРС в T1- и T2-ВИ, пониженным в PD Fat Sad FSE, а также МРС изоинтенсивным сигналу кости во всех последовательностях. Повышенный МРС в PD FSE Fat Sad прилежащих сухожилий подколенной и латеральной головки икроножной мышц явился признаком их отека. Определяемые хрящевые фрагменты были частично фиксированы к синовию, частично свободно располагались в полости сустава.

Заключение. Таким образом, в стандарт лучевой диагностики суставов кроме рентгенографии в двух и более проекциях необходимо добавлять обязательное МРТ исследование, особенно на ранних этапах развития болевого синдрома, для исключения синовиального хондроматоза, когда другие методы еще не эффективны. В случаях развития спонтанного болевого синдрома на ранних этапах без травм в анамнезе МРТ исследование должно быть первым.

Вакуленко И.П., Первак М.Б., Котлубей Е.В., Губенко О.В., Оборнев А.Л.

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

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОБЛЕМНЫХ ЛЕКЦИЙ В ПРЕПОДАВАНИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Отличительной особенностью организации образовательного процесса в современной высшей школе является его ориентация на достижение конечных целей – овладение компетенциями и умениями, необходимыми для будущей профессиональной деятельности обучающихся.

Предмет лучевая диагностика студентам 3 курса лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов медицинских вузов преподается на пропедевтическом уровне, который является базисным и обеспечивает изучение последующих клинических дисциплин. Исходя из этого, конечные цели изучения лучевой диагностики нашей кафедрой сформулированы следующим образом:

1. Анализировать лучевую семиотику функционально-морфологических изменений при патологии различных органов и систем.

2. Выбирать оптимальный метод лучевого исследования для выявления функционально-морфологических изменений при патологии различных органов и систем.

В настоящей работе мы представляем опыт использования проблемных лекций для достижения названных целей на примере лекции «Выбор оптимального метода лучевого обследования пациентов с патологией различных органов и систем. Лучевая диагностика неотложных состояний», которая читается студентам 3 курса лечебного факультета.

На лекции, построенной по проблемному принципу, студенты активно участвуют в решении проблем, сформулированных на основании целей. Проблемный характер лекции вызывает повышенный интерес аудитории и стремление к поиску путей решения поставленных задач. Лектор дает студентам возможность, следя за ходом изложения материала, проверить возникающие у них предположения, получить пояснения по поводу не совсем понятной для них информации. Рассматриваемые в лекции ситуации отражают реальные условия работы специалиста и тем самым развивают профессиональное мышление студентов.

Аналогичные лекции читаются и студентам

других факультетов. Так, для будущих стоматологов проблема формулируется как «Выбор оптимального метода лучевого обследования пациентов с патологией зубочелюстной системы».

Таким образом, использование проблемных лекций повышает эффективность обучения на

кафедре лучевой диагностики и лучевой терапии и, соответственно, качество подготовки студентов лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов к будущей профессиональной деятельности.

Вакуленко И.П., Хацко В.В., Фоминов В.М., Пархоменко А.В.

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

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ И ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

За последние годы частота выявления очаговых образований печени увеличилась в 3 раза из-за улучшения их дооперационной диагностики. Ультразвуковое исследование (УЗИ) менее информативно в диагностике, так как не позволяет визуализировать очаговые образования печени менее 3 мм, поэтому для лучшей информативности и проведения дифференциальной диагностики показано применение компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Цель работы – улучшение дифференциальной диагностики непаразитарных (НКП) и эхинококковых кист печени (ЭКП) с помощью лучевых методов исследования.

Материал и методы. В основу работы положены данные ретро- и проспективного сравнительного анализа результатов лучевого обследования 144 пациентов с кистами печени (55,8% от всех очаговых образований печени), лечившихся в I хирургическом отделении ДокТМО за последние 10 лет. Из них 110 чел. – с НКП и 34 – с ЭКП. Средний возраст составил $43,6 \pm 2,5$ лет. Женщин было 85, мужчин – 59. Анализу подвергались истории болезни, взятые методом сплошного отбора, при подтвержденном диагнозе с помощью лучевых и гистологических методов исследования. Преобладали пациенты в возрасте 51-60 лет – 55% и 41-50 лет – 27%. Применены следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, серологические, УЗИ, КТ, МРТ.

Результаты и обсуждение. Непаразитарные кисты печени при УЗИ имели характерную картину: округлую форму, четкие контуры, анэхогенное содержимое, эффект усиления ультразвукового луча за кистой, наличие боковых акустических теней или ослабления эхосигнала от боковых стенок кисты. Ультразвуковыми критериями гидатидозного эхинококкоза печени были: наличие четкой капсулы, перетяжек и мембран в полости, дочерних кист в полости, неоднород-

ность кисты с наличием гиперэхогенных включений. При диагностике эхинококкоза печени большое значение также имели серологические пробы, лапароскопия, иммунологические реакции латекс-агглютинации, непрямой агглютинации, а также иммуноферментный метод. При КТ непаразитарная киста печени имела типичную картину округлого образования с четкими контурами и пониженной плотностью (0 – 10 ед. Н). При компьютерно-томографическом исследовании гидатидозные эхинококковые кисты печени чаще были многокамерными и имели жидкостное содержимое различной плотности. В стенках эхинококковых кист определяли множественные обызвествления. Для непаразитарной кисты при МРТ характерно наличие очагового образования с однородной структурой, четким ровным контуром, без толстой капсулы, с высокой интенсивностью сигнала на T2-ВИ и низкой – на T1-ВИ. Благодаря тому, что сосуды гипоинтенсивные при диффузионно-взвешенном изображении, визуализация кист становится более отчетливой.

При МРТ эхинококковые кисты чаще были многокамерными, имели содержимое разной интенсивности МР-сигнала, особенно на T2-ВИ. В стенках кист определялись множественные гипоинтенсивные образования, которые соответствовали обызвествлениям.

Как правило, имелся ободок низкой интенсивности, отражающий фиброзную оболочку. Ободок с мультикистозным изображением – это критерий для дифференциальной диагностики. Отхождение мелких кист от основного образования выглядело как повышение МР-сигнала на T2-ВИ и отражало активность заболевания.

Заключение. Таким образом, УЗИ, КТ и МРТ являются достаточно информативными методами исследования в диагностике и дифференциальной диагностике непаразитарных и эхинококковых кист печени.

М.А. Ванюхова

ГОУ ВПО ДонНУ, юридический факультет, Донецк, ДНР

ДЕФОРМАЦИЯ ПРАВОСОЗНАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Актуальность данной темы вызвана тем, что на сегодняшний день профессиональная деформация, в части коррумпированности врачебного сообщества, серьезно нивелирует значимость профессии «врача» в общественном сознании, что в конечном итоге, приводит к утрате доверия к ним со стороны гражданского общества.

Цель работы

Изучение причин возникновения деформации правосознания у медицинских работников и путей их преодоления.

Материалы и методы

Теоретическая основа была взята из исследований ученых, таких как: Н.Г. Осипова, Т.В. Семина, С.Е. Шишкин, Е.В. Струговой, В.Р. Петров, и др.

Нормативно правовая база: Конституция Донецкой Народной Республики (далее- ДНР), Закон ДНР № 42-ІНС от 24.04.2015 «О здравоохранении».

Методологическую основу исследования составили: статистический метод, анализ и синтез, дедукция и индукция, сравнительно-правовой метод, обобщение, метод анализа документов.

Результаты и обсуждение

Деформация правосознания у медицинских работников проявляется в их девиантном поведении. Существует несколько форм выражения данного поведения, такие как: недобросовестность, служебные действия в обход закона, неподчинение нормам права и морали, профессиональная халатность.

Одной из основных причин деформации правосознания у медицинских работников является неудовлетворение их заработной платы, и, вследствие – низким уровнем жизни. Отсюда и возникает такое девиантное поведение, как выполнение служебных действий в обход закона.

Проведя параллель сравнения с доходом медицинских работников в странах с самым

низким уровнем коррумпированности государственных органов, можно прийти к выводу, что уровень заработной платы напрямую влияет на правовую деформацию среди медицинских работников.

Проявление коррупции в медицине по праву можно считать самым опасным её проявлением, по сравнению с другими отраслями. Коррупция в медицине не только способствует формированию негативной морально-этической и правовой ситуации в обществе. Она углубляет дискриминацию граждан по их социальному статусу и деструктивно воздействует на систему государственного управления. Нарушаются конституционные права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, которая согласно ст.34 Конституции ДНР должна оказываться гражданам бесплатно.

В силу низкого уровня заработной платы медицинские работники озабочены проблемами своего материального и социального статуса, в результате чего зачастую оказываются вовлеченными в преступные схемы между медиками и аптечными организациями (постановка неверного диагноза с целью продажи дорогостоящих препаратов). В конечном итоге, это приводит к нарушению законности, коррупции, и, как результат – к низкому уровню медицины.

Заключение

Таким образом, фактором противодействия деформации правосознания предполагают наличие процесса, затрагивающего изменения объективных условий жизни в сторону улучшения, создания комплекса специальных юридических мер направленных на защиту медиков и формирование положительных правовых установок. Одновременно с этим, деятельность государства должна быть направлена на осуществление главной цели – укрепления благосостояния медиков и обеспечения личной юридической защиты.

Варданян Е.С.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

КОРЬ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Корь – острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, характеризующееся поражением респираторного тракта и глаз с развитием

циклической экзантемы на фоне синдрома интоксикации.

Цель работы

Изучение клинической картины кори у детей раннего возраста и оценка эффективности современной терапии.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 48 детей в возрасте от 5 месяцев до 3 лет. Детям проводились клинические анализы: крови, общий анализ мочи, по показаниям – биохимический анализ крови. Наряду с диетой, режимом, уходом, проводили комплексную медикаментозную терапию.

Результаты и обсуждение

100% детей не были привиты против кори. У 44 (91,7%) больных корью была диагностирована среднетяжелая форма. У 6 больных корью (8,3%) выявлена атипичная корь. Клиническая картина типичной кори у 44 детей раннего воз-

раста характеризовалась цикличностью течения со сменой четырех периодов: инкубационного, начального, высыпания и пигментации. Больные корью дети получали комплексное, этиопатогенетическое лечение.

Заключение

У наблюдаемых детей раннего возраста корь протекала в большинстве случаев в среднетяжелой форме. У больных, получивших в инкубационном периоде иммуноглобулин человека нормальный донорский, зарегистрирована атипичная легкая форма болезни. Современная терапия больных корью детей раннего возраста позволила снизить тяжесть осложнений, частоту негладкого течения болезни и предупредить наслоение острых респираторно-вирусных инфекций.

Васильченко А.И., Антипов Н.В., Жилев Р.А.

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

ВЛИЯНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА В РАЗВИТИИ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Актуальность: Синдром Мириizzi является одним из осложнений ЖКБ, однако несмотря на множество проведенных исследований, данная патология остается одной из мало изученных понятий в хирургии желчных протоков. По данным различных авторов частота встречаемости данного заболевания составляет от 0,5 до 5% среди всех пациентов, оперированных по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ). В последние годы в связи с увеличением заболеваемости ЖКБ, выявлением запущенных форм ЖКБ, возрастает интерес к изучению данной проблемы. Развитие современных методов обследования пациентов с ЖКБ, повышает вероятность постановки правильного диагноза до операции, что снижает уровень послеоперационных осложнений.

Цель: изучение влияния типичных форм строения желчных протоков как одну из возможных причин развития синдрома Мириizzi.

Материалы и методы : проводилась оценка протоколов операций 23 пациентов оперированных в ЦГКБ№16 в период с 2011 по 2016 г. по поводу ЖКБ осложненной синдромом Мириizzi, литературные данные.

Результаты: Согласно предложенной классификации Белтрана синдром Мириizzi можно разделить на:

I тип – Внешняя компрессия общего печеночного или общего желчного протока.

IIa тип -пузырно-билиарная фистула с вовле-

чением стенки холедоха <50%;

IIb тип- пузырно-билиарная фистула с вовлечением стенки холедоха >50%.

IIIa тип- пузырно-билиарная фистула с пузырно-кишечной фистулой без нарушения оттока в кишечник.

IIIb – пузырно-билиарная фистула с пузырно-кишечной фистулой с нарушением оттока желчи в кишечник.

К типичным вариантам строения пузырного протока можно отнести следующие варианты: I вариант- не очень длинный пузырный проток впадает в правую боковую поверхность печеночного протока под острым углом/ II вариант длинный пузырный проток идет параллельно печеночному протоку плотно связан с ним соединительной тканью. При III соустье образуется на задней или левой боковой поверхности общего печеночного протока. Проанализировав данные полученные в ходе оперативного вмешательства: I тип не имел взаимосвязи с вариантными формами строения желчных протоков, а был обусловлен наличием опухоли в 3 случаях, в 7 случаях в результате вклинивания крупного конкремента в шейку желчного пузыря, IIa наблюдался у пациентов имеющих I вариант (5 случаев), 3 вариант (3 случая) строения пузырного протока, IIb тип наблюдался у пациентки с 2 вариантом (1 наблюдение) строения пузырного протока, в данном случае у пациентки был выявлен конкремент расположенный в кармане Гартмана с пере-

ходом в начальный отдел пузырного протока с образованием пузырно-холедохеального свища до 2/3 окружности, Ша наблюдался у 4 пациентов длительно болеющих ЖКБ (более 20 лет), неоднократно отказывающиеся от оперативного лечения. Все 4 случая оперированы в ургентном порядке, интраоперационно были обнаружены в 1 случае 3 вариант строения пузырного протока

с наличием увеличенного желчного пузыря, в 3 случаях 1 вариант строения пузырного протока. Выводы: Проанализировав полученные данные можно сделать вывод, что анатомическое строение пузырного протока, его расположение при длительном камненосительстве влияет на степень выраженности деструктивных процессов при синдроме Мириizzi.

Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Павликова А.А.

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

ВЛИЯНИЕ ГИПОНАТРИЕМИИ НА РИСК ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

В последние годы отмечается рост числа кардиохирургических вмешательств. По данным недавних исследований, проведение подобных оперативных вмешательств нередко осложняется развитием гипонатриемии, однако её клиническое и прогностическое значение пока не установлено.

Цель работы

Оценить влияние гипонатриемии на частоту развития послеоперационных осложнений у больных, подлежащих кардиохирургическим вмешательствам.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 222 пациентов (174 мужчин и 48 женщин, средний возраст 64,5 (58;69) лет), находившихся на стационарном лечении в отделении кардиохирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им.В.К. Гусака за период с января 2015 по декабрь 2018 года. 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 концентрацию натрия ниже 135 ммоль/л. Первичной конечной точкой исследования являлся комбинированный показатель МАСЕ (Major adverse cardiovascular events), включающий инфаркт миокарда (ИМ), сердечную смерть, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и острую сердечную недостаточность (ОСН). В качестве вторичных конечных точек оценивали частоту развития отдельных компонентов первичной точки, фибрилляции предсердий (ФП) и острого почечного повреждения (ОПП).

Результаты и обсуждение

Снижение уровня натрия в сыворотке крови было зарегистрировано у 180 больных (81,1% 95% доверительный интервал (ДИ) 77,3%-84,6%), у 42 пациентов (18,9% ДИ 15,4%-22,7%) уровень натрия оставался в пределах нормы.

При сравнении частоты выявления комбинированного показателя МАСЕ у пациентов с гипонатриемией (48,9%) и у пациентов с нормальным уровнем натрия (38,1%) достоверных различий не было выявлено ($p=0,276$). Анализ вторичных конечных точек показал, что у пациентов с гипонатриемией достоверно чаще развивались послеоперационная ФП (22,2% против 4,8% $p=0,017$) и ОСН (21,1% и 4,5% $p=0,019$), в то время как частота сердечной смерти была, напротив, ниже, чем у больных с нормальным уровнем натрия (6,7% и 23,8%, $p=0,002$). Распространенность ОПП (25,6% против 19,0%) и ИМ (1,1% против 4,8%) достоверно не различалась между группами ($p>0,05$). Случаев ОНМК в обеих группах зафиксировано не было.

По данным однофакторного регрессионного анализа наличие гипонатриемии ассоциировалось с достоверным (все $p<0,05$) возрастанием риска развития послеоперационной ФП (отношение шансов(ОШ) 5,71; 95% ДИ 1,32-24,6) и ОСН (ОШ 5,35; 95% ДИ 1,90-15,07) и снижением риска сердечной смерти (ОШ 0,23; 95% ДИ 0,09-0,57).

Заключение

У больных, подлежащих кардиохирургическим вмешательствам, развитие гипонатриемии является достоверным фактором риска развития ФП и ОСН в послеоперационном периоде, однако ассоциируется со снижением риска сердечной смерти.

Ващенко А.В., Белькова В.А.

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

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В УСЛОВИЯХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Цель работы

Выяснить особенности диагностики и лечения закрытой черепно-мозговой травмы (далее – ЗЧМТ) в условия нейрохирургической клиники Донецкого клинического территориального медицинского объединения (далее – ДоКТМО).

Материал и методы

Анализ 40 историй болезни пациентов с диагнозом «Черепно-мозговая травма», находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении № 1 ДоКТМО в 2015 году.

Результаты и обсуждение

Согласно статистике, в России ежегодно от черепно-мозговой травмы страдает около 600 тысяч человек, среди них 90% случаев составляет ЗЧМТ.

Вопросы диагностики и лечения ЗЧМТ актуальны и в Донецкой Народной Республике.

В нашем исследовании доля ЗЧМТ составила 83% (33 пациента), из которых первичная ЗЧМТ – 70% (28 наблюдений), вторичная ЗЧМТ – 13% (5 наблюдений).

Среди 33 пациентов компьютерная томография (КТ) головного мозга была выполнена 21 пациенту (64%), рентгенография костей черепа – 12 больным (36%).

Больные с ЗЧМТ получали различное лечение, из них 6-ти больным (18%) произведено удаление внутричерепной гематомы.

При выборе методов инструментальной диагностики производилась оценка наличия факторов риска тяжёлой ЗЧМТ:

- преморбидная антикоагулянтная терапия (для вторичных ЗЧМТ),

- посттравматические судороги, нарастание неврологической симптоматики в динамике, рвота, длительная (более 4-х часов) амнезия,

- угнетение сознания (снижение по шкале ком Глазго (ШКГ) на 2 и более баллов),

- подозрение (клиническое или по результатам краниографии) на перелом свода или основания черепа,

- опасный механизм травмы (дорожно-транспортное происшествие или падение с высоты).

При отсутствии у больного указанных факторов риска КТ головного мозга не выполнялась.

Всем пациентам с наличием перечисленных факторов риска КТ головного мозга была произведена.

Заключение

Нередко у пациентов с ЗЧМТ (в нашем исследовании – более чем у каждого пятого) может иметься сдавление головного мозга, что угрожает их жизни, для спасения которой необходим единственно возможный метод лечения – оперативное нейрохирургическое вмешательство в виде удаления внутричерепной гематомы.

Адекватной диагностикой внутричерепной гематомы может быть лишь единственный диагностический метод – томография головного мозга.

Для определения диагностической тактики необходимо учитывать специфические факторы риска тяжёлой ЗЧМТ, наличие которых делает обязательной нейровизуализацию – выполнение томографии головного мозга.

Ветров С.Ф.

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

ОСНОВНЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ УСВОЕНИЯ ЗНАНИЙ ПРИ ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ НА КАФЕДРЕ ГИГИЕНЫ ФИПО

Одной из целей высшего медицинского образования в ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького» является качественная реализация образовательных программ.

Образовательный процесс основывается на

объединении модульных технологий обучения и зачетных образовательных баллов.

Оценка знаний является фундаментальной частью процесса обучения, определяющего качество подготовки врачей-интернов.

Оценивание используется для обобщения

всех слагаемых этапов оценки степени усвоения знаний врачами-интернами.

Оценку знаний можно трактовать двояко: во-первых, это числовая характеристика усвоения материала, во-вторых, это параметр, свидетельствующий о качестве процесса обучения.

Основным методом оценки при кредитно-модульной системе организации учебного процесса является тестирование.

На кафедре гигиены ФИПО в учебном процессе используется 2 типа тестовых задач: стандартизованные тесты и тесты разработанные преподавателями по определенным дисциплинам.

Для текущего и итогового контроля знаний врачей-интернов разработаны и разрабатываются тестовые задания, с учетом таких основных характеристик, как валидность и надежность.

Валидность является важной характеристикой, которая показывает степень соответствия вопросов тестового задания, вопросам рабочей образовательной программы дисциплины.

При разработке тестовых заданий особое внимание уделяется соблюдению основных показателей валидности: очевидность, конструктивность, критериальность, содержательность.

Очевидная валидность предусматривает степень очевидной ответственности фактического измерения запланированному измерению.

Содержательная валидность характеризуется тщательным анализом валидности вопросам те-

стовых заданий цели и содержанию дисциплины.

Конструктивная валидность характеризует соответствие результатов тестирования теоретическим положениям, которые заложены в основе тестового задания.

Критериальная валидность – определяет степень точности прогнозирования и соответствия тестирования другим методам оценивания. Например, предполагается, что, врачи-интерны которые получают высокий балл при тестировании, также получают высокий балл по данной дисциплине при другом методе оценивания.

Качественно составленное тестовое задание должно быть не только валидным, но и надежным. Надежность тестов характеризуется постоянством полученных результатов тестирования. Например, если по результатам первого тестирования оценка врача-интерна составила – 70 баллов, а при повторном тестировании (без предварительной подготовки) – 80 баллов, то такое тестирование задания ненадежное.

Для оптимизации разработанных тестовых заданий по профессиональным дисциплинам проводится проверка надежности.

Так, определяется корреляционная зависимость первичного оценивания знаний по результатам повторного тестирования (без предварительной подготовки), что отличается по форме, но идентично по содержанию.

Ветров С.Ф.

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

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ ВЕДУЩИХ ХОЗЯЙСТВЕННУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

В течение 2018 года на всех предприятиях ведущих хозяйственную деятельность на территории ДНР расследовано и взято на учет 280 случаев профессиональных заболеваний (ПЗ).

Практически все случаи ПЗ – 268 (95,7%) зарегистрированы у работников угледобывающих предприятий. Среди работников медицинских учреждений зарегистрировано 2 случая туберкулеза легких (0,7%) и 4,3% среди работников других профессий.

В сравнении с показателями 2017 года уровень заболеваемости возрос на 18,6%.

В 2018 году в структуре ПЗ первое ранговое место занимают болезни органов дыхания пылевой этиологии – 53% (108 случаев, в том числе хронический пылевой бронхит – 29% (60 случа-

ев) и антракосиликатоз – 24% (48 случаев); второе место – хроническая пояснично-крестцовая радикулопатия – 34% (69 случаев); третье место – вегетативно-сенсорная полиневропатия верхних конечностей – 7% (14 случаев); далее следуют – вибрационная болезнь – 4% (9 случаев); по 1% (по 2 случая) приходится на хроническую двустороннюю сенсоневральную тугоухость и ВДТБ (туберкулез легких).

Распределение нозологических форм среди профессиональных групп работников представлено следующим образом.

Среди горнорабочих очистного забоя – 99 случаев (35,4%); проходчиков – 73 случая (35,4%); среди работников других профессий угольных предприятий – от 1,4 до 7,1% случаев.

В течение 2017 года на всех предприятиях ведущих хозяйственную деятельность на территории ДНР, Фондом социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний ДНР расследовано и взято на учет 204 случая ПЗ.

Практически все случаи ПЗ – 198 (97,1%) зарегистрированы у работников угледобывающих предприятий.

В 2016 году из 148 случаев ПЗ – 142 (95,9%) зарегистрировано у работников угледобывающих предприятий.

Развитие у работников указанных ПЗ обусловлено наличием комплекса вредных и опасных факторов производственной среды: угольно-породной пыли, производственного шума, общей локальной вибрации, тяжелого и напряженного физического труда, нахождением работника длительное время вынужденной рабочей позы в условиях ограниченного про-

странства, несовершенством технологических процессов и оборудования, отсутствием или неиспользованием работником средств индивидуальной или коллективной защиты за время трудового процесса.

Проведенный ретроспективный анализ причин возникновения и развития ПЗ среди работников угольных шахт, свидетельствует о том, что основные условия и профессиональные риски, определяющие деградацию здоровья работников, в настоящее время сохраняются.

Прежде всего, это особый характер труда, так как работа выполняется с высоким уровнем физической нагрузки в условиях комбинированного воздействия вредных и опасных факторов производственной среды, нервно-эмоционального напряжения в особых геологических условиях (подземных) и условиях повышенного риска для здоровья работника.

Ветров С.Ф.

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

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО МЕДИЦИНЕ ТРУДА НА КАФЕДРЕ ГИГИЕНЫ ФИПО ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ

Согласно определению МОТ и ВОЗ, «медицина труда имеет целью укрепление и сохранение наивысшей степени физического, душевного и социального благополучия рабочих во всех профессиях; предупреждение у рабочих отклонений здоровья, вызванных условиями труда, защиту работающих от рисков, обусловленных неблагоприятными для здоровья факторами производственной среды и трудового процесса, размещение и сохранение рабочих в производственной среде, приспособленной к их физиологическим и психологическим способностям, и, в итоге, адаптации работы и каждого рабочего к труду».

Необходимость развития и формирования системы медицины труда в Донецкой Народной Республике (ДНР) связана с решением задач укрепления экономики, основанных в первую очередь на сохранении и развитии производительных сил и повышении эффективности производства промышленного региона.

Трудовой потенциал является стратегическим средством экономического развития Республики и его сохранение должно стать, и оставаться важнейшей задачей государственной социально-экономической политики.

Значимой социальной проблемой в условиях промышленного региона остается проблема возникновения и развития профессиональных и профессионально-обусловленных заболеваний.

В современных условиях, для обеспечения единого системного подхода в сохранении здоровья работающего населения ДНР, считаем целесообразным восстановление и, в случае необходимости корректировку апробированных учетно-статистических форм; стандартов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации профессиональных и профессионально-обусловленных заболеваний.

Восстановленная на новом качественном уровне система диспансерного обслуживания также должна учитывать современные достижения медицинской науки и практики.

Исходя из цели и задач по обеспечению реализации основных образовательных программ высшего профессионального образования, реализуемых в ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» с целью обеспечения выполнения Республиканской программы развития медицины труда, считаем необходимым обеспечить корректировку учебных программ и планов студентов и врачей-

интернов исходя из задач и потребностей медицины труда.

С целью выполнения основной задачи интернатуры на кафедре гигиены ФИПО – совершенствование профессиональных навыков по основным разделам гигиены, целесообразно расширить перечень выполняемых научно-практических работ (НПР) включением тем по медицине труда.

Ветров С.Ф., Алиев А.Ю.

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

ЗАДАЧИ В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНЫ ТРУДА В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Согласно определению МОТ и ВОЗ, «медицина труда имеет целью укрепление и сохранение наивысшей степени физического, душевного и социального благополучия рабочих во всех профессиях; предупреждение у рабочих отклонений здоровья, вызванных условиями труда, защиту работающих от рисков, обусловленных неблагоприятными для здоровья факторами производственной среды и трудового процесса, размещение и сохранение рабочих в производственной среде, приспособленной к их физиологическим и психологическим способностям, и в итоге, адаптации работы и каждого рабочего к труду».

Необходимость развития и формирования системы медицины труда в Донецкой Народной Республике (ДНР) связана с решением задач укрепления экономики, основанных в первую очередь на сохранении и развитии производительных сил и повышении эффективности производства промышленного региона.

В Республике с 2015 года законодательными актами закреплена государственная забота о здоровье граждан, однако, в соответствии с существованием новых форм собственности, также работодатель становится ответственным за здоровье работающих, приведением условий труда к нормативным и профилактику заболеваний, в том числе профессиональных, что является частью социальной защиты работников.

С целью обеспечения развития системы медицинского обслуживания работающего населения в соответствии с Концепцией развития медицины труда в ДНР на период 2017-2020 годов, на наш взгляд целесообразно осуществить целевые организационные мероприятия на уровне заинтересованных Республиканских министерств и ведомств.

Практическое применение приобретенных в ходе обучения теоретических знаний по медицине труда, закрепленных в ходе выполнения НПР и последующей защитой на итоговой конференции, позволит врачу-интерну глубже осознать цель и направление своей будущей профессиональной деятельности по данному профилактическому направлению.

Поддержание производительных сил работоспособного населения возможно при условии создания эффективно действующей модели применения медико-социальных услуг по укреплению общего и профессионального здоровья работников; комплексной системы медицинского обеспечения работающего населения и его социальной защиты.

В современных условиях, для обеспечения единого системного подхода в сохранении здоровья работающего населения ДНР, считаем целесообразным восстановление и, в случае необходимости корректировку апробированных учетно-статистических форм; стандартов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации профессиональных и профессионально-обусловленных заболеваний.

Государственным органам исполнительной власти, которые реализуют государственную политику в сфере здравоохранения и социальной защиты ДНР, целесообразно формировать целевые комплексные программы на основании результатов динамического мониторинга показателей состояния здоровья работающего населения, условий труда и медико-санитарного обслуживания.

Критерием качества программ является снижение уровня профессиональных рисков возникновения и развития профессиональных, профессионально-обусловленных заболеваний и ПТ.

При реализации Республиканской программы развития медицины труда, разработанной на основании Концепции развития медицины труда в ДНР, считаем целесообразным и необходимым использовать положительный опыт работы Российской Федерации по вопросу формирования медицины труда.

Ветров С.Ф., Шапран С.И., Аксёнов И.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГП ОУ «Донецкий медицинский колледж»
РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР

АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

В течение 2018 года на всех предприятиях ведущих хозяйственную деятельность на территории ДНР расследовано и взято на учет 280 случаев профессиональных заболеваний (ПЗ).

В сравнении с показателями 2017 года уровень заболеваемости возрос на 18,6%.

Практически все случаи ПЗ – 268 (95,7%) регистрируются у работников угледобывающих предприятий.

В 2017 году аналогичный показатель составлял 97,1%.

В 2016 году из 148 случаев ПЗ – 142 (95,9%), также зарегистрировано у работников угледобывающих предприятий.

Наибольшее количество ПЗ зарегистрировано в городах: Шахтерск – 71случай, Енакиево – 67, Донецк – 45 и Торез – 33 случая.

В 2018 году в структуре ПЗ первое ранговое место занимают болезни органов дыхания пылевой этиологии – 53% (108 случаев, в том числе хронический пылевой бронхит – 29% (60 случаев) и антракосиликатоз – 24% (48 случаев); второе место – хроническая пояснично-крестцовая радикулопатия – 34% (69случаев); третье место – вегетативно-сенсорная полиневропатия верхних конечностей – 7% (14 случаев); далее следуют – вибрационная болезнь – 4% (9 случаев); по 1% (по 2 случая) приходится на хроническую

двустороннюю сенсоневральную тугоухость и ВДТБ (туберкулез легких).

Распределение нозологических форм среди профессиональных групп работников представлено следующим образом.

Среди горнорабочих очистного забоя – 99 случаев (35,4%); проходчиков – 73случая (35,4%); среди работников других профессий угольных предприятий – от 1,4 до 7,1% случаев.

Среди работников медицинских учреждений зарегистрировано 2 случая туберкулеза легких (0,7%) и 4,3% среди работников других профессий.

Развитие у работников указанных ПЗ обусловлено наличием комплекса вредных и опасных факторов производственной среды: угольно-породной пыли, производственного шума, общей локальной вибрации, тяжелого и напряженного физического труда, нахождением работника длительное время вынужденной рабочей позы в условиях ограниченного пространства, несовершенством технологических процессов и оборудования, отсутствием или неиспользованием работником средств индивидуальной или коллективной защиты за время трудового процесса, включая методы и средства защиты от инфекционных заболеваний.

Вильдгрубе С.А., Фирсова Г.М.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк

СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЗАЩИТНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ РАЗНОГО ТИПА

Актуальность. В современном мире, переполненном новыми технологиями и количеством информации, на человека в значительной мере начинают действовать повышенные психические нагрузки и стрессовые ситуации. Ежедневно люди сталкиваются с большим количеством напряженных, конфликтных, неопределенных ситуаций, вызывающих общую неспецифическую реакцию организма, т.е. стресс. Вследствие этого увеличивается нагрузка на психические

адаптационные механизмы, которые позволяют преодолевать проблемные ситуации и снижать психическое напряжение. Это психологические защитные механизмы и совладающее со стрессом поведение (копинг-поведение).

Целью нашего исследования выступает изучение совладающего поведения и защитных психологических механизмов пациентов с психосоматическими расстройствами разного типа. Объектом данного исследования является со-

владающее поведение и защитные механизмы личности. Предметом – совладающее поведение и защитные механизмы личности пациентов, страдающих психосоматическими расстройствами. В ходе исследования нами были выдвинуты следующие гипотезы: У лиц, страдающих психосоматическими расстройствами, преобладают дезадаптивные варианты совладания со стрессом и более примитивные защитные механизмы. Существует связь между защитными механизмами личности и совладающим поведением у психосоматических пациентов. Методы исследования: теоретический анализ, обобщение и систематизация научных знаний. Эмпирические методы: методика «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, Г. Келлермана, Х. Конте; опросник копинг-стратегий (COPE) Ч. Карвера в адаптации Е.И. Рассказовой, Т.О. Гордеевой и Е.Н. Осина; опросник стратегий адаптивного поведения (АСП) Н.Н. Мельниковой; Методика психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями Л.И. Вассермана и соавторов; оценочная шкала стрессовых событий Т. Холмса и Р. Раге. Статистические методы обработки данных: общая описательная статистика, сравнение средних показателей t-критерием Стьюдента. Выборку исследования составили 38 человек в возрасте 21-65 лет. Из них – 14 мужчин и

24 женщины. Все они проходили диагностику и лечение у психотерапевта, психолога Института неотложной и восстановительной хирургии им. Гусака (г. Донецк) с диагнозами: соматоформные расстройства с паническими атаками, соматизированная тревога, нозофобии, соматогении, нозогении.

Выводы: в выборке психосоматических пациентов преобладают психологические защитные механизмы такие как подавление, регрессия, которые являются первичными, примитивными защитными механизмами. Среди стратегий адаптивного поведения преобладают пассивные их виды: пассивная репрезентация себя, пассивное выжидание внешних изменений, пассивное подчинение условиям среды. Также преобладает низкий и средний уровень выраженности стратегий совладающего поведения, наиболее используемыми являются самоконтроль, поиск социальной поддержки, положительная переоценка и планирование решения проблемы. Среди копинг-стратегий, наиболее выраженными являются сдерживание, концентрация на эмоциях, использование эмоциональной социальной поддержки, активное преодоление. Первые две являются дезадаптивными стратегиями, вторые – адаптивными. Выявлена связь между защитными механизмами личности и совладающим поведением у психосоматических пациентов.

Вильдгрубе С.А., Фирсова Г.М.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк

Я-КОНЦЕПЦИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ

Актуальность. Ожоги являются одной из главных причин заболеваемости, которая включает длительные сроки госпитализации, обезображивание и инвалидность, и которой сопутствуют социальные проблемы (стигматизация и отвержение). Наиболее серьезными отдаленными последствиями ожоговых травм разной степени тяжести становятся дефекты внешности, которые невозможно полностью откорректировать. Данные увечья являются серьезным психотравмирующим фактором, влияющим на личность обожженного человека, что отражается и на «Я-концепции» данной группы пациентов. Возникшие ограничения и отсутствие возможностей вести привычный образ жизни мотивируют обладателей приобретенных дефектов внешности к обращению за реконструктивной и пластической хирургией. В Донецком регионе

из-за нестабильной социально-экономической ситуации и ведения боевых действий увеличена опасность получения ожоговых травм разными категориями людей. Именно вышеперечисленные причины обусловили выбор проблемы данного исследования и ее актуальность в современной психологической науке.

Целью нашего исследования выступает изучение особенностей «Я – концепции» личности при посттравматическом стрессовом расстройстве. Объектом данного исследования является «Я-концепция» личности. Предметом – «Я-концепция» личности при посттравматическом стрессовом расстройстве. В ходе исследования нами была выдвинута следующая гипотеза: психологические и физические компоненты «Я-концепции» личности лиц, перенесших термические повреждения, с выраженными симпто-

мами ПТСР будут отличаться от таковых у лиц, не имеющих выраженных симптомов ПТСР. В данной работе были использованы следующие эмпирические методы: беседа, методика SF-36 «Краткая форма оценки здоровья»; методика исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман в адаптации М.А. Падун, А.В. Котельниковой; опросник BIQLI «Влияние образа тела на качество жизни» Т. Кэша в адаптации Л.Т. Баранской, А.Е. Ткаченко, С.С. Татауровой; шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом О.А. Скугаревского; Миссисипская шкала для оценки ПТСР (гражданский вариант) в адаптации Н.В. Тарабриной. Математические методы: корреляционный анализ Пирсона, U-критерия Манна-Уитни. Эмпирическую базу исследования составили 36 человек, из них 11 женщин и 25 мужчин в возрасте 14-67 лет. Все они являлись пациентами отделения термических поражений и пластической хирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. Гусака (г. Донецк). Выборка была разделена на экспериментальную и контрольную. Экспериментальная – пациенты, имеющие

выраженные симптомы ПТСР, контрольная – не имеющие выраженных симптомов ПТСР.

Выводы. Среди наиболее выраженных симптомов ПТСР у ожоговых пациентов преобладают повышение тревожности, приступы снижения настроения, которые прячутся под маской безразличия или даже наигранного веселья, кошмарные сновидения и бессонница, повышенные эмоциональная лабильности, постоянная фиксация на следах ожоговой травмы на теле, частые высказывания пациентов об увечье, шрамах, физической боли. Убежденность в справедливости окружающего мира, согласно которому за плохое поведение мы рано или поздно получим наказание, за хорошее – вознаграждение, негативное влияние «Образа тела» на качество их жизни, низкий уровень удовлетворенности собственным телом. В результате исследования психологического и физического компонентов «Я – концепции» личности лиц с ожоговыми повреждениями мы выявили значимые различия у пациентов с выраженными симптомами ПТСР и без таковых.

Витрищак С.В., Савина Е.Л., Клименко К.В., Клименко А.К.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ТОКСИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ ТОЛУОЛА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА – ОДНА ИЗ ВАЖНЫХ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

Актуальность исследования: Тoluол представляет собой важный в промышленном, военном и бытовом отношении химический продукт, производство которого во всем мире достигает огромных величин, он включен в перечень приоритетных загрязняющих веществ. В многочисленных исследованиях с использованием чистого толуола, по данным литературы, не удалось продемонстрировать его действие на кроветворную и иммунную системы, взаимосвязь уровней воздействия толуола и показателей функциональных и предпатологических изменений иммунологического статуса организма, что позволило бы судить о вероятности возникновения заболеваний, а при изучении здоровья населения выявить контингент с пониженной резистентностью организма.

Результаты обсуждения: Тoluол широко используется в военно-технической области, где входит в группу ядовитых технических жидкостей (ЯТЖ), в качестве исходного сырья в органическом синтезе большого числа новых химических веществ и других производных то-

луола, применяемых в качестве промежуточных продуктов красителей, модификаторов смол, бактерицидных смол и т.д.. С толуолом и другими веществами, которые в технических целях применяются в армии и на флоте, личный состав сталкивается в своей повседневной служебной деятельности. При определенных обстоятельствах такие вещества могут послужить причиной тяжёлых острых отравлений, нередко заканчивающихся смертельным исходом. При хроническом воздействии этих веществ на организм развиваются профессиональные заболевания. Технические ядовитые вещества представляют собой в основном жидкости, поэтому их и обозначили как ЯТЖ. Наиболее частые причины острых отравлений ЯТЖ на промышленных предприятиях и в воинских частях и подразделениях могут быть сгруппированы в две основные группы: непреднамеренное воздействие ЯТЖ; преднамеренный приём ядовитой токсической жидкости. Непреднамеренное воздействие ЯТЖ на работающих с ними лиц, а также на окружающих возможно: при их разливе; отсутствии

герметичности тары с ЯТЖ; отсутствие или недостаточная эффективность вытяжной вентиляции; пренебрежение мерами безопасности, средствам индивидуальной защиты или неисправность последних. При достаточной технической и санитарной грамотности работающих с ЯТЖ эти причины острых отравлений могут и должны быть искоренены. Работа с ЯТЖ регламентирована руководящими документами и относится по своему роду к работам с повышенной опасностью. Руководители, ответственные за хранение и применение ЯТЖ, обязаны: а) проводить (организовывать) систематический инструктаж персонала, связанного с транспортировкой, приёмом, хранением, выдачей и применением ЯТЖ, о мерах предосторожности и правилах обращения с ними; б) вести при участии медицинского персонала разъяснительную работу по вопросам токсического действия этих продуктов и предупреждения отравлений. С целью профилактики профессиональных заболеваний лица при поступлении на работу с ЯТЖ проходят обязательные предварительные, а работающие постоянно

с ними – периодические медицинские осмотры. Вся работа с ЯТЖ должна находиться в поле зрения врачей профилактического профиля. Каждый случай отравления ЯТЖ сопровождается медицинским и административным расследованием, а также работой судебно-медицинской экспертизы и следственных органов.

Выводы: Таким образом, в профилактической работе врача по предупреждению несчастных случаев при работе с ЯТЖ можно выделить следующие основные направления: строгий контроль условий хранения и использования ЯТЖ (в том числе герметизации оборудования, постоянный контроль уровня концентрации толуола в воздухе производственных помещений); контроль работы с ЯТЖ личного состава; особенно контроль защиты органов дыхания (работа в противогазах при наличии высоких концентраций) и кожи; санитарно-просветительская работа среди работающего персонала; обучение личного состава правилам оказания медицинской помощи при острых отравлениях.

Ворожко А.А.

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

ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ИЗ АКРИЛОВЫХ ПОЛИМЕРОВ

Аденития является одним из наиболее распространённых стоматологических заболеваний, которым по данным ВОЗ страдает до 75% населения. Из всего перечня ортопедической помощи доля съёмного протезирования составляет до 80%. По данным отдельных авторов, в 72-80% случаях для изготовления съёмных зубных протезов используют акриловые полимеры, главными преимуществами которых являются доступность, дешевизна, технологичность и простота изготовления. Вместе с тем необходимо отметить, что на акриловые базисные полимеры могут развиваться протезные стоматиты, среди которых наибольшей актуальностью характеризуются воспалительные реакции аллергического генеза. Несмотря на высокую актуальность аллергических осложнений, тем не менее, иммунологические механизмы патогенеза стоматитов в ответ на установление акриловых протезов исследованы недостаточно.

Цель работы

Изучить особенности иммунологической реактивности у пациентов в динамике протезирования акриловыми протезами.

Материал и методы

Обследовано 54 пациента в возрасте от 42 до 88 лет. Лабораторные исследования выполнялись непосредственно перед протезированием и через 1 месяц после установки протеза, изготовленного из акрилового полимера «Белакрил-М ГО» по стандартной методике. В сыворотке крови определялись концентрации интерлейкина-4 (IL-4), фактора некроза опухоли альфа (TNF- α), секреторного иммуноглобулина класса А (sIgA), общего иммуноглобулина класса Е (IgE), общего иммуноглобулина класса G₄ (IgG₄), специфические к акрилу антитела классов IgE и IgG. В ротовой жидкости исследовалось содержание IL-4, TNF- α и sIgA.

Результаты и обсуждение

Развитие стоматита через 1 месяц после установки акриловых протезов сочетается с исходно повышенными ($p < 0,05$) концентрациями в сыворотке крови IL-4 и IgE общего. Причем, уровни IL-4 и IgE общего остаются повышенными и после протезирования ($p < 0,05$). Кроме того, после установки протезов у пациентов, имеющих клинические признаки стоматита, обнаруже-

ны увеличенные концентрации антиакриловых антител класса IgE ($p=0,04$), а также динамика нарастания в ротовой жидкости уровней цитокинов TNF- α ($p=0,03$) и IL-4 ($p=0,04$).

Заключение

Полученные результаты целесообразно учи-

тывать при прогнозировании развития протезных стоматитов и использовать для разработки индивидуальных схем лечебно-профилактических мероприятий с целью предупреждения осложнений после протезирования.

Ворожко А.А.

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

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЛЮНЫ В ДИНАМИКЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АКРИЛОВЫМИ ПОЛИМЕРАМИ

Среди протезных материалов наиболее востребованы акриловые полимеры, доля которых в изготовлении протезов достигает 72%. Основными преимуществами акриловых протезов являются доступность, дешевизна, технологичность и простота изготовления. Однако акриловые пластмассы обладают свойством вызывать стоматиты аллергического генеза, что является достаточно актуальным для изучения.

Цель работы

Изучить особенности иммунологической реактивности у пациентов в динамике протезирования акриловыми протезами.

Материал и методы

Обследовано 54 пациента в возрасте от 42 до 88 лет. Среди обследованных лиц было 38 женщин и 16 мужчин. Лабораторные исследования выполнялись непосредственно перед протезированием и через 1 месяц после установки протеза, изготовленного из акрилового полимера по стандартной методике. В ротовой жидкости в динамике наблюдения исследовалось содержание IL-4. Для этого использовались иммуноферментные тест-системы производства «Вектор-Бест» (Россия).

Результаты и обсуждение

Через 1 месяц после протезирования у 16 пациентов (29,6%) были выявлены симптомы стоматита (дискомфорт в полости рта, наличие гиперемии и отека слизистых рта и т.д.). Вы-

шеуказанные лица были выделены в отдельную группу для анализа иммунологических показателей в динамике наблюдения. В качестве сравнения были использованы результаты обследования остальных 38 пациентов, которые не имели признаков осложнения. По результатам исследования ротовой жидкости было установлено отсутствие различий между группами как до протезирования, так и спустя и 1 месяц после. Однако обращает внимание динамика показателей изученных цитокинов. В группе больных стоматитом установлено нарастание в ротовой жидкости концентрации IL-4 ($p=0,04$). В группе лиц с протезным стоматитом ($n=16$) медиана (Me) и интерквартильный размах (Q1-Q3) уровней IL-4 до протезирования составил 1,85 (0,90-3,10) пг/мл, а после протезирования – 2,55 (1,75-3,80) пг/мл. В группе же сравнения ($n=38$) в динамике лечения изменений уровней цитокинов установлено не было ($p>0,05$). Показатели IL-4 до установки протезов составили 1,30 (0,0-2,30) пг/мл, после протезирования – 1,75 (0,60-2,80) пг/мл соответственно.

Заключение

Таким образом, установлено, что развитие стоматита через 1 месяц после установки акриловых протезов сочетается с динамикой нарастания в ротовой жидкости уровней цитокина IL-4 ($p=0,04$), что отражает развитие воспалительного и аллергического процессов.

Вустенко В.В., Глушич С.Ю.

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

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПОДРОСТКОВ О РОЛИ ВИТАМИНА D И МЕТОДАХ ПРОФИЛАКТИКИ ЕГО ДЕФИЦИТА В ОРГАНИЗМЕ

Актуальность. Дефицит витамина D в XXI в. является общепризнанной пандемией, которая затрагивает преобладающую часть общей попу-

ляции, включая детей и подростков, взрослых, беременных и кормящих матерей, женщин в менопаузе, пожилых людей. В рандомизированных

исследованиях был выявлен дефицит витамина D у 20-80% мужчин и женщин Европы, США и Канады. Большинство лиц, проживающих выше 35 градусов северной широты, имеет дефицит витамина D, так как уровень инсоляции недостаточен, а пища обеднена витамином D. Географическое расположение Донецка в северной широте 38 параллели, где из-за более острого угла падения солнечных лучей и их рассеивания в атмосфере с ноября по март кожа практически не синтезирует витамин D, подчеркивает актуальность нашего исследования в Донецкой Народной Республике.

Цель. Определить уровень осведомлённости школьников о роли витамина D в организме и методах профилактики недостаточности витамина D.

Материалы и методы. Нами было проведено анкетирование учащихся 9-11 классов общеобразовательных школ г. Донецк, г. Горловка. Анкетирование проводилось с октября по декабрь 2016 года учащимися секции «Клиническая медицина» Малой академии наук Донецкой Народной Республики. Всего на вопросы ответили 168 учеников в возрасте от 13 до 16 лет (54% девочки, 46% мальчики, $p < 0,05$). Вопросы, которые использовались при анкетировании, были составлены нами самостоятельно, с учётом наиболее важных, на наш взгляд, аспектов роли витамина D и методах профилактики его дефицита в организме человека. Участие в анкетировании было добровольным, результаты оценивались анонимно, что повышало вероятность честного ответа со стороны опрошенных.

Результаты исследования. В нашем опросе

только 81 (48%) ученик правильно ответил, какими являются функции витамина D в организме человека. В нашей анкете 78 (46%) учеников ответили, что они знают, что дефицит витамина D у детей может привести к рахиту, а 75 (44%) осведомлены, что у взрослых недостаточное потребление витамина D вызывает остеопороз. Всего лишь 62 (36%) ученика, знают, какие продукты имеют максимальное содержание витамина D. В тоже время только 85 (50%) учеников осведомлены, что регулярные и длительные прогулки на солнце способствуют образованию витамина D.

Выводы. Проведённый нами опрос 168 школьников в возрасте от 13 до 16 лет убедительно показал довольно низкий уровень осведомлённости детей о роли витамина D в организме человека. Вопросы относительно продуктов с наибольшим содержанием витамина D вызвали затруднения, что свидетельствует о невозможности предотвратить дефицит витамина D, из-за недостаточных знаний про свойства витамина. Поэтому с нашей точки зрения важно проводить лекции и семинары в школах для повышения уровня знаний учеников о витамине D. Понимание механизмов влияния витамина D на организм может предотвратить ряд заболеваний путем своевременной профилактики его дефицита. Мы считаем, что достаточная осведомленность о функциях витамина D в организме, знания о профилактике его недостаточности путем сбалансированного питания и режима могут предотвратить развитие ряда заболеваний, особенно в группах риска, куда безусловно относится население нашего региона.

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Черняк А.Н.

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

ВЛИЯНИЕ КЛИМАТО-ГЕЛИОГЕОФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ДОНБАССА

К факторам физической природы, которые могут оказывать определенное влияние на формирование состояния здоровья человека, относят климатические факторы и геомагнитные бури (ГМБ). По данным многих авторов у здоровых людей во время ГМБ может ухудшаться общее самочувствие, часто нарушаются функции памяти, внимания, возникает головная боль, снижается работоспособность, а у лиц с нарушениями функционирования сердечно-сосудистой системы (ССС) эти воздействия могут приводить к возникновению острых сосудистых расстройств (гипертонических кризов, инсультов и др.)

Цель работы

Оценка влияния климато-гелиогеофизических факторов на сердечно-сосудистую систему человека.

Материалы и методы

Было проведено ретроспективное научное исследование, включающее изучение длительности ГМБ, оценку распространённости и сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) у населения Донецкой области (на 10000 человек) за период с 2000 по 2010 г.г. Продолжительность ГМБ оценивалась по открытой базе данных Института земного магнетизма, ионосферы и рас-

пространения радиоволн им. Н.В. Пушкина Академии наук РФ.

Результаты и обсуждение

Общая продолжительность ГМБ за период 2000-2010г.г. составила 16576 часов, из них 13391 (80,7%) часов приходилось на бури с постепенным началом и 3185 (19,2%) часов – с внезапным началом. Продолжительность бурь с внезапным началом была в три раза меньше, чем бурь с постепенным началом. Исследования показали, что суммарная продолжительность больших и очень больших бурь с внезапным и постепенным началом, практически одинакова. При изучении влияния ГМБ на распространенность ССЗ среди населения Донецкой области было установлено совпадение пиков роста и снижения заболеваемости некоторыми нозологическими формами сосудистой патологии и продолжительности ГМБ с постепенным и внезапным началом. При этом, отмечается тенденция к росту заболеваемости острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) по мере увеличения продолжительности магнитных бурь. Эта тенденция особо прослеживается в период с 2001г. по 2007г., а с 2008г. отмечается рост заболеваемости ОНМК с одновременным снижением общей продолжительности бурь. Это вероятно связано с влиянием климатических факторов (изменение

уровня атмосферного давления, движение воздушных масс, осадки и других. Под воздействием ГМБ могут возникать функциональные нарушения в работе регуляторных системах организма человека, приводящие к нарушению сердечного ритма и повышению сосудистого тонуса. У здоровых лиц с нормальными адаптационными возможностями стресс, связанный с воздействием климато-гелиогеофизических факторов, преодолевается без последствий и вызывает лишь незначительные функциональные расстройства. У больных с патологией сердечно-сосудистой системы влияние ГМБ может представлять серьезную опасность, особенно для людей, работа которых связана с постоянным сенсорным и психо-эмоциональным напряжением, например, операторы, водители транспорта, летчики.

Заключение

Полученные результаты исследований свидетельствуют о существовании зависимости между сердечно-сосудистой заболеваемостью и суммарной продолжительностью климато-гелиогеофизических факторов и геомагнитных бурь. Необходимо проведение дальнейших научных исследований по оценке влияния геомагнитных бурь на человека с целью своевременного выявления и коррекции различных функциональных нарушений и заболеваний.

Выхованец Ю.Г., Алешечкин П.А., Тетюра С.М., Черняк А.Н.

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

ЭКСПРЕСС-МЕТОД ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЧЕЛОВЕКА

Одной из основных причин высокой смертности населения в разных странах мира являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Одной из причин негативной тенденции роста ССЗ является отсутствие эффективных экспресс-методов и программ по первичной профилактике этих заболеваний.

Цель работы

Разработать модель оценки функционального состояния (ФС) сердечно-сосудистой системы на основе анализа временных характеристик интервалов QT электрокардиограммы с учетом пищевого статуса и образа жизни человека.

Материалы и методы

На основании критериев включения и исключения был отобран 231 человек (142 (61,5%) мужчины и 89 (38,5%) женщин в возрасте от 17 до 29 лет. Средний возраст участников составил $20 \pm 0,18$ (95%ДИ: 19,66-20,39) лет. Группы исследуемых формировались на основании оцен-

ки состояния здоровья исследуемых по данным заключений специалистов после проведения ежегодного профилактического осмотра на базе городской клинической больницы №4 города Донецка.

Результаты и обсуждение

С целью прогнозирования риска нарушений проводимости миокарда на основе оценки длительности интервала QT была построена многофакторная математическая модель. Полученное уравнение многофакторной линейной регрессии имеет вид:

$$Y = 0,003168 * A + 0,000625 * B + 0,000369 * C + 0,000633 * D + 0,000422 * E + 0,00072 * F,$$

где: Y – расчетная длительность интервала QT; A – паспортный возраст исследуемого (лет); B – масса тела (кг); C – длина тела (см); D – частота сердечных сокращений (уд./мин.); E – систолическое артериальное давление (мм рт.ст.); F – диастолическое артериальное давление (мм рт.ст.).

На следующем этапе была построена многофакторная модель прогнозирования степени изменений длительности интервала QT. В результате расчетов было получено уравнение логистической регрессии:

$$Z = \exp(-59,312 + 1,242 * x + 170,204 * y + 0,312 * \beta + 0,185 * \alpha) / (1 + \exp(-59,312 + 1,242 * x + 170,204 * y + 0,312 * \beta + 0,185 * \alpha)),$$

где Z – прогностический параметр определяющий принадлежность к разным классам ФС проводящей системы сердца; x – гендерная принадлежность исследуемых (1 – мужчины, 2 – женщины); y – расчетный показатель длительности интервала QT; β – показатель, характеризующий дефицит витаминов группы В (1 – отсутствует дефицит 2 – имеется дефицит), α – показатель, характеризующий наличие вредной привычки «курение» (1 – отсутствует привычка, 2 – имеется привычка).

Выхованец Т.А., Выхованец Н.Ю., Машинистов В.В.

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

РОЛЬ ПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

Питание является одним из главных факторов, определяющих здоровье, и представляет собой серьезную социально-гигиеническую проблему современного общества, в том числе учащейся молодежи. Нарушения в питании способствуют возникновению множества алиментарно-обусловленных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые (атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь); желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, печени, кишечника, в т.ч. онкологические); мочеполовой системы (мочекаменная болезнь); обмена веществ (сахарный диабет, гипер- и гиповитаминозы, ожирение); зубов и полости рта (кариес зубов и др.). Кроме того, неправильное питание косвенно ведет к ослаблению иммунной системы организма, в результате чего снижается резистентность организма к простудным заболеваниям, наступает преждевременное старение и снижается продолжительность жизни человека.

Целью работы стало выявление факторов риска в питании учащихся и формирование правильного отношения к соблюдению правильного питания, что является неотъемлемой частью здорового образа жизни. Особое внимание уделялось выявлению причин, которые мешают студентам соблюдать правильный режим питания.

Материал и методы. Проведено анкетирование и обследование 49 человек (студенты 1-го и

Используя элементы факторного нейросетевого анализа и расчеты референтных интервалов показателя Z , определили критическое значение этого прогностического параметра, которое составило $Z_{кр.} = 0,2985$. Таким образом, если в результате расчетов текущее значение Z будет больше критического $Z_{кр.}$, прогнозируется высокий риск ухудшения ФС. В случае, если текущее значение Z будет меньшим, чем $Z_{кр.}$, прогнозируется низкий риск ухудшения ФС.

Заключение

Экспресс-диагностика ФС заключается в выявлении лиц, у которых прогнозируется высокий риск ухудшения ФС проводящей системы сердца, что не позволяет им выполнять определенные профессиональные задачи, требует дополнительного медицинского обследования и последующее динамическое наблюдение.

2-го курсов медицинского университета). Анкета включает вопросы по характеристике индивидуального питания, предпочтениям в пище, наличии хронических заболеваний, вредных привычек и т.д. Микросимптомы витаминной недостаточности определялись в ходе опроса и визуально.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования установлено, что почти пищевой статус у 60% студентов характеризуется как обычный, у 40% отмечены признаки гипотрофии 1-й и 2-й степени, у 10% – ожирение 1-й степени. При этом более чем у 60% студентов отмечаются микросимптомы витаминной недостаточности (С, А, витаминов групп В, РР). В режиме питания также выявлены нарушения: 25% опрошенных питаются 1-2 раза в сутки, при этом регулярно горячее питание получают лишь 18% студентов. Следует отметить, что в течение дня во время перерывов буфетную продукцию покупают более 50% опрошенных. У более чем 30% респондентов отмечается существенный дефицит в рационе овощей, фруктов, молочных продуктов. Хроническими заболеваниями (установленными) страдают 25% студентов, около 10% – предъявляют жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта. Почти 20% студентов более 4-х раз в течение года болеют острыми респираторными заболеваниями.

Заключение. Большинство учащихся поло-

жительно относятся к правильному (рациональному) питанию, однако отмечают ряд обстоятельств, мешающих его соблюдать: недостаток времени на приготовление пищи и большая учебная загруженность, малый ассортимент и высокая стоимость продуктов питания (готовых блюд, буфетной продукции). Основной прием пищи у большей части студентов приходится на вечерние часы, что создает нагрузку на желудочно-кишечный тракт и способствует

возникновению различных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта. У многих студентов жидкие блюда в рационе отсутствуют, зачастую употребляют продукты быстрого приготовления (лапшу, пюре, каши). Учащиеся младших курсов недостаточно информированы о принципах рационального питания, а изучение основных аспектов диетологии начинается лишь с 3-го курса.

Выхованец Т.А., Павлович Л.В., Ежелева М.И.

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

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА ПО ГИГИЕНЕ ПИТАНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ОБУЧЕНИЯ

С развитием современных технологий пищевой промышленности, изменением характера питания человека и требований к качеству пищевых продуктов актуальной стала проблема подготовки высококвалифицированных специалистов в этой области.

Специальная подготовка будущих санитарных врачей по гигиене питания в медицинском университете, в соответствии с требованиями нового государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки по специальности 32.05.01. – «Медико-профилактическое дело», начинается на 3-м курсе с изучения дисциплины «Общая гигиена, социально-гигиенический мониторинг» и специальных вопросов по разделу «Гигиена питания». Практическими занятиями предусмотрено изучение традиционных и нетрадиционных видов питания, основных нутриентов пищевого рациона (белки, жиры, углеводы, минеральные вещества, витамины) и их физиологического значения для организма человека. Студенты также осваивают методы определения энергетических затрат и энергетической ценности пищи, разрабатывают рекомендации по профилактике моно- и полинутриентных дефицитов для различных групп населения. Основная задача обучения на данном этапе – показать физиологическую и профилактическую значимость рационального питания населения, изучить гигиенические аспекты заболеваний алиментарного генеза и их профилактики. Промежуточная аттестация осуществляется в форме экзамена с оценкой.

На 5-м курсе обучения студенты продолжают изучать гигиену питания в процессе семинарско-практических и лабораторных занятий, на ко-

торых осваиваются принципы рационального питания и методы определения показателей качества и безопасности продуктов питания на соответствие стандартам и техническим условиям по гигиеническим показателям. Студенты знакомятся с некоторыми методами определения фальсификации продуктов питания. Изучаются законодательные и нормативные документы по качеству продовольственного сырья и пищевых продуктов. Аттестация студентов 5-го курса осуществляется в виде переводного экзамена по гигиене питания.

Последний, 6-й год обучения посвящен изучению пищевого статуса организма, особенностям питания различных групп населения (рациональное, лечебно-профилактическое, диетотерапевтическое питание), основ санитарной охраны продовольственного сырья и пищевых продуктов, стандартизации и сертификации пищевых продуктов, принципов профилактики заболеваний алиментарного генеза (пищевых отравлений, инфекционных и паразитарных заболеваний с пищевым фактором передачи). Студенты изучают основы предупредительного и текущего санитарного надзора за предприятиями пищевой промышленности, общественного питания и торговли, осваивают основные формы проведения санитарно-просветительной работы среди населения по вопросам здорового образа жизни и правильного питания. Выполняют научно-исследовательскую работу, в которой разрабатывают рекомендации по оптимизации пищевого рациона и алиментарной профилактике различных неинфекционных заболеваний. Оценка уровня подготовки студентов осуществляется на каждом занятии путем опроса, контроля выполнения студентами практической

работы и оценки качества написания протокола, решения контрольных тестовых заданий. По окончании 6-го курса студенты сдают государственный экзамен по гигиене и экологии.

Таким образом, в рамках новых требований, отлажен механизм непрерывного и последова-

тельного обучения студентов гигиене питания на протяжении последних 4-х лет обучения в медицинском вузе, что способствует лучшему усвоению материала и более качественной подготовке будущих специалистов по гигиене питания.

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Черняк А.Н.

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

ВЛИЯНИЕ КЛИМАТО-ГЕЛИОГЕОФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ДОНБАССА

К факторам физической природы, которые могут оказывать определенное влияние на формирование состояния здоровья человека, относят климатические факторы и геомагнитные бури (ГМБ). По данным многих авторов у здоровых людей во время ГМБ может ухудшаться общее самочувствие, часто нарушаются функции памяти, внимания, возникает головная боль, снижается работоспособность, а у лиц с нарушениями функционирования сердечно-сосудистой системы (ССС) эти воздействия могут приводить к возникновению острых сосудистых расстройств (гипертонических кризов, инсультов и др.)

Цель работы

Оценка влияния климато-гелиогеофизических факторов на сердечно-сосудистую систему человека.

Материалы и методы

Было проведено ретроспективное научное исследование, включающее изучение длительности ГМБ, оценку распространённости и сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) у населения Донецкой области (на 10000 человек) за период с 2000 по 2010 г.г. Продолжительность ГМБ оценивалась по открытой базе данных Института земного магнетизма, ионосферы и распространения радиоволн им. Н.В. Пушкова Академии наук РФ.

Результаты и обсуждение

Общая продолжительность ГМБ за период 2000-2010г.г. составила 16576 часов, из них 13391 (80,7%) часов приходилось на бури с постепенным началом и 3185 (19,2%) часов – с внезапным началом. Продолжительность бурь с внезапным началом была в три раза меньше, чем бурь с постепенным началом. Исследования показали, что суммарная продолжительность больших и очень больших бурь с внезапным и постепенным началом, практически одинакова. При изучении влияния ГМБ на распространённость ССЗ среди населения Донецкой области было установлено

совпадение пиков роста и снижения заболеваемости некоторыми нозологическими формами сосудистой патологии и продолжительности ГМБ с постепенным и внезапным началом. При этом, отмечается тенденция к росту заболеваемости острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) по мере увеличения продолжительности магнитных бурь. Эта тенденция особо прослеживается в период с 2001г. по 2007г., а с 2008г. отмечается рост заболеваемости ОНМК с одновременным снижением общей продолжительности бурь. Это вероятно связано с влиянием климатических факторов (изменение уровня атмосферного давления, движение воздушных масс, осадки и других). Под воздействием ГМБ могут возникать функциональные нарушения в работе регуляторных систем организма человека, приводящие к нарушению сердечного ритма и повышению сосудистого тонуса. У здоровых лиц с нормальными адаптационными возможностями стресс, связанный с воздействием климато-гелиогеофизических факторов, преодолевается без последствий и вызывает лишь незначительные функциональные расстройства. У больных с патологией сердечно-сосудистой системы влияние ГМБ может представлять серьёзную опасность, особенно для людей, работа которых связана с постоянным сенсорным и психо-эмоциональным напряжением, например, операторы, водители транспорта, летчики.

Заключение

Полученные результаты исследований свидетельствуют о существовании зависимости между сердечно-сосудистой заболеваемостью и суммарной продолжительностью климато-гелиогеофизических факторов и геомагнитных бурь. Необходимо проведение дальнейших научных исследований по оценке влияния геомагнитных бурь на человека с целью своевременного выявления и коррекции различных функциональных нарушений и заболеваний.

Выхованец Ю.Г., Талёб Аль Каравани Я.Б.

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

ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У УЧАЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Успешность обучения студентов в медицинском вузе напрямую зависит от их функционального состояния. Повышенная эмоциональная нагрузка, стрессы, нерациональный режим труда и отдыха, режим питания, сложность изучаемых дисциплин приводит к напряжению адаптационных функций организма. В результате повышенной учебной нагрузки у учащихся может возникать хроническое утомление, приводящее к нарушению функционирования не только центральной нервной, но и сердечно-сосудистой системы (ССС). По литературным данным для оценки функциональных состояний ССС, наиболее приемлемым для практического использования является индекс функциональных изменений системы кровообращения, или адаптационный потенциал (АП).

Цель работы.

Цель настоящих исследований – анализ АП у учащихся с различным уровнем здоровья в процессе обучения в ВУЗе.

Материалы и методы.

Исследования были проведены на базе психофизиологической лаборатории кафедры медицинской физики, математики и информатики «ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького». На основании критериев включения и исключения для исследования было отобрано 33 человека: 17 (51,51%) лиц женского и 16 (48,48%) – мужского пола. Средний возраст обследуемых составил $18 \pm 0,4$ (95% ДИ 18-19) лет. На момент проведения исследования 25 (75,6%) человек не имели острых и обострений хронических заболеваний, из них 11 (44%) лиц мужского пола и 14 (56%) – женского. При первичном осмотре, опросе исследуемых было выявлено 8 (24,24%) лиц с наличием хронических, из них 5 (62,5%) лиц мужского и 3 (37,5%) – женского пола.

Результаты и обсуждение.

В результате проведенных исследований было установлено, что показатель АП в группе здоро-

вых лиц, до проведения функциональных проб, находился в пределах 2,59 у.е., что соответствует состоянию удовлетворительной адаптации ССС к воздействию стрессовых факторов. При оценке исходных значений АП, у лиц с хроническими заболеваниями, установлено, что у мужчин и женщин показатель был выше предела нижней границы значений, соответствующих состоянию напряжения механизмов адаптации (2,60-3,09 у.е.). Таким образом, испытуемые, имеющие хронические заболевания, входят в группу риска лиц, у которых возможно возникновение различных заболеваний ССС.

Была проведена оценка АП при проведении функциональных проб. В результате исследований были выявлены достоверные различия по показателю АП у мужчин и женщин до и после проведения лишь ортостатической пробы ($p < 0,05$). Показатель АП после проведения данной пробы был выше предела нижней границы шкалы (3,10-3,49 балла), соответствующей уровню неудовлетворительной адаптации ССС. После проведения клиностатической пробы и пробы с задержкой дыхания АП в изучаемых группах был выявлен на уровне, который соответствовал состоянию напряжения механизмов адаптации.

Заключение.

Таким образом, исследованиями установлено, что показатель АП является чувствительным маркером функционального состояния ССС организма человека. Функциональная ортостатическая проба позволила выявить группу лиц, имеющих показатели неудовлетворительной адаптации ССС. Другие функциональные пробы (клиностатическая и проба с задержкой дыхания) также являются информативными и позволяют выявлять состояния напряжения механизмов адаптации у лиц с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии.

Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Лахно О.В.

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

КУРС «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И БИОСТАТИСТИКА» В РАМКАХ СЕМИНАРА ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ НАВЫКОВ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАУЧНЫХ И НАУЧНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

В профессиональной деятельности преподавателей ВУЗа важным разделом работы является проведение научных изысканий. Качество выполнения научных исследований зависит от многих факторов, в том числе и от знаний в области доказательной медицины (ДМ) и биостатистики. Это обусловлено тем, что научный работник должен уметь правильно анализировать и интерпретировать полученные в результате экспериментальных исследований данные.

Цель работы – совершенствование навыков анализа медико-биологической информации научно-педагогическими работниками ВУЗа.

Результаты и обсуждение

В соответствии с решением Ученого совета от 18 декабря 2018 года на основании приказа по университету в 2019 году в ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО в рамках семинара по совершенствованию навыков научно-исследовательской деятельности научных и научно-педагогических работников был проведен цикл занятий «Доказательная медицина и биостатистика». Целью данного курса является совершенствование знаний по биостатистике как важнейшему разделу ДМ, приобретение навыков анализа медико-биологической информации. Занятия проводились на кафедре медицинской физики, математики и информатики ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО с использованием современной вычислительной техники и специализированных статистических пакетов прикладных программ «MedStat», «BioStat», «Statistica». Цикл занятий включал 5 лекций (10 часов) и 4 семинарских занятия (30 часов). Ознакомившись с классическими представлениями ДМ, слушатели курсов должны понимать и правильно применять на практике принципы планирования исследований, иметь представ-

ление о значении и месте доказательной медицины в биомедицинских исследованиях, уметь использовать возможности современных статистических пакетов для обработки и анализа полученной информации и применять изучаемые методы для правильного представления полученных результатов. На лекциях и практических занятиях курса были рассмотрены вопросы методологии подготовки данных исследования к первичной статистической обработке, анализу результатов медико-биологических исследований средствами статистических пакетов, правила представления и оформления результатов анализа биомедицинских данных, а также подготовки систематических обзоров и мета-анализов с использованием современных информационных технологий. Все материалы лекционного курса были представлены на портале информационной образовательной среды ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО. Слушателями данного курса стали представители функциональных подразделений университета, которым по окончании обучения были выданы соответствующие сертификаты.

Заключение

Преподаватели данного семинара отметили большую заинтересованность со стороны слушателей курса как к теоретической, так и к практической его части. В свою очередь, слушатели семинара отметили важность и целесообразность проведения подобных занятий для сотрудников университета и высказали пожелания о расширении программы данного курса с включением в него дополнительных практических занятий по овладению навыками работы со статистическими пакетами для анализа полученной научной информации.

Габрева М.А.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПАРОТИТ У ВЗРОСЛЫХ: ЧЕМ ОПАСНА ИНФЕКЦИЯ?

Цель исследования. Проанализировать особенности течения инфекционного паротита и возможные осложнения у взрослых.

Материалы и методы. Изучены литературные источники, проанализированы и систематизированы научные труды разных специальностей по проблематике течения и осложнения инфекционного паротита у взрослых, материалы веб-сайтов.

Результаты. К взрослому возрасту только около 20-25% людей не имеет антител к вирусу паротита и способно заболеть этой инфекцией. Причем поражение может затрагивать не только слюнные железы, но и многие другие, а также нервную систему с формированием отсроченных вторичных осложнений.

По мере развития заболевания повышается температура, она может держаться до недели. Возможно и безлихорадочное течение, оно говорит о том, что иммунная система слабо реагирует на вирусы. Параллельно с общими проявлениями стартует воспаление в области слюнных желез. Чаще всего поражаются околоушные, но могут также воспаляться подчелюстные и подъязычные железы. Типична их отечность и болезненность при нажатии, отделения слюны практически не происходит. Лицо за счет воспаления желез приобретает отекший вид с выраженной припухлостью около ушей и по краям нижней челюсти. Кожа над местом отека сильно напряжена и растянута, лоснится, но изменения цвета не выявляется. Для взрослого возраста типично изначальное двустороннее воспаление. На фоне него возникает болезненность при приеме пищи и питье, проблемы с речью, неудобство во время сна и шум в ушах из-за сдавления слуховых

труб. Из-за дефицита слюны сильно пересыхает во рту, возникает неприятный запах и проблемы с пищеварением. Отечность держится до 4-5 дней, постепенно уменьшаясь. На фоне воспаления желез выражены насморк и кашель, боль при глотании, а также возможны боли в животе и поносы.

На фоне циркуляции вируса в крови возможно появление сыпи, которая имеет вид насыщенных красных пятен, обильно расположенных на коже конечностей, на лице и частично – на туловище. У мужчин вирус способен поражать ткани яичка с формированием острого орхита. Поражение может начинаться либо одновременно с отеком слюнных желез, либо проявляется через 2-3 недели после первых симптомов. Наличие орхита сложно перепутать с чем-либо, для него типично резкое повышение температуры, иногда до 40°C на фоне острой резкой боли в мошонке. Кожа сильно отекает и краснеет, вирус поражает изначальное одно яичко, хотя возможно и двустороннее воспаление.

Выводы: Примерно у 5% взрослых вирус может поражать поджелудочную железу, приводя к клиническим симптомам острого панкреатита, который по мере стихания воспаления полностью проходит. А вот развитие у мужчин бесплодия после перенесенного паротитного орхита вполне возможно, около 30% мужчин приобретают бесплодие, особенно если это было двустороннее поражение. Важно обязательно определить причину воспалительных поражений у взрослых, что связано с необходимостью проведения карантинных мероприятий. Вирус выявляется методом ПЦР в крови заболевшего или при определении антител класса М к паротиту.

Гапонова О.В.

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

СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФАРКТМ МИОКАРДА И ИНСУЛЬТОМ В ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ

В последние годы, как в нашей стране, так и за рубежом активизировалось изучение роли тяжелых металлов в этиологии, патогенезе и сано-генезе ряда заболеваний внутренних органов, в том числе сердечно-сосудистой системы. По

степени значимости для человека все макро- и микроэлементы делятся на эссенциальные (или жизненно необходимые), к которым чаще всего относят кальций, хлор, магний, натрий, фосфор и др., условно эссенциальные, токсичные и по-

тенциально токсичные. Исходя из литературных данных, авторы подразделяют исследованные металлы по механизму патогенетического действия на миокард как не обладающие избирательной кардиотоксичностью и характеризующиеся преимущественно тиоловым механизмом действия (свинец и медь) и отличающиеся выработанным кардиотоксическим действием по катехоламиновому механизму (кадмий).

В проведенных ранее исследованиях было выявлено, что население Донецка, проживающее в экологически неблагоприятных районах, болеет реже, чем население, проживающее в экологически относительно чистых районах, при достоверно более высоких показателях смертности и распространенности заболеваний.

Цель исследования – изучить динамику заболеваемости системы кровообращения у населения г. Донецка в довоенный и военный периоды.

Материал и методы
Проведен анализ официальных учетно-статистических форм за довоенное (2010-2013 гг.) и военное (2014-2017 гг.) 4-летия по заболеваемости взрослого населения, инфарктом миокарда и инсультом по районам города.

Результаты

В довоенный период повышенные показатели заболеваемости инсультом прослеживаются

в Ленинском, Петровском, Куйбышевском, Пролетарском, Буденновском районах, а инфарктом миокарда – в Буденновском, Куйбышевском, Калининском и Ленинском районах. В военный период превышение среднегородских показателей заболеваемости инсультом наблюдается в Буденновском, Куйбышевском, Ленинском, Петровском районах, инфарктом – в Буденновском, Куйбышевском, Киевском и Ленинском районах.

Вывод

Таким образом, заболеваемость инфарктом миокарда и инсультом населения загрязненных районов выше соответствующих показателей по менее загрязненным районам г. Донецка. В частности, различия в показателях заболеваемости населения наиболее «грязного» и «чистого» районов составили по инфаркту миокарда 2,1 раза, по инсульту – 2,5 раз. Выявленные различия, очевидно, связаны с неблагоприятным действием токсичных и условно токсичных тяжелых металлов. Отмечается тенденция к снижению среднегородских показателей заболеваемости инфарктом миокарда на 20% и инсультом – на 16%. Максимальное снижение заболеваемости инфарктом миокарда отмечено в Ворошиловском и Калининском районах (29-44%), а инсультом в Ленинском и Петровском районах (31-33%).

Гашкова Л.А., Бабенко-Сорокопуд И.В., Кучерявая В.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкий Республиканский Центр охраны материнства и детства МЗ ДНР, г. Донецк
Республиканский Наркологический Центр МЗ ДНР, г. Донецк

МОТИВАЦИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ДЕВОЧКАМИ-ПОДРОСТКАМИ

В Донецкой народной республике в течение нескольких лет сохраняется напряженная политическая ситуация, что не может не влиять на психологическое состояние населения. Особенно воздействию стрессовых факторов подвержены дети подросткового возраста, когда идет формирование личностных установок, мировоззрения, активной социализации и т.д. В подростковом возрасте особенно высок риск развития конформизма, хвостизма, комплексов неполноценности и других психологических проблем. Для ослабления «давления» этих проблем молодые люди могут прибегать к употреблению различных психоактивных веществ (ПАВ).

Цель исследования. Изучение структуры мотивов употребления психоактивных веществ девочками-подростками в Донецке в период с 2015 по 2019 годы.

Материал и методы. Анализ 54-х амбулаторных карт профилактического и консультативного наблюдения Республиканского наркологического центра (РНЦ), анонимное анкетирование 52-х девочек в возрасте от 12 до 17 лет.

Результаты и обсуждение. Были выявлены следующие мотивы употребления ПАВ девочками-подростками: социальные условия (43,2%), психологические проблемы (37,5%), реализация желаний (19,3%). Мотивация употребления в разделе «Социальные условия» имеет структуру: низкое материальное положение родителей (59,7%), наркологическая патология у родителей (29,3%), отсутствие одного или обоих родителей (наличие опекунов, 8,6%), политическая ситуация в регионе (2,4%). Психологические проблемы распределились следующим образом: конфликты или непонимание в се-

мье и (или) школе (другом учебном заведении) – 31,2%; низкая самооценка – 33,2%; желание «присоединиться» к группе – 25,4%; страх быть отвергнутой группой – 10,2%. В группе реализации желаний на первый план вышло желание лидировать (чтобы все было «как я хочу») – 46,7%; «ради любви» – 17,4%; «расслабление» – 15,4%; «исследование нового» – 13,3%; «получение удовольствия» – 7,2%.

Заключение. Таким образом, изучение структуры мотиваций употребления ПАВ девочками-подростками показало, что социально-психо-

логические проблемы играют ведущую роль в формировании и подкреплении мотивов употребления. При этом стоит отметить, что на первое место выходят проблемы экономического положения семьи, непонимание в семье и учебном заведении, а также желание «подчинять мир» – протест. «Политическая ситуация в регионе» набрала самое низкое количество баллов, что, вероятно, имеет свои причины. Также на последнем месте выбора стоят «страх быть отвергнутой» и «получение удовольствия».

Герасименко Ю.В.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк

К ВОПРОСУ О СОМАТИЧЕСКИХ ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА

В связи с новыми научными открытиями в области медицины, биологии, генетики стали появляться новые общественные отношения. Возникла необходимость правового урегулирования этих новых отношений. В конце XX века ряд ученых стали выделять соматические права (от греческого слова soma – тело).

К соматическим правам принято относить: право на смерть, право на трансплантацию органов, изменение пола, право на гомосексуальные контакты, право на употребление наркотиков и психотропных средств, право на искусственное репродуктивное, право на клонирование, право на аборт и на стерилизацию, право на виртуальное моделирование..

Рассмотрим подробнее такой вид соматических прав как возможность человека распоряжаться своими органами и тканями.

Необходимо ответить на вопрос относятся ли эти материалы к вещам, или это вообще не может являться объектом правоотношений.

По оценкам специалистов в ближайшем будущем около 50% операций будут связаны с пересадкой органов и тканей. Поскольку развитие медицины идет стремительно, то ответ на этот вопрос приобретает все большую актуальность.

На данный момент отношения по пересадке органов регулируются нормами Закона Донецкой Народной Республики (далее – ДНР) «О здравоохранении». В ДНР действует презумпция согласия на донорство. Это означает, что, если умерший при жизни заявлял о своем несогласии на изъятие органов и тканей, то только в этом случае действует запрет на изъятие органов умершего.

Среди исследователей встречается мнение о том, что тело человека является объектом права собственности, и имеет стоимостное выражение. Если принять это утверждение, значит можно сделать вывод, что на тело человека, его органы и ткани распространяется вещно-правовой режим и индивид может распоряжаться своим телом как собственник.

За этими, на первый взгляд, безобидным утверждением, могут скрываться совершенно не безобидная практика. Русская Православная Церковь в «Основах социальной концепции» закрепляет положение о том, что достижение современной медицины в области трансплантологии дают надежду многим обреченным на смерть или инвалидность людям получить исцеление от болезней. Но не стоит забывать и о том, что отношения по поводу пересадки органов и тканей могут представлять собой и общественную опасность. Никто не застрахован от злоупотреблений в этой области. Донорство допустимо только на добровольной основе, из любви и сострадания к другому человеку. В обществе существует непреложный нравственный закон, который устанавливает, что человек не может быть средством для достижения цели другого человека. Человек понимается как личность, которая обладает свободой, достоинством и волей, а не как механическая совокупность органов и тканей. Значит эти «материалы» не могут быть вещами в гражданско-правовом смысле, поскольку они не могут иметь стоимостного выражения.

Глушко Ю.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ 7-9 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Актуальность. В период военного конфликта на Донбассе тысячи детей столкнулись не только с физическими и психическими травмами, но и с развившимися в последующем посттравматическими расстройствами, психосоматическими заболеваниями.

Цель. Изучение особенностей состояния здоровья у детей, проживающих в зоне военных действий в регионе Донбасс.

Материалы и методы. Обследовано 123 ребенка 7-9 лет, находившихся в регионе Донбасс во время активных боевых действий. Группу сравнения составили 111 младших школьников, выезжавших за пределы региона. Использовались: родительская анкета, индекс шкалы уровня постстрессовых расстройств, методика А.М. Вейна, кардиоинтервалография. Показатели заболеваемости исследовались путем анализа амбулаторных карт (ф. 025/у-04) и «Историй развития ребенка» (форма №112/у). Проводилась оценка физического развития младших школьников по универсальной антропометрической методике с использованием стандартного инструментария.

Результаты исследования. Установлено, что у всех детей, находившихся в зоне активных боевых действий, зарегистрировано наличие признаков посттравматического стресса. С наибольшей частотой встречалась средняя степень расстройства (практически у 40%) детей. Гендерные различия указывали на значимое преобладание тяжести дистресса у мальчиков. В основной группе преобладал высокий и очень высокий уровень тревожности. Анализ частоты развития соматической патологии выявил преобладание в 1,5 раза заболеваний органов дыхания у младших школьников зоны военного конфликта. Второе место – занимали заболевания органов пищеварения. Частота выявленных нарушений отражает не только особенности условий проживания и пищевого рациона, но и являлось

одним из соматических проявлений вегетативной дисрегуляции в условиях стресса.

Необходимо отметить, что в основной группе в 2 раза возросло количество детей с рекуррентными инфекциями. Зарегистрировано увеличение таких показателей, как среднее количество острых респираторных заболеваний, их длительность и частота развития осложнений. Наиболее частыми осложнениями являлись – бронхиты, пневмония, заболевания ЛОР органов. В 1,5 раза больше наблюдалась частота случаев болезни на 1 ребенка, в 2 раза – продолжительность одного случая заболевания и в 3 раза – среднего количества дней пропущенных по болезни.

Проведенный анализ физического развития детей, проживавших в зоне военных действий, показал снижение количества человек с нормальным гармоничным развитием, за счет преобладания (в 2,5 раза) младших школьников с дефицитом массы тела (30,89%).

Продолжительное стрессовое воздействие у большинства детей реализовалось устойчивой гиперфункцией симпатического отдела вегетативной нервной системы с высокой его реактивностью. Выявленное недостаточное вегетативное обеспечение, подтверждает наличие субкомпенсации и декомпенсации адаптационных процессов у наблюдаемых детей в условиях стресса.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что длительный стресс у детей способствовал формированию дезадаптации, одним из проявлений которой явилось снижение резистентности организма к инфекциям. Частота выявленных нарушений отражает не только особенности условий проживания и пищевого рациона, но и является одним из соматических проявлений вегетативной дисрегуляции в условиях стресса. Дети, проживающие в зонах военных конфликтов, требуют проведения восстановительных мероприятий и динамического наблюдения.

Глуценко В.Р.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк

НЕЗАКОННОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ: ВОПРОСЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ РЕГЛАМЕНТАЦИИ

Актуальность обозначенной темы определяется изменениями, происходящими в социально-экономической, политической и правовой жизни общества, падением рождаемости, высокой степенью латентности криминального аборта, недостаточной уголовно-правовой разработанностью исследуемой проблемы. Уголовно-правовая охрана репродуктивной сферы человеческой жизни является в настоящее время малоизученной темой правового исследования. Действующая нормативная база о прерывании беременности – одна из самых либеральных в мире, так как разрешает производство данной операции по просьбе женщины либо при наличии медицинских или социальных показаний.

Цель работы

Целью работы является уголовно-правовой анализ незаконного проведения искусственного прерывания беременности на основе действующего Уголовного Кодекса Донецкой Народной Республики (далее – УК ДНР), а также внесение предложений по законодательному усовершенствованию данной уголовно-правовой нормы.

Материал и методы

Нормативную базу работы составляют: Конституция ДНР, международно-правовые акты по существу анализируемой проблемы, УК ДНР, иные нормативно-правовые акты, а также иные источники права, регулирующие медицинскую деятельность и касающиеся репродуктивной сферы человеческой жизни.

Методологическую основу составили метод диалектики, универсальный аналитико-синтетический метод познания правовых и социальных явлений, сравнительно-правовой, формально-юридический и другие. Таким образом, проведенное исследование опиралось на общие принципы современных методов научного познания.

Результаты и обсуждение

Действующий Уголовный Кодекс ДНР в статье 124 предусматривает уголовную ответственность за незаконное проведение искусственного

прерывания беременности. Объект преступления – общественные отношения, обеспечивающие безопасность жизни и здоровья беременной женщины. Объективная сторона рассматриваемого преступления состоит в противоправных действиях, направленных на прерывание беременности. Состав преступления – формальный. Преступление считается оконченным с момента производства операции, завершившейся изгнанием плода. Субъективная сторона преступления характеризуется виной в виде прямого умысла. Субъектом преступления может быть только лицо, не имеющее высшего медицинского образования соответствующего профиля. Квалифицированный вид рассматриваемого преступления (ч. 2) образуют те же действия по производству аборта, если они повлекли по неосторожности смерть потерпевшей либо причинение тяжкого вреда ее здоровью. Изучая состав данного преступления важно отметить, что в ст. 124 УК ДНР нет указания на то, что субъектом преступления может быть врач соответствующего профиля при нарушении правил производства аборта. Это приводит к выводу, что аборт признается уголовно наказуемым, если он осуществлен ненадлежащим лицом. Нарушение других условий правомерности производства аборта уголовно ненаказуемо. Уголовный Закон не устанавливает ответственности для дипломированных акушеров-гинекологов, которые при желании могут безнаказанно делать аборты на любых сроках, вне специализированных акушерско-гинекологических лечебных учреждений либо в них, но, не оформляя должным образом как аборт, нарушая всевозможные нормативные акты относительно порядка проведения абортов.

Заключение

Исходя из всего вышесказанного, считается необходимым внести изменение в статью 124 УК ДНР и тем самым ввести уголовную ответственность для лиц, имеющих высшее медицинское образование соответствующего профиля.

Голоденко О.Н.

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

СМЫСЛОУТРАТА КАК РЕЗУЛЬТАТ ВЛИЯНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ РЕСУРСОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Население нашего региона оказалось в экстремальной ситуации, причём если во время активных боевых действий 2014-2015 гг. она имела характер непосредственной угрозы для жизни, то по мере ослабления боевых действий при наличии постоянной угрозы их возобновления, в условиях экономической блокады и информационной войны, приобрела затяжной характер. Успешная адаптация к жизненным стрессам определяется эффективностью развития функциональных (динамических) ресурсов. Следствием переживания экстремального психологического стресса является поиск смысла собственной жизни. Переживание смыслоутраты проявляется как нарушение в структуре взаимоотношений индивида с миром, психологической модели отчуждения, лежащей в основе экзистенциального невроза. Молодые люди 18–33 лет наиболее подвержены стрессу, кроме того, проблема стресса в молодом возрасте остается на сегодняшний день актуальной и недостаточно изученной.

Целью данной работы было исследование субъективного отчуждения, как фактора смыслоутраты, у лиц молодого возраста. Было обследовано 48 студентов 4 курса медицинского университета города Донецка с использованием «Опросника субъективного отчуждения», адаптированного Е.Н. Осиным.

Результаты исследования. Ситуация хронического эмоционального (травматического) стресса значительно влияет на стрессоустойчивость лиц молодого возраста. Она вызывает у них ощущение смыслоутраты, влекущее за собой отчуждение в различных сферах жизни, с преобладанием определенных форм реагирования. В таких сферах жизни как работа (учеба) и общество смыслоутраты проявляется формой реагирования «Нигилизм» – убежденность в отсутствии смысла, утверждаемая посредством занятия деструктивной позиции. Отчуждение от других

людей проявляется формами реагирования «Вегетативность» и «Бессилие» – неспособность поверить в истинность и ценность любой реальной или воображаемой деятельности и утрата веры в свою способность влиять на жизненные обстоятельства при сохранении ощущения их важности. Отчуждение от самого себя проявляется формами реагирования «Вегетативность» и «Нигилизм». Это является неблагоприятным прогностическим фактором в плане развития невротических расстройств, злоупотребления психоактивными веществами, деструктивного поведения, истощения личностных ресурсов и, в целом, снижения жизнедеятельности лиц молодого возраста, попавших в ситуацию хронического стресса военного времени.

Обращает на себя внимание то, что субъективное отчуждение практически не затрагивает сферу семьи. Вероятно, взаимопомощь, поддержка, рациональный подход, доверие в кругу семьи оказывает благоприятное воздействие на личностный потенциал и обогащает его внутренние ресурсы. В результате чего человек успешнее преодолевает жизненные трудности или минимизирует их влияние на организм. Этот механизм лежит в основе копинговых стратегий.

Выводы. С учётом данных о состоянии отдельных составляющих личностного потенциала в условиях эмоционального стресса военного времени открывается возможность разработки коррекционного психотерапевтического комплекса, направленного на восстановление или формирование ресурсов в программе лечения и реабилитации лиц молодого возраста, оказавшихся в ситуации хронического эмоционального стресса.

Ключевые слова: хронический эмоциональный стресс, функциональные личностные ресурсы, экстремальная ситуация, жизненный стресс, адаптация, субъективное отчуждение, смыслоутрата, стрессоустойчивость.

Гольнева А.П., Стафинова Е.А., Коценко Ю.И., Сигитова Е.В.

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

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧЕСКОГО ГИПЕРТОНУСА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Цель: Оценить эффективность плазмафереза в комплексном лечении спастического гипертонуса в нижних конечностях у пациентов с ремитирующим течением рассеянного склероза (РС).

Материалы и методы: Было обследовано 38 пациентов, находящихся на лечении в неврологическом отделении с диагнозом: достоверный РС (в соответствии с критериям McDonald W.I., 2015), ремитирующий тип течения, стадия обострения. Средняя продолжительность заболевания – 7±5,5 лет. Из них 14 мужчин (36,8%) и 24 женщины (63,2%), средний возраст которых составил 34±9,4 лет.

Всем пациентам было проведено клинико-неврологическое обследование по общепринятой методике, клинико-диагностическое обследование, включающее в себя общеклинические анализы, магнитно-резонансную томографию головного мозга в режиме ангиографии, исследование вызванных потенциалов. У обследованных больных определяли уровень спастичности в нижних конечностях по 5-балльной модифицированной шкале Эшворта в мышцах-сгибателях бедра левых (МСБЛ) и правых (МСБП), мышцах-сгибателях левых (МСКЛ) и правых (МСКП) и мышцах-разгибателях стоп левых (МРСЛ) и правых (МРСП). Оценка выраженности спастичности проводилась в 1-й и 14-й день пребывания в стационаре. Пациенты были разделены на группы по выбранному методу лечения: I-ю группу составили 22 пациента (EDSS = 3,4±1,59), которые получали гормональную пульс-терапию в виде внутривенного капельного введения 1 грамма метилпреднизолона ежедневно в течении 5 дней; II-ю группу - 16 пациентов (EDSS = 4,38±1,45), которые после проведенной пульс-терапии получили 3 сеанса высокообъемного плазмафереза (с обменом плазмы, 20-30мл/кг).

Статистическая обработка включала расчет средних величин и их стандартных ошибок с ис-

пользованием программ Excel 7.0, Statistica 6.0 фирмы StatSoft. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: В ходе исследования было выявлено следующие показатели спастичности до лечения в I-й группе: МСБЛ – 2,6±0,56, МСБП – 2,13±0,64, МСКЛ – 2,5±0,8, МСКП – 2,2±0,8, МРСЛ – 2,62±0,67, МРСП – 2,6±0,7. На фоне применения пульс-терапии отмечается снижение среднего бала спастичности в данной группе во всех группах мышц, а именно МСБЛ – 1,8±0,6, МСБП – 1,5±0,78, МСКЛ – 1,8±0,9, МСКП – 1,6±0,88, МРСЛ – 1,8±0,79, МРСП – 1,7±0,68.

У пациентов II-й группы до лечения установлен средний показатель спастичности в МСБЛ – 2,47±0,74, МСБП – 2,35±0,45, МСКЛ – 2,47±0,74, МСКП – 2,4±0,78, МРСЛ – 2,55±0,84, МРСП – 3±0,88 до лечения и МСБЛ – 1,5±0,74, МСБП – 1,4±0,45, МСКЛ – 1,6±0,76, МСКП – 1,5±0,87, МРСЛ – 1,65±0,87, МРСП – 1,7±0,76 после лечения.

У пациентов первой группы выявлено изменение показателей в исследуемых группах мышц МСБЛ – на 30,77%, МСБП – на 29,58%, МСКЛ и МСКП – на 28%, МРСЛ – на 31,3% та МРСП – на 34,6%. Во второй группе данные показатели были следующие: МСБЛ – на 39,3%, МСБП – на 40,43%, МСКЛ – на 35,22% МСКП – на 38%, МРСЛ – на 35,29% та МРСП – на 43,33%. После проведенного лечения средний балл по шкале EDSS в I-й группе уменьшился на 12,35%, что составило 2,98±1,31, во II-й групп средний балл по шкале EDSS уменьшился на 12,1% и составил 3,85±1,2. при этом статистически значимых отличий между этими показателями у пациентов двух групп не установлено ($p > 0,05$).

Выводы: Достоверных различий в уменьшении уровня спастичности у пациентов с ремитирующим течением РС комплексная терапия которых включала плазмаферез и у пациентов без включения плазмафереза нами не выявлено.

Гонтарь Е.А., Гаврилов А.Е., Мороз А.Б., Колосова О.В.

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

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ РЕАКТИВНОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ЗУБОВ И ПАРОДОНТА

Разработка новых методов оценки функционального состояния зубов и пародонта весьма актуальна. Одним из перспективных и информативных является метод биофотометрии, которую ученые используют для оценки состояния стоматологического больного, прогнозирования течения и определения эффективности лечения заболевания.

Цель работы

Целью исследования явилось изучение оптических характеристик эмали зубов и пародонта для оценки их резистентности в условиях моделирования различных режимов реактивности в условиях медикаментозного воздействия на фоне хронического эксперимента.

Материал и методы

В эксперименте были использованы 30 собак, которым моделировали различные режимы реактивности путем введения иммуномодуляторов, при этом 10 собак были в состоянии гипореактивности (I группа), 10 собак – в состоянии гиперреактивности (II группа), 10 собак служили контролем (III группа). Определяли оптический показатель эмали зубов и пародонта методом лазерной биофотометрии в начале эксперимента и через каждые 10 суток. Помимо оптических характеристик, изучали кислотоустойчивость эмали зубов с помощью индекса теста эмалевой резистентности (ТЭР). Лазерную рефлектометрию эмали и пародонта проводили прибором собственной конструкции, включающим источник света и световод со специальной фотометрической насадкой, связанной со счетным устройством. В качестве источника света использовали низкоинтенсивный гелий-неоновый лазер ЛГН-109. Длина волны лазерного излучения составила 0,63 мкм; мощность излучения пучка до 1 мВт, диаметр пучка лазерного излучения 0,2 см.

Результаты и обсуждение

В начале эксперимента оптические показатели по существу были одинаковыми по всем трем группам и составили: оптический показатель эма-

ли, в среднем, по всей совокупности – $5,52 \pm 0,18$ усл. ед.; оптический показатель пародонта, в среднем, по всей совокупности – $6,33 \pm 0,25$ усл. ед. Исходные показатели кислотоустойчивости эмали зубов были практически одинаковыми у собак всех групп. В среднем, по всей совокупности этот показатель составил $5,2 \pm 0,1$ балла по стандартной шкале расцветок. Изучение дальнейшей динамики оптических показателей эмали и пародонта свидетельствовало о том, что в ходе эксперимента его значения в трех группах существенно и достоверно изменились, причем изменения носили разнонаправленный характер. Наиболее значительная динамика этих показателей, равно, как и кислотоустойчивости эмали, была зарегистрирована в конце эксперимента. Показатели были следующими: оптический показатель эмали I группы – $4,2 \pm 0,15$ усл. ед.; II группы – $8,25 \pm 0,25$; III группы – $5,73 \pm 0,18$ усл. ед.; оптический показатель пародонта соответственно: $5,41 \pm 0,2$; $9,02 \pm 0,31$; $6,51 \pm 0,30$ усл. ед. Параллельно изменялись и показатели кислотоустойчивости эмали. Так, индекс ТЭР у собак I группы равнялся $4,5 \pm 0,1$ балла; II группы – $6,7 \pm 0,25$ балла; III группы – $5,4 \pm 0,1$ балла. Изучение корреляционной зависимости между исследуемыми показателями показало высокую степень взаимосвязи: коэффициент корреляции равнялся 0,87.

Заключение

Кислотоустойчивость эмали зубов, характеризующая ее резистентность, может быть определена за счет показателя диффузного отражения света. Также четко прослеживается динамика оптических показателей тканей слизистой оболочки полости рта в области пародонта в зависимости от функционального состояния. Оптический показатель, или показатель диффузного отражения света, может служить диагностическим критерием для клинической оценки функционального состояния зубов и пародонта в условиях различной реактивности организма.

Городник Г.А., Момот Н.В., Костенко В.С., Кабанько Т.П., Шраменко Е.К.

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

КАСКАДНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Цель работы

Проанализировать эффективность сеансов каскадного плазмафереза (КП) в комплексной терапии пациентов с печеночной недостаточностью, обусловленной хроническим вирусным гепатитом С.

Материал и методы

Обследовали 9 пациентов с признаками печеночной недостаточности на фоне хронического вирусного гепатита С, генотип 1Б, с выраженной исходной вирусной активностью (количественное ПЦР: число копий РНК в 1 мл, в среднем, составило- $8,3 \pm 3,4 \times 10^6$ МЕ/мл), которым был проведен курс КП. Возраст пациентов колебался от 20 до 56 лет, все пациенты ранее проходили курсы комплексной противовирусной терапии с использованием различных специфических препаратов. Курс КП проводился с помощью аппарата «Spectra Optia» фирмы «Gambro Bct.» (США), с использованием плазмодифракционаторов «Evaflux 5A20» фирмы «Kawasumi Laboratories Inc.» (Япония) и включал три сеанса КП с интервалом 72 часа. У пациента за один сеанс КП обрабатывался один объем циркулирующей плазмы (ОЦП), объем плазмодиффузии составлял, в среднем, 210 ± 25 мл. Скорость перфузии, в среднем, составляла $35,7 \pm 4,9$ мл/мин.

Длительность сеанса, в среднем, составляла – 153 ± 25 мин. У всех пациентов экстракорпоральная перфузия крови проводилась с помощью двух периферических (кубитальные) вен. Антикоагулянтная тактика была смешанная: за 5 мин. до начала сеанса внутривенно вводился раствор гепарина в дозе 5000 ЕД, по ходу сеанса использовался раствор цитрата декстрозы (АЦД-А) «Бакстер Хелскеа Корпорейшен» (США) в соотношении 1:10. Объем заместительной терапии по ходу сеанса, а также после его окончания, составил 500 мл и включал: 0,9% раствор натрия

хлорида- 400 мл; 10% раствор альбумина -100 мл. У всех пациентов, течение сеансов КП было гладкое, различных реакций не наблюдалось.

Контроль эффективности курса ПФ осуществляли по результатам мониторинга клинико-биохимических показателей крови (уровня общего белка крови и альбуминовой фракции, общего билирубина и прямой билирубина, трансаминаз, коагулограммы), а также количественной ПЦР.

Результаты и обсуждение

У всех пациентов, при анализе клинико-биохимического мониторинга отмечена нормализация исследуемых показателей, так уровень общего и прямого билирубина после курса КП, в среднем, снизился на $23,4 \pm 2,1\%$, активность трансаминаз, соответственно, на $29,7 \pm 3,6\%$. Размеры вируса гепатита С составляют 550-650 ангстрем, а поры плазмодифракционатора «Evaflux 5A20» – 300 ангстрем, что позволяет удалять из плазмы вирусы. По данным мониторинга количественной ПЦР у исследованных пациентов, число копий РНК в 1 мл после курса КП снизилось на порядок и, в среднем, составило- $5,1 \pm 2,7 \times 10^5$ МЕ/мл. Заместительная терапия с применением 10% раствором альбумина -100 мл, после каждого сеанса КП обеспечивала адекватную нормализацию потерь альбумина по ходу сеанса КП, т.к. плазмодифракционаторы «Evaflux 5A20» удаляют только макромолекулы, при этом потери альбумина составляют 2-5%.

Заключение

Включение в комплексную терапию пациентов с печеночной недостаточностью, обусловленной хроническим вирусным гепатитом С, генотип 1Б, каскадного плазмафереза, способствует регрессу проявлений печеночной недостаточности и эффективному удалению вируса из организма.

Городник Г.А., Смирнова Н.Н., Онищенко Е.В.

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

ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Цель исследования: изучение церебрального кровотока у пациентов с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы во время лапароскопических операций средней травматичности.

Материалы и методы: обследованы 17 пациентов, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия или лапароскопическая пластика паховой грыжи; средний возраст пациентов 59,2±3,2 года. У всех пациентов имели место сопутствующие: ИБС, атеросклеротическим кардиосклероз, гипертоническая болезнь 2 ст. (группа 1). Группа 2 – 10 пациентов без сопутствующей патологии, средний возраст 25±1,6 лет, которым выполнены аналогичные хирургические вмешательства.

Церебральная гемодинамика изучалась с помощью метода транскраниальной доплерографии (ТКДГ). При ТКДГ транстемпоральным доступом справа измерялись количественные параметры кровотока в области М1 сегмента средней мозговой артерии (СМА): максимальная систолическая скорость кровотока, минимальная диастолическая скорость кровотока, средняя скорость кровотока (V_{mean}).

Результаты и обсуждение. В группе 1 после начала анестезии V_{mean} составила 94,3±6,8% от исходной скорости до начала анестезии ($p>0,05$). В группе 2 V_{mean} составила 89,1±1,2% ($p>0,05$).

Через 10 мин после создания карбоксиперитонеума в группе 1 у 14 пациентов зарегистрировано снижение линейной скорости кровотока в СМА – V_{mean} составила 74,4±2,6% от исходной скорости (паттерн 2.1.1) и у 3 пациентов незначительное повышение – V_{mean} 103,3±1,8% (паттерн 2.1.2). В группе 2 отмечено увеличение скорости кровотока у всех пациентов – V_{mean} 126,5±4,2% (паттерн 2.2.1). Различия между паттерном 2.1.1 и 2.2.1 статистически достоверны ($p<0,05$), между паттерном 2.1.2 и 2.2.1 – недостоверны ($p>0,05$).

Через 30 мин после создания карбоксиперитонеума в группе 1 у 14 пациентов паттерна 2.1.1 зарегистрировано дальнейшее снижение линейной скорости кровотока в СМА – V_{mean} составила 48,9±2,9% от исходной скорости (пат-

терн 3.1.1). У 2 пациентов паттерна 2.1.2 отмечена тенденция к дальнейшему незначительному снижению линейной скорости кровотока в СМА – V_{mean} 97,9±1,9% (паттерн 3.1.2); а у одного пациента зарегистрировано увеличение скорости кровотока – V_{mean} составила 105,1% от исходной скорости; в виду малой выборки и статистически недостоверной разницы данные пациенты исключены из дальнейшего обследования. В группе 2 сохранялось незначительное увеличение скорости кровотока у всех пациентов – V_{mean} 128,1±1,8% (паттерн 3.2.1). Различия между паттерном 3.1.1 и 3.2.1 и паттернами 2.1.1 и 3.1.1 статистически достоверны ($p<0,05$), между паттерном 2.2.1 и 3.2.1 – недостоверны ($p>0,05$).

Через 10 мин после десуфляции CO₂ в группе у 14 пациентов группы 1 зарегистрировано увеличение линейной скорости кровотока в СМА – V_{mean} составила 88,7±3,3% от исходной скорости (паттерн 4.1.1), однако не достигала дооперационного уровня. В группе 2 отмечено уменьшение скорости кровотока у всех пациентов – V_{mean} 108,4±2,1% (паттерн 4.2.1). Различия между паттерном 4.1.1 и 4.2.1 статистически достоверны ($p<0,05$).

Заключение. Литературные данные свидетельствуют, что карбоксиперитонеум в условиях ИВЛ приводит к заметному повышению скорости кровотока в средней мозговой артерии (до 135% от исходного уровня), как адекватная реакция мозгового кровообращения в виде напряжения компенсаторно-приспособительных механизмов, что и получено при изучении кровотока в СМА у пациентов молодого возраста без сопутствующей патологии (группа 2). При имеющих субкомпенсированных и даже компенсированных заболеваниях сердечно-сосудистой системы у пациентов 55 лет и старше может реализоваться срыв компенсаторных реакций, что подтверждается в нефизиологической реакции мозгового кровотока в группе 1. Если этот вывод будет подтвержден в более крупных исследованиях, ТКДГ может стать надежным и малоинвазивным критерием для разработки индивидуальных профилактических мероприятий в послеоперационном периоде.

*Городник Г.А.^{1,4}, Черний В.И.², Андропова И.А.^{1,4}, Назаренко К.В.³, Андропова М.А.¹,
Городник К.Г.¹, Ребковец И.И.⁴, Мирошник С.П.⁴, Темербек Ю.Н.¹*

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Научно-практический центр профилактической и клинической медицины, отделение анестезиологии и интенсивной терапии, г. Киев

³Центральная Городская Клиническая больница № 6, г. Донецк

⁴Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г. Донецк

ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕРЕБРО-КАРДИАЛЬНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ПРИ ВЕГЕТАТИВНОМ СОСТОЯНИИ В ОТВЕТ НА НЕЙРОТРОПНУЮ ТЕРАПИЮ

Цель работы

Изучение особенностей цереброкардиальных взаимодействий у пациентов с острой церебральной недостаточностью различного генеза с исходом в вегетативное состояние, исследование эффективности холина альфосцерата у данной категории пациентов.

Материалы и методы

В работе использованы данные открытого проспективного исследования по типу «случай-контроль» в 2011-2018 годах на базе Донецкого клинического территориального медицинского объединения. Группу исследования (ГИ) составили 11 пациентов с острой церебральной недостаточностью в результате тяжелой черепно-мозговой травмы (5 пациентов), мозгового инсульта (3 больных), после «постасистолического синдрома» (3 пациента). Диагноз вегетативного состояния у пациентов ГИ был выставлен на основании принятых международных критериев (Vegetative State and Minimally Conscious State, 2010). Проводили анализ уровня сознания по шкалам ком Глазго, Глазго-Питсбургской шкалы ком, Скандинавской шкалы инсультов и исходов Глазго, количественной ЭЭГ (система Nihon Kohden Corporation EEG-1200K), вариабельности сердечного ритма (Ютас ЮМ 200). Церебро-кардиальные взаимодействия исследовали на фоне фармакологических проб с препаратом холина альфосцерата. Длительность наблюдения пациентов составляла от 2 до 8 месяцев. Статистическая обработка данных включала исследование плотности корреляционной связи (программа MedStat).

Результаты и обсуждение

В результате лечения была зафиксирована трансформация вегетативного состояния в «состояние малого сознания» у 5 больных. Со-

стояние без изменений – у 3 пациентов. Трое больных умерло. В ответ на введение препарата холина альфосцерата было выявлено статистически значимое ($p \leq 0,05$) увеличение параметра относительной спектральной мощности в ЭЭГ-диапазоне бета1-, бета2- ритма (максимально в правой гемисфере), в диапазоне альфа-активности (максимально в области центральных и окципитальных отведений билатерально), в «узких» диапазонах 14-16 Гц и 11-12 Гц, что отражало значимую активацию ГАМК-ергических и дофаминергических нейромедиаторных систем ЦНС. Не было выявлено статистически значимых изменений ($p > 0,05$) относительной спектральной мощности в ЭЭГ-диапазоне Тета-ритма, в диапазоне 6-7,5 Гц, связанном с активацией холинергической нейромедиаторных структур. В ответ на введение холина альфосцерата было зафиксировано значительное увеличение плотности с изменением характера корреляционных связей между параметрами вариабельности сердечного ритма и количественной ЭЭГ.

Выводы

Особенности церебро-кардиальных взаимодействий у пациентов, у которых кома трансформировалась в вегетативное состояние, свидетельствовали о формировании нескольких патологических систем в ЦНС, связанных с межполушарным разобщением и отсутствием взаимодействий между ретикулярной формацией верхнестебельного и диэнцефального уровня. Применение центрального холиномиметика холина альфосцерата уже на первом этапе исследования позволяло выявить нетипичные изменения в т.н. «холинергических» нейромедиаторных структурах, связанных с формированием патологических систем.

Гороховский А.С.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ. КЛИНИЧЕСКАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ

Ключевыми путями совершенствования клинических разработок по трансплантологии и донорским органам на данный момент, являются: пересадка необходимых органов и функциональных клеток и тканей; создание и применение полученных искусственных органов, а также их дополнительных систем. К прогрессирующим в этом разделе медицины отраслям можно отнести: клонирование и ксенотрансплантацию органов.

Цель работы

Изучение основных направлений в трансплантологии, освещение перспективных и интересных методов лечения и пересадки жизненно важных органов.

Материалы и методы

Безусловно, для прогресса трансплантологии, важными стали успехи трансплантационной иммунологии, а именно программа комплексной селекции. Также интересным является молекулярно-генетическое типирование человеческого лейкоцитарного антигена, которое существенно повышает идентификации фенотипа реципиента и донора. Важную роль играет мониторинг предшествующих антител.

Результаты и обсуждения

Чаще всего трансплантируют: красный костный мозг, почки, печень, сердце, в последнее время – еще и тонкий кишечник, легкие, трахею, поджелудочную железу. Достаточно легко осу-

ществляют трансплантацию кожи. Есть методики, которые позволяют даже с незначительные участки кожи получать большое количество материала для трансплантации.

Во время операций возникают определенные проблемы, требующие своего решения. Во-первых, органы, которые трансплантируют, должны быть жизнеспособными. Поэтому их консервируют, а время от момента изъятия у донора до момента пересадки реципиенту должно быть минимальным. Так, средняя продолжительность жизни донорской почки составляет 6-7 ч, печени – 6-24 ч, сердца – только 3 часа. Во-вторых, организм донора воспринимает трансплантированный орган как чужеродный, пытаясь его отторгнуть. Для того чтобы трансплантированные органы не отторгались, на время искусственно подавляют иммунную систему реципиента.

Заключение

Следует помнить, что трансплантация живых органов – сложное хирургическое вмешательство, которое предусматривает обеспечение их кровоснабжением и иннервацией. Поэтому она требует проведения интенсивной пред- и послеоперационной терапии. Зато введение культуры клеток в организм пациента является относительно несложной хирургической процедурой, упрощенной основным к обычной инъекции.

Госман Д.А.

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

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЁЗОМ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ДОНЕЦКА В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Цель: Оценить возможность применения лечебно-профилактического питания для снижения заболеваемости туберкулёзом населения г. Донецка

Материалы и методы: Эколого-геохимическая паспортизация почв донецкой области, справочники о заболеваемости населения г.Донецка 2010-2017гг.

Результаты и обсуждение: Анализ заболеваемости населения Буденновского района за период 2010-2013 гг. свидетельствует о более высоких показателях распространенности заболеваний (на 7,9-12,5% по отношению к Ворошиловскому району и на 5-8% по отношению к общегородским показателям). Обращает на себя внимание рост смертности и распространенности

заболеваний в военный период (2014-2017гг.) в сравнении с довоенным: по отношению к Ворошиловскому району рост показателей составил 8,9-14,3%, к общегородским показателям -7-9%, хотя оба района не пострадали в результате боевых действий. Коэффициент корреляции Пирсона составил 0.75, что свидетельствует о наличии сильной связи между изучаемыми показателями. Анализ загрязнения почвы показал: при ПДК свинца в почве 30 мг/кг в Буденновском районе его содержание в отдельных точках превышало ПДК более чем в 100 раз, максимальное значение – в зоне влияния завода «Донвторцветмет» и санитарно-защитной зоне (южный и западный участки селитебной территории). В качестве контрольного района был выбран Ворошиловский район: средняя концентрация свинца в почве не превышает 24 мг/кг, что находится в пределах ПДК. Для профилактики свинцовых интоксикаций, у лиц подвергающихся воздействию неорганических соединений свинца, рекомендуется

рацион лечебно-профилактического питания № 3. Профилактическая направленность рациона обеспечивается большим количеством овощей и фруктов не прошедших термическую обработку – источники пектина. Согласно результатам НИЛ ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» 5-недельный курс применения соков и нектаров с высоким содержанием пектинов ООО ТПК «САВА» (г.Томск), привел к снижению концентрации тяжелых металлов в моче в 3,2 раза (со 116 мкг/л до 36,3 мкг/л) у работников горно-металлургического производства.

Заключение: Применение пектин-содержащего лечебно-профилактического питания приводит к значительному снижению резорбции тяжелых металлов в желудочно-кишечном тракте, что приводит к значительному снижению эндоинтоксикации, что благоприятно отразится на общей резистентности организма и заболеваемости населения туберкулезом.

*Гостюк И.М., Титиевский С.В., Воеводина В.С., Черепков В.Н.,
Побережная Н.В., Фирсова Г.М., Данилова Е.М.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Республиканская клиническая психоневрологическая больница-медико-психологический центр, г. Донецк

ОЦЕНКА ПСИХОГЕННЫХ ФАКТОРОВ СТАБИЛИЗАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА СИТУАЦИИ В ДОНБАССЕ

Оценка психического здоровья мирного населения ДНР, живущего в условиях вооруженного конфликта, заслуживает особого внимания в связи с длительным воздействием психогенных факторов военного времени в виде прямой угрозы для жизни и ряда неблагоприятных социально-экономических условий, провоцирующих развитие психических расстройств. На территории, подвергшейся воздействию длительной ситуации военного времени, выделяют чрезвычайный, стабилизационный и восстановительный этапы её развития (Идрисов К.А., Краснов В.Н., 2004, 2005).

Цель работы. Изучение факторов военного времени, их динамики у больных с наличием непсихотических психических расстройств и у психически здоровых индивидов в стабилизационно-восстановительный периоде ситуации в Донбассе.

Материал и методы. Проведено двухэтапное обследование 153 больных с наличием непсихотических психических расстройств, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психоневрологической больнице-медико-психологическом центре МЗ

ДНР (РКПБ-МПЦ) и психически здоровых лиц – сотрудников РКПБ-МПЦ (в 2016 г. – 97 чел. (66 больных и 31 сотрудник), в 2018 г. – 56 чел. (23 больных и 33 сотрудника)), с помощью анкеты, включавшей выделенные нами 24 фактора военного времени, распределенные на 6 групп: каждому обследуемому предлагалось представить рейтинг данных факторов и оценить степень выраженности их субъективно воспринимаемого воздействия.

Результаты и обсуждение. В процессе проведения исследования было установлено, что патогенные факторы военного времени в виде прямой угрозы для жизни, преобладая в 2016 г., в 2018 г. заметно утратили свою значимость, переместившись с 1 места в рейтинге до 4-6 места. Психологические факторы военного времени (разлученность семьи, изоляция, неопределенность ситуации, отсутствие перспективы, пугающая противоречивая информация на фоне дефицита значимой и достоверной информации), являясь в 2016 г. второй по значимости группой, в 2018 г. сохранили данную позицию. Биологические факторы (ранения, контузии, ожоги, заболевания, связанные с плохим пи-

танием, истощением), будучи в 2016 г. третьей группой по значимости, в 2018 г. стали четвертыми в рейтинге. Неблагоприятные социально-экономические условия (массовая безработица, плохое питание, низкое качество воды, отсутствие социальной инфраструктуры, неудовлетворительное медицинское обслуживание, разрушенное жилье, культурная депривация) в 2016 г. являлись четвертой группой по значимости, а в 2018 г. их рейтинг повысился: безработица и финансовые проблемы, преобладая над другими факторами по значимости и количеству их отметивших, имели равную степень выраженности с психологическими факторами. Выраженность и значимость физических (недостаточная освещенность (проживание в подвалах), гипоксия,

гиподинамия, скученность проживания) и экологических (постоянный неприятный запах в месте проживания, пыль и грязь, отходы в месте проживания, пребывание в среде, где есть разрушения) факторов в 2018 г. несколько снизилась по сравнению с 2016 г.

Заключение. Выявленная динамика психогенных факторов военного времени, характеризующая стабилизационно-восстановительный этап ситуации в Донбассе, оказывает прямое либо косвенное влияние на возникновение психических расстройств, в результате чего по психотравмирующему действию и масштабам последствий изучаемый период может значительно превосходить медицинские последствия самих военных событий.

Грачёв А.В., Войтенко Р.С., Андреев Р.Н.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АТРОФИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА, ЕГО ОПИСАНИЕ И ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Не мало людей поражённые заболеваниями ЦНС часто замечали проблемы со зрением. Уже не один год эта трудность не даёт покоя им, и лечащим их врачам. На такие же проблемы жалуются пациенты, болевшие невритом.

Цель работы:

Объяснить причины возникновения атрофии зрительного нерва и возможные лечения этой болезни.

Материалы и методы:

Нами изучены статистические данные по вышеизложенному вопросу, данные отчетов и материалы Министерства здравоохранения ДНР, архивные записи ДоКТМО, клинические истории болезней.

Результаты и обсуждения:

Заболевания, связанные с атрофией зрительного нерва можно охарактеризовать зачастую отмиранием нервных волокон, в следствие чего угасают функции зрительных нервов. Немалое количество капилляров, находящиеся вокруг пучков зрительного нерва, и повышенная токсинная чувствительность самого нерва, усиливают действие на нервные волокна различных инфекций и токсичных веществ. Зрительный нерв составляют отростки нервных клеток сетчатки. Нервные волокна через отверстие в решетчатой пластинке склеры выходят из глаза в орбиту. В том месте, где ими заполняется отверстие склеры, происходит образование соска, или же диска зрительного нерва. В его центре рас-

положены выход и разветвления сосудов сетчатки. Когда сосуды сетчатки, входящие в зрительный нерв, сдавлены в орбите новообразованием, в диске нерва развиваются застойные явления. Во время повышения внутриглазного давления первоочередно страдает диск зрительного нерва. Повышение внутричерепного давления препятствует оттоку жидкости между оболочками глаза, начинается сдавливание зрительного нерва и застаивание жидкости, это способствует развитию застойного соска. Существует первичная и вторичная атрофия зрительного нерва. Первичная развивается вместе с атеросклерозом у лиц преклонного возраста, склонных к злоупотреблять табакокурением и распитием спиртных напитков. Диск зрительного нерва резко белеет в сравнении с бледно-розовым цветом в норме, его границы остаются чёткими, а сосуды сужаются. Нервные волокна распадаются, поэтому зрение очень быстро ухудшается вплоть до слепоты. Разрастание соединительной ткани между пучками вызывает сокращение количества капилляров и дальнейшую дистрофию. Во время атрофии зрительного нерва, нервный диск тоже белеет, однако границы при этом будут нечёткими и ступеванными. В начале стадии сосуды ещё не сужаются, артерии не изменены. При такой атрофии сохраняется функция зрительного нерва, что даёт надежду на благополучный исход лечения. При атрофии, возникающей после застойного соска, сосуды остаются извитыми,

вены – расширенными, на диске наблюдается усиленная гиперемия, его границы размыты, vystояние диска в стекловидное тело держится долго.

Заключение:

Процесс лечения атрофии зрительного нерва затруднителен, в следствии низкой регенерации нервной ткани. Исход зависит от того, как далеко зашёл процесс дегенерации. Чтобы повысить

жизнеспособность нервных тканей, используются ангиопротекторы, сосудосодержащие средства, осмотерапия (введению высокомолекулярных растворов), витаминотерапия, магнитостимуляция, чрескожная и прямая электростимуляция. Средства лечения подбирают индивидуально. К сожалению, процедуры помогают лишь замедлить атрофию.

Гридасов В.А., Домашенко О.Н., Кишеня М.С., Чернобровцев П.А.

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

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА 31T>C ГЕНА IL-1B В РАЗВИТИИ ИЕРСИНИОЗНОГО АРТРИТА

Реактивный артрит относят к вторично-очаговым формам иерсиниоза иммунопатологической природы. Индукторами этого процесса является множество факторов, роль которых изучена недостаточно, в том числе воздействие липополисахаридов возбудителя. При прогрессировании иерсиниозной инфекции изменяется уровень экспрессии генов иммунного ответа, генов интерлейкинов. IL-1 β вовлечен в различные патогенетические звенья деструкции костной ткани: активизирует деятельность остеокластов, тормозит миграцию остеобластов, индуцирует продукцию матриксных металлопротеиназ, тормозит синтез их ингибиторов, повышает продукцию RANK. Уровни иммунореактивности закреплены генетически, определяющее значение имеет полиморфизм генов, кодирующих экспрессию цитокинов, что является перспективным направлением для изучения.

Цель работы. Изучить ассоциацию между иерсиниозным артритом (ИА) и носительством аллелей, влияющих на уровень транскрипции гена IL-1 β .

Материал и методы. В исследовании приняли участие 120 больных с иерсиниозной инфекцией (мужчин – 61, женщин – 59) в возрасте от 16 до 39 лет, находившихся на стационарном лечении в 2015-2017 гг. в клинике инфекционных болезней ЦГКБ №1 г.Донецка. Подтверждением диагноза являлся серологический метод – РНГА с иерсиниозным диагностикумом. В 1-ю группу вошли пациенты (60 человек: 29 мужчин и 31 женщина) с иерсиниозом и реактивными артритами, во 2-ю группу (контрольную) – 60 человек (32 мужчин и 28 женщин) с иерсиниозом без суставного синдрома. ДНК выделяли из цельной крови с помощью реагента «Проба-рапид генетика» (ДНК-Технология, Россия). Использовали диагностическую тест-систему «SNP-экспресс»

– 31T>C гена IL-1 β , производства НПФ Литех (Россия). Анализ полиморфных ДНК-локусов осуществляли методом полимеразной цепной реакции синтеза ДНК с последующей электрофоретической детекцией в 3%-ном агарозном геле, с визуализацией результатов в ультрафиолетовом трансиллюминаторе. Статистическую обработку проводили с помощью программы Statistica 6.0. Достоверность разниц рассчитывали с помощью критерия χ^2 , разницы считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Распределение генотипов полиморфизма 31T>C гена IL-1 β выглядит следующим образом: частота встречаемости генотипа TT в 1-й группе составила 51.7%, во второй – 41.7%, генотипа TC – 31.7% и 51.7% соответственно. Частота встречаемости генотипа CC в 1-й группе составила 16,6%, что в 2,5 раза больше в сравнении с частотой данного генотипа в контрольной группе (6,6%), что являлось статистически достоверным. Изучение степени ассоциации полиморфизма 31T>C гена IL-1 β и развития ИА показало, что генотип CC связан с повышенным риском развития ИА ($\chi^2 = 6,09$, $p = 0,049$; OR=2,8, ДИ 0,83-9,49). Носительство генотипа CC является фактором повышенного риска развития ИА, связан с его гиперэкспрессией и активным синтезом провоспалительного цитокина, что является индуцирующим фактором в развитии ИА.

Заключение. Генотип CC гена IL-1 β является маркером повышенного риска развития и прогрессирования ИА, сопровождается увеличением экспрессии гена IL-1 β в 5 раз и 2-3-кратным увеличением продукции провоспалительного цитокина IL-1 β , что позволит разработать диагностический алгоритм прогнозирования, течения и исхода заболевания.

Гринцов А.Г., Антонюк С.М., Кобицкий М.М., Ахrameев В.Б., Матийцив А.Б., Русика А.А. Бережная М.Г.

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

К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ РЕЗЕКЦИИ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ ПРИ СРЕДИННЫХ КИСТАХ И СВИЩАХ ШЕИ

Цель работы: На основании морфологического изучения и отдаленных результатов дать оценку целесообразности резекции подъязычной кости при удалении срединных кист и свищей шеи.

Материал и методы: В работе представлены результаты хирургического лечения 83 больных срединными кистами и свищами шеи. Группа сравнения состояла из 37 больных в возрасте от 18 до 33 лет. Основная группа 46 больных были в возрасте от 18 до 36 лет. У 8 больных из 27 с кистами шеи, имело место сообщение с глоткой, в связи с чем они отмечали периодическое уменьшение и увеличение образования на шее от 1 см до 3 см в диаметре. У остальных 19 больных рост кист был медленный и не имел тенденции к уменьшению, т.е. сообщения с глоткой не было. 19 больных со срединными свищами шеи так же имели две группы (7 больных с полным свищем и 12 с неполным свищем).

Результаты и обсуждения Больные группы сравнения оперированы в период до 1980 гг. без резекции подъязычной кости. Отдаленные результаты изучены в сроки после 5 лет. Основная группа в количестве 46 больных оперированы по предложенной на тот момент методике с резекцией участка подъязычной кости. После иссечения кист и свищей шеи с резекцией подъязычной кости у 12 больных проведено морфологическое изучение патологических участков. Изучение позволило установить наличие прослойки волокнистой соединительной ткани, и пластинчатой костной ткани с сохраненной надкостницей. Тщательное изучение костной структуры не дали оснований заподозрить деструктивные процессы. Изучение отдаленных результатов у 39 больных в период от 5 до 20 лет свидетельствовали об отсутствии рецидивов, однако имело место увеличение расстояния резецированных участков в сроке 5 лет после операции. В сроке от 10 до 20 лет изучено отдаленные результаты у 29 больных.

Рецидивов не обнаружено. Однако, подъязычная кость располагалась проксимальными участками ассиметрично и была деформирована. У этих больных имел место дискомфорт при глотании и во время кашля. Это объясняется тем что была нарушена одна из главных функций подъязычной кости, а именно каркасной функции и изменением мышечной нагрузки зоны подъязычной кости (щитоподъязычная, подъязычно-язычная, грудино-подъязычная, верхнее и нижнее брюшко лопаточно-подъязычной, шилоподъязычной мышц). Выявленные изменения в операционной зоне позволили переосмыслить показания к резекции подъязычной кости и отказаться от нарушения целостности данного анатомически важного образования, на котором замыкаются ряд функционально важных мышц. В связи с этим с 2000 г. при выполнении оперативных вмешательств радикальность иссечения дополняли обработкой подъязычной кости в зоне контакта с надкостницей. Особенностью является этапность технических приемов. Начальным этапом является заполнение свищевого хода либо полости кисты бриллиантовой зеленью. Следующий этап – иссечение кисты или свища по ходу окрашенных стенок. Затем с целью максимальной мобилизации патологического образования от подъязычной кости, путем создания новокаиновой «подушки» и частично острым путем, отделение от подъязычной кости. Завершающим этапом оставшаяся на надкостнице площадка окрашенная бриллиантовой зеленью, обрабатывается ложкой Фолькмана и спиртом. Целостность всех мышц при этом сохраняется.

Выводы: Иссечение срединных кист и свищей шеи в сочетании с резекцией подъязычной кости чревато анатомо-функциональными нарушениями мышечных групп. Радикальность данной операции необходимо дополнять обработкой подъязычной кости на уровне надкостницы.

Гринцов А.Г., Куницкий Ю.Л., Харьковский В.А., Кирьякулова Т.Г., Гончаров В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Республиканский травматологический центр, г. Донецк

СТРУКТУРА БОЕВОЙ ТРАВМЫ ЛОКАЛЬНЫЙ ВООРУЖЕННЫЙ КОНФЛИКТ В ДОНБАССЕ

Анализу подвергнуты результаты оказания неотложной хирургической помощи 218 раненым и пострадавшим в ходе локального вооруженного конфликта в Донбассе за период проведения активных боевых действий с 2014 по 2017 г.г Мужчин было 197(90,4%), женщин 21(9,6%). Из них военнослужащих 164(75,2%), гражданских лиц 54(24,8%). Структура раненных и пострадавших представлена, исходя из предложенной нами классификации боевой травмы. Преобладающим видом поражения являлась минно-взрывная травма (МВТ) (190-87,2%). Огнестрельные пулевые ранения получили 28(12,8%) пострадавших. Комбинированная травма (непроникающее осколочное ранение передней брюшной стенки, ожог левой ноги площадью 18% поверхности тела имела место у 1(9,1%) пострадавшего. Среди пострадавших от МВТ непроникающие осколочные ранения получили 138(72,6%). Среди них одиночные 53(38,4%) (слепые-48, сквозные-5). Кровотечение имело место у 2 больных. Множественные осколочные ранения были у 78(61,6%) пострадавших (слепые-75, сквозные-3). Кровотечение имело место у 4 больных со слепыми ранениями. Мягкие ткани, которые подверглись повреждению представлены: кожей, подкожно-жировой клетчаткой, апоневрозом, мышцами передней брюшной стенки, мягкими тканями головы (лицевой, мозговой частями черепа) ягодицами, половыми органами, мягкими тканями поясничной области, плечевым, локтевым, тазобедренным суставами, включая проникающее ранение полости суставов, бедром, голенью, шейей, в различной их комбинации. Изолированные осколочные повреждения костей (МВТ) наблюдали у 9(4,7%) пострадавших.

Проникающие ранения при МВТ (включая сочетанные торакоабдоминальные, брюшной полости, грудной клетки) имели место у 64(33,7%) пациентов. Указанные повреждения сопровождалась внутрибрюшным, внутриплевральным кровотечением у 57(91,9%), перитони-

том у 36(58,1%) пострадавших. Проникающие ранения у пострадавших от МВТ сопровождались повреждением опорно-двигательного аппарата у 14(22,6%), органов мочеполовой системы (почка, мочеточник, мочевого пузыря) у 3(4,8%) зрительного аппарата (обеих глаз) у 1(1,6%) пострадавшего. Сочетанные повреждения опорно-двигательного аппарата представлены: открытым переломом крыла подвздошной кости, лобковой, седалищной костями, костями пальцев, предплечья, плечем, копчиковой костью, грудным отделом позвоночника в различной их комбинации с травмой грудной и брюшной полости. У 5 пациентов МВТ (проникающие осколочные ранения) сочеталась с черепно-мозговой травмой. Огнестрельная травма, обусловленная пулевыми ранениями имела место у 28(12,8%) раненых. Непроникающие ранения (слепые-18, сквозные-2) были у 20, проникающее в брюшную полость у 7, грудную клетку у 1 больного (все ранения слепые). Кровотечение имело место у 6 раненых. Сквозные пулевые непроникающие ранения поражали правое плечо, левое бедро, грудную клетку в сочетании с осколочным переломом акромиального отростка ключицы (n=1), переднюю брюшную стенку, поясничную область, правый плечевой сустав, правое предплечье. Слепые непроникающие пулевые ранения поражали: правую голень, правое плечо с сочетанием с осколочным поражением плечевой кости, поражением трехглавой мышцы плеча, мягких тканей грудной клетки.

Таким образом, структура огнестрельной травмы боевого времени складывается из минно-взрывной травмы и пулевых ранений. Ведущим видом поражений является минно-взрывная травма, которая составляет 87,2% от всех видов повреждений. Огнестрельная травма сопровождается большим количеством комбинированной и сочетанной травмы, которая наблюдается у 65(29,8%) пострадавших, сопровождается опасными для жизни осложнениями в виде кровотечения (87,7%) и перитонита (55,4%).

Гринцов А.Г., Матийцев А.Б., Пилюгин Г.Г., Христуленко А.А., Осипов А.Г.

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

О НЕОБХОДИМОСТИ ВЫЕЗДНЫХ ЦИКЛОВ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ ВО ВРЕМЯ ОГРАНИЧЕННЫХ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

Цель. Показать значение выездных циклов как формы повышения квалификации медицинских кадров в условиях ограниченного военного конфликта.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач были разосланы анкеты врачам, как хирургического профиля, так и других специальностей в учреждения муниципального здравоохранения городов Снежное, Торез, Енакиево и Старобешево. Анкетирование включало блок вопросов – организационного характера (укомплектованность кадрами, профессиональная нагрузка – количество отработанных часов в неделю, сроки подтверждения категории и т.д).

Результаты и обсуждения. В исследовании приняли участие 362 врача. Возраст участников колебался от 28 до 72 лет, причем большинство из них старше 40 лет. Стаж работы составил от 1 до 46 лет, где у 67 (18,61%) последний был минимум 10 лет. Наряду с врачами хирургического профиля 293 (80,94%) в исследовании приняли врачи-терапевты 69 (29,06%). Среди анкетированных у 45 (12,43%) отсутствовала квалификационная категория, у 54 (14,92%) была вторая категория, у 92 (25,41%) – первая категория, а у 171 (42,76%) – высшая аттестационная категория. Следует отметить, что большинство врачей 227 (62,71%) работали в стационаре. Укомплектованность врачами лечебных учреждений, принимавших участие в исследовании, составила 48,62%. Изучение нагрузки врачей показало, что 28 (7,73%) врачей работают в неделю до 40 рабочих часов, 148 (40,88%) – более 40, но менее 60 часов в неделю, 186 (51,39%) – более 60 часов в неделю, причем преимущественно врачи хирургической специальности. Анализ результатов показал, что только лишь на ставку работают врачи пенсионного возраста (старше 66 лет). Клинической базой для проведения выездных циклов (выездных занятий) по хирургии были выбраны

крупные многопрофильные городские и районные лечебно-профилактические учреждения. Программы повышения квалификации врачей хирургов разработаны, утверждены и реализованы университетом с учетом потребностей врачей, а также требований государственных образовательных стандартов к уровню подготовки специалистов по соответствующей специальности. Учебный план и программа выездного цикла утверждалась деканом ФИПО медицинского университета. Руководители органов управления здравоохранением, организующие выездной цикл (выездные занятия), в соответствии с планом повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, обеспечивают надлежащие условия для проведения занятий (аудитории, учебные комнаты, лаборатории). Зачисление специалистов на выездные циклы повышения квалификации производится приказом главного врача данного лечебного учреждения. Наша кафедра организывает выездные циклы усовершенствования врачей, длительность которых составляет 144 часа. Учебный план и расписание занятий составлялись таким образом, чтобы не страдал учебный процесс на основном, «стационарном» цикле, который продолжался на кафедре параллельно с выездным. Вышеизложенные мероприятия по организации и проведению выездных курсов позволили не только оптимизировать работу кафедры хирургии ФИПО, но и своевременно пройти курсы повышения квалификации врачам, работающим в районных больницах области.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют, что проведение выездных циклов по хирургии на базе многопрофильных больниц городов и районов в условиях неуккомплектованности медицинскими кадрами является необходимым и целесообразным.

Гринцов А.Г., Матийцив А.Б., Пилюгин Г.Г., Христуленко А.А., Осипов А.Г.

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

СООТНОШЕНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ К ЛИМФОЦИТАМ, КАК ПРЕДИКТОР ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Цель работы: определить прогностическое значение динамики соотношения нейтрофилов к лимфоцитам (СНЛ) у больных, страдающих синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы. Под наблюдением находился 41 больной с синдромом диабетической стопы III – IV степени по Вагнеру. При поступлении всем больным проводили комплексное лабораторное и инструментальное обследование, включавшее УЗИ сосудов нижних конечностей, рентгенографию костей стоп. У данных пациентов на основании доплерометрии сосудов нижних конечностей были исключены атеросклеротические поражения, требующие реконструктивных операций.

Результаты и их обсуждение. Ретроспективно проведен анализ течения раневого процесса у всех больных. При поступлении в стационар всем больным на фоне антибактериальной терапии выполнено удаление гнойно-некротических очагов. У 17 больных при осмотре выявлены признаки (гиперемия, болезненность, отек, флюктуация) абсцесса либо флегмоны стопы. Пациентам выполнено дренирование очагов инфекции. У 24 больных при рентгенографии были признаки остеомиелита фаланг либо нескольких плюсневых костей. Проведены операции по удалению одного или нескольких пальцев вплоть до удаления плюсневых костей. При поступлении, и в последующем периоде рассчитывали показатель СНЛ. При поступлении коэффициент СНЛ составил $11,6 \pm 3,6$. Через 7-8 дней после выполнения оперативных вмешательств у всех больных зарегистрировали падение величины данного коэффициента до $8,7 \pm 2,8$. У 9 больных на 11-12 день показатель СНЛ вырос до $9,9 \pm 3,1$, тогда как у большинства больных этот показатель продолжал снижаться. Через 3-4 дня после повышения СНЛ у 3 больных появились клинически признаки абсцесса, который в дальнейшем был дренирован. Диагностическая КТ костей

стопы выявила у 6 больных признаки остеомиелита костей стопы.

Синдром диабетической стопы – наиболее распространенная причина госпитализации среди пациентов, страдающих сахарным диабетом, что составляет 15-20% больных. Возможность развития синдрома диабетической стопы в течение всей жизни составляет около 25%, причем около половины из них инфицированы. Для оценки течения раневого процесса обычно используют планиметрические измерения, цитологические, микробиологические исследования, определение pH раневой среды, лазерную доплерометрию, определяют напряжение кислорода в тканях.

Эффективность существующих стандартов контроля за раневым процессом ставится под сомнения из-за невозможности выполнения исследований в обычных условиях. СНЛ является параметром для оценки выраженности воспалительного процесса в тканях. Данный коэффициент показал свою информативность при сердечно-сосудистых заболеваниях, онкологической патологии, течении воспалительных и инфекционных заболеваний.

В исследовании установлена корреляция роста СНЛ у больных с синдромом диабетической стопы III -IV степени по Вагнеру и неблагоприятным течением раневого процесса, а именно гнойно-воспалительные осложнения в виде абсцессов либо остеомиелита. Данный показатель позволяет эффективно управлять раневым процессом у данной группы больных.

Выводы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что рост соотношения нейтрофилов к лимфоцитам у больных с синдромом диабетической стопы III -IV степени по Вагнеру является ранним прогностическим показателем развития гнойно-воспалительных осложнений.

Гринцов А.Г., Матийцев А.Б., Шестопалова А.Д., Христуленко А.А.

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

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Проблема диагностики и лечения кистозно-фиброзных поражений молочной железы является важной и обусловлена широкой распространенностью данного заболевания от 60 до 80% у женщин репродуктивного возраста.

Литературные данные свидетельствуют, что раневые медиаторы воспаления вызывают вазодилатацию, миграцию лимфоцитов и макрофагов, а также увеличивает сосудистую проницаемость, что усиливает воспалительную реакцию в послеоперационной ране. Общеизвестно, что одним из факторов увеличения риска образования сером в послеоперационной ране является высокий индекс массы тела (>25). Поэтому разработка мер, направленных на предупреждение развития в ране гнойно-воспалительной реакции на фоне метаболического синдрома является актуальным в настоящее время.

Цель. Изучить течение раневого процесса у женщин, оперированных по поводу фиброзно-кистозных образований молочной железы у женщин, страдающих метаболическим синдромом и разработать способ, позволяющий снизить явление воспаления в тканях.

Материалы и методы. 64 женщины репродуктивного возраста находились на диспансерном учете по поводу фиброзно-кистозной мастопатии. В комплексе обследования наряду с клиническими методами (осмотр, пальпация) включали рентгенологическое изучение молочной железы и сонографию с доплерографией. В случае необходимости, под контролем УЗИ выполнялась пункционная биопсия. Показанием к оперативному вмешательству явилось отсутствие эффективности консервативного лечения и при подозрении на многокамерное жидкостное образование, развитие воспалительного процесса, гиперплазию или РМЖ.

Последние были разделены на две группы: I – 31 женщина, получала традиционную предоперационную подготовку, II-33 пациентки

перед операцией в течение 30 дней, получали метформин. Индекс массы тела в обеих группах составил $34,4 \pm 4,7$ кг/м². Среднегодовой темп роста патологического образования составил $6,54 \pm 1,23$ мм²/год. Уровень инсулина в крови составил $17,7 \pm 2,5$. Для изучения течения раневого процесса в послеоперационной ране оставляли микроирригатор на 5 суток. Группы между собой были статистически сопоставимы.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин составил 32,5 года. Патологический процесс был в обеих молочных железах более чем у половины больных. Болезненность при пальпации отмечалась у 64 (71,88%) обследуемых.

Ретроспективный анализ течения послеоперационного периода у данных пациентов показал, что болевой синдром в области раны у больных I группы сохранялся до 6-7 дней, тогда как, во II группе – боль практически не беспокоила на 3 сутки после операции. Местно при пальпации у 14 (45,16%) женщин I группы отмечалась болезненность и инфильтрация тканей. Микроскопия раневого отделяемого на 3 сутки после операции у больных I группы показала скопление лейкоцитов до 8 – 9 в п.зр., тогда как во II – 2-3 в п.зр. Вместе с тем, на 5 сутки после операции у 14 больных I группы в раневом отделяемом количество лейкоцитов увеличилось до 12-17 в п.зр., тогда как у всех больных II группы имела тенденцию к их снижению. Степень воспалительного процесса в ране коррелировала с уровнем инсулина крови.

Выводы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что применение метформина в течение 30 дней перед оперативными вмешательствами по поводу фиброзно-кистозных образований молочной железы у женщин, страдающих метаболическим синдромом, позволяет снизить явление воспаления в ране.

Гринцов А.Г., Пилюгин Г.Г., Осипов А.Г., Матийцев А.Б., Луценко Ю.Г.

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

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Актуальность темы. В последние годы в связи с развитием новых технологий получили распространение консервативные способы лечения доброкачественных заболеваний перианальной области. Варикозное расширение геморроидальных вен наряду с трещиной анального канала является наиболее часто встречающимся заболеванием дистального отдела толстой кишки. Литературные данные свидетельствуют, что от 20% до 6% пациентов, страдающих данными заболеваниями, подлежат традиционному хирургическому лечению. Поэтому изучение эффективности применения в комплексном лечении лазерной терапии (ЛТ) при данной патологии является актуальным.

Цель работы. Обосновать применение ЛТ у больных проктологического профиля и определить показания для использования низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) в зависимости от фазы заболевания.

Материалы и методы. В комплексном лечении больных проктологического профиля использовались аппарат низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) «Ярозит» и аппарат МИЛГА-Ф-8-01, позволяющие проводить ЛТ с использованием инфракрасного и красного НИЛИ при мощности 20 мВт. Лазерная терапия была проведена 8 больным с острой и 5 больным с хронической анальной трещиной, а так же 14 больным с хроническим геморроем и 12 больным с острым геморроем, 9 больным с острым парапроктитом. Магнито-лазерная терапия применялась с использованием специальной насадки. Количество процедур и мощность излучения подбирались индивидуально с учетом патологии

и фазы течения заболевания. Клинические результаты ЛТ оценивались на основании клинко-лабораторных данных.

Результаты и обсуждения. Анализ результатов лечения больных, страдающих доброкачественными заболеваниями перианальной области, показал, что применение НИЛИ при данной патологии приводит к исчезновению болей на 3-4 сутки от начала лечения. Ряд авторов считают эффективным и целесообразным назначение НИЛИ при воспалительных заболеваниях различной локализации. Только при таком подходе были получены положительные результаты в 80% случаев. При острой анальной трещине применение НИЛИ показано во всех случаях, вместе с тем при хронической трещине прямой кишки, когда наблюдаются выраженные рубцовые изменения в анальном канале, применение НИЛИ не эффективно. При остром геморрое использование НИЛИ показано, как в дооперационном, так и в раннем послеоперационном периодах, что позволило сократить сроки лечения на 6-7 дней. При хроническом геморрое ЛТ эффективно лишь при I и II стадиях заболевания, при III и IV стадиях показано только оперативное лечение с последующей ЛТ. Проведенные исследования свидетельствуют, что при остром парапроктите применение НИЛИ возможно и целесообразно только лишь после вскрытия гнояника.

Выводы. Результаты проведенных исследований доказывают целесообразность применения ЛТ в комплексном лечении больных с доброкачественными заболеваниями дистального отдела толстой кишки, что позволило сократить сроки лечения на 6-7 дней.

Гринцов А.Г.¹, Совпель И.В.^{1,2}, Седаков И.Е.^{1,2}, Совпель О.В.^{1,2}, Мате В.В.², Шаповалова Ю.А.²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря, МЗ ДНР, г. Донецк

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, причем выявляемость данной патологии среди взрослого населения

может достигать 20%-30%. В структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта грыжи пищеводного отверстия диафрагмы находятся на третьем местах, конкурируя с такими заболе-

ваниями как хронический холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Цель исследования. Анализ непосредственных и отдаленных результатов оперативного лечения больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, осложненными гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ непосредственных результатов лечения 171 пациента, страдающих грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, осложненной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Показаниями к хирургическому лечению были: клинически, рентгенологически и эндоскопически подтвержденные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; неэффективность в течении более 3 месяцев консервативной терапии гастроэзофагеального рефлюкса; наличие клинически значимых экстрапищеводных проявлений грыж пищеводного отверстия диафрагмы и ассоциированной с ней гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Все пациенты оперированы в объеме лапароскопической крурорафии с фундопликацией по Ниссену (109 пациентов) либо по Тупе (62 пациента).

Результаты и обсуждение. Летальных исходов после выполнения оперативных вмешательств не отмечено. Среднее время выполнения лапароскопической грыжепластики с фундопликацией составило $141 \pm 21,1$ минут. Длительность пребывания в стационаре в среднем составила $7,1 \pm 1,9$ дней. Интраоперационные осложнения возникли у 7(4,1%) пациентов, не носили тяжелого характера и не потребовали конверсии доступа. Послеоперационные осложнения отме-

чены у 13(7,6%) пациентов, причем в 12(92,3%) из 13 отмеченных случаев относились к I степени по классификации Clavien-Dindo и были без особых усилий купированы консервативно. В 1 случае по поводу полной дисфагии на 2-е сутки выполнена релапароскопия, переформирование фундопликационной манжетки. Функциональная дисфагия легкой степени отмечена у 30(17,5%). Стойкая длительная дисфагия при приеме плотной пищи в позднем послеоперационном периоде отмечена у 10(5,8%) пациентов. Через 5 лет после оперативного вмешательства рецидивы результаты отмечены у 32(18,7%) пациентов. Функциональные рецидивы, проявившиеся появлением клиники гастроэзофагеального рефлюкса выявлены у 14(8,2%) пациентов, анатомический рецидив диагностирован у 18(10,5%) пациентов. Суммарный балл по шкале-опроснику GERD – HRQL через 5 лет после операции составил $6,9 \pm 3,1$ в сравнении с исходным дооперационным показателем $33,1 \pm 6,1$ балла.

Выводы. Лапароскопические вмешательства являются безопасными, малотравматичными, обеспечивают возможность ранней реабилитации больных, позволяет достичь положительные функциональные результаты у 85% пациентов и должны быть операцией выбора в лечении пациентов, страдающих ГПОД, осложненной ГЭРБ. Достаточно высокий процент полученных неудовлетворительных результатов в отдаленном периоде требует более глубокого анализа с целью поиска причин и возможных способов улучшения результатов хирургического лечения пациентов с данной патологией.

Грищенко Е.А., Стафинова Е.А.

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

ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА (ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ)

Цель. Изучить особенности патогенеза, факторы риска и маркеры геморрагической трансформации (ГТ) ишемического инсульта (ИИ).

Материалы и методы. Современные источники отечественной и зарубежной литературы, актуальные статьи American stroke/American heart association, Stroke, данные рандомизированных клинических исследований NINDS, ECASS.

Результаты и обсуждение. Церебральный ишемический инсульт продолжает оставаться важнейшей медико-социальной проблемой ввиду высокой смертности и инвалидизации населения. ГТ представляет собой тяжелое осложнение

ИИ и значительно усугубляет его функциональный исход. Согласно эпидемиологическим данным частота спонтанной ГТ при ИИ составляет 3,8-4,2%, частота ГТ после проведения внутривенной тромболитической терапии альтеплазой в стандартной дозе $0,9$ мг/кг варьирует от 2 до 7% (по данным American stroke association).

ГТ классифицируется по сопутствующему нарастанию неврологического дефицита по шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS) на симптомную (сГТ) и асимптомную (аГТ); по времени возникновения на раннюю (<24 часов) и отсроченную (>24 часов); по данным

нейровизуализации (критерии NINDS, ECASS, Heidelberg Bleeding classification). Согласно критериям ECASS геморрагическая трансформация подразделяется на геморрагический инфаркт (ГИ) и паренхиматозную гематому (ПГ). Каждый класс делится на два подтипа. Для ГИ: ГИ-1 представляет собой рассеянные небольшие петехии без масс-эффекта, ГИ-2 – сливные петехии без масс-эффекта; для ПГ: ПГ-1 составляет менее 30% зоны инфаркта с незначительным масс-эффектом; ПГ-2 – более 30% зоны инфаркта со значительным масс-эффектом; также выделяют ПГ за пределами зоны инфаркта (субарахноидальное, субдуральное, внутрижелудочковое кровоизлияние).

Выделяют следующие факторы риска ГТ: исходный тяжелый неврологический дефицит, большой объем зоны ишемии, кардиоэмболический подтип инсульта, проведение системной тромболитической терапии, эндоваскулярное вмешательство, тромбоцитопения, лейкоареоз по данным нейровизуализации, пожилой возраст, гипергликемия, артериальная гипертензия, приём антиагрегантов.

Повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) является основой патогенеза ГТ. Пролонгация времени от начала ишемического инсульта до реперфузии ишемизированной ткани увеличивает степень повреждения и ремоделирования сосудов, формирующих ГЭБ. Восстановление кровотока в зоне ишемического повреждения в течение периода повышенной

проницаемости ГЭБ посредством реканализации, либо включения коллатеральной циркуляции, запускает процесс ГТ. Постишемическое реперфузионное повреждение ГЭБ, возникающее после реканализации, включает в себя окислительный стресс, инициацию высвобождения протеаз (Матриксные металлопротеиназы) из эндотелиальных клеток, митохондриальную дисфункцию и апоптоз нейрососудистых единиц. Маркеры проницаемости ГЭБ могут быть полезны в прогнозировании ГТ. Глиальный белок S100B является маркером нейронального повреждения, увеличение его содержания в периферической крови отражает нарушение проницаемости ГЭБ. Матриксные металлопротеиназы (лейкоцитарная ММП-9 и мозговая ММП-2) являются ведущими медиаторами ранней ГТ и могут иметь потенциальную диагностическую значимость её прогнозирования.

Выводы: Основным патогенетическим механизмом геморрагической трансформации ишемического инсульта является повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера с последующей экстравазацией крови. Степень нарушения функционирования ГЭБ напрямую коррелирует с тяжестью инсульта и временем от начала инсульта до начала реперфузии. Такие маркеры повышенной проницаемости ГЭБ, как глиальный белок S100B и матриксные металлопротеиназы, могут использоваться для прогнозирования ГТ.

Громенков В.Д., Котова К.А., Шукина Е.В., Реутова Н.О., Багрий О.Н., Андрусак А.Ю.

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

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Фибрилляция предсердий (ФП) связана с высоким риском развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО). Использование антитромботических препаратов (АТП) при ФП в клинической практике не всегда оптимально, особенно у больных с сахарным диабетом 2 типа (далее – СД).

Целью работы стало изучение особенностей АТТ у пациентов с СД при ФП.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 42 пациентов с ФП и СД в возрасте $68,9 \pm 8,1$ лет (м:ж – 17:25). Пациенты распределены на группы по форме ФП: с постоянной формой – 27, с персистирующей формой – 15. Для прогнозирования осложнений исполь-

зованы стандартизованные шкалы риска ТЭО CHA₂DS₂-VASc, кровотечений – HAS-BLED. Статистическая обработка данных выполнена в MedCalc Statistical software.

Результаты и обсуждение. При проведении анализа установлено использование следующих АТП: 22 (52,3%) пациентам назначены препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК), 12 (28,7%) – варфарин, 8 (19,0%) – новые пероральные антикоагулянты (НПОАК): ривароксабан 7, дабигатран 1. Во всех случаях назначения варфарина в историях болезни разъяснялась необходимость мониторинга значений международного нормализованного отношения (МНО). Ни в одном наблюдении не указывалась необходимость

приема ривароксабана во время еды. В группе с постоянной формой ФП АСК принимали 16 пациентов, варфарин – 7, НПОАК – 4, в то время как в группе с персистирующей формой на АСК пришлось 6, варфарин – 5, НПОАК – также 4. В ходе стратификации по шкале PHA₂DS₂-VASc выявлено: 16 (38,1%) больных набрали по 2-4 балла, среди них АСК принимали 6, варфарин – 5, НОАК – 5. Из 26 (61,9%) пациентов, имевших по 5-6 баллов, АСК назначена в 16 случаях, варфарин – в 7, НПОАК – в 3. В результате оценки по шкале HAS-BLED по 0-1 баллов набрали 11 (26,2%) пациентов, из них АСК принимали 5 лиц, варфарин – 4, НПОАК – 2, по 2 балла имели 16 (38,1%) среди которых АСК получали 8, варфарин – 6, НПОАК – 2, по 3-5 баллов набрали 15 (35,7%), из которых АСК назначена в 9 наблюдениях, варфарин – в 2, НОАК – в 4.

Выводы: АТП получали все пациенты с ФП и СД. АСК была назначена более чем в поло-

вине случаев, в том числе больным с особенно высоким риском ТЭО и кровотечений. АСК применялась чаще при постоянной форме ФП. Варфарин принимали менее чем одна треть обследованных. Частота использования варфарина была ниже у лиц с постоянной формой ФП, более высоким риском ТЭО и кровотечений. Пациентам объяснялась необходимость контроля целевых значений МНО. НПОАК назначались лишь в 19% наблюдений, несколько реже при персистирующей форме ФП. Частота их приема была ниже у больных с высоким риском ТЭО и кровотечений. Ривароксабан был наиболее часто применяемым среди НПОАК, указаний на необходимость его приема во время еды не было. Следует обратить внимание на важность повышения информированности специалистов широкой практики о современных подходах к использованию АТП у больных ФП с СД.

Губенко О.В.

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

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОМИЕЛИТА ПОЗВОНКОВ

Проблема остеомиелита позвонков сохраняет свою актуальность до настоящего времени. Вследствие деструкции тел позвонков и дисков остеомиелит позвонков сопровождается нестабильностью сегмента и неврологическими осложнениями, требующими своевременного нейрохирургического вмешательства.

Цель работы: Уточнить лучевую семиотику остеомиелита позвонков (синоним – спондилит), осложненных пиогенной инфекцией межпозвоночных дисков (синоним – дисцит).

Материал и методы исследования: Проведен обзор 74 современных литературных источников по вопросам лучевой диагностики спондилитов и анализ данных магнитно-резонансных томограмм (МРТ) 18 пациентов с остеомиелитом различных отделов позвоночника.

Под наблюдением находились больные старше 18 лет (в среднем 53,6±6,83года). Мужчин было 14, женщин – 4. В 16 случаях остеомиелит был вызван стафилококковой инфекцией, в двух случаях возбудитель не был выявлен. У всех пациентов была выявлена очаговая неврологическая симптоматика поражения спинного мозга.

Результаты и обсуждение: Анализ литературы показал, что первые рентгенологические признаки выявляются лишь к концу второй-четвертой недели от начала заболевания, а по данным неко-

торых авторов и значительно позже. Рентгеновская компьютерная томография позволяет обнаружить деструкцию тела позвонка значительно раньше, чем рентгенография. Однако она не позволяет определить активность воспаления мягких тканей. Оптимальным методом диагностики спондилита на ранней стадии является МРТ. Так же этот метод объективизирует распространение воспаления в эпидуральное пространство и неврологическую компрессию. По сообщениям зарубежных авторов МРТ с контрастированием стала золотым стандартом в исследовании позвоночника и элементов спинного мозга.

Анализ собственных наблюдений показал, что поражение шейного отдела позвоночника наблюдалось в двух случаях, нижнегрудного – в 11, поясничного – в пяти. Во всех случаях в окружающих мягких тканях были выявлены отек отдельных мышц с формированием абсцессов в межмышечных пространствах (высокий сигнал на T2-взвешенном изображении (ВИ) с гипоинтенсивным ободком).

Изменения тела позвонка проявлялись отеком (низкий сигнал при T1-ВИ и высокий на T2-ВИ) рядом с замыкательной пластинкой в нижнепереднем отделе одного позвонка (5 чел.), в прилежащих к диску отделах (до 50% в высоту) смежных позвонков (12 чел.). В одном слу-

чае отек занимал практически все отделы двух смежных позвонков. Частичное разрушение горизонтальной костно-замыкательной пластинки всегда сопровождалось повышением сигнала от диска. В трех случаях межпозвонковый диск не прослеживался, в 13- была снижена его высота.

Неврологическая симптоматика была обусловлена отечной эпидуральной клетчаткой на

уровне пораженного сегмента (17 чел.), смещением назад «отечного» диска (4 чел.).

Выводы: МРТ является наиболее достоверным методом диагностики ранней стадии остеомиелита. Обнаружение у пациента очагов воспаления паравертебральных мягких тканей облегчают дифференциальную диагностику заболевания.

Е.А. Гура

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

ОСОБЕННОСТИ АЛГОРИТМОВ УПРАВЛЕНИЯ И ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКИХ СИЛ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЗАДАЧ ПО ПРЕДНАЗНАЧЕНИЮ

Актуальность: В условиях чрезвычайных ситуаций в том числе возникающих при ведении военных действий (ЧС), своевременность проведения комплекса мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья пострадавшим является важнейшим условием политической и экономической стойкости цивилизованного общества.

Материал и методы: Обзор действий Медицинских сил Государственной службы медицины катастроф Донецкой Народной Республики (ГСМК), в части касающейся ликвидации медико-санитарных последствий ЧС

Цель: изучить пути совершенствования алгоритмов управления Медицинскими силами ГСМК при выполнении ими задач по предназначению.

Результат: Реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья относится к полномочиям Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (МЗ ДНР), на которое возлагается координация деятельности органов государственной власти, органов местного самоуправления, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, иных субъектов хозяйствования в сфере охраны здоровья граждан.

Ликвидация медико-санитарных последствий ЧС проводится ГСМК во взаимодействии с территориальными службами гражданской обороны медицинскими, без какой-либо привязки к территориальному принципу.

ГСМК состоит из медицинских сил и средств, учреждений здравоохранения центрального и территориального уровня, независимо от вида деятельности и ведомственной принадлежности определённых МЗ ДНР.

Основными задачами ГСМК, в том числе, являются:

- оказание медицинской помощи пострадавшим на догоспитальном и госпитальном этапах;
- координация и руководство силами, участвующими в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;

- сбор, обработка, обмен и предоставление информации медико-санитарного характера.

Особенностью алгоритмов привлечения Медицинских сил ГСМК является их последовательное применение:

- бригады скорой медицинской помощи обособленных структурных подразделений Республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Донецкой Народной Республики (БСМП ОСП ССМП РЦЭМП и МК ДНР) (1-я очередь);

- специализированные бригады РЦЭМП и МК ДНР, (2-я очередь);

- учреждения здравоохранения с коечным фондом ГСМК.

Наращивание усилий ГСМК проводится за счёт привлечения:

- БСМП из ОСП ССМП РЦЭМП и МК ДНР, расположенных в других городах;

- реанимационно-противошоковые группы МЧС ДНР;

- мотострелковых подразделений 1-го Армейского корпуса;

- больниц МВД ДНР.

В случае исчерпания возможностей учреждений здравоохранения, расположенных на территории возникновения ЧС по оказанию квалифицированной и специализированной медицинской помощи пострадавшим пострадавшие направляются в иные учреждения здравоохранения Медицинских сил ГСМК.

Выводы: Своевременная и оперативная реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при ЧС является

важнейшим факторам обеспечения государственной безопасности Донецкой Народной Республики

Гуренко А.А., Колесников А.Н., Колесникова В.В., Чернышова Е.А.

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

ПРОБЛЕМЫ И АСПЕКТЫ ПРЕМЕДИКАЦИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Актуальность. Как известно психоэмоциональное напряжение перед хирургическими манипуляциями оказывает негативное влияние на сам организм и влияет на его исходы в дальнейшем [Stephanie Stiel]. Особую актуальность этот вопрос носит в педиатрической практике, поскольку дети подвержены излишней впечатлительности и эмоциональной лабильности, которые в свою очередь создают определённые трудности медицинскому персоналу в осуществлении венозного доступа, проведении премедикации и последующих манипуляций.

Цель исследования: Изучение и внедрение в практику новых стратегий премедикации в педиатрической практике.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ электронной базы данных Pubmed central,

Обсуждение. Для осуществления аналгоседации у детей, обращают на себя внимание неинвазивные методики введения ЛВ – путём перорального приёма и распыления ЛВ через небулайзер. С этой целью стоит рассматривать применение антагонистов NMDA-рецепторов которые давно внедрены в педиатрическую практику, а так же высокоселективных альфа-2агонистов, поскольку, они имеют преимущества перед премедикацией препаратами бензодиазепинового ряда [А.П. Ивченко] и к тому же появились сведения о реализации доставки альфа-2агонистов путём распыления через небулайзер интраназально [Fang Chen1]. Методика данной процедуры: кетамин в дозе 3 мг/кг разводится 1:1 в 0,9% растворе NaCl и заряжается в небулайзер, пациент

принимает перорально раствор дексдора в дозе 4 мг/кг (2 мл ЛВ на 48 мл 5% глюкозы) и вдыхает через небулайзер раствор кетамина. Так, применение дексмететомидина в комбинации с кетамином, способствует уменьшению его нежелательных психомиметических эффектов, галлюцинаций, послеоперационного делирия. При интраназальном пути введения дексмететомидина определялась биодоступность препарата до 84%, что позволяло получать ожидаемую седацию пациентов уже через 15-45 минут и с продолжительностью до 1-2 часов [Weerink M]. Кетамин при пероральном пути введения демонстрировал низкую биодоступность – до 24% из-за эффекта первого прохождения, что всё же позволяло достичь желаемого эффекта в течении 20 минут после приема [Panos Zanos]. Однако в свою очередь использование кетамина в этой комбинации реализует стабильный гемодинамический эффект, благодаря симпатомиметической активности противопоставляясь побочным явлениям дексмететомидина в виде присущей ему излишней гипотонии, при этом сохраняя прочие положительные свойства каждого из препаратов.

Выводы

Таким образом, с целью повышения комфорта пациентов педиатрического профиля к лечению и предстоящим манипуляциям, а также устранению связанной с этим психоэмоциональной лабильности у детей, стоит рассматривать возможность внедрения неинвазивных методик доставки ЛВ в педиатрическую практику благодаря их простоте и эффективности.

Данилов Ю.В., Денисенко А.Ф., Боева И.А., Ермаченко Т.П., Тищенко А.В., Ласткова Н.Д., Ладария Е.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Республиканский центр профпатологии и реабилитации МЗ ДНР, г. Донецк

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

Цель работы. Целью данного исследования является анализ исторического развития Донецкого региона и связанных с ним процессов становления медицинского обслуживания населения.

Материал и методы включают изучение периодов исторического становления Донбасса и развитие здравоохранения как неотъемлемой части инфраструктуры Донецкого промышленного региона. Оценивается роль идеологической компоненты социального развития медицины как мощного стимула медицинского обслуживания населения. Выявлены сложности развития и совершенствования здравоохранения Донбасса в общей системе исторического процесса развития общества.

Результаты и обсуждение. Территория Донбасса, включающая Донецкую и Луганскую (в советское время Ворошиловградскую области Украины) на протяжении многовековой истории очень часто была ареной военных столкновений. Являясь частью Войска Донского Российской Империи, она была постоянно вовлекаема в различные военные операции, ставившие перед собой задачу защиты южных и юго-западных границ дореволюционной России. Развитие Донбасса как промышленного региона влекло за собой развитие всей инфраструктуры, обеспечивавшей главные задачи подъема тяжелой промышленности, в том числе медицины. Земская медицина была основой здравоохранения до 1917 года.

Октябрьская революция 1917 года, а в последующем гражданская война, нанесли большой урон медицинскому обслуживанию населения. Однако, молодой Советской Республикой были приняты законы (декреты), ставившие сохранение и укрепление здоровья населения, в первую очередь, рабочего класса, в разряд главных государственных задач. Идеологическое обеспе-

чение этого процесса, как бесплатного и общедоступного, значительно повышало качество медицинского обслуживания и ответственность за оказание медицинской помощи. Значительно повысился авторитет медработников и уровень медобслуживания в 1930 году после образования Донецкого (Сталинского) медицинского института. Создание этого учебного заведения было большим культурным событием для всего Донбасса и одной из ведущих основ обеспечения идеологического превосходства советской общенародной системы здравоохранения над частной капиталистической.

Разрушенная Великой Отечественной войной система оказания медицинской помощи населению снова была восстановлена с большими масштабами развития медицины, открытием большого количества медицинских училищ, научными программами развития медицинской науки в Донецком и Ворошиловградском медицинских институтах.

Распад Советского Союза был следующим очередным этапом внешнего влияния на социальное развитие Донецкого промышленного региона в целом и медицину в частности. Корректировка совершенствования системы медицинской помощи людям в независимой Украине в 2014 году была окончательно ликвидирована известными событиями в Донбассе. Экономическая, социальная, военная, финансовая блокада привели к переориентации тенденций развития здравоохранения на российские стандарты.

Заключение. Развитие здравоохранения в Донецком промышленном регионе происходит постоянно в условиях военных и социальных конфликтов, обусловленных внешними причинами, что диктует необходимость разработки систем деятельности органов здравоохранения в критических ситуациях, закрепленных законодательно.

*Данилов Ю.В., Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П.,
Боева И.А., Тищенко А.В., Ласткова Н.Д.*

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

НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ПРОФБОЛЕЗНЕЙ И РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Цель работы. Целью данной работы явился поиск путей совершенствования научных исследований кафедры профболезней Донецкого Национального медуниверситета как структурного подразделения

Материал и методы. Коллективом кафедры профзаболеваний и радиационной медицины в порядке самокритики были проанализированы отчеты по научной работе в период с 2008 по 2018 годы. Также были проанализированы научные достижения сотрудников, работающих на 1 ставку с 01.01.2018 года за вышеуказанный период. Проанализирована динамика результатов научной продукции сотрудников в соответствие с приказом проректора по научной работе Донецкого медуниверситета №247 от 16.10.2018 г. Кроме обязательной количественной оценки баллов за каждый вид научной продукции (статьи, монографии, участие в НИР, конференциях и т.д.) произведен учет количества соавторов в каждой статье, тезисах, количество печатных источников, в которых публиковались результаты научных исследований в каждый отчетный период, количество печатной продукции с одним соавтором в каждом научном источнике.

Результаты и обсуждение. Анализируя полученные данные, необходимо отметить, что наиболее трудоёмким из возможных способов начисления баллов является оформление научной продукции в виде статей, тезисов, монографий. При этом проявляются как способность автора к обработке материала и трактовке полученных результатов, так и возможная роль каждого из соавторов (если такие имеются) в составлении текстового варианта научной продукции. Наибольшее количество подобной печатной продукции было у профессорского состава кафедры. Ежегодно с их участием опубликовывалось в журналах из списка ВАК Украины и ДНР от 4 до 19 статей в различные периоды с количеством соавторов от 1 до 10, в сборниках междуна-

ного уровня от 5 до 15 статей с тем же количеством соавторов, тезисы в сборниках различного уровня в количестве от 0 до 15 в тот же интервал времени и с тем же количеством соавторов. Необходимо отметить, что данные преподаватели обеспечивали более половины бальной прибыли кафедры по научной работе.

У сотрудников-доцентов, которые сейчас составляют кафедральный коллектив, в целом, за изучаемый период были примерно одинаковые тенденции с колебанием баллов от 125 до 500. Печатные работы различного масштаба (статьи, тезисы) в количестве от 1 до 6 ежегодно отличались меньшим количеством соавторов от 1 до 5, что является показателем более узкой специализации авторского коллектива в плане выпуска научной продукции. Из недостатков кафедральной научной работы необходимо отметить низкий уровень статей с моносоавторством – 12 печатных работ за 11 лет. Также необходимо отметить снижение количества публикаций вследствие ограничения научных связей с научными учреждениями оставшейся территорией Украины и пока еще недостаточно высокими контактами с медицинскими вузами России.

Заключение. Сопоставление отчетов по научной работе за указанный период позволило выявить структурно-организационные характеристики научной деятельности кафедры профболезней, выражающиеся в наличии широко спектра проводимых исследований, от чисто кафедральных до межкафедральных, а также с привлечением немедицинских научных заведений, с различной долей участия сотрудников, от индивидуальных до коллективных. Подобный самоанализ с выявлением недостатков служит показателем объективности и самопредвзятости в составлении подходов решения не только кафедральных научных разработок, но и организации научной работы в коллективе.

Данилов Ю.В., Шевченко Т.И., Мотков К.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк.

ВОЗМОЖНОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ТРАКТОВКЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВА

Цель работы. Целью данного исследования является определение ведущих звеньев патогенеза нарушений в органах мужчин-ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

Материал и методы. Для изучения воздействия радиации были отобраны как органы-мишени семенники и предстательные железы ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, проживавших в Донецкой области Украины, подвергавшихся до или после аварийных работ влиянию неблагоприятных производственных шахтных факторов. Стаж работы в подземных условиях составлял не менее 5 лет. Для контрольной оценки были отобраны такие же органы лиц, не подвергавшихся влиянию радиации, но имевшие в своём анамнезе подземный стаж работы не менее 5 лет (1-я контрольная группа) и половые органы лиц аналогичного возраста (25-40 лет) без упоминания в анамнезе шахтного стажа и влияния радиации (2-я контрольная группа). Лица чернобыльской группы умерли от заболеваний, не связанных с патологией половой системы и не имели в течение жизни жалоб, связанных с репродуктивными органами. Люди контрольных групп умерли в результате ДТП. Были использованы морфологические и морфометрические методы исследования с оценкой состояния стромы, паренхимы и сосудистого русла предстательных желез и семенников и их взаимоотношений.

Результаты и обсуждение. Количественная и качественная морфологическая оценка состояния половых органов свидетельствует о нарушениях во всех структурах этих органов с первоочередными изменениями в стромально-сосудистом компоненте. Наличие участков венозного полнокровия, напряженная деятельность стромы слу-

жат фоном для повреждения паренхиматозных элементов и возникновения очагов микросклероза. В чернобыльской и шахтерской контрольной группах визуально отмечаются участки с полным отсутствием извитых семенных канальцев, форма их становится неправильная в отличие от 2-й контрольной группы. Нарушаются процессы созревания сперматозоидов, возникает очаговая атрофия эпителия семенных канальцев. Вытеснение канальцевого эпителия в условиях воздействия радиации и замещение его соединительной тканью обуславливают увеличение площади и объема, занимаемого стромой. Выявлены процессы функционального и структурного истощения эндокринной и экзокринной части яичек, больше подтверждаемые морфометрическими методами. На основе полученных результатов разработана математическая модель развития патологических нарушений в репродуктивных органах при влиянии малых доз ионизирующей радиации с поэтапным вовлечением в патологический процесс всех структур этих органов, выявлены ведущие звенья патогенеза развивающихся нарушений. Количественная оценка показателей состояния паренхиматозно-сосудисто-стромальных взаимоотношений позволяет определить информативность и значение каждой структуры предстательной железы и семенников в развитии патологического процесса.

Заключение. Система разработанных количественных критериев оценки влияния малых доз радиации на живой организм быть экстраполирована и при изучении воздействия других производственных или экологических факторов, а также применена в экспериментальных исследованиях.

Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин В.В.

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

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ АЛГИЙ У ПАЦИЕНТОК С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность. Синдром тазовых алгий является одной из актуальных проблем современной гинекологии и неврологии. Хроническая тазовая боль значительно чаще является симптомом гинекологических (71,3% случаев) и/или экстрагенитальных (21,9%) заболеваний, чем психических нарушений (1,1%). Гинекологические заболевания (эндометриоз, аденомиоз, ретрофлексия, матки, миома матки, хронические воспалительные заболевания половых органов) относятся к одним из наиболее частых органических причин хронической тазовой боли. Пациентки с бесплодием после перенесенных воспалительных процессов внутренних половых органов относятся к группе высокого риска по возникновению хронической тазовой боли. Основным осложнением беременности является невынашивание и угроза прерывания беременности. При воспалительном генезе бесплодия прерывание беременности происходит в 13-30% случаев. Критическими сроками невынашивания является 6-8 и 12 недель. Во втором триместре прерывание беременности происходит значительно реже.

Цель исследования. Изучение причин хронической тазовой боли у пациенток с потерей беременности в I триместре.

Материалы и методы. Нами обследовано 50 пациенток с бесплодием и ранними репродуктивными потерями. Средний возраст обследованных женщин составил $28,3 \pm 3,1$ года. Проведено клинико-биохимическое и инструментальное обследование.

Результаты исследования и их обсуждение. У женщин с хронической тазовой болью основной жалобой были периодические боли внизу живота, с иррадиацией в пояснично-крестцовую область, внутреннюю поверхность бедер, верхнюю часть влагалища. У 85% обследованных боли были тянущего тупого характера с периодичностью от нескольких раз в течение месяца до 2-3 раз в течение года и продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней. После физической нагрузки, эмоциональных стрессов, полового контакта, переохлаждения пациентки отмечали усиление боли. У всех пациенток на момент обследования диагностирован хронический воспалительный процесс внутренних половых органов, ход которого протекал без изменений со стороны крови. Хроническую тазо-

вую боль отмечали 39 (78%) пациенток. Причем, односторонняя боль наблюдалась у 13 (26%) обследованных пациенток, а двусторонняя – у 28 (50%) женщин. Продолжительность хронической тазовой боли составляла от 2 до 7 лет. При обследовании выявлено: 29 (58%) обследованных женщин возникновение хронической тазовой боли связывали с оперативным вмешательством на органах малого таза, 5 (10%) – с перенесенным острым воспалительным процессом внутренних половых органов, 12 (24%) – с выскабливанием полости матки, 4 (8%) пациенток причину возникновения хронической тазовой боли не могли указать. Из анамнеза установлено, что у 21 (42%) пациенток была внематочная беременность, причем, у 5 (23,8%) из них – дважды. Замершая беременность в малом сроке была у 17 (34%) пациенток, дважды – у 7 (41,1%) из них. Самопроизвольные аборт в малом сроке – у 19 (38%) женщин, дважды – у 8 (42,1%) обследованных. У 11 (22%) пациенток было сочетание нескольких видов потери беременности в малом сроке. Оперативные вмешательства на органах малого таза по поводу внематочной беременности, пластики маточных труб, консервативной миомэктомии и аппендицита была проведена у 31 (62%) женщин, причем дважды – у 16 (51,6%) из них. Сальпингостомия, сальпингоовариолизис, тубэктомия, биопсия и дрелинг яичников, коагуляция очагов эндометриоза, миомэктомия лапароскопическим доступом была выполнена у 13 (26%) обследованных женщин. Лапаротомическим доступом была проведена аппендэктомия, тубэктомия, резекция яичника, сальпингостомия, сальпингостомия, консервативная миомэктомия, сальпингоовариолизис – у 20 (40%) пациенток. Оперативные вмешательства (выскабливание стенок полости матки по поводу замершей беременности, искусственных и самопроизвольных абортов) были проведены у 47 (94%) обследованных женщин.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о наличии хронической тазовой боли у 78% пациенток с потерей беременности в ранние сроки в анамнезе. Причем, у всех женщин оказывался хронический воспалительный процесс матки и придатков. Показана значительная роль оперативных вмешательств в возникновении хронической тазо-

вой боли, которая явилась причиной боли у 66% пациенток после операций на органах малого

таза и в 54% – после выскабливания стенок полости матки по поводу абортот.

Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин В.В.

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

КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Актуальность. По сведению Всемирной организации здравоохранения сейчас в мире 6% населения страдают сахарным диабетом, причем, женщины чаще болеют – из 100% выявленных случаев 55% приходится на женщин и только 45% на мужчин. Повышенный уровень глюкозы в крови и появление его в моче влияет на уровень активности микроорганизмов облигатной микрофлоры влагалища. Поэтому часто при сахарном диабете может развиваться дисбактериоз влагалища. Дисбиоз влагалища – патологический процесс замены нормальной микрофлоры на условно-патогенные микроорганизмы (грибы, бактерии, палочки). Состав микрофлоры влагалища определяется возрастом, физиологическим состоянием и гормональным фоном организма женщины. В норме во влагалище в большом количестве присутствуют лактобактерии, обеспечивающие поддержание кислой реакции среды и препятствуют заселению ее патогенными микроорганизмами за счет выработки молочной кислоты и перекиси водорода. Причиной развития дисбиоза является значительное снижение количества лактобактерий в составе микрофлоры влагалища. В результате pH влагалищной среды меняется, создаются благоприятные условия для размножения тех микробов, которые присутствовали во влагалище в меньшинстве, включая условно-патогенную флору. У 50-55% пациенток, страдающих вагинальным дисбиозом, дополнительно выявляется дисбактериоз кишечника. Это может свидетельствовать о едином дисбиотическом процессе в организме с доминирующим проявлением или в генитальной, или в пищеварительной системе.

Цель работы. Необходимость оценить клиническую эффективность и преимущества лечения дисбиоза влагалища у пациенток репродуктивного возраста, страдающих сахарным диабетом.

Материалы и методы. Местная терапия дисбиоза влагалища является методом выбора в большинстве случаев и обладает рядом преимуществ: возможностью введения лекарственного средства непосредственно в очаг заболевания, наименьшим количеством побочных эффектов, удобством использования. В исследовании приняло участие 35 пациенток от 20 до 35 лет,

которые соответствовали критериям включения: сахарный диабет I-II типа, длительность которого составляла от 10 до 15 лет, и наличие дисбиоза влагалища. Диагноз дисбиоза влагалища выставляли на основании жалоб на наличие выделений из половых путей беловато-желтого цвета с довольно неприятным запахом «протухшей рыбы», зуд, жжение, болезненные ощущения при мочеиспускании и половом акте, сухость стенок влагалища. Все женщины были обследованы до и после окончания лечения. Обследование пациенток включало сбор анамнеза, общеклинические лабораторные методы исследования, исследование выделений из цервикального канала на флору, полимеразную цепную реакцию на инфекции, передающиеся половым путем, исследование мазков на флору из уретры, цервикального канала, влагалища. Препаратом выбора в исследовании были свечи «кетоканазол» 400 мг по 1 свече во влагалище на ночь. Курс лечения составлял 10 дней. Оценка эффективности проводимой терапии проводилась после окончания лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. У пациенток уменьшение клинических проявлений дисбиоза отмечалось уже на 5-7 день лечения: уменьшение или исчезновение субъективных признаков: уменьшение количества выделений или их отсутствие, исчезновение неприятного запаха, зуда, жжения. Это положительно отразилось на психологическом состоянии пациенток. После лечения у пациенток – восстановление концентрации лактофлоры, нормализация pH влагалища и вытеснение колоний условно патогенной флоры. Препарат хорошо переносился, отмены его не было.

Выводы. Полученные результаты указывают на высокую эффективность применения предложенного препарата «кетоканазол» в суппозиториях и дают возможность обоснованно назначать его при дисбиозе влагалища у пациенток репродуктивного возраста, страдающих сахарным диабетом. Кроме того, лечение этим препаратом не сопровождается побочными эффектами, такими как раздражение влагалища и хорошо переносится пациентками.

Дегонская Е.В., Шаймурзин М.Р., Евтушенко О.С., Евтушенко И.С., Евтушенко Л.Ф.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации г. Донецка МЗ ДНР

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАЛКИОН-ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ НЕЙРО-МЫШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Актуальность. Нервно-мышечные заболевания у детей являются актуальной проблемой современной детской неврологии, характеризуются различной степенью прогрессирования мышечного дефицита и осложнений в соматическом статусе, прогностически приводящих к ранней инвалидизации больных.

Цель исследования. Изучение эффективности использования Валкион-терапии на этапе реабилитации детей с прогрессирующими нейромышечными заболеваниями.

Материалы и методы. В основе большинства патологических проявлений в организме человека лежат нарушения процессов свободно-радикального окисления. Поэтому особое значение приобретает новый немедикаментозный метод – мембраностабилизирующая синглетно-кислородная “Валкион”-терапия. Преимуществами метода в детской практике являются: неинвазивность метода, отсутствие необходимости работы с открытым кислородом, практическое отсутствие побочных действий и осложнений. Всем поступающим в Центр больным с нейромышечными заболеваниями проводится электронейромиография (ЭМГ) с помощью компьютерного электромиографа «Феникс-241» фирмы «Нейротех», ЭКГ, ЭХОКГ, исследование функции внешнего дыхания с помощью аппарата Spirosoft – 3000 (Япония). Под нашим наблюдением находилось 105 больных в возрасте от 3 до 15 лет с прогрессирующей нервно-мышечной патологией. Кардиомиопатия была диагностирована в 79 случаях- 75,2% (мальчиков 53 чел., девочек – 26 чел.). Из них с ПМД Дюшенна 24 чел., Говерса-Веландер – 4 чел., Давиденкова – 5 чел., Роттауфа-Мортье-Бейера – 2 чел., Эрба-Ротта – 4 чел., Беккера – 2 чел., Ландузи-Дежерина – 2 чел., Эмери – Дрейфуса – 5 чел., структурной миопатией – 7 чел., невральная амиотрофией Шарко-Мари-Тута – 12 чел., спинальной амиотрофией Кугельберга-Веландер – 3

чел., Верднига – Гоффмана – 9 чел. Среди ЭКГ признаков фиксировалось: снижение вольтажа ЭКГ(37,3%). синусовая тахикардия – в 42,4%, синусовая брадикардия в 15%, укорочение ав-проводимости у 29% больных, экстрасистолия у 12% больных, нарушение реполяризации желудочков – у 18,4%, увеличение электрической активности левого желудочка – у 9,8%, ав- блокада I степени у 3,4%, эктопический ритм у 4,8%, снижение вольтажа и инверсии зубца Т – 6%. ЭХОКГ изменения у 28,9% выражались в гипокинезии левого желудочка, пролапсе митрального клапана I-II степени, выявлении аномально расположенных хорд, дополнительных трабекул левого желудочка, относительного увеличения полости левого желудочка. У 58% больных выявлено снижение объема легочной вентиляции по рестриктивному типу (от 15% до 60%), у 12% – по смешанному типу. Все дети получали курсы “Валкион”-терапии (аппарат «Valkion» (Швеция) в течение 10-14 дней 1 раз в день в зависимости от возраста в течение 3-6 минут на процедуру с одновременным употреблением активированной воды в количестве от 50 до 150 мл.

Результаты. У детей с нейромышечными заболеваниями на фоне Валкион-терапии по данным ЭКГ отмечена положительная динамика – уменьшение тахикардии в среднем на 5-10%, увеличение вольтажа, уменьшение признаков перегрузки левого желудочка, у детей с патологией органов дыхания не отмечено случаев респираторных заболеваний (несмотря на холодный период года), не было обострений бронхитов.

Выводы. Включение методик использования Валкион-терапии в комплекс лечения у больных с прогрессирующей нервно-мышечной патологией замедляет развитие кардио- и пневмопатий и повышает эффективность реабилитации двигательных функций.

Дегтярев О.Л.¹, Демин К.А.², Лагеца А.Б.¹, Мкртчян А.С.¹

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия

²МБУЗ «ЦГБ» г. Батайска, Россия

МЕТОД ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМЕ

Введение.

Главной в патогенезе и основной причиной развития острого травматического панкреатита при отсутствии механических повреждений поджелудочной железы является ишемия органа, вызванная шоковыми расстройствами гемодинамики и нарушениями микроциркуляции в спланхническом бассейне [Warshaw A.L. et al., 1978; Hegewald G. et al., 1985; Takahashi T. et al., 1985; Grinev M.B. et al., 1988; Filin V.I et al., 1994; Seleznev S .A. et al., 1999; Liolios A. et al., 1999; Tribl B. et al., 2000; Kopylov A.B., 2003].

При сочетанной и изолированной травме живота оперативная активность достигает 88% и значительно превосходит таковую при травме конечностей, таза, груди и черепно-мозговой травме [Gumanenko E.K., 1992; Briusov P.G., Efimenko E.A., Rozanov V.E., 2001; Abakumov M.M., Lebedev N.V., Maliarchuk V.I., 2001; 2003; Lebedev N.V., 2003]. Повреждения селезенки при этом встречаются в 23-40% наблюдений. Более чем в 99% наблюдений основной операцией при ее разрывах является спленэктомия, несмотря на развитие методов органосохраняющих операций [Balalykin A.A., Alimov A.N., Otlygin Iu.V. et al., 2002]. Во многих исследованиях после удаления селезенки сообщается о значительном увеличении числа панкреатогенных осложнений [Bonencamp J.J., Hermans J., Sasako M., 1999; Cushieri A., Weeden S., Fielding J., 1999; Lee K.Y., Noh S.H., Hyung W.J., 2000; A. Shmid и соавт., 2000 г; J. Weilz и соавт., 2004; Griffith J.P., Sue-Ling H.M., 2005]. Сам факт спленэктомии расценивается подавляющим большинством авторов, занимающихся абдоминальной патологией, в том числе и сочетанной травмой, как фактор негативного влияния на частоту развития послеоперационных панкреатогенных осложнений [Sotnichenko B.A., 1995; Bonencamp J.J., Hermans J., Sasako M., 1999; Cushieri A., Weeden S., Fielding J., 1999; Lee K.Y., Noh S.H., Hyung W.J., 2000; A. Shmid и соавт., 2000 г; J. Weilz и соавт., 2004; Griffith J.P., Sue-Ling H.M., 2005; Alekseev E.S. Katanov S.V., 2009]. В структуре осложнений ближайшего послеоперационного периода после спленэктомии острый панкреатит занимает ведущее место и диагностируется у 15,6-47,6% больных [Sotnichenko B.A., 1995; B.C. Alekseev E.S., Katanov S.V., 2009].

Между получением травмы и появлением первых признаков острого травматического панкреатита проходит 6-12 часов. Именно это время необходимо использовать для проведения лечебных мероприятий, направленных на снижение вероятности развития острого травматического панкреатита.

Исходя из ишемической концепции развития острого панкреатита в постшоковом периоде травматической болезни [Grinev M.B. et al., 1988; Filin V.I et al., 1994], основной путь профилактики заболевания – это своевременная и полная коррекция шоковых гемодинамических нарушений.

Методы предупреждения развития острого травматического панкреатита при сочетанной травме условно можно разделить на 2 группы: хирургическая и медикаментозная профилактики. Хирургическая профилактика должна всегда сопровождаться с применением лекарственных препаратов, так как применение ее в моноварианте не предотвращает развитие тяжелых форм травматического панкреатита.

Острый травматический панкреатит – этапное осложнение травматической болезни, попадает под категорию патологических процессов, которые поддаются прогнозированию развития и медикаментозно-хирургической коррекции.

Материалы и методы исследования.

При разработке методов ранней профилактики острого травматического панкреатита, нами проведена поэтапная исследовательская работа.

На первом этапе проведен анализ факторов риска вероятности развития острого травматического панкреатита при сочетанной шокогенной травме. Для этих целей выполнен ретроспективный анализ 469 клинических случаев пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, находившихся на лечении в хирургическом отделении №1 МБУЗ ЦГБ г. Батайска Ростовской области в период с 2011 по 2015 годы. Для описания объективно существующих причинно-следственных связей использовался язык клинического и математического моделирования. В процессе исследования по каждому из 15 выделенных панкреатопатических факторов риска (ФР) рассчитан прогностический коэффициент (ПК ФР). Вероятность развития острый трав-

матический панкреатит, согласно идее формируемой прогностической системы, зависит от величины полученного суммарного прогностического коэффициента (СПК ФР), получаемого арифметическим суммированием выявленных факторов риска.

Нами выделены частные случаи факторов риска: «травма живота», «шоковый период гипотонии», «микроэмболизация» и «первично-редуцированный кровоток» панкреатобилиарной зоны.

Всего операций на органах брюшной полости, в ретроспективно анализируемой группе, выполнено 66, клинико-лабораторные признаки острого травматического панкреатита выявлены в 51 случае.

Обобщенный ПК по ФР «травма живота» по результатам проведенных математических расчетов (51/66) равняется 0,85 (абсол.) или в 85% случаев отмечаются проявления острого травматического панкреатита при травме органов брюшной полости.

Фактор риска «травма живота» – в развернутой форме имеет следующий вид.

Травма селезенки выявлена в 30 случаях, при этом в 28 случаях выполнена спленэктомия, в 2 случаях выполнено органосохраняющее оперативное пособие – электрокоагуляция разрывов. Во всех 30 случаях травмы селезенки отмечены проявления острого травматического панкреатита разной степени выраженности. Следует сделать поправку – в нашем исследовании нет изолированной травмы селезенки. Травма органов живота с повреждением селезенки идет в комплексе травматических повреждений сочетанной шокогенной травмы, изолированная травма селезенки в наше исследование не включена. Постулат о панкреатопатическом эффекте травмы селезенки, завершающейся операцией на селезенке (в первую очередь спленэктомией) правомочен.

ПК ФР травма селезенки по результатам проведенных математических расчетов (30/30) равняется 1 (абс.),% ПК ФР травма селезенки равняется 100%.

Таким образом, каждого пострадавшего с ТСТ, которому выполнена спленэктомия, следует рассматривать как претендента на развитие острого травматического панкреатита.

Травма печени отмечена в 25 случаях. При этом проявления острого травматического панкреатита отмечены в 16 случаях.

ПК ФР травма печени по результатам проведенных математических расчетов (16/25) равняется 0,64 (абс.),% ПК ФР травма печени равняется 64%.

Травма тонкого кишечника (разрывы, нарушение целостности кишечной трубки) отмече-

на в 4 случаях, в 4 случаях выявлены признаки острого травматического панкреатита.

Из 8 случаев разрывов брыжейки острый травматический панкреатит выявлен в 7 случаях.

Разрывы толстого кишечника отмечены в 4 случаях, острый травматический панкреатит выявлен в 2 случаях.

Анализируя осложненное течение повреждения кишечника, отмечаем 100% развитие острого травматического панкреатита при повреждении целостности кишечной трубки тонкого кишечника. А значит, фактор энтеральной недостаточности, проявляющийся внутрибрюшной гипертензией послеоперационного периода, дуоденостазом (даже минимальным – на уровне 300 мм вод. ст.), сопровождается дуоденопротокным рефлюксом (элемент сочетанного панкреатопатического воздействия).

В общей массе, обобщенное повреждение кишечной трубки и брыжейки кишечника отмечено в 13 случаях, из них в 11 отмечены проявления острого травматического панкреатита.

ПК ФР тр. кишечника = $11/13 = 0,846, \%$ ПК ФР тр. кишечника = 84,6%.

Важным панкреатопатическим эффектом является сочетанное повреждение нескольких органов брюшной полости. В структуре острого травматического панкреатита (n=134) по фактору риска «травма живота» (n=66), выявлены панкреатопатические сочетания:

травма селезенка+печень – 5 случаев,
травма селезенка+кишечник – 1 случай,
травма печень+кишечник – 1 случай,
травма печень+желудок+почка – 1 случай,
травма селезенка+печень+кишечник – 1 случай.

Шок (градация по степеням тяжести), проявляемый периодом гипотонического состояния (градация по длительности и уровню АД) ПК ФР = 0,6996;

Фактор риска «шоковый период гипотонии» является основополагающим в панкреатопатическом сочетании ФР. Он нами включен в группу ФР создающих условие острого ишемического повреждения паренхимы ПЖ:

Ишемия = ФР «Шоковый период гипотонии» + ФР «Эффект гидродинамического удара» + ФР «Микроэмболизация – множественные переломы, обширные раны, разможения мяг. тк., массивные гемотрансфузии» + ФР «Ушиб сердца» + ФР «Первично-редуцированный кровоток».

В плане развития некротических форм острого травматического панкреатита совокупное влияние вышеуказанных ФР является ведущим.

Этап внедрения методики интраоперационного профилактического лечения ишемически

индуцированного острого травматического панкреатита при тяжелой сочетанной травме проведен в 2016-2018 годах. За данный период группа пострадавших с травмой живота (ЗТЖ) в комплексе ТСТ, составила 20 человек.

Из данной группы пострадавших сформирована основная группа (n= 6), в которой была применена методика интраоперационной профилактики ишемически индуцированного острого травматического панкреатита и контрольная группа (n= 14), лечебные мероприятия в которой проводились по общепринятой методике оказания экстренной помощи.

Результаты исследования.

Сформирована математическая модель раннего прогнозирования вероятности развития острого травматического панкреатита по факторам риска с градациями:

- СПК ФР равный 0 – 1,5 – вероятность развития острого травматического панкреатита сомнительная,
- СПК ФР равный 1,5-4,0 – вероятность развития интерстициальной формы острого травматического панкреатита,
- СПК ФР равный 4,0-5,0 – высокая вероятность развития некротической формы острого травматического панкреатита,
- СПК ФР более 5,0 – закономерное развитие деструктивной формы острого травматического панкреатита.

По результатам проведенного исследования получен патент РФ № 268 54 68 «Способ прогнозирования вероятности развития острого травматического панкреатита при тяжелой сочетанной травме».

На основании сделанных выводов о причинах развития острой панкреатогенной патологии при сочетанной шокогенной травме, учитывая ишемическую концепцию развития острого травматического панкреатита в постшоковом периоде ТБ, нами разработан «Способ интраоперационного профилактического лечения ишемических повреждений поджелудочной железы и печени при сочетанной шокогенной травме» патент РФ № 2620496.

Изобретение используется для ранней интраоперационной коррекции ишемических и реперфузионных повреждений поджелудочной железы и печени.

Предлагаемая методика преследует цель – раннее восполнение микроциркуляторного русла панкреатобилиарной зоны и профилактическое лечение травматически и шокогенно поврежденного микроциркуляторного русла в панкреатобилиарной зоне, ранняя профилактика прогрессирования ишемически индуцированного острого травматического панкреатита

и печеночной недостаточности. Основа метода – использование селезеночной артерии и селезеночной вены (зоны спланхического кровообращения) для проведения канюлирования сосудов, и выполнения регионарной (внутриартериальной и внутривенной) инфузионной терапии в объеме «операции-реанимации» с использованием термостатированных (37°C) панкреато-гепато-эндотелиопротективных медицинских препаратов с индивидуально подобранными объемно-скоростными характеристиками реперфузионной инфузионно-трансфузионной терапии на фоне локальной гипотермии панкреатобилиарной зоны с индивидуальным интраоперационным вариантом завершения методики.

Предложенный способ иллюстрируется чертежами и фотографией, где на рис. 1 – схема интраоперационной инфузии в катетеризированную селезеночную артерию; на рис. 2 – схема интраоперационной инфузии в катетеризированную селезеночную вену. На фото 1 представлены катетеризированные по предлагаемой методике селезеночные артерия и вена.

Обсуждение результатов исследования.

Согласно проведенному расчету СПК ФР, пострадавшие основной группы (СПК ФР = 3,5-5,77) относились к категории высокой вероятности риска развития деструктивных форм острого травматического панкреатита (СПК ФР >5) (патент РФ № 2685468).

Благодаря проведенным интраоперационным лечебно-профилактическим мероприятиям с использованием методики канюлирования СА и СВ (n=6) и канюлирования левой желудочносальниковой артерии и вен (2 случая повреждения сосудов при травматическом разрыве желудочно-ободочной связки) с интраоперационной панкреатопротективной инфузионно-трансфузионной реперфузионной терапией в режиме нормотермостатирования на фоне местной гипотермии панкреатобилиарной зоны с восполнением МЦ русла ПБЗ (и опосредовано, восполнение ОЦК), гемодинамические показатели стабилизированы интраоперационно, а в послеоперационном периоде патология ПЖ проявилась кратковременной ферментемией (легкая интерстициальная форма острого травматического панкреатита), что способствовало ранней стабилизации пациента, позволило избежать этапных осложнений ТБ.

Выводы:

По результатам проведенного исследования получен патент РФ № 268 54 68 «Способ прогнозирования вероятности развития острого травматического панкреатита при тяжелой сочетанной травме».

2. На основании сделанных выводов о при-

чинах развития острой панкреатогенной патологии при сочетанной шокогенной травме, учитывая ишемическую концепцию развития острого травматического панкреатита в постшоковом периоде ТБ, нами разработан «Способ интраоперационного профилактического лечения ишемических повреждений поджелудочной железы и печени при сочетанной шокогенной травме» патент РФ № 2620496.

3. Своевременная и полная коррекция шоковых гемодинамических нарушений острого периода ТБ – основной путь профилактики острого травматического панкреатита в отсутствии механических повреждений паренхимы ПЖ.

ЗТЖ с повреждением ОБП при ТСТ сопровождается острым травматическим панкреатитом в 85% случаев.

Разработанный способ позволяет в любых ситуациях шокогенной сочетанной травмы интра-

операционно, с учетом конкретного клинического случая, проводить раннее комбинированное хирургическое и медикаментозное профилактирование развития острого травматического панкреатита и постшоковой печеночной недостаточности в объеме описанной дифференцированно пошаговой «операции – реанимации».

Способ лечения является эффективным и безопасным и может внедряться в лечебную практику хирургических стационаров, оказывающих помощь пострадавшим с сочетанной шокогенной травмой.

Применение способа позволяет снизить частоту острого травматического панкреатита и острой печеночной недостаточности при тяжелой сочетанной травме, исключить тяжелые этапные осложнения, снизить летальность у данной категории пострадавших.

Дегтярев О.Л.¹, Лагеза А.Б.¹, Красенков Ю.В.¹, Шестаков А.М.²

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия

²МБУЗ «ЦРБ» Веселовского района Ростовской области, п. Веселый, Россия

СПОСОБ ДОСТУПА В ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТОТАЛЬНОЙ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ (ТЕР)

Большинство современных гайдлайнов уделяют методике ТЕР важное значение. Так в рекомендациях Общества европейских герниологов (ENS) от 2018 года методика ТЕР признана предпочтительней при односторонней первичной паховой грыже, при двусторонней паховой грыже, при грыже у пациента женского пола, а также в случае рецидива после открытой передней герниопластики, выполненной ранее. Интересно, но в российских клинических рекомендациях по паховым грыжам, ТЕР методика упомянута лишь дважды – в листе списка сокращений и вскользь в части, посвященной эндоскопической трансабдоминальной (ТАРР) герниопластике. Опыт отечественных хирургов в выполнении ТЕР, к сожалению, невелик. При выполнении ТЕР, с технической точки зрения, важным считаем строгое соблюдение алгоритма операции. И первый шаг ТЕР – создание рабочей полости, нам кажется важнейшим, – от того, как он выполнен, будет зависеть вероятность конверсии, риск осложнений и удовлетворенность результатом операции. Необходимость использования баллона-диссектора (PDB) приводит к высокой дороговизне операции, что ограничивает ее широкое распространение. Известно множество

альтернативных способов создания операционной полости в предпузырном пространстве, но, как мы считаем, ни один из них в достаточной степени не удовлетворяет хирурга. Мы впервые стали выполнять ТЕР в 2013 г. Наш опыт – 33 ТЕР. Вариант создания операционной полости различался: – в 10 случаях нами выполнены ТЕР с помощью баллонов-диссекторов. 8 раз первичную полость создавали эндоскопом. И 15 операций выполнили по запатентованной нами методике – «Способ экстраперитонеальной эндоскопической герниопластики» (патент на изобретение 2626556). При этом в пяти случаях удалось полностью выполнить операцию, не прибегая к необходимости установки Зго порта – вариант *reduced port*. Сначала мы выполняли ТЕР, имея в арсенале PDB баллон. Мы получили в одном случае перфорацию брюшины и выполнили конверсию в ТАРР. Безбаллонные попытки с шарящим эндоскопом каждый раз были сопряжены с первоначальной трудной «тоннельной» анатомией. Возникшая неудовлетворенность от неудач и кажущейся сложности заставила нас искать новый путь создания операционного пространства. Для чего нами предложено использовать «клинок диссектор». У этого устройства на

конце имеется лопасть, а срез тубуса ниже на 5 см, так что эндоскоп, введенный в тубус нашего устройства не упирается в ткань, а остается в полости, создаваемой лопастью нашего устройства. Клинок-диссектор вводится в предпузырное клетчаточное пространство гипоумбиликально вдоль заднего листка влагалища прямой мышцы живота, после чего над лоном устанавливаем 5 мм порт. Просвет нашего устройства также легко пропускает марлевый тупфер. Использование которого позволяет избежать задымленности операционного поля и работать в нужном слое. Создав достаточную полость, мы продолжаем операцию общепринятым способом – диссекция в латеральном направлении с определением необходимых анатомических ориентиров, ставим 2ой 5 мм троакар, вывихиваем грыжевой мешок

из грыжевой пещеры и укладываем полипропиленовую сетку 15x10 см без раскроя, фиксируем скрепками герниостеплера «Гера» по медиальному и верхнему краю или не фиксируем вовсе. При этом, обычно, к этапу постановки 2го 5 мм порта, обычно удаляем клинок-диссектор и в видео-порт ставим простой 10мм троакар. Результаты: продолжительность наших операций 45-105 мин. Одна конверсия в ТАПП – причина – перфорация париетальной брюшины при расправлении PDB баллона. В период послеоперационного наблюдения от 2х месяцев до 6 лет, нами осложнений и рецидивов пока не отмечено. Таким образом, предложенный нами способ может быть полезен на этапе освоения методики ТЕР.

Дегтяренко Е.В., Ермакова И.Д.

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

АНАЛИЗ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ ДГСП Г. ДОНЕЦКА ПО САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ПОД НАРКОЗОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Введение. Проблема контроля над болью, страхом, двигательными реакциями во время проведения манипуляций является весьма существенной для детских стоматологов. Особенно актуальной проблема боли является для детского стоматолога. Сильные болевые ощущения у детей могут приводить к целому ряду неблагоприятных физиологических эффектов и развитию дентофобии. Устранить болевые ощущения у детей можно при помощи местной анестезии, однако для некоторых из них, особенно раннего и дошкольного возраста, эта манипуляция является сильным стрессовым фактором и представляет определенные сложности для врача. Беспокойное поведение детей при выполнении местного инъекционного обезболивания затрудняет правильное введение игл, не позволяет провести аспирационную пробу, что может привести к попаданию раствора в сосуд. Особую опасность таят в себе аллергические реакции. Все выше перечисленное ограничивает показания к проведению местной анестезии у детей и расширяет показания к проведению местной анестезии у детей и расширяет показания к проведению стоматологических манипуляций под наркозом.

Показаниями к проведению наркоза в амбулаторных условиях, которыми мы руководствуемся в своей работе:

- возраст ребенка до 3-х лет;
- дети с психоэмоциональной нестабильностью и страхом перед стоматологическим вмешательством;

- дети дошкольного и младшего школьного возраста, лечение которых требует многочисленных посещений;

- дети с нарушениями развития и заболеваниями центральной нервной системы (ДЦП, олигофрения, болезнь Дауна и др);

- дети с общими заболеваниями: врожденными и приобретенными пороками сердца в стадии компенсации;

- дети с аллергическими заболеваниями (бронхиальная астма, астматический бронхит), непереносимостью местных анестетиков.

Преимущества этого метода общеизвестны, главным из них с нашей точки зрения является:

- возможность санации полости рта в одно посещение;

- отсутствие боли и спокойное поведение ребенка во время сна;

- отсутствие чувства страха и следовой реакции, возникающей после перенесенного стресса;

- отсутствие необходимости проведения местного обезболивания.

В тоже время санация полости рта под наркозом несет в себе некоторые сложности для врача-стоматолога:

- необходимость работы в условиях ограниченного наркозного времени;

- трудности в диагностике и лечении осложненных форм кариеса из-за отсутствия контакта с ребенком и родителями;

- отсутствие возможности контроля некоторых элементов лечения, в том числе невозможность рентгенологического контроля качества пломбирования корневых каналов.

Целью настоящего исследования явился анализ работы врачей-стоматологов по оказанию стоматологической помощи детям под наркозом за 2018 год.

Материал и методы исследования: нами был проведен анализ записей выполненных манипуляций в журнале лечения под наркозом детской городской стоматологической поликлиники г. Донецка за 2018 год.

Анализировали количество детей, получивших помощь в плановом и ургентном порядке, при этом учитывали возраст пациентов и характер стоматологических манипуляций. Анестезиологический кабинет детской городской стоматологической поликлиники г. Донецка функционирует с 1984 года. При проведении санации в полости рта под наркозом работает бригада в следующем составе: врач-анестезиолог, сестра-анестезистка, врач-стоматолог и медсестра стоматологического кабинета. В настоящее время санация полости рта у детей проводится нами под общим внутримышечным и в отдельных случаях – внутривенным наркозом. Чаще всего для общей анестезии применяется калипсол. Доза препарата рассчитывается с учетом массы тела ребенка. Работу в полости рта начинают после выключения сознания и релаксации мышц ребенка. Устанавливается роторасширитель, глотка изолируется стерильной салфеткой. Санацию в полости рта начинают с наиболее

сложных терапевтических манипуляций с одной стороны челюсти, затем – переходят на другую. Хирургическое лечение (удаление зубов, пластика уздечек и другие) осуществляется после терапевтических мероприятий. Хирургическим вмешательствам предшествует антисептическая обработка полости рта. Под наркозом стремятся провести максимальный объем стоматологических манипуляций. Если позволяет время, то осуществляют и профилактические мероприятия: герметизация фиссур, обработка поверхностей зубов методом глубокого фторирования.

Результаты исследования. За 2018 год стоматологическую помощь под наркозом получили 112 (100%) детей, из них детей до 3-х лет, 25(22,3%) детей, от 3 до 7 лет – 49(43,7%) дошкольников и от 7 до 18 лет- 36 (32,1) школьников.

Стоматологическая помощь в ургентном порядке была оказана 3(2,7%) пациентами, в плановом порядке – 109(97,3%) детям.

При этом только лечение зубов проводилось у 34 (30,5%) детей, удаление – у 3(2,7%) пациентов, терапевтические и хирургические манипуляции- у 72(64,2%).

Выводы. Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что помощь под наркозом больше получали дети дошкольники. При этом большинство детей нуждалось как в хирургической, так и в терапевтической стоматологической помощи. Большинство детей получали помощь в плановом порядке, что свидетельствует о высоком качестве работы врачей-стоматологов на участках.

Делегойдина А.В.^{1,2}, Комендант В.В.², Исиков А.П.², Лень Д.М.²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря, г. Донецк

НЕСТАНДАРТНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С РЕЦИДИВНОЙ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Цель

Тактика ведения больных с лимфомой Ходжкина в группе риска в условиях ограниченного материального обеспечения.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ основных статистических данных среди населения ДНР в период 2016-2017гг. Верификация диагноза с помощью трепан-биопсии и эксцизионной биопсии с иммуногистохимическим и гистологическим исследованием. Выполнялась рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование

органов брюшной полости, ультразвуковое исследование периферических лимфоузлов, спиральная компьютерная томография для определения распространенности рецидива и рестадирования на этапе лечения.

Результаты

Пациентка Л. 48 лет, болеет с 2015года. Диагноз верифицирован иммуногистохимически – классическая лимфома Ходжкина, склеронодулярный вариант, II тип. Исходно отнесена в группу негативного прогноза – IVBXELP стадия с поражением всех групп лимфоузлов, пораже-

нием плевры, легких, мягких тканей передней грудной клетки, двусторонним гидротораксом, гидроперикардом. Первая линия терапии 8 курсов ПХТ «ВЕАСОРР базовый». Первичное лечение завершила в сентябре 2016г, полная ремиссия не достигнута. С марта 2017г непрерывное рецидивное течение болезни с локализацией процесса выше диафрагмы. В период с марта 2017г по декабрь 2017г получала курсы ПХТ II, III линии без эффекта. Лечение сопровождалось гематологической токсичностью IV степени, ХПН II степени, вторичным иммунодефицитом. Использование новейших препаратов: адцетрис, опдиво, китруда, не представлялось возможным в условиях ограниченного материального обеспечения. В 2018г проведен курс лучевой терапии в 2 этапа, без эффекта. С апреля 2018г по сентябрь 2019г проводились курсы МХТ натуланом в суммарной курсовой дозе 6г. Перерывы в лечении составляли 3 недели, вместо запланиро-

ванной 1 недели. Лечение переносила удовлетворительно, осложнялось развитием тромбоцитопении II степени (98%) без геморрагических событий, тромбоцитопении III степени (5%) без геморрагических событий, анемии III степени (3%), а также однократно эпизод герпетической инфекции. Лечение с частичным эффектом без ухудшения общего состояния по шкале Карновского и ECOG-ВОЗ.

Выводы

Нестандартный подход в лечении рецидивных форм лимфом вполне оправдан, дает шанс на жизнь без существенного снижения качества жизни. Персонификация терапии и редуцирование доз с увеличением продолжительности перерывов между курсами при своей эффективности нивелирует частоту серьёзных, жизнеугрожающих осложнений, особенно в случаях длительного и многократного лечения в анамнезе.

Демкович О.О.¹, Беседина Е.И.¹, Лыгина Ю.А.¹, Думчева Т.Ю.², Ковалева Р.В.², Савченко В.С.², Литвинова Т.П.²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г. Донецк

ОБ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ ОРГАНИЗАЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Безопасность пациентов – серьезная проблема здравоохранения во всем мире. По оценкам Всемирной Организации здравоохранения, риск гибели в авиакатастрофе составляет 1 к 3 000 000, а риск смерти пациента в результате предотвратимого несчастного случая в медицинской практике составляет порядка 1 к 300. В любой отдельно взятый момент времени из каждых 100 госпитализированных пациентов одной или несколькими инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП), заражаются семь пациентов в странах с высоким уровнем дохода и 10 пациентов в странах с низким и средним уровнем дохода. Ежегодно от ИСМП страдают сотни миллионов пациентов во всем мире. Независимо от уровня дохода страны ряд вмешательств, включая соблюдение правил гигиены рук, позволяет снизить распространенность внутрибольничных инфекций на 55%.

Цель работы. Дать оценку состояния эпидемиологического надзора за ИСМП в 2018 г., определить направления его совершенствования.

Материалы и методы. На основании данных

государственных и отраслевых статистических отчетных форм санитарно-эпидемиологической службы проведены ретроспективный эпидемиологический анализ распространенности ИСПМ и изучение результатов микробиологического мониторинга в учреждениях здравоохранения за 2018 г.

Результаты и обсуждение. Согласно ф. 2 «Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях» в 2018 г. в учреждениях здравоохранения было зарегистрировано 355 всех случаев ИСМП (показатель на 1000 госпитализированных – 0,07 сл.), в т.ч. 62 случая инфекций в области хирургического вмешательства (ИОХВ) (показатель на 1000 прооперированных – 0,04 сл.). Указанные уровни регистрации ИСМП и ИОХВ в 10000 раз меньше показателей, регламентированных ВОЗ для стран с развитой системой здравоохранения: не менее 7% от всех госпитализированных и не менее 5% от всех прооперированных.

Вместе с тем данные микробиологического мониторинга, проводимого бактериологическими лабораториями санитарно-эпидемиологической

службы и учреждений здравоохранения, показывают активную циркуляцию в хирургических, урологических, акушерско-гинекологических и др. стационарных отделениях, различных микроорганизмов, в т.ч. полирезистентных, выделяемых как от больных, так и в пробах внешней среды.

Всего в 2018 г. при плановом и внеплановом микробиологическом контроле в учреждениях здравоохранения изолировано 8957 штаммов микроорганизмов от больных и в пробах внешней среды, каждый третий из них (3016 штаммов) полирезистентный. Главным «поставщиком» полирезистентных штаммов были хирургиче-

ские отделения: всего за год изолировано 2188 микроорганизмов (72%), относящихся к группе стафилококков, энтерококков, энтеробактерий и др.

Выводы. Все указанное выше свидетельствует о значительном недо выявлении случаев ИСМП в учреждениях здравоохранения ДНР. Первоочередным мероприятием по улучшению существующей в ДНР системы эпидемиологического надзора за ИСМП должно стать обьективное выявление и полная регистрация всех таких случаев заболеваний с последующим планированием целенаправленных противоэпидемических и профилактических мер.

*Демкович О.О.¹, Беседина Е.И.¹, Мельник В.А.¹, Думчева Т.Ю.²,
Лысенко Н.И.², Данилюк А.Н.², Давыдова А.В.²*

¹ ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР, г. Донецк

ОБ ОСНОВНЫХ ТЕНДЕНЦИЯХ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ (ДНР)

По данным Всемирной Организации Здравоохранения болезни пищевого происхождения, в т.ч. диареи, ежегодно регистрируются у каждого десятого человека, что приводит к потере 33 миллионов лет здоровой жизни. Одной из основных диарейных болезней является сальмонеллез, который может протекать в тяжелой форме у детей, пожилых людей и пациентов с ослабленным иммунитетом с последующим формированием острого или хронического бактерионосительства. Возбудитель сальмонеллеза – *Salmonella* (S.) – повсеместно встречающаяся и стойкая бактерия обладает свойством формирования устойчивости к антибактериальным препаратам. На сегодняшний день в рамках двух видов – *S. bongori* и *S. enterica* – выявлено более 2500 различных серотипов или сероваров.

Цель работы. Определить тенденции эпидемиологического процесса сальмонеллезной инфекции в ДНР и дальнейшие направления эпидемиологического надзора.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости сальмонеллезом и изучение результатов микробиологического мониторинга за распространением сальмонелл различных серогрупп и серовариантов среди населения и в объектах окружающей среды на основании данных государственных и отраслевых статистических отчетных форм санитарно-эпидемиологической службы.

Результаты и обсуждение. На территории ДНР на протяжении 2014-2018 гг. отмечается рост заболеваемости населения сальмонеллезом: с 14,1 сл. на 100 тысяч населения в 2014 г. до 24,7 сл. на 100 тысяч населения в 2018 г. Ухудшение ситуации связано с социально – экономическими особенностями проживания населения в условиях военного времени: активной миграцией, ухудшением качества потребляемых продуктов питания и др.

В структуре заболевших отмечается незначительное преобладание взрослого населения (52,1% – 53,3%). В то же время наиболее уязвимой группой детского населения являются дети в возрасте 1-4 года (43% в структуре заболевших детей).

За анализируемый период регистрировались вспышки сальмонеллеза пищевого происхождения в г. Донецке (2016 г.) и Амвросиевском районе (2018 г.), по результатам расследования и выявленным нарушениям санитарного законодательства специалистами санитарно-эпидемиологической службы принимались меры административного характера.

Согласно данным микробиологического мониторинга в 2018 г. с диагностической и профилактической целью, а также по эпидпоказаниям бактериологическими лабораториями проведено 127,054 тыс. исследований биологического материала от людей, в 98 выявлены сальмонеллы (0,08%). Также в плановом порядке и по эпидпо-

казаниям исследовано 76,458 тыс. проб пищевых продуктов, в 30 пробах выявлены сальмонеллы (0,04%). Наиболее «загрязненным» пищевым продуктом было мясо птицы.

Ведущим возбудителем сальмонеллеза остается *S. enteritidis* (серогруппа D): 92,6% среди идентифицированных возбудителей от людей и 60% в объектах внешней среды. Среди других видов сальмонелл, циркулирующих на территории Республики, как среди людей, так и в объектах внешней среды, необходимо отметить *S. typhimurium* (серогруппа B) и *S. infantis* (серогруппа C). Бактериологические находки других сероваров носят единичный характер.

Денисов А.В.^{1,2}, Антонюк О.С.^{1,2}, Попандопуло А.Г.², Штода Д.Е.^{1,2}, Шаповалов И.Н.^{1,2}, Багдасаров К.М.²

¹ ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

² Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака МЗ ДНР, г. Донецк

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Для скрининга, позволяющего заподозрить рак щитовидной железы (РЩЖ), УЗИ является наиболее значимым исследованием. Оценка узловых образований по шкале TI-RADS формирует показания к тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ), результаты которой определяют дальнейшую тактику лечения. Ультразвуковая картина при диффузно-токсическом зобе (ДТЗ) в большинстве случаев характеризуется диффузными изменениями паренхимы железы без наличия сонографически значимых узлов на фоне увеличенного объема ткани и гиперваскуляризации, что обуславливает отсутствие онкологической настороженности. Таким образом, во многих случаях наличие РЩЖ не диагностируется до операции, поскольку многие из этих карцином протекают скрыто.

Цели исследования: выявить особенности и трудности диагностики рака щитовидной железы на фоне ДТЗ, на основании полученных данных определить оптимальный объем оперативного вмешательства.

Материалы и методы: Изучены результаты лечения 164 больных, оперированных по поводу ДТЗ в Институте неотложной и восстановительной хирургии им. Гусака (ИНВХ) г. Донецка в период с 2014 года по 2019 годы. Мужчин было 11, женщин – 153 (соотношение мужчин и женщин 1:13,9). Возраст составил от 18 до 76 лет. Всем больным была выполнена тиреоидэктомия. УЗИ выполнялось на аппарате Toshiba Aplio 400. Данные УЗИ оценивались по шкале TI-RADS,

Закключение. Таким образом, эпидемическая ситуация по сальмонеллезу в ДНР остается напряженной, а заболеваемость имеет тенденцию к росту. С целью предупреждения эпидемических осложнений, обеспечения населения пищевыми продуктами гарантированного качества необходимо создание комплексной системы санитарно-эпидемиологического и ветеринарного надзора за предприятиями сельского хозяйства и пищевой промышленности, а также проведение активной санитарно-просветительной работы среди населения по профилактике болезней пищевого происхождения.

оценка пункционного материала проводилась по шкале Bethesda.

Результаты и обсуждение. У 138 больных ДТЗ протекал без сонографически значимого узлообразования, при осмотре и по данным УЗИ отмечалось диффузное увеличение ЩЖ с клиническими и лабораторными признаками тиреотоксикоза, в связи с чем ТАПБ не выполнялась. Среди этих больных рак в качестве интраоперационной находки диагностирован у 8 (5,8%). У 26 больных выявлены узлы, рак диагностирован у 6 (23%). Таким образом, рак диагностирован у 14 (8,5%) больных. Мужчин было 2, женщин – 12. Длительность заболевания у них составила от 1 до 15 лет, в среднем 3 года. Следует отметить, что у больных с узловыми образованиями на фоне ДТЗ рак встречался в 4 раза чаще, чем у больных без наличия узлов. Как указано выше, у 8 (57,1%) пациентов с раком пункция не выполнялась. У 4 (28,6%) больных при ТАПБ рак не был заподозрен и лишь у 2 (14,3%) заподозрен до операции и подтвержден гистологически после. Таким образом, чувствительность ТАПБ в данной ситуации составила 33,3%, а при наличии рака до операции его по разным причинам не заподозрили в 12 или 85,7% случаев. Гистологически инфильтративный характер роста имел место у 10 больных (71,4%), микрокарцинома – у 4 (28,6%). Анализируя приведенные данные можно констатировать, что сложность адекватной дооперационной диагностики РЩЖ при ДТЗ определяется отсутствием в большинстве

случаев клинических и инструментальных признаков, позволяющих заподозрить рак на фоне диффузных изменений паренхимы при наличии выраженного тиреотоксикоза, небольшими размерами, а также инфильтративным характером роста опухоли, сниженной диагностической эффективностью цитологического исследования вследствие вышеописанных причин, а также большого объема и гиперваскуляризации ткани ЩЖ.

Выводы. Учитывая достаточно частую выявляемость РЩЖ на фоне ДТЗ, сниженную диагностическую ценность дооперационных методов диагностики при данной патологии показано выполнение тиреоидэктомии. Выбор тиреоидэктомии в качестве вида оперативного вмешательства помимо радикального решения проблемы тиреотоксикоза исключает оставление опухолевой ткани, а также предотвращает необходимость повторных операций при гистологическом выявлении рака.

Денисов В.К.^{1,2}, Захаров В.В.^{1,2}

¹ ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г. Донецк

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ И БУДУЩЕЕ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

С целью оценки перспектив развития трансплантологии нами проведен анализ фундаментальных научных разработок последних лет.

Материал и методы. Направленность современных исследований прямо или косвенно касающихся трансплантации органов изучена по материалам 19-го конгресса Европейского общества органной трансплантологов (ESOT) состоявшегося 15.09-18.09.2019 года в г.Копенгагене (Дания).

Результаты и обсуждение. В материалах конгресса были отражены все современные фундаментальные и клинические аспекты трансплантологии. Основной акцент сделан на донорстве, консервации органов, отторжении и утрате функции трансплантата. При оценке перспектив дальнейшего развития трансплантологии исходили из того, что лучший способ предвидеть будущее это создать его.

В части посмертного органного донорства отмечается ренессанс асистолического донорства с существенным увеличением его доли в странах Евросоюза до 21% среди всего пула посмертных доноров. Этому способствовало лучшее понимание процессов связанных с консервацией и гипоксией. Нормотермическая региональная перфузия перед изъятием органов, машинная перфузия, оксигенация крови, клеточная терапия после изъятия органов позволяет использовать органы в прошлом не рекомендовавшиеся для трансплантации и увеличить, таким образом, трансплантационную активность. Если ранее подготовка к пересадке касалась, главным образом, потенциального реципиента, то в настоящее время появились возможности эффективного до трансплантационного воздействия на донорский орган. Актуальность такого подхода обусловлена

существенным снижением поражений головного мозга вследствие травм, особенно на фоне резкого снижения частоты дорожно-транспортного травматизма на фоне научно-технического прогресса в автомобилестроении, строительстве дорог, оптимизации правил дорожного движения и их соблюдения.

Ведутся активные разработки в области применения метода редактирования генов (CRISPR-CAS). Эта технология позволяет в ближайшем будущем обеспечить прорыв в широком спектре биомедицинских исследований и генной терапии.

Постепенно накапливается информация по возможности создания искусственных органов, в том числе, компактных на основе органной инженерии. Этому будет способствовать картирование органов и создание периодической таблицы всех клеток человеческого организма.

Особое внимание в настоящее время уделяется изучению микробиоты (всей микрофлоры) человека, ее влиянию на иммунитет, ее реакции на проводимую иммуносупрессию и другие лечебные мероприятия связанные с трансплантацией.

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. Другая важная тенденция – это создание «точной медицины» как модели здравоохранения, предусматривающей индивидуализацию ведения пациента, основанную на генетических, молекулярных и клеточных исследованиях. В перспективе это предполагает отход от исполь-

зования медицинских протоколов и остановит «макдонализацию» медицины.

Использование методов геномики позволит обеспечить выполнение виртуальной биопсии, которая заменит выполнение протокольной биопсии трансплантатов.

Искусственный интеллект и роботизация в течение ближайших 20 лет по оценке экспертов снизит потребность во врачах нефролога на 15%, хирургах – на 25%, врачах лабораторной диагностики на 55%.

Ведутся разработки по инженерии клеточных органоидов, которые предполагается использовать для устранения дисфункции пересаженных органов.

В конечном итоге компьютерные алгоритмы не заменят врача, но врач использующий эти алгоритмы заменит того, кто их не использует.

Выводы. Трансплантация органов является интенсивно развивающимся направлением, которое должно рассматриваться как приоритет и будущее современной медицины.

Денисов В.К.^{1,2}, Захаров В.В.^{1,2}, Комисаренко Э.Э.¹, Онищенко Е.В.^{1,2}, Голубова Т.С.¹, Захарова О.В.^{1,2}, Варибрус С.А.^{1,2}

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г. Донецк

УСЛОВИЯ ТРУДА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Трансплантология является одной из наиболее востребованных и динамично развивающихся медицинских специальностей 21 века. Однако, несмотря на увеличение количества трансплантаций органов в мире до 140 тысяч в год, к настоящему времени потребность в них в среднем удовлетворена менее чем на 10%, в нашем регионе – менее чем в 1% случаев. С целью увеличения доступности трансплантационной помощи нами изучены особенности труда персонала и их влияние на деятельность трансплантационных центров.

Материалы и методы. Проведен анализ литературных данных и собственного опыта 730 трансплантаций почек. Представлена характеристика условий и пути оптимизации работы персонала.

Результаты и обсуждение. Исторически первые успешные трансплантации органов были выполнены в 50-х – 60-х годах прошлого века. Большое количество вопросов связанных с этапом становления этого раздела по мере накопления опыта были решены и на этом фоне более четко обозначились проблемы обусловленные дальнейшим развитием.

К настоящему времени стало очевидным, что трансплантационная хирургия это тяжелый психологически разрушительный труд, сопряженный с высоким риском карьерных неудач и профессиональной несостоятельности. Успешная работа трансплантолога складывается из больших временных затрат, терпения, понимания, отношения семьи, коллектива, администрации и пациентов. Ряд исследований проведенных в последние годы в США и странах Евросоюза уста-

новил, что уровень эмоционального выгорания среди трансплантологов наивысший в сравнении с другими хирургическими специальностями. Эмоциональное истощение, опустошенность, депрессия и снижение работоспособности связаны с особенностями труда, существенно отличающегося в трансплантологии от других специальностей. Наиболее непривлекательными в трансплантологии являются внеурочные работы в рамках соглашения о вызове («on-call commitment»), плохо контролируемое распределение рабочих нагрузок, ограниченный перечень оперативных вмешательств, отсутствие частной практики.

Первая трансплантация почки в Донбассе была выполнена нами в 1986 году после того как в областной клинической больнице им. М.И.Калинина (ныне Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение – ДоКТМО) было сформировано отделение хронического гемодиализа и трансплантации почки. Организация труда, при которой „все занимались всем”, позволила начать трансплантации почек, но со временем себя исчерпала. В 1998 году это отделение было реорганизовано в трансплантационный центр. В состав Центра входят отделение трансплантации на 35 коек с блоком интенсивной терапии на 6 коек, группой забора донорских органов, иммунологическая и биохимическая лаборатории, отделение гемодиализа на 16 диализных мест с дневным стационаром на 10 коек, а также консультативный поликлинический прием. Основными направлениями клинической деятельности Донецкого трансплантационного центра являются аллотрансплантация

почки, в том числе детям, от живых родственных или трупных доноров, а также подготовка условий для трансплантации печени и поджелудочной железы. Для этого Центр укомплектован соответствующим оборудованием.

Для эффективной организации труда персонала Центра необходимо понимание проблемы, профессиональное мастерство, стимулы, ресурсы и план действий. Отсутствие хотя бы одного из указанных условий препятствует достижению успеха, приводя к хаосу, неуверенности, противодействию, разочарованию и формированию ложных целей

У нас есть понимание проблемы, профессиональный опыт и дорожная карта развития, но в настоящее время условия труда в Центре во мно-

гом определяются несовершенной материально-технической логистикой, недофинансированием и кадровым дефицитом, причем доминируют проблемы логистики.

Выводы. В настоящее время Донецкий трансплантационный центр продолжает оказывать специализированную помощь в сложных условиях. Для увеличения трансплантационной активности необходимо обучение персонала, планирование деятельности, совершенствование административного взаимодействия, выделение программно-целевого финансирования, повышение сплоченности коллектива Центра (тимбилдинг) на основе общих ценностей и представлений.

Джерин Д.В.

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

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Введение. Анализ черепно-мозговых травм (далее ЧМТ) необходим для представления о их актуальности.

Цель. Исследовать распределение экспертиз по ЧМТ по тяжести вреда здоровью, сезонности и половой принадлежности, сравнить полученные результаты за 2012 и 2013 гг.

Материалы и методы. Статистический анализ данных журнала учета экспертиз за 2012 и 2013 гг. бюро судебно-медицинской экспертизы.

Результаты. За 2012 г. было проведено 2764 экспертизы, из них по ЧМТ – 664 экспертизы (24%). За 2013г. было проведено 2618 экспертиз, из них по ЧМТ – 603 (23%).

В 2012 году было зарегистрировано 458 актов по легкой тяжести вреда здоровью (293 мужчины, 165 женщин), 146 актов по средней тяжести вреда здоровью (89 мужчин, 57 женщин) и 60 актов по тяжкому вреду здоровью (35 мужчин, 25 женщин). В 2013 году было зарегистрировано 428 актов по легкой тяжести вреда здоровью (257 мужчин, 171 женщин), 127 актов по средней тяжести вреда здоровью (74 мужчин, 53

женщин) и 48 актов по тяжкому вреду здоровью (30 мужчин, 18 женщин).

За первый квартал 2012 года было проведено 193 экспертизы. За второй – 153 экспертизы. За третий – 159 экспертиз. За четвертый – 159 экспертиз. За первый квартал 2013 года было проведено – 169 экспертиз. За второй – 145 экспертиз. За третий – 138 экспертиз. За четвертый – 151 экспертиза.

Выводы. Из всех актов за 2012 и 2013гг. наибольший удельный вес приходится на экспертизы по ЧМТ легкой тяжести вреда здоровью (за 2012г – 69%, за 2013 – 71%), вероятно, это связано с преобладанием бытовых травм. Чаше всего ЧМТ получают мужчины (в 2012г. – 63%, в 2013г. – 60%), возможно за счет психологических особенностей их поведения в решении конфликтных ситуаций. Больше всего экспертиз регистрируется в первом квартале (в 2012г. – 29%, в 2013г. – 28%), это может быть связано с более агрессивными погодными условиями в зимний период времени.

Долгошапка О.Н., Золото Е.В., Богослав Ю.П., Черноус В.А., Черноус В.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
НИИ репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У МОЛОДЕЖИ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА

Изменение условий жизни в Донецком регионе, обусловленных проведением боевых действий на территории Донбасса, продолжающиеся длительное время, оказывают существенное влияние на формирование представлений молодых людей о будущей семье, межличностных отношениях, половой жизни и планировании беременности. Это создает риск нарушений репродуктивного здоровья, обусловленных неправильным репродуктивным поведением молодых людей

Целью исследования была оценка уровня знаний по вопросам планирования семьи и контрацепции у молодых людей с целью разработки образовательных и профилактических мероприятий, направленных на сохранение репродуктивного потенциала населения Донбасса.

Материал и методы: было проведено анкетирование 580 жителей Донецкого региона (280

юношей и 300 девушек) в возрасте 15 – 25 лет по вопросам контрацепции и планирования семьи в рамках акции «Молодежь Республики – за здоровую семью».

Результаты и их обсуждение: у молодых жителей Донецкого региона отмечается низкий уровень знаний по вопросам контрацепции и планирования семьи, недостаточный уровень информированности о продолжительности «репродуктивной жизни» у мужчин и женщин, о негативном влиянии аборта на репродуктивное здоровье женщин, что в итоге будет негативно отражаться на рождаемости в регионе.

Выводы: проведенный анализ является теоретическим обоснованием для организации секции по планированию семьи и контрацепции в рамках школы репродуктивного здоровья при НИИ РЗДПМ г. Донецка.

Долгошапка О.Н., Матийцев А.Б., Гринцов Г.А., Христуленко А.А., Литвиненко В.В.

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

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ, ТАКТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИМУЛЬТАННЫХ АППЕНДОКТОМИЙ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Развитие и широкое внедрение малоинвазивных технологий в хирургии открывает возможность проведения симультанных операций. Вместе с тем сохраняет актуальность проблема разработки оптимального интраоперационного диагностического и тактического алгоритма, направленного на обоснование симультанных аппендэктомий при лапароскопических вмешательствах по поводу экстренной гинекологической патологии у женщин репродуктивного возраста.

Цель: проанализировать обоснованность симультанных аппендэктомий при лапароскопических urgentных гинекологических вмешательствах у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было проанализировано 246 случаев оперативных вмешательств по поводу острой хирургической патологии органов мало-

го таза у женщин репродуктивного возраста. 32 женщинам наряду с гинекологическими операциями была выполнена симультанная аппендэктомия.

Результаты и их обсуждения. Всем больным по показаниям произведены следующие операции: удаление маточной трубы в связи с наличием в просвете последней плода, коагуляция кровотокающих сосудов яичника в результате апоплексии последнего, органосохраняющие операции при удалении кисты яичника. Оперативные вмешательства выполнялись с использованием малоинвазивных технологий под эндотрахеальным наркозом. Выполнение оперативного вмешательства путем лапароскопического доступа является золотым стандартом у женщин репродуктивного возраста при данной патологии. При осмотре органов брюшной полости в трех случаях имел место спаечный процесс органов

малого таза II-III ст., в одном случае аппендикс был спаен с маточной трубой, а в двух других находился в спайках и был травмирован во время операций. В 29 случаях выявлено расширение сосудов серозной оболочки отростка и данные изменения расценивались оперирующим хирургом как вторичный аппендицит, что послужило показанием к аппендэктомии. Полученные результаты свидетельствуют, что данный метод не только не исключает удаление неизмененного червеобразного отростка, но и приводит к риску симультанного выполнения необоснованной аппендэктомии. Следует отметить, что предварительно у всех больных, где была выполнена симультанная аппендэктомия отсутствовало согласие на данный вид оперативного вмешательства. Потому возможность и риск симультанной операции необходимо обсуждать с пациентами до операции. Вопрос о возможном выполнении симультанного вмешательства должен быть в

обязательном порядке согласован с больной, а на его проведение заранее получено письменное информационное согласие. Расширение стандартного операционного обследования поступающих по поводу экстренной гинекологической патологии позволит снизить количество необоснованных аппендэктомий. Вместе с тем следует отметить, что в нашем исследовании увеличение объема и длительности операции отрицательно не повлияло на течение послеоперационного периода у данной группы больных.

Выводы. Полученные результаты исследований свидетельствуют о том, что оперативное вмешательство по поводу острой гинекологической патологии часто сопровождаются необоснованным удалением неизмененного отростка. Письменное согласие на оперативное вмешательство должно включать информацию о возможном расширении объема операций у данной группы больных.

Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Кишеня М.С., Чернобровцев П.А.

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

ГЕН TNFRSF11B И ЕГО ПОЛИМОРФИЗМ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ РАЗВИТИЯ ИЕРСИНИОЗНОГО АРТРИТА

Под нашим наблюдением находились 123 пациента (мужчин – 61, женщин – 62) с установленным диагнозом иерсиниозной инфекции, подтвержденным методом РНГА с кишечно-иерсиниозным диагностикумом, в возрасте от 16 до 39 лет, находившихся на стационарном лечении с 2015 по 2017г в Центральной городской клинической больнице №1 г. Донецка. Клинические черты иерсиниозной инфекции соответствовали классическому портрету: острое начало заболевания, выраженный интоксикационный синдром с лихорадкой в пределах 37,2-40,5°C, продолжительностью 8-12 суток, гастроинтестинальный синдром (преимущественно в виде гастроэнтерита), экзантема и суставной синдром. Дизайн исследования включал разделение пациентов на 2 группы: в первую группу вошли пациенты (61 человек: 32 мужчины и 29 женщин) с иерсиниозом и суставным синдромом, 2-я группа – контрольная, состояла из больных (62 человека: 31 мужчина и 31 женщина) с иерсиниозом без явлений артрита. Целью работы явилось изучение ассоциации между развитием иерсиниозного артрита (ИА) и носительством аллелей, влияющих на уровень транскрипции гена TNFRSF11B, ведь роль системы

RANK/RANKL/OPG в дифференцировании и активации остеокластов является основополагающим звеном в изучении метаболизма кости, лечении заболеваний, характеризующихся чрезмерной резорбцией кости. Результаты генетического анализа показали, что в 2-х группах обследуемых лиц были выявлены все три возможные генотипа – Asn/Asn, Asn/Lys и Lys/Lys с разной частотой встречаемости, при этом наблюдаемое распределение частоты выявляемости генотипов в обеих группах соответствовало равновесию Харди-Вайнберга. Частота встречаемости генотипа Asn/Asn в группе с ИА составила 19,7%, что в 1,7 раза меньше в сравнении с частотой данного генотипа в контрольной группе (33,9%). Гетерозиготный вариант полиморфизма Asn/Lys представлен у 49,2% пациентов 1 группы, так в контрольной группе 51,6%. Генотип Lys/Lys в группе с ИА встречался с частотой 31,1%, а в контрольной группе – 14,5%, численно превышая в 2,14 раза, что являлось статистически достоверным. Изучение степени ассоциации полиморфизма Asn3Lys гена TNFRSF11B и развития ИА показало, что генотип Lys/Lys связан с повышенным риском развития ИА ($\chi^2 = 6,08$, $p = 0,49$; OR = 2,66, ДИ 1,09 – 6,49). Показатель

OR для генотипов Asn/Lys и Asn/Asn при ИА имел значение менее 1, а именно, OR = 0,91, ДИ 0,45 – 1,84 и OR = 0,48, ДИ 0,21 – 1,09, соответственно, что свидетельствовало о превентивном характере влияния данных генотипов

Таким образом, генотип Lys/Lys гена TNFRSF11B является маркером повышенного риска развития и прогрессирования иерсиниоз-

ного артрита. Изучение генетической предрасположенности к возникновению ИА, тяжести его течения, а также возможной генетически детерминированной устойчивости или восприимчивости к проводимому лечению на основе молекулярно-генетических исследований полиморфизма является важным прогностическим моментом в лечении и профилактике ИА.

Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Шпилевая Н.И., Куропятник В.В., Хоменко Д.Ю.

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

ЗНАЧЕНИЕ ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПОРАЖЕНИИ СУСТАВОВ

Изучены клинические проявления суставного синдрома, ассоциированного с *Yersinia enterocolitica* у 250 больных генерализованной формой спорадического иерсиниоза, а также у 141 хронической формой заболевания, 23 – синдромом Рейтера иерсиниозной этиологии. Мужчин было 185, женщин – 229, возраст больных – от 15 до 68 лет. Диагноз иерсиниоза подтверждался бактериологическим методом, серологической идентификацией при постановке РНГА с эритроцитарными диагностикумами, РА, ИФА, а также РКОА, РНИФ, иммуноблотингом. Из 250 больных у 122 (48,8%) методом РНИФ выявлены IgM к *Y. Enterocolitica*, у 72 (51,2%) – IgG. Серовар O:3 определен у 52,9%, O:4 – у 12,1%, O:6 – у 13,2%, O:9 – у 21,8%, при этом у 12,1% больных обнаружены антитела к нескольким антигенам возбудителя – O:3 и O:9; O:3 и O:4, O:3, O:6 и O:9. При обследовании 54 больных с хронической формой иерсиниоза диагноз верифицирован дополнительно методом иммуноблотинга (Вестерн-блот) в 20,4% случаев обнаружением АТ-IgA к *Y. enterocolitica*, у 79,6% больных – АТ-IgG. Различной степени выраженности артралгии имели место у 34% больных в остром периоде генерализованной формы иерсиниоза. У 1/3 обследованных артралгии носили распространенный характер, были интенсивными. У 13,6% пациентов в остром периоде болезни развились артриты, при этом в процесс вовлекались 3–4 сустава, преимущественно голеностопные и лучезапястные, реже – коленные, плечевые, у 8,8% – фаланговые и стопные. У 18,5% больных наблюдалась рецидивирующая полиартрал-

гия, у 77,8%-реактивный рецидивирующий полиартрит, у половины из которых заболевание проявилось вначале моноартритом с последующим вовлечением в процесс крупных суставов конечностей, реже – суставов кистей и стоп. В последние 7 лет увеличилось количество больных хроническими реактивными артритами, у которых выявлена иерсиниозная этиология заболевания. У 56% таких пациентов в анамнезе наблюдались кратковременная диарея либо абдоминальные боли, которые купировались спонтанно, 9-ти была проведена аппендэктомия. У 53,9% обследованных иерсиниозная этиология хронических артритов выявлена ревматологами, преимущественно методами Вестернблот и РНИФ. У 61,6% больных иерсиниозными артритами отмечены тендосиновиты, у 22,7% – сакроилеит. В группу наблюдения включены 23 больных синдромом Рейтера в возрасте 16–54 лет. У данных пациентов наблюдалось несимметричное поражение коленных, голеностопных, пястно-фаланговых суставов, у 1/3 – длительный субфебрилитет. Продолжительность иерсиниозного поражения суставов составила от 1 месяца до 10 лет. Лечение иерсиниозных артритов на стадии хронического течения является сложной проблемой. Внутриклеточная персистенция возбудителя обуславливает назначение длительных курсов антибиотикотерапии в сочетании с традиционными противовоспалительными препаратами, а выраженность аллергических и иммунопатологических реакций в случае неэффективности указанной терапии требует назначения глюкокортикостероидов.

Домашенко О.Н., Захарова И.И.

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

СИНДРОМ ЛИХОРАДКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Лихорадка является одним из наиболее частых и характерных проявлений многих инфекционных болезней, одной из частых причин обращения за медицинской помощью. По длительности выделяют два варианта лихорадок: острые (констатируются в случаях повышения температуры тела в сроки до 15 дней) и хронические (свыше 15 дней). Хроническая лихорадка, в свою очередь, подразделяется на два вида: длительный субфебрилитет – «беспричинное повышение» температуры тела от 37,0°C до 38,0°C, длящееся более 2 недель, и лихорадка неясного генеза (ЛНГ), при которой длительность лихорадки 3 недели и выше, а причина остается неясна после обследования больного. Результаты тщательного обследования больных с ЛНГ показывают, что в основе данного синдрома, как правило, лежат хорошо известные заболевания, характеризующиеся необычной манифестацией в начале и на протяжении более длительного периода болезни. Заболевания, которые маскируются под ЛНГ, условно можно разделить на инфекционные (35%), злокачественные опухоли (25%), неинфекционные воспалительные (10-15%) и прочие заболевания. Для оценки основных причин ЛНГ проанализировано 52 истории болезни пациентов, которые поступали в инфекционное отделение ЦГКБ № 1 г. Донецка с диагнозом лихорадка неясной этиологии/длительный субфебрилитет. Среди больных преобладали женщины (56%). Возраст пациентов колебался от 18 до 88 лет, лица среднего возраста (от 31 до 50 лет) составили 39%. В ходе обследования и наблюдения у 20% пациентов выявлена инфекция мочевыводящих путей, у 19% – иерсиниоз, у 9%

– бактериальная инфекция неуточненная, у 13% – ВИЧ, у 7% – вирусная инфекция неуточненная, у 4% – лимфопролиферативное заболевание, у 4% – инфекционный эндокардит, у 4% – энтеровирусная инфекция, у 4% – инфекционный мононуклеоз. Диагностированы единичные случаи аутоиммунного тиреоидита, острого аппендицита, хронического мезаденита, стафилококкового гастроэнтерита, острой кишечной инфекции, туляремии, дебют системного заболевания соединительной ткани, листериоз (16%). Таким образом, 52% составили больные с инфекционной патологией. Наблюдается ряд типичных ошибок при ведении пациентов с лихорадкой неясной этиологии, такие как: нарушение техники забора биологического материала, несвоевременный забор материала; переоценка результатов бактериологического исследования; назначение антибиотиков широкого спектра действия всем больным с лихорадкой; назначение глюкокортикостероидов, что затрудняет диагностику; переоценка значения мнения консультантов, которые с легкостью отвергали «свою» патологию, не наблюдая ее типичной картины. Таким образом, при постановке диагноза ЛНГ необходимо не пренебрегать ее общепринятыми критериями, анализировать особенности лихорадки (степень ее повышения, тип температурной кривой, длительность лихорадочного периода, сроки появления органных нарушений); соблюдать методику забора биоматериала для исследований; помнить, что в большинстве случаев в основе ЛНГ лежат обычные заболевания с атипичным течением.

Домашенко О.Н., Куропятник В.В., Хоменко Д.Ю.

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

ГЕПАТИТ G: АСПЕКТЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ

В настоящее время вирусный гепатит G (ВГГ) распространен среди населения мира повсеместно и неравномерно. В США в структуре острых вирусных гепатитов (ВГ) неуточненной этиологии РНК ВГГ выявлена у 9%, в России – у 2% – 8%. Гепатит G относят к инфекции с парентеральной передачей возбудителя. Возможен половой путь заражения. Доказан “вертикаль-

ный путь” передачи ВГГ от инфицированной матери ребенку. У половины детей, родившихся от матерей с наличием РНК ВГГ, идентифицирован этот маркер инфекции. Острый ВГГ протекает в манифестной и бессимптомной формах. Исходами острого гепатита G может быть выздоровление с элиминацией РНК ВГГ, формирование хронического гепатита (ХГ) с

длительной персистенцией вируса, фульминантная форма заболевания (у 12-50% заболевших). Частота выявления РНК ВГГ среди пациентов с криптогенным ХГ колеблется от 2% до 9% в Европе и Японии. Клиническое течение ХВГГ имеет мягкий характер, с низким уровнем активности АЛАТ. Внепеченочные проявления ВГГ не зарегистрированы. Отмечен высокий уровень коинфекции с гепатитами В, С, D (24,5%, 37,0%, 39,9% соответственно). Считается не доказанной циррозогенность ВГГ.

Под нашим наблюдением находилось 5 больных с выявленной РНК ВГГ в крови в возрасте 21-45 лет (3 женщины, 2 мужчин). У 3-х больных в анамнезе были оперативные вмешательства различной давности, в 2-х случаях – гемотрансфузии, введение препаратов крови. 4 больным установлен диагноз хронической формы ВГГ с умеренной цитолитической активностью, 1 пациенту 21 года – цирроз печени, класс В по Чайлд-Пью, осложненный портальной гипертензией без асцита, двухростковой цитопенией (нейтропения, тромбоцитопения). Диагноз цирроза печени подтвержден фибротестом (F4A3). Данный больной лечился по поводу хронического криптогенного гепатита с 10-летнего возраста. В одном случае (мужчина 34 лет) наблюдалась коинфекция ВГС. Больному была проведена противовирусная терапия препаратами прямого противовирусного действия, приведшая к элиминации вируса С, однако при обследовании через 3 мес. после завершения лечения отмечен

биохимический рецидив ХГ при отсутствии РНК ВГС в крови, что явилось поводом для дальнейшего обследования с целью выявления другого этиологического фактора, при этом исключены были вирусные гепатиты А, В, Е, аутоиммунный гепатит, болезнь Вильсона-Коновалова. У пациентки 26 лет со сроком гестации 18 недель (беременность II) на фоне удовлетворительного самочувствия определена гиперферментемия (3,5 нормы АЛАТ), при обследовании были исключены распространенные ВГ и выявлена РНК ВГГ. У двух остальных наблюдаемых больных установлена умеренная и слабая цитолитическая активность ХВГГ без фиброза. Всем больным, кроме беременной, проведена противовирусная терапия пегелированным интерфероном (пегасис) в течение 24 недель. У 3-х пациентов наблюдался быстрый вирусологический ответ и последующий полный ответ на лечение (РНК не выявляется в течение 1-2 лет). У пациента с циррозом печени возник вирусологический рецидив.

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о самостоятельной роли вируса G в этиологической структуре ХВГ, что является показанием к обязательному тестированию вируса в случае неуточненной этиологии гепатита. Представляется целесообразным расширить обследование больных с целью выявления коинфекции ВГГ с другими парентеральными гепатитами, а также пациентов, у которых определяется повышенная активность сывороточных ферментов.

Домашенко О.Н., Паниева Д.С., Гридасов В.А.

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

О КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ И ОСОБЕННОСТЯХ ЛАБОРАТОРНОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ГЕРПЕС-ВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Под нашим наблюдением находились 24 пациента, госпитализированных в инфекционные отделения ЦГКБ №1 и неврологические стационары ДОКТМО г. Донецка с диагнозами: «Острый менингоэнцефалит?», «Острый энцефаломиелит?», «Острый энцефалит?». Клиническая картина включала в себя интоксикационный, менингеальный и судорожный синдромы, широкий спектр проявлений очагового поражения центральной нервной системы, а также экзантему. Среди 24 пациентов у 11 (45,8%) отмечалась лихорадка в рамках высокого субфебрилитета, с повышением до фебрильных цифр у 1 больного. Средняя продолжительность лихорадки составила $3,7 \pm 0,8$ дней. Цефалгии, чаще

височно-теменной локализации, имели место у 9 (37,5%) больных. Полная менингеальная триада была выявлена только у двух пациентов; еще у 4 больных отсутствовала рвота, но отмечалась выраженная тошнота. У всех пациентов выявлены симптомы очаговых поражений ЦНС различного характера и степени выраженности: наиболее распространенными оказались вестибулярные нарушения – в 62,5% случаев. парезы и плегии центрального генеза имели место у 9 (37,5%) пациентов, бульбарный синдром – у 6 (25,0%), глазодвигательные нарушения – у 8 (33,3%), поведенческие и когнитивные расстройства – у 7 (29,2%) и 5 (20,9%) больных соответственно. Судороги отмечались у 2 (8,3%) пациентов.

Экзантема была представлена везикулезными элементами: у 2 (8,3%) пациентов – единичного разрозненного характера, а также сгруппированными, на гиперемированном основании – 1 пациент. Всем пациентам выполнялась люмбальная пункция с последующим клиническим анализом спинномозговой жидкости. У 11 (45,8%) был лабораторно подтвержден серозный менингит. У четверти больных при использовании методов визуализации (КТ/МРТ) были выявлены очаговые поражения головного мозга. Относительно установления герпес-вирусного генеза энцефалита были проведены исследования ликвора методом РНИФ с определением специфических IgM и IgG (24 пациента), для вторичной верификации использовали метод ПЦР (9 пациентов). У 15 обследованных (62,5%) были обнаружены IgG к ВПГ-1, ВПГ-2, ЭБВ. IgM были обнаружены у 4 пациентов: ВПГ-1 – 1 пациент, ВПГ-2, ЭБВ, ЦМВ – также по 1 пациенту. С учетом дискуссионности вопросов о процессах интратектального синтеза IgM, было принято решение провести вторичную верификацию методом ПЦР у 4 паци-

ентов с обнаруженными IgM, а также 5 пациентам с обнаруженными IgG. Результатом данного шага стало подтверждение герпес-вирусного менингоэнцефалита и герпес-вирусного энцефалита у 4 пациентов с обнаруженными IgM (ПЦР ДНК ВПГ-1, ВПГ-2, ЭБВ, ЦМВ – обнаружены соответственно), а также исключение герпес-вирусной этиологии заболевания у пациентов с обнаруженными IgG (ПЦР ДНК ВПГ-1, ВПГ-2, ЭБВ, ЦМВ – не обнаружены).

Таким образом, клиническая картина герпес-вирусных энцефалитов содержит в себе явления интоксикационного, экзантематозного, судорожного, менингеального синдромов, а также симптомы очагового поражения ЦНС. Наиболее рациональным методом диагностики данных заболеваний является определение специфических IgM в ликворе, а также обнаружение ДНК герпес-вирусов в ликворе методом ПЦР. Определение специфических IgG, в свою очередь, не является однозначным подтверждением диагноза и требует проведения дополнительных методов верификации.

Доценко Т.М., Бугашева Н.В.

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

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ДО ГОДА

Цель исследования.

Определить «степени выраженности риска», их влияние на исходы заболеваний детей первого года жизни, связанные с дефектами в организации стационарной помощи этому контингенту.

Материалы и методы.

Применен метод экспертной оценки, позволивший собрать и обработать материал, оценить качество медицинской помощи. Статистическая обработка производилась расчётом показателей «относительной интенсивности», определив возможность измерения степени влияния состояний риска в организации стационарной помощи детям первого года.

Результаты исследования.

Так как подавляющее большинство детей первого года жизни при заболевании подлежат

обязательной госпитализации, изучено влияние на исходы заболеваний таких основных характеристик в организации им стационарной помощи: своевременности госпитализации патогенетической обоснованности лечения, его длительности. Доказано влияние этих характеристик не только на формирование более тяжелого течения заболеваний, но и приводящими к самому тяжелому исходу – смерти.

Выводы.

Самый высокий риск в летальном исходе (6,3 раза) определен в патогенетической необоснованности лечения; в 5,6 раза этот риск возрастает в случаях несвоевременной госпитализации и в 4 раза при необоснованном сокращении длительности лечения.

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

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

СТАТИСТИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Цель

Выявить статистические различия опухолей головного мозга (далее – ОГМ).

Материал и методы

Проведен статистический анализ данных из историй болезни пациентов нейрохирургического отделения № 2 (далее – НХО № 2) Донецкого клинического территориального медицинского объединения за 2018 год.

Результаты и обсуждение

За 2018 год в НХО № 2 поступило 693 пациента, из которых 183 – с ОГМ, что составило 26,4% удельного веса.

В весенне-осенний период указанный удельный вес был больше на 7,1%, чем летом и зимой.

В левых отделах головного мозга локализуется 35,5% всех опухолей, в правых – 39,3%, а 25,2% локализуется в срединных структурах или захватывает левые и правые отделы.

В нашем исследовании – 106 лиц женского пола с ОГМ (удельный вес от общего числа пациентов НХО № 2 – 15,3%) и 77 – мужского (11,1%); удельный вес первой группы больше удельного веса второй группы на 4,2% статистически значимо ($p=0,05$).

Количество наблюдений в зависимости от локализации ОГМ: в лобной области – 41, в селлярной – 28, височной – 18, теменной – 16, мозжечке – 11, лобно-височной – 10, теменно-затылочной – 9, области мостомозжечкового угла – 7, лобно-теменной и височно-теменной – по 6, затылочной – 5, в области III, IV и боковых желудочков – по 4, таламической, лобно-височно-теменной и параселлярной – по 3, височно-затылочной – 1.

В лобной области чаще встречается менингиома, в височной и теменной – глиобластома, в

желудочках мозга – хориоидпапиллома.

Взрослых больных с ОГМ было 169 человек (92,3% от общего числа пациентов с ОГМ), отмечены следующие варианты гистоструктуры ОГМ: менингиома – у 26,6% пациентов, глиобластома – у 25,5%, аденома гипофиза – у 14,8%, астроцитомы – у 11,2%, метастазы – у 11,2%, олигодендроглиома – у 3,6%, медуллобластома – 1,8%, хориоидпапиллома – 1,7%, тератома – 1,2%, пинеолома – 1,2%, миксома – 0,6%, аденокарцинома – 0,6%.

Из 19 наблюдений метастазов в головной мозг: метастазы опухоли лёгкого – 31,6%, молочной железы – 26,3%, почки – 21,1%, гортани – 10,5%, кишечника и меланомы – по 5,3%.

На детей пришлось 14 наблюдений ОГМ (7,7% от общего числа пациентов с ОГМ) различной гистоструктуры: астроцитомы – у 7 пациентов, медуллобластома – у 3, хориоидпапиллома – у 2, менингиома и герминома – по 1 больному.

Заключение

Удельный вес пациентов с ОГМ больше в весенне-осенний период, что, возможно, обусловлено снижением иммунной резистентности организма в это время.

Статистически значимо удельный вес лиц женского пола с ОГМ больше соответствующего показателя для лиц мужского пола на 4,2%.

У детей преобладающий гистологический вид опухоли – астроцитомы, а у взрослых лидирует по частоте менингиома.

Самой частой локализацией опухолей являлась лобная область.

Чаще всего в головной мозг метастазирует рак лёгкого и молочной железы.

Метастазы в головной мозг не характерны для детей (встретились только у взрослых).

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

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

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРИТРОПОЭТИНА В СПОРТЕ

Цель. Выявить особенности применения эритропоэтина и контроля показателей

Материал и методы. Проведение анализа показателей мощности и удельной мощности до применения препарата и спустя месяц после введения 6 инъекций. Определение характера

изменения трофики мышц путем исследования методом биоэлектрических потенциалов.

Результаты. Для выявления степени гипоксии организма необходимо было разработать новый ступенчатый тест. Данный тест показывает готовность организма к работе в условиях закис-

ления. Для его проведения необходим специальный велоэргометр. Дается разминка в 5 минут, после каждую минуту повышается на 20 ватт. Тест завершается, когда испытуемый не в состоянии поддерживать необходимую мощность, либо не крутит педали. После проводятся вычисления функционального порога часовой мощности (FTP-functional trasehold power) и удельной мощности (отношение FTP к массе тела) после взвешивания на весах с биоэлектрическим потенциалом Tanita. Определяется процент жировой, мышечной массы, общая масса и электрическое сопротивление мышц. Изначально были замерены показатели крови – эритроциты $5 \cdot 10^{12}$ клеток/л и гемоглобин – 139 г/л, мышечная масса -54,6 кг, процент жира 6%, сопротивление мышц 59 Ом, общий вес 60,5 кг. При проведении тестирования замерены показатели в 4,37 ватт на кг удельной мощности и в 260 FTP. Спустя день после замера испытуемый в течении 6 дней ежедневно подкалывал в живот по ампуле эритропозтин. После 1 месяца после подколки препарата и интенсивного тренировочного процесса проведен второй этап исследования. Ступенчатый тест показал 267 FTP, 4,6 ватт на кг удельной мощности. Взвешивание показало процент жира 5%, сопротивление мышц 75 Ом, общий вес 58 кг, мышечная масса -52,5 кг. Показатели крови так же изменились: эритроциты $5,4 \cdot 10^{12}$ клеток/л и гемоглобин – 151 г/л. Таким образом при снижении мышечной массы на 4% и не значительном приросте FTP на уровне 2,5%, снижении жировой массы на 1% – увеличился показатель удельной мощности на 5%. Прирост в

5% обусловлен повышением оксигенации крови и обладанием организма, повышенным лактатным порогом, а значит и устойчивости к работе в условиях ацидоза. Для циклических видов спорта высокий лактатный порог более важен чем мышечная масса. Электрическое сопротивление мышц также возросло за счет повышения устойчивости к гипоксии и улучшению оксигенации.

Выводы. На сегодняшний день не существует работ по оценке влияния эритропозтина на функциональные показатели. В данном исследовании показано на сколько сильно оксигенация и улучшение трофики тканей способна улучшать функции организма и способность борьбы с окислением. Несмотря на потери мышечной массы, что по законам физиологии должно привести к ухудшению показателей FTP и удельной мощности, наоборот увеличило их на 2,5% и 5% соответственно за счет повышенной оксигенации, о чем свидетельствует и увеличение сопротивления мышц в омах, которое увеличилось на 21%. Низкий показатель сопротивления мышц изначально обусловлен плохой способностью к восстановлению организма. Несмотря на увеличение нагрузок скорость восстановления и удаления побочных метаболитов резко увеличилась, чем и обусловлен рост данного показателя. Данные исследования способны раскрыть степень влияния гормонов на организм человека, а также органы мишени. Исследование результатов гормонотерапии в спорте дает больше данных чем статистические исследования пациентов в больницах.

Дубовая А.В.

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

ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ БИОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В наших исследованиях доказано, что у детей с нарушениями ритма сердца (НРС) статистически значимо чаще в сравнении со здоровыми сверстниками документируется превышение допустимой концентрации токсичных и потенциально токсичных химических элементов (ХЭ): Pb, Ba, Cd, Vi, Al, Hg, Sr, Ni, Li, Sb, As; дефицит жизненно необходимых ХЭ: K, Ca, Mg, Na, P, S, Cr, Cu, Fe, I, Co, Mn, Mo, Se, Zn; дефицит витаминов D, B9, B12.

Цель: разработка программы коррекции дисэлементоза и витаминной недостаточности у

детей с НРС, оценка ее эффективности на различных этапах лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материал и методы. Обследованы 198 детей (107 мальчиков и 91 девочка) 6-17 лет с различными НРС: суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия, синдром слабости синусового узла, хроническая непароксизмальная тахикардия, пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия, атриовентрикулярная блокада II-III степени. В исследование было включено 97 пациентов (54 мальчика и 43 девочки) с

врожденным пороком сердца (ВПС), из них у 43 детей аритмия появилась в различные сроки после оперативной коррекции ВПС. Пациенты находились на стационарном лечении в отделении детской кардиохирургии и реабилитации Института неотложной и восстановительной хирургии в период с 2006 по 2010 год, а затем наблюдались амбулаторно с контролем 1 раз в 3 месяца на протяжении 5 лет.

Группу воздействия составили 156 детей. Программа коррекции дисэлементоза и витаминной недостаточности включала использование в составе стандартного лечения НРС энтеросорбента IV поколения, затем препаратов микро- и макроэлементов, витаминов. Вопрос о необходимости назначения повторных курсов коррекции решался на основании оценки биоэлементного статуса организма с помощью спектрального многоэлементного анализа волос, витаминной обеспеченности. Эффективность лечения оценивали по собственной методике «Способ определения эффективности проведенной терапии у детей с НРС» (патент UA №12261 от 16.01.2006г.), основанной на оценке качества жизни (КЖ).

Результаты. Курсовое применение программы коррекции дисэлементоза и витаминной недостаточности в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с функциональными аритмиями в течение 5 лет

сопровождалось: улучшением самочувствия и состояния у 86,1% пациентов, восстановлением биоэлементного статуса – у 69,4%, физиологической обеспеченности витаминами D, B9, B12 – у 63,9%, восстановлением синусового ритма – у 36,1%, уменьшением выраженности аритмического синдрома – у 52,8%, улучшением КЖ – у 80,5% больных. Дополнение лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с органическими НРС программой коррекции дисэлементоза и витаминной недостаточности способствовало улучшению самочувствия и состояния 66,2% больных, восстановлению биоэлементного статуса 57,4%, физиологической обеспеченности витаминами D, B9, B12 – 48,5%, восстановлению синусового ритма – 17,6%, уменьшению выраженности аритмического синдрома – 32,4%, улучшению КЖ – 44,1% пациентов.

Выводы. Дополнение лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов с НРС программой коррекции дисэлементоза и витаминной недостаточности сопровождалось улучшением КЖ 80,5% детей с функциональными и 44,1% пациентов с органическими аритмиями. Эффективность данной программы в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов детского возраста с аритмией является основанием для ее применения у детей с другой кардиоваскулярной патологией.

Дубовая А.В.

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

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Цель исследования: оценить психоэмоциональный и вегетативный статус девочек-подростков, разработать пути коррекции выявленных нарушений.

Материал и методы. Объектом исследования явились 97 детей (54 девочки и 43 мальчика) в возрасте от 11 до 16 лет. Оценку психоэмоционального статуса проводили комплексно с использованием опросника В.В. Седнева и цветового теста Люшера.

Результаты. У 75,6% обследованных выявлены различные патологические изменения психоэмоционального статуса, при этом повышенный уровень тревожности, нарушения сна и дисбаланс вегетативной регуляции статистически значимо чаще ($p < 0,05$) имели девочки-подростки в

сравнении с мальчиками. Следует отметить, что 67 (69,1%) детей находились в состоянии хронического стресса, из них у 21 (67,7%) девочек уровень его был высоким. Для коррекции выявленных изменений был разработан комплекс, который включал: лечебно-охранительный режим; обогащение рациона питания продуктами, богатыми калием, кальцием и магнием; групповой психотренинг по методике Н.В. Нагорной с ежедневными сеансами в течение 2 недель; массаж головы и воротниковой зоны ежедневно в течение 10 дней или точечный самомассаж в домашних условиях; контрастный душ с последующим растиранием махровым полотенцем; электрофорез с 6% раствором NaBr на воротниковую зону в течение 10 дней. Использование разработан-

ной программы коррекции на протяжении 21 дня сопровождалось положительной динамикой показателей психоэмоционального и вегетативного статуса, прежде всего, уменьшением степени тревожности, конфликтности, уровня хронического стрессового состояния, уменьшением симпатического влияния вегетативной нервной системы на деятельность сердца.

Выводы. Для девочек-подростков характерны различные патологические изменения психоэмоционального статуса, которые могут определять особенности течения и прогрессирование

патологического процесса, трансформацию в хроническую неинфекционную патологию в будущем. Полученные данные важно учитывать при составлении патогенетически обоснованной лечебно-реабилитационной программы ведения девочек-подростков, внедрение которой позволило уменьшить степень тревожности, конфликтности, уровень хронического стрессового состояния, уменьшить симпатическое влияние вегетативной нервной системы на деятельность сердца.

Дубовая А.В., Кравченко А.И.

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

ОСОБЕННОСТИ БИОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ДИСПЛАСТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Частота возникновения у детей диспластической нестабильности шейного отдела позвоночника (ДНШП) ежегодно увеличивается, что может быть обусловлено неблагоприятным влиянием факторов внешней среды.

Цель исследования – оценка биоэлементного статуса детей с ДНШП.

Материалы и методы. Содержание 33 химических элементов (15 эссенциальных, 4 условно эссенциальных, 8 токсичных, 6 потенциально токсичных) в организме 97 детей (54 мальчика и 43 девочки) с ДНШП и 35 здоровых сверстников (17 мальчиков и 18 девочек) определяли по их уровню в волосах методами атомно-абсорбционной спектроскопии и атомно-эмиссионной спектроскопии в индуктивно-связанной плазме.

Результаты. У детей с ДНШП статистически значимо чаще документировано превышение допустимой концентрации токсичных химических элементов (ХЭ) в сравнении со здоровыми сверстниками (74,6% и 17,1%, $p < 0,01$): бария (70,5%), кадмия (52,3%), свинца (43,2%), алюминия (25,0%), ртути (20,5%), висмута (6,8%). У больных с ДНШП статистически значимо чаще зарегистрировано превышение допустимой концентрации потенциально токсичных ХЭ в срав-

нении со здоровыми детьми (49,2% и 25,7%, $p < 0,05$): стронция (51,7%), никеля (34,5%), лития (6,9%), мышьяка (3,4%). У детей с ДНШП статистически значимо чаще констатирован дефицит эссенциальных ХЭ в сравнении со здоровыми сверстниками (93,8% и 68,6%, $p < 0,05$): магния (100,0%), марганца (86,6%), кальция (85,6%), калия (81,4%), селена (79,4%), хрома (75,3%), йода (72,2%), железа (70,1%), фосфора (62,9%), цинка (58,8%), серы (49,5%), меди (43,3%), натрия (40,2%), молибдена (9,3%). У больных с ДНШП статистически значимо чаще документирован дефицит условно эссенциальных ХЭ в сравнении со здоровыми детьми (86,6% и 54,3%, $p < 0,01$), при этом у всех детей с ДНШП констатирован дефицит кобальта, у 69,1% – бора, у 60,8% – кремния, у 8,2% – ванадия.

Заключение. У детей с ДНШП статистически значимо чаще в сравнении со здоровыми сверстниками документировано превышение допустимой концентрации токсичных ХЭ (74,6%), потенциально токсичных ХЭ (49,2%), дефицит эссенциальных (93,8%) и условно эссенциальных ХЭ (86,6%), что позволит оптимизировать лечебно-реабилитационные мероприятия у данной категории пациентов.

Дубовая А.В., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Курышева О.А., Мельник Ал.В., Мельник К.В.

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

ОСОБЕННОСТИ ПЛАНОВОЙ ИММУНИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Отношение к противопоказаниям к вакцинации детей постоянно меняется – поводов для «отводов» становится все меньше, перечень заболеваний, освобождающих от прививок становится все короче. То, что раньше было противопоказанием, например врожденная кардиологическая патология у детей, теперь наоборот является показанием к вакцинации.

Цель. Определить возможности и риски плановой иммунизации детей с кардиологической патологией (КП).

Материалы и методы исследования. Проведен анализ отечественных и зарубежных источников литературы, охватывающих вопросы иммунопрофилактики групп риска за последние 10 лет.

Результаты исследования. Согласно публикациям Таточенко В.К., 2009; Костинова М.П. и Тарасовой А.А., 2015; Брико Н.И. и соавт., 2018 у детей с пороками сердца инфекции протекают значительно тяжелее и приводят к большему числу осложнений, чем у привитых детей.

Прививочная практика показывает, что нормальное течение поствакцинального периода у детей с хроническими заболеваниями – реально. Опыт проведения массовых прививок в рамках Расширенной Программы иммунизации Всемирной Организации Здравоохранения с соотношением «абсолютно здоровых» и «больных» равным 1:1 показали, что прививки современными вакцинами не увеличивают риска ухудшения течения фоновых заболеваний у детей, в том числе, и с пороками развития сердца.

Использование для массовой иммунизации современных высокоэффективных, малореактогенных вакцин привело к резкому сокращению частоты тяжелых реакций и осложнений, возникающих в поствакцинальном периоде. Основная их часть носит характер индивидуальных реакций, которые невозможно предвидеть, т.е. связать с предшествующим состоянием прививаемого.

В поствакцинальном периоде у них могут наблюдаться нетяжелые местные и, реже, общие реакции, а также патологические состояния, не связанные с вакцинацией.

КП с точки зрения вакцинации может быть расценена как: инфекционная у детей с открытым Боталловым протоком, аллергическая у всех групп детей, аутоиммунная при ревматизме и др. коллагенозах, иммунодефицитная при сочетании поражений сердца, патологии тимуса и(или) гуморального звена иммунитета.

Тем не менее, вакцинация детей с КП патологией может иметь и риски – такие, как возможность поствакцинальных осложнений, обострения фонового заболевания, наслоения различных заболеваний после прививки, отсутствие специфического антителообразования.

Плановые прививки детям с КП проводят не ранее, чем через 1 месяц после обострения основного процесса в стадии стойкой полной (при некоторых заболеваниях – частичной) клинико-лабораторной ремиссии с использованием противорецидивной терапии до и после прививки.

Вакцинация по эпидемической ситуации детям с КП может быть проведена в отсутствие ремиссии основного заболевания при продолжающейся активной терапии.

Кроме того, детям с КП необходимо систематически пересматривать медицинские освобождения от прививок, в сложных случаях вопрос проведения вакцинации решается коллегиально (иммунологической комиссией учреждения или городским консультативным центром).

Выводы. Проведение вакцинации детей с кардиологической патологией требует настойчивого разъяснения родителям опасности для их детей инфекционных болезней при минимальном риске проявления побочного действия вакцинации.

Дубовая А.В., Науменко Ю.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк

ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Актуальность: артериальная гипертензия (АГ) является одной из актуальных проблем педиатрии и детской кардиологии. По данным популяционных исследований, АГ наблюдается у 2,4-18% детей и подростков в зависимости от возраста. Несмотря на большую распространенность заболевания, патогенез АГ очень сложен. В настоящее время в регуляции уровня артериального давления большая роль отводится ренин-ангиотензин-альдостероновой системе (РААС). Согласно современным данным, недостаточность витамина D является одним из главных пусковых механизмов артериальной гипертензии. Единственным метаболитом витамина D, который используется для определения его содержания в организме человека, является 25(ОН)D (кальцидиол), поскольку время его полураспада всего 4 часа. Таким образом, содержание кальцидиола 25(ОН)D как в сыворотке, так и в плазме крови является информативным показателем обеспеченности организма витамином D.

Цель: оценка содержания витамина D в сыворотке крови у детей с эссенциальной артериальной гипертензией по уровню метаболита 25(ОН)D (кальцидиола).

Материалы и методы: за период с августа по октябрь 2019 г. обследовано 20 детей (14 мальчиков и 6 девочек) в возрасте от 13 до 17 лет с эссенциальной артериальной гипертензией. Все дети находились на стационарном лечении в отделении детской кардиологии и кардиохирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака. Диагноз эссенциальная артериальная гипертензия был выставлен после исключения вторичного генеза артериальной гипертензии путем лабораторных и клинико-инструментальных методов исследования. Контрольную группу составили 32 (17 мальчиков и 15 девочек) здоровых сверстника. Количественное определение 25(ОН)D в сыворотке крови у подростков проводилось иммуноферментным методом. За норму принимались значения уров-

ня 25(ОН)D \geq 30-100 нг/мл; недостаточность – 21-29 нг/мл; дефицит – 11-20 нг/мл; выраженный дефицит <10 нг/мл.

Результаты: оценка обеспеченности витамином D проведена у 20 детей с диагнозом эссенциальная АГ: 14 мальчиков (70,0%) и 6 девочек (30,0%) 13-17 лет, средний возраст – $15,5 \pm 2,68$ года. У 16 (80,0%) подростков была диагностирована АГ I степени, у 4 (20,0%) детей – АГ II степени. Согласно полученным данным, содержание в сыворотке крови метаболита 25(ОН)D у детей подросткового возраста с эссенциальной АГ колебалось в широком диапазоне в пределах от 12,24 до 37,47 нг/мл, средний уровень составил $22,07 \pm 7,32$ нг/мл. Недостаточность витамина D выявлена у 7 (35,0%) детей с эссенциальной АГ, дефицит витамина D наблюдался у 8 (40,0%) подростков, что было статистически значимо чаще, чем у здоровых сверстников (32 ребенка, $56,1 \pm 6,6\%$, $p < 0,05$). Нормальный уровень витамина D имел место у 5 (25,0%) детей с АГ. При сравнении содержания витамина D в зависимости от пола было выявлено, что средний уровень кальцидиола составил у мальчиков 22,5 нг/мл, у девочек – 21,7 нг/мл, то есть у мальчиков данный показатель оказался выше. Учитывая полученные результаты о достоверном различии содержания витамина D у пациентов с эссенциальной АГ и здоровых сверстников, определена их средняя концентрация у обследованных детей: $22,07 \pm 7,32$ нг/мл у детей с эссенциальной АГ и $35,81 \pm 3,04$ нг/мл у здоровых сверстников.

Выводы: результаты нашего исследования продемонстрировали высокую частоту дефицита витамина D различной степени выраженности у детей в возрасте 13-17 лет с эссенциальной АГ. Предполагаем, что это может быть связано с основным заболеванием, а также с высокими потребностями организма в витамине D в этот возрастной период. Полученные данные подтверждают необходимость коррекции дефицита 25(ОН)D у подростков путем приема препаратов витамина D.

Дудайте В.В., Заславский А.С., Пенина Г.О., Черепянский М.С., Помников В.Г.

Коми филиал ГОУ ВПО КГМА
 ГУ РК «Коми республиканская больница»
 ГБОУ ДПО СПБИУВЭК Сыктывкар, Санкт-Петербург, Россия

АНАЛИЗ ДАННЫХ РЕГИСТРА ОНМК РЕСПУБЛИКИ КОМИ С УЧЕТОМ 2018 ГОДА

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) занимают одно из основных мест в структуре цереброваскулярной патологии. ОНМК существенно сокращают длительность и качество предстоящей жизни.

Целью настоящей работы являлось изучение демографических показателей, структуры и факторов риска мозгового инсульта по данным территориально-популяционного Регистра инсульта Республики Коми. Проспективное исследование инсульта в республике мы проводим в течение 10 лет, аналогичные работы ранее не проводились.

За период наблюдения (сентябрь 2007 г. – декабрь 2018 г.) в Регистр внесено 19984 человека с установленным диагнозом ОНМК. Средний возраст пациентов с инсультом составил $64,35 \pm 12,65$ лет. Среди них 576 человек (2,9%) было в возрасте до 40 лет. В возрасте 41 – 60 лет инсульт в течение всего периода наблюдения перенесло 7358 пациентов (36,9%). Старше 60 лет 60,3% больных с инсультом. Среди изучаемых пациентов с ОНМК значимо преобладают женщины (10276 человек, 51,4%), гендерный индекс 1,06:1. Средний возраст мужчин с ОНМК составил, по данным Регистра инсульта, $60,8 \pm 11,6$ лет, средний возраст женщин – $67,7 \pm 12,6$ лет, т.е. женщины достоверно старше ($p < 0,001$). Пациенты с геморрагическим инсультом (САК, внутримозговые кровоизлияния) составили 15,1% от числа пациентов за весь период наблюдения. Пациенты, перенесшие ишемический инсульт – 80,7%. Остальные пациенты перенесли инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт. Соотношение церебральных ишемий и геморрагий среди пациентов Регистра составило, таким образом, 5,34:1, со статистически значимым преобладанием ишемических ОНМК ($p < 0,001$). Первичные пациенты составили 66,8% от общего числа больных с инсультом, повторные ОНМК были зафиксированы у 4092 пациентов, первичные пациенты преобладают ($p < 0,001$).

По имеющимся в регистре данным, пациенты, выжившие в течение 21 дня, составили 74,2%, умершие – 19,4%, остальные были выписаны из стационаров ранее 21 дня и сведения

о них в регистре отсутствуют. Таким образом, умершие составляют 20,7% от числа пациентов с известным на 21 сутки исходом. Изучение данных о распределении по месяцам показывает, что больше всего пациентов с ОНМК в течение года отмечено в январе (2075 человек), наименьшее же число отмечается в декабре (1393 человека), различия между месяцами достоверны ($p < 0,001$). Оценка сезонности распределения выявила, что значимо ($p < 0,05$) большее число пациентов с ОНМК регистрируется в весенний период (28,1%). Летом и осенью наблюдается достоверное (по сравнению с весной, $p < 0,05$) снижение количества больных с ОНМК.

Среди факторов риска у анализируемой группы пациентов с инсультами значимо ($p < 0,001$) преобладает артериальная гипертензия, отмеченная у 18746 пациентов (93,8%). Сопутствующие заболевания сердца выявлены у 42% больных с инсультом. Дислипидемические нарушения обнаружены у 41,4% больных. Курение как фактор риска отмечено у 31%. Мерцательная аритмия встречалась у 19,9% пациентов. У меньшего количества пациентов (16,7%) отмечался сахарный диабет. Инфаркт миокарда в анамнезе отмечен у 11,9% пациентов с инсультом. Связь заболевания с перенесенным стрессом отмечает только 9% больных.

Таким образом, оценка данных территориально-популяционного Регистра инсульта Республики Коми, показала, что среди них 60,3% – лица пожилого и старческого возраста. Среди изучаемых пациентов с ОНМК значимо преобладают лица женского пола ($p < 0,001$), и они достоверно старше ($p < 0,001$). У пациентов республики чаще отмечены ишемические ОНМК ($p < 0,001$). Первичные пациенты составили 66,8% от общего числа больных с инсультом. В январе наблюдается достоверное увеличение числа больных с инсультом, по сравнению с декабрем. Весной наблюдается достоверное (в сравнении с летом и осенью) увеличение числа пациентов с ОНМК ($p < 0,05$). Среди факторов риска у анализируемой группы пациентов с инсультами значимо ($p < 0,001$) преобладает артериальная гипертензия.

Евтушенко С.К., Фомичева Е.М.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, г. Донецк

ВОЗМОЖНОСТИ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Актуальность: В настоящее время актуальность реабилитации и абилитации детей с различными наследственными заболеваниями приобретает особую значимость, так как постоянно растет количество детей с данной патологией.

В связи с наследственным характером заболевания, его неуклонным прогрессированием, невозможностью полного излечения и восстановления утраченных функций целью терапии является замедление прогрессирования и адаптация пациентов к повседневной жизни

Реабилитация направлена на восстановление или компенсацию утраченных функций с помощью медицинских, физических, педагогических мер и средств. Абилитация, в свою очередь, это комплекс медикаментозных, немедикаментозных средств, направленный на поддержание тех функций и умений, которыми пациент владеет на данный момент и является наиболее оптимальным подходом к наследственным прогрессирующим заболеваниям нервной системы.

Материалы и методы: В 2016-2018 под нашим наблюдением находилось 34 ребенка (1я группа) с наследственными дегенеративными заболеваниями нервной системы: в 2016- 2,4%, 2017 – 6,6%, 2018 – 7,9% от всех пролеченных за год детей. Это были дети со спинальной мышечной атрофией, прогрессирующими мышечными дистрофиями Дюшенна, Беккера, Эмери-Дрейфуса, наследственной мотосенсорной полиневропатией, наследственной спастической параплегией Штрюмпеля, осложненной спастической параплегией тип Тройер, нейрофиброматозом Реклинзаузена. Также пролечено 19 детей (2я группа) с хромосомными аномалиями в 2014- 1,2%, 2015 – 3,6%, 2016 – 4,3%. Это дети с синдром Дауна, синдром Эдвардса, синдром Ангельмана, Прадера Вилли, Клайнфельтера и другими недифференцированными микроаномалиями

хромосом. Данные цифры не являются показателями общей заболеваемости наследственными дегенеративными заболеваниями нервной системы, а отражают активность реабилитационного лечения детей с данной патологией, т.к. один больной проходит курс реабилитации в отделении 3-4 раза в год. Целью реабилитации является улучшение качества жизни у пациентов данной категории.

В связи с тем, что практически все реабилитационные воздействия опосредуются через родителей больных детей, они принимали самое непосредственное участие в процессе восстановительного лечения, обучались простейшим приемам абилитации, продолжая, по возможности, лечебный процесс в домашних условиях.

Начало процесса абилитации больных с наследственными заболеваниями нервной системы зависит от формы заболевания, должно начинаться с момента возникновения ранних клинических проявлений, а в тех случаях, когда это возможно, – при отсутствии симптомов заболевания, – с момента генетически подтвержденного диагноза.

Выводы: Абилитация детей должна быть индивидуальной, комплексной, непрерывной, включать в себя дозированное применение медикаментозных средств, физической реабилитации, психологической коррекции, методов коррекции речи, а также других немедикаментозных средств терапии с учетом реабилитационного потенциала ребенка. Должна быть настороженность по данной группе заболеваний у педиатров, неврологов, ортопедов, чтобы все дети с подозрением на наследственные дегенеративные болезни нервной системы были своевременно направлены на обследование в медико-генетическую консультацию.

Егоров В.С., Андреев Р.Н., Зиновьева А.С., Ермаков И.Р.

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

СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ГРУПП КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВ0

Определение группы крови реципиента при гемотрансфузионных мероприятиях является жизненно необходимым процессом и очень актуальным вопросом.

Цель:

Определить значение правильного определения групп крови донора и реципиента при гемотрансфузионных мероприятиях с учетом современных данных.

Материалы и методы:

Анализ отечественных и зарубежных литературных источников.

Результаты и обсуждение:

Система АВ0 – наиболее распространенная в мире и согласно ей, имеется всего четыре группы крови, а также определяется два антигена. При группе крови 0 или первой (0(I)) – люди не имеют на поверхности эритроцита антиген А или В; группа крови А или вторая (А(II)) – есть антиген А, но отсутствует антиген В; группа крови В или третья (В(III)) – в наличии антиген В, а антиген А отсутствует, и наконец при группе крови АВ или четвертой (АВ(IV)) – на поверхности эритроцита расположены оба антигена – и А, и В. Так же, если мы возьмем человека с группой крови А(II), В(III) или 0(I), то мы обнаружим в его плазме и антитела, важнейшей функцией которых является уничтожение антигена, отсутствующих в норме у самого человека. Резус-факторная (Rh) принадлежность бывает положительной (+) и отрицательной (-). Эта градация зависит от наличия антигена D на поверхности эритроцитов. При отрицательном резус-факторе у человека, контакт с резус-положительной кровью (к при-

меру, у беременных или при гемотрансфузиях) возможно образование антител.

Обычные антигены А и В совсем не однородны и могут подразделяться на несколько подгрупп. Люди, у которых определяется вторая А(II) или четвертая АВ(IV) группа крови, бывают подгруппы, имеющие антигены- А1, А2, А3, А4, А5, А, А0, но все же чаще мы можем встретить А1, А2, и с помощью высокоактивных стандартных сывороток (в частности моноклонов) – выявить и эти слабо выраженные агглютиногены А и В. Подгруппы крови располагают огромным значением в практике гемотрансфузий. Так, при неверной трактовке или же ошибке при определении групп крови, очень вероятно могут наблюдаться гемотрансфузионные реакции различной тяжести, вплоть до проявления реакций гемолитического характера – связанных с переливанием одногруппной крови, несовместимой по подгрупповым антигенным факторам с пациентом.

Выводы:

Таким образом, группа крови любого человека в целом является индивидуальной, а также помимо основных групп крови имеются и подгрупповые, которые в конечном итоге можно даже отнести к отдельным группам крови. Несовместимость крови донора и реципиента, наступающая при процедуре гемотрансфузии, происходит вследствие содержания антигенов в плазме крови, на которые у реципиента есть антитела, а возникшая агглютинация и гемолиз эритроцитов могут привести к смерти пациента.

Ежов Д.А.

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

ЧАСТОТА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ СТРОЕНИЯ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА У ЖИТЕЛЕЙ ДОНБАССА

Цель. Выявить частоту различных вариантов строения артериального круга головного мозга у людей, проживающий на территории Донецкого региона.

Материалы и методы. Макроскопически были изучены сосуды виллизиева круга голов-

ного мозга у 50 трупов взрослых людей в возрасте от 30 до 80 лет. Материал был получен из патологоанатомического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения (Больница Калинина).

Результаты исследования. При исследовании

было выявлено, что у мужчин и женщин в большинстве типичен замкнутый тип виллизиева круга (более 67%). В 46% случаев наблюдается типичный (классический) вариант строения, в 23% случаев обнаруживается аплазия задней соединительной артерии, в 19% случаев – гипоплазия задней соединительной артерии, в 12% случаев отмечено сочетанный вариант строения виллизиева круга головного мозга при котором обнаруживается несколько неклассических вариаций сосудов. Кроме того, в 11,5% случаев выявлены «редкие варианты», которые, как правило, имеют место в переднем отделе виллизиева

веа круга. При сравнении различных вариантов строения переднего и заднего отделов виллизиева круга установлено, что неклассические варианты обнаруживаются чаще в переднем отделе, нежели в заднем.

Выводы. Таким образом, типичный (классический) вариант является более распространенным вариантом строения виллизиева круга, чем неклассические. Среди вариантов неклассического строения виллизиева круга обнаруживается чаще всего задняя трифуркация внутренней сонной артерии.

Ермакова Н.Н., Клевченя А.Н.

ОП «Кировский межрайонный центр г.Донецка РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР», г. Донецк

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ДОНЕЦКА ЗА ПЕРИОД 2007-2016 ГГ.

В настоящей работе рассмотрены основные гигиенические аспекты вопроса заболеваемости сальмонеллезом населения в городе Донецке.

Цель работы:

Изучить динамику и структуру первичной и общей заболеваемости сальмонеллезом населения города Донецка за период 2007-2016 гг.

Материалы и методы:

Для анализа использовались данные заболеваемости населения по обращаемости, использована отчетная статистическая форма №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения».

Результаты:

Динамика заболеваемости сальмонеллезом в г.Донецке за период с 2007г. по 2016 г. наделена короткими периодами цикличности (3-4 года) со средней амплитудой колебания. Это указывает на влияние постоянно действующих факторов (несоблюдение требований к технологии приготовления блюд), которые формировали многолетнюю эпидемическую тенденцию, а также причинами, действовавшими периодически или случайно (повышение активности эпизоотического процесса посреди домашних сельскохозяйственных животных, поставка в различные учреждения яиц, мяса и мясных продуктов из неблагоприятных хозяйств по сальмонеллезу, снижение иммунной прослойки населения).

Для анализа сезонности заболеваемости были выбраны год подъема 2009 и год спада 2010. Двум годам выборки присуща летняя сезонность (июнь-август), однако пик заболеваемости в 2009 г. выпал на июль, вместе с тем в 2010г.

заболеваемость сальмонеллезом оставалась одинаково высокой и в июне, и в июле. Повышение заболеваемости в летний период может быть объяснена следующими причинами: в теплое время года условия для реализации механизма передачи возбудителя являются более благоприятными. К примеру, при высоких температурах происходит резкое накопление сальмонелл в окружающей среде, и прежде всего в инфицированных пищевых продуктах. Это ведет к образованию в большинстве случаев клинически выраженных форм инфекции, которые легче и чаще выявляются и регистрируются.

При исследовании эпидемиологически значимых групп населения по возрасту, выяснилось, что показатели заболеваемости среди детей от 0 до 2-х лет значительно превышают показатели других возрастных групп как в 2009г., так и в 2010 г. Таким образом, это позволяет выделить актуальный возраст – от 0 до 2-х лет. Приведенные данные совпадают с таковыми в литературе и объясняются следующим: высокой восприимчивостью организма детей раннего возраста к сальмонеллезу, высокой реактивностью и отсутствием типоспецифического иммунитета среди детей данной возрастной группы, наличием молочных кухонь. Не стоит забывать так же о низком весе ребенка, что означает меньшее количество микроорганизмов для начала заболевания.

Анализируя заболеваемость сальмонеллезом в различных районах г. Донецка в 2009 и 2010 гг., можно сделать вывод о том, что в год подъема самая высокая заболеваемость была зарегистрирована в Калининском районе, а в год спада максимальный показатель приходился на Куй-

бышевский район. Это может свидетельствовать о вспышках на предприятиях общественного питания и большом количестве спорадических

случаев сальмонеллеза, которые регистрировались на территории вышеуказанных районов.

Ермаченко Т.П., Александров И.Н., Ермаченко А.Б., Садеков Д.Р.

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

ФОРМИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ЗОНЕ ВЛИЯНИЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ ВЫБРОСОВ В АТМОСФЕРУ

В данной работе представлены материалы исследований по оценке влияния выбросов в атмосферный воздух в районе размещения огнеупорного и цементного заводов.

Анализ проб воздуха на содержание концентрации пыли показал, что их уровни значительно превышали допустимые нормативы (ПДК) на 43-75%.

Следует отметить, что взвешенные вещества (пыль) огнеупорного производства содержала значительно больше двуоксида кремния, в то время как в составе аэрозолей цементного завода больше соединений кальция.

Важное гигиеническое и биологическое значение имеют параметры размеров частиц. Основная масса частиц как в одном, так и другом случае находилась в пределах от 2,5 до 10 мкм. Причем следует подчеркнуть, что количество пылевых частиц с размером от 2,5 – 5,0 мкм в воздухе возле огнеупорного завода определялась от 25 до 51%, тогда как для цементного производства этот показатель был равен 17-37%.

Особо следует подчеркнуть, что с увеличением расстояния от предприятий, количество пы-

левых частиц с минимальным размером (2,5-5,0 мкм) существенно возрастало. При этом разница между I зоной (до 1,0 км) и III зоной (3,0 км) достигала 18-23%.

Нами изучена распространенность заболеваний среди населения, проживающего в районах размещения промпредприятий. Анализ общей заболеваемости показал, что в основных районах она была в 1,4 раза выше, чем в контроле. Мужчины болеют чаще, чем женщины. Повозрастные показатели интенсивности болезненности населения свидетельствует о том, что наиболее часто болеют дети и население в возрасте от 50 лет и старше. В рейтинге всех заболеваний на долю болезней органов дыхания приходится 42-48%.

Отсутствие снижения показателей заболеваемости в III зоне указывает на прямую связь между дисперсностью пыли и концентрацией пыли.

Таким образом, установлено, что в районах, где в воздушном бассейне определяется пыль с высокой дисперсностью, заболеваемость проживающего населения выше, чем в контрольных.

Ермаченко А.Б., Садеков Д.Р.

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

БИОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ И ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЫЛИ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НАСЕЛЕННЫХ МЕСТ

Многообразие химического состава пыли, поступающей в атмосферу с выбросами промышленных предприятий, а так же присутствие в ней газов, изменяющих физико-химические свойства взвешенных частиц, требует от гигиенистов новых подходов к оценке и нормированию их в атмосферном воздухе.

По нашему мнению, норматив качества атмосферного воздуха должен относиться ни к определенному виду пыли, а к сумме взвешенных частиц.

В выполненных нами экспериментальных исследованиях установлено, что пыль (взвешенные частицы) в концентрации $0,52 \pm 0,022$ мг/м³ вызывала при ингаляционном поступлении в организм животных увеличение титра агглютинации на 28 день – 160.

Показано, что вдыхание животными (белые крысы) многокомпонентной пылевой смеси сопровождалось нарушением иммунологической резистентности.

Установлены сдвиги в качественных и ко-

личественных показателях состава аутофлоры кожи животных.

Отмечено снижение количества микроорганизмов на коже животных при воздействии пыли с высоким содержанием кальция и его соединений. Параллельно с этим происходило снижение бактерицидных свойств кожи животных.

Еромянц И.С., Жданова Е.В., Колесникова Е.Ю.

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

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТ-КАРТ НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ

Современная жизнь предъявляет всё более высокие требования к практическому владению иностранным языком в повседневном общении и профессиональной сфере. Изучение дисциплины «Иностранный язык» сопровождается запоминанием большого количества медицинских лексических единиц, грамматических структур. В нашей практической работе для создания визуализации, классификации идей мы используем метод интеллект-карт (Mindmaps). Интеллект-карта рисуется как древовидная схема, изображающая слова, идеи, задачи или другие понятия, которые связаны ветвями, отходящими от центрального или главного понятия. Это разработка Тони Бьюзена – известного писателя, лектора и консультанта по вопросам интеллекта, психологии обучения и проблем мышления.

Целью работы является рассмотрение практического применения интеллект-карт на практических занятиях по иностранному языку с учетом уровня владения студентами иностранным языком, различных этапов занятия, что позволяет осуществлять обучение дифференцированно.

Материал и методы. Основой для исследования послужили различные аспекты применения ментальных карт, которые рассмотрены в работах Тони Бьюзена, а также пять открытых практических занятий, которые проводились на кафедре иностранных языков ГОО ВПО ДОНН-МУ ИМ. М. ГОРЬКОГО с применением этого метода.

Результаты и обсуждение. Использование данных карт может происходить на любом этапе практического занятия, но в качестве домашнего задания мы этот метод не используем. На начальном этапе мы работаем с готовыми ментальными картами для расширения словарного запаса и развития речи. Предлагаются такие задачи, как: заполнить карту, рассказы по карте.

Применение Mindmaps находит свое отраже-

нием при изучении нового материала, его закреплении и обобщении, при подготовке доклада, презентации и т.д.

Этот метод эффективен при изучении: новых лексических единиц, а именно изучая темы, касающиеся различных заболеваний;

для составления монологического высказывания, как, например, по теме «Кровь»;

для изучения грамматического материала, особенно при изучении сложных инфинитивных конструкций.

Оценивание таких карт происходит с учётом: соблюдения правил составления интеллект-карт, предложенных Тони Бьюзеном;

правильности написания английских слов и выражений;

соответствия используемых слов, рисунков заданной теме, проблеме;

наличия оригинальных идей и решений;

проявления творческой деятельности студентов, их индивидуальности.

Заключение. Таким образом, применение интеллект-карт на практических занятиях по иностранному языку для студентов, получающие медицинские специальности, позволяет:

1. Создать мотивацию к овладению иностранным языком как средством общения.

2. Организовать индивидуальную, групповую и коллективную деятельность.

3. Осуществлять дифференцированный подход к студентам.

4. Организовать проектную деятельность студентов. Интеллект-карту можно использовать для представления результатов проектной деятельности.

5. Научить пользоваться специализированными словарями, справочниками с целью овладения новыми языковыми средствами, увеличения объема знаний профильно-ориентированного характера, а именно медицины.

Ершова И.Б., Осипова Т.Ф., Решиков В.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

СТРЕСС И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ

Стресс является мощным испытанием для всего организма, влияя на все органы и системы. Одной из систем, которая тесно связана с работой мозга является пищеварительная система. Насколько приятные ощущения и чувства могут благотворно влиять на состояние здоровья ребенка, настолько и негативные реакции на внешние раздражители могут ему вредить.

Влияние стресса может проследиваться в нарушении работы любого из участков пищеварительной системы и проявляться в виде:

- гастроэзофагеального рефлюкса (заброса пищи из желудка в пищевод);
- ощущения переполненности желудка после еды вследствие спазма;
- изжоги и болей;
- вздутия и усиленной отрыжки;
- синдрома раздраженного кишечника: диарея или запор, которые могут быть самостоятельным явлением или перемежаться.

Такие явления называются функциональными расстройствами органов пищеварения. Их отличительной особенностью является отсутствие подтвержденной органической причины (язва, воспаление, новообразование, инфекционное заражение и др.) указанных клинических явлений. Поэтому отнести подобные явления к расстройствам, возникшим под влиянием стресса, можно только после проведения всесторонних исследований (инструментальных, лабораторных) и исключения такой органической причины.

Лечение функциональных нарушений в работе пищеварительной системы обычно бывает симптоматическим. Применяются антацидные средства (снижающие кислотность желудочно-

го сока), блокаторы протонной помпы (уменьшающие выработку желудком соляной кислоты), спазмолитики, обволакивающие средства, болеутоляющие препараты, ферменты и пробиотики. Поскольку расстройства пищеварения, вызванные стрессом, могут иметь самые разнообразные клинические проявления, только врач-гастроэнтеролог или терапевт в каждом конкретном случае может определить правильную тактику лечения.

Для выздоровления, однако, недостаточно снять симптомы, необходимо воздействовать на причину, вызвавшую заболевание. То есть при функциональных расстройствах пищеварения важно снизить влияние стресса на организм или устранить его причину. В этом поможет врач-детский психотерапевт или детский психоневролог. Существуют как медикаментозные, так и немедикаментозные (психологические, физиотерапевтические) методы лечения стрессовых состояний. Эффективное действие оказывают фитотерапия и санаторно-курортное лечение.

Здоровый образ жизни является одним из лучших методов противостояния стрессу. Особое внимание в этом смысле советуют уделять регулярной физической активности, поскольку во время движения организм избавляется от гормонов стресса и усиленно вырабатывает вещества, улучшающие настроение. Подобные вещества образуются также под влиянием свежего воздуха и солнечного света. Достаточное количество сна ребенка, во время которого организм восстанавливает и восполняет энергетические ресурсы, – также необходимая составляющая устойчивости организма к внешним воздействиям. Отличной профилактикой стрессовых состояний является применение методов релаксации и медитации. Это можно делать с помощью специальных техник или просто давая возможность телу расслабиться, а душе и мыслям отдохнуть, отвлекаясь от окружающего мира, думая о приятных вещах, слушая любимую музыку. Теплая ванна, легкий массаж, эфирные масла с успокаивающим эффектом помогут снять напряжение.

Ершова И.Б.¹, Петренко О.В.¹, Бортник О.А.²

¹ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

²ГУ «Брянковская центральная многопрофильная больница», г. Брянка

ПОКАЗАТЕЛИ ВИТАМИННО-ЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ЛЯМБЛИОЗОМ

Паразитование простейших создаёт благоприятную почву для развития соматических, инфекционных, аллергических, кожных заболеваний,

снижает процессы ферментативного расщепления пищевых веществ, нарушает всасывание витаминов, минеральных солей и микроэлементов,

что отрицательно сказывается на физическом, когнитивном, психомоторном развитии детей, нарушает вегетативное равновесие. Признаки астенизации и вегетативных расстройств могут сохраняться даже после успешной (в плане санации) элиминации возбудителя.

Цель работы: изучение витаминно-элементного статуса как возможной основы формирования патологических симптомокомплексов при лямблиозе у детей.

Материал и методы. Основная группа – 132 ребёнка с лямблиозом в возрасте 7-18 лет. Диагноз подтверждался при обнаружении цист и/или вегетативных форм лямблий в кале. Группа сравнения – 113 детей без лямблиоза. Психологическое тестирование проводилось по методике М. Люшера. Вегетативный статус оценивали по таблицам А. Вейна и методом кардиоинтервалографии. Для изучения витаминно-элементного статуса было изучено содержание кальция (Ca), цинка (Zn), калия (K), магния (Mg), меди (Cu), железа (Fe), фосфора (P) в волосах и витаминов B_6 , B_{12} в сыворотке крови 124 детей основной группы и 91 ребенка группы контроля. Концентрацию химических элементов (ХЭ) в пробах волос определяли с использованием рентгенофлуоресцентного спектрометра. Определение уровня витамина B_6 в сыворотке крови было проведено методом высокоэффективной жидкостной хроматографии, витамина B_{12} – иммунохимическим методом с электрохемилюминесцентной детекцией.

Результаты и обсуждение. По результатам клинического осмотра у 132 (100%) детей с лямблиозом присутствовал астеноневротический син-

дром. Клинические проявления синдрома поражения пищеварительной системы наблюдались у 112 (84,85%) детей ($p < 0,01$), интоксикационно-аллергического и кожного синдромов – у 67 (50,76%) человек основной группы ($p < 0,05$). Анемический синдром регистрировался у 49 (37,12%) детей ($p < 0,05$). При психологическом тестировании у 34 (25,76%) детей диагностирован стресс ($p < 0,05$), у 17 (12,88%) – низкая работоспособность, у 74 (67,89%) – тревожность. Наличие синдрома вегетативной дисфункции по А. Вейну регистрировалось у 97 (73,48%) детей ($p < 0,01$), что подтверждалось результатами кардиоинтервалографии. Изучение содержания химических макро- и микроэлементов в волосах детей с лямблиозом и сопоставление с детьми контрольной группы позволило установить статистически значимое снижение концентрации следующих ХЭ: Ca ($406,91 \pm 115,85$; $p < 0,01$), Zn ($128,17 \pm 32,03$; $p < 0,01$), P ($138,79 \pm 19,58$; $p < 0,05$), K ($114,49 \pm 36,68$; $p < 0,01$), Cu ($12,51 \pm 3,11$; $p < 0,01$), Mg ($18,36 \pm 4,38$; $p < 0,01$), Fe ($12,46 \pm 3,1$; $p < 0,01$). Анализ содержания витаминов показал, что их уровень в сыворотке крови у детей с лямблиозом был статистически значимо ниже, нежели у детей без инвазии: B_6 ($p < 0,01$), B_{12} ($p < 0,01$).

Выводы. Полученные данные расширяют имеющиеся представления о патогенезе развития клинических симптомокомплексов при лямблиозной инвазии у детей, что может быть использовано для усовершенствования лечебно-восстановительных мероприятий при данном паразитарном заболевании.

Ершова И.Б., Рециков В.А., Бондаренко Г.Г.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

МОДИФИКАЦИИ ТЮБАЖЕЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Функциональные расстройства билиарного тракта (ФРБТ) представляет собой

наиболее часто встречающуюся патологию билиарной системы у детей, способную развиваться уже в дошкольном возрасте. По данным нашего обследования у 16,3% детей дошкольного возраста уже появляются клинические признаки ФРБТ.

Как основной метод уточнения диагноза используется беззондовый тюбаж, учитывающий нарушения основных показателей работы желчных путей – тонус мышц и сфинктеров, а также отток желчи по ходам. Кроме того благодаря данному безопасному способу удается добиться

улучшения холекинеза, а также нормализации кровообращения и желчно-биохимического состава печени.

Несмотря на то, что беззондовый тюбаж используется в педиатрической практике с 1948 года, периодически возникают проблемы при его проведении: дети не могут длительное время быть пассивными в постели.

Активный тюбаж, подразумевающий активное движение во время процедуры, наиболее приемлем и эффективен в педиатрической практике, и может проводиться двумя способами.

Утром нужно выпить 1 стакан минеральной воды, а затем на протяжении 15 минут выпол-

нять какие-нибудь активные действия, например, зарядку. После этого выпить ещё ½ стакана минеральной воды и вновь начать двигаться.

Утром после сна ребенок натошак выпивает ½ стакана минеральной воды (минерализация 2-8 г/л солей) или 2-3 чайные ложки сорбита на 50-70 мл воды. Затем ребенок ложится правым боком на теплую грелку. Через час принимает 1 таблетку Хофитола. После этого ребенок поворачивается на спину, делает 2-3 вдоха с потягиванием, повторяя вдохи стоя.

Не все желчегонные средства могут быть рекомендованы для процедуры тюбажа. Желчегонный завтрак на основе желтка яиц или медовой воде нельзя употреблять при аллергических реакциях на мед и яйца. «Гоголь-моголь», сок черной редьки, подсолнечное или оливковое масло, сорбит или ксилит на основе теплой минеральной воды часто вызывают у детей дошкольного возраста рвотный рефлекс.

Поэтому наиболее приемлемый способ проведения тюбажа с минеральной водой. По эффективности этот способ не уступает вышеизложенным. Под влиянием минеральной воды желчь разжижается, становится менее вязкой, улучшается двигательная функция желчного пузыря. Для этого необходимо выбрать воду слабой или средней минерализации (не более 5 г/л), обладающей желчегонным действием: «Смирновская», «Славяновская», «Боржоми», «Миргородская» и др. Вода должна быть без газа, подогретой примерно до 40°С.

Тюбажи с отваром желчегонных трав (крапива, тысячелистник, кукурузные рыльца, чистотел, бессмертник, одуванчик, мята, цикорий и др.) требуют времени для их приготовления. В тоже время заставить ребенка выпить такой отвар в теплом виде часто не представляется возможным. В педиатрической практике по вкусовым качествам и простоте приготовления предпочтение отдается отвару шиповника.

Efremenko V.A., Kovyrshina E.E. Gromenkov V.D., Samoiloa O.V., Stupka N.A., Gritskovich O.S., Gunkina V.N.

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

AGE-RELATED STRUCTURAL FEATURES OF THE AORTIC VALVE IN ADULTS ON ECHOCARDIOGRAPHY

In both tricuspid and bicuspid aortic valves (AV) structures (hereinafter shortened to TAV and BAV, respectively) fibrotic and calcifying disorders are associated with age, and assumed to progress with it. However, the frequency, features, and rate of their development are currently assessed ambiguously.

Objective. This work aims to study the nature of the structural and functional changes in TAV and BAV in individuals of various age groups in a prospective study.

Material and methods. This analysis involved 30 individuals with TAV who had neurocirculatory distension or hypertension at stages 1 or 2 (group 1) and 10 patients with BAV (group 2). Each of these groups was divided into age subgroups of subjects up to 45 years old – subgroup A ($n_1 = 15$; $n_2 = 7$) and older than 45 years – subgroup B ($n_1 = 15$; $n_2 = 3$). A standard transthoracic echocardiography (echo) was performed following standard recommendations on a Vivid 3 General Electric ultrasound system (USA) using a 1.5-3.3 Hz transducer. Along with determining the size and function of the left ventricle (LV), the cross-section of the ascending aorta, special attention was paid to the assessment of the thickness and structure (fibrosis, calcification) of the AV, the

presence and severity of aortic regurgitation and/or stenosis.

Results and discussion. In the group of patients with TAV, the following results were obtained: In a subgroup A, no patient showed structural and/or functional disorders of AV. For the subgroup B, valve leaf congestion was noted in 12 of 15 patients (80.0%), minimal aortic regurgitation was detected in 5 individuals (33.3%); normal values of the ascending aortic cross-section (up to 37 mm) were noted in all patients with TAV. In the group of patients with BAV, the results were different: in the subgroup A, in 3 patients out of 7, echocardiography revealed a thickening of the AV cusps with zones of fibrosis and in 6 (85.7%) – dysfunction from minimal aortic regurgitation to mild or moderate combined aortic defect. A study in the subgroup B revealed significant changes in the structure such as thickening of the leaflets with zones of fibrosis and calcification of the valve, as well as severe dysfunctions (from severe aortic regurgitation to moderate or severe combined aortic malformation) in all 3 patients. The aortic enlargement was not observed in only 3 out of 7 patients in the subgroup A; in all other individuals with BAV, there was an expan-

sion of the ascending aorta from 37.1 to 39.8 mm. Also worth noting are changes in some indicators and structures of the left heart: In the study of LV systolic function in all patients with TAV and BAV, a preserved ejection fraction (EF) was found (EF = 56% and higher and EF = 58% and higher, respectively). In patients with TAV in the subgroup A, mild mitral insufficiency was detected in 33.3% (5 of 15 individuals), in the subgroup B, it was found in 8 of 15 patients (53.3%). In all individuals with BAV, mild or moderate mitral regurgitation was detected (100%).

Conclusions. Thus, when conducting echocardiography, sclerotic changes that affect the structure and function of the valve were revealed only in a subgroup of persons older than 45 years among

group members with TAV. These changes were represented by thickening of the valve, sometimes with zones of fibrosis, and associated with the development of aortic regurgitation. In patients with BAV, thickening of the leaflets with fibrosis and dysfunction of the valve were already detected in the age subgroup A. These changes ranged from minimal aortic regurgitation to a mild or moderate combined aortic malformation. In the age group B, in addition to thickening of the cusps, there was revealed calcification, accompanied by severe changes in valve function (from severe aortic regurgitation to a moderate or severe combined aortic defect). The noticeable effect of BAV on the left heart requires further investigation.

Ефременко В.А., Самойлова О.В., Ковыршина Е.Е., Яковенко В.Г., Голодников И.А., Решетняк Е.А.

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

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НА ФОНЕ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА

Легочная гипертензия (ЛГ) часто развивается у пациентов с поражением левых камер сердца, но, как правило, она не достигает высоких пределов. Если у пациентов с поражением левых отделов сердца наблюдается ЛГ с высокими значениями, то следует искать другие причины данного состояния.

Цель: Целью исследования являлся анализ особенностей ЛГ у больных с поражениями левых отделов сердца, имеющих ЛГ по данным трансторакального эхокардиографического (ЭхоКГ) исследования.

Характеристика больных и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 50 пациентов (26 женщин и 24 мужчин, средний возраст $69,3 \pm 9,9$ лет), имеющих ЛГ по данным ЭхоКГ исследования. У всех пациентов оценивался уровень давления в легочной артерии ($P_{ЛА}$), определяемый путем трансторакальной ЭХО-КГ. Уровни $P_{ЛА}$ сопоставляли с особенностями поражений левых отделов сердца, характером ритма сердца (синусовый – СР или фибрилляция предсердий – ФП), а также особенностями проводимого медикаментозного лечения. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа имела митральные пороки сердца, 2-я группа – аортальные пороки, сочетанные аортальные и митральные пороки.

Результаты и обсуждение: У 27 (54%) пациентов обнаружены митральные пороки сердца (1 группа), у 17 пациентов (34%) – аортальные

пороки, сочетанные аортальные и митральные пороки (2 группа). 6 пациентов (12%) не вошли ни в одну из данных групп. Среди пациентов первой группы 14 человек имели $P_{ЛА}$ 35-49 мм рт.ст., 13 чел. – $P_{ЛА} \geq 50$ мм рт.ст. Максимальный уровень $P_{ЛА}$ в 1-й группе составил 77 мм рт.ст. Во 2-й группе 9 чел имели $P_{ЛА}$ в пределах 35-49 мм рт.ст., 8 чел – $P_{ЛА} \geq 50$ мм рт.ст. Максимальный $P_{ЛА}$ во второй группе составил 86 мм рт.ст. Выделенные группы не различались между собой по полу, возрасту, долям лиц, имевшим артериальную гипертензию (в 1 группе – 25 больных, во 2 группе – 17), перенесшим инфаркт миокарда (соответственно 2 и 4), Также не было выявлено различий между группами по частоте применения препаратов, блокирующих ренин-ангиотензиновую систему/сартанов (соответственно 20 и 11), бета-адреноблокаторов (соответственно 17 и 14), сердечных гликозидов (соответственно 12 и 6), статинов (соответственно 24 и 15), нитратов (11 и 5 соответственно), антиагрегантов (18 и 16 соответственно), блокаторов кальциевых каналов (6 и 4 соответственно). У 1-ого больного из группы 1 в анамнезе имели место подтвержденные эпизоды тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии. 2 больных из группы 1 имели врожденные пороки сердца (стенотоз легочной артерии, дефект межпредсердной перегородки по типу дефекта венозного синуса). В 1-й группе 9 человек принимали непрямые антикоагулянты, в группе 2 таких пациентов не

обнаружено. Легочные вазодилататоры ни в 1-й, ни во 2-й группе не использовались. СР имели 4 человека из группы 1 и 7 человек из группы 2; постоянную форму ФП имели 20 человек из 1-й группы и 6 пациентов из 2-й ($p < 0,05$, 95% доверительный интервал), персистирующая форма ФП наблюдалась у 2-х человек из группы 1 и у 2-х человек из группы 2; ритм трепетания предсердий с тахисистолией желудочков обнаружен у 1-ого пациента из 1-й группы; у 2-х человек из 2-й группы выявлен ритм искусственного электрокардиостимулятора.

Выводы: 1) Среди больных с эхокардиографически установленной ЛГ более чем в половине случаев имели место митральные пороки сердца; 2) Максимальный уровень $P_{\text{ЛА}}$ зарегистрирован во второй группе и составил 86 мм рт.ст.; 3) Существенных различий между двумя группами по большинству анализировавшихся клинических параметров, а также по частоте использования основных классов сердечно-сосудистых лекарственных препаратов, не обнаружено; 4) в группе 1 чаще, чем в группе 2, наблюдалась постоянная форма ФП.

Жадан Е.С.¹, Азаркова Л.Д.¹, Демкович О.О.²

¹Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР

Донецкой Народной Республики, г. Донецк

²ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЧЕСОТКИ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМЫ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2014-2018 ГГ.

Чесотка – самое распространенное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным зуднем (*Sarcoptes scabiei*), известна с глубокой древности. На современном этапе является актуальной медико-социальной проблемой для практического здравоохранения и санитарно – эпидемиологического надзора. Распространению чесотки способствуют миграция населения, увеличение числа беженцев, бродяжничества, общее снижение уровня жизни, недостаточные навыки и возможности личной гигиены.

Социально-экономические изменения, произошедшие в Донецкой Народной Республике за последние годы, привели к ослаблению внимания медицинских работников к паразитарным болезням кожи, в т.ч. чесотке. Как результат – ухудшение работы по выявлению и профилактике чесотки среди населения. Так, на территории Республики за 2014 – 2018 гг. 55% случаев было выявлено пассивно, т.е. при обращении за медицинской помощью самими больными. Только каждый третий зарегистрированный случай установлен активно при профилактических осмотрах различных групп населения.

В Донецкой Народной Республике среди заболевших чесоткой преобладали взрослые – 72%, дети составили 28%. Среди семейных очагов преобладали (81%) иррадиирующие (с двумя и более случаями), 19% пришлось на потенциальные (с одним случаем).

Комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий определяется особенностями возбудителя и эпидемиологией чесотки и должен быть направлен на активное выявление больных, установление очагов чесотки и работу по их ликвидации, санитарно-просветительной работе с населением.

Таким образом, чесотка – паразитарное заболевание кожи на которое следует обратить внимание врачей общего профиля. Особенности жизненного цикла возбудителя чесотки, который лежит в основе клиники и эпидемиологии заболевания, определяют тактику врача при назначении лечения и проведения профилактических мероприятий в очаге.

Жадинский Н.В., Жадинский С.Н.

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

РАЗРАБОТКА ПОДХОДОВ К ПОДАВЛЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ В РАНЕ

Бороться с микроорганизмами в ранах становится все сложнее в связи с расширением спектра их за счет микробов, которые ранее считались непатогенными, продолжающимися процессами биологической перестройки микроорганизмов в сторону селекции устойчивых к антибиотикам штаммов. В то же время высказываются мысли, что «стремясь во чтобы то ни стало убить микробов в ране, мы действуем против механизма выработанного природой», что микробы в ране полезны и помогают организму расчистить её от погибших тканей своими ферментами.

Мы поставили перед собой задачу ответить на вопрос: вредны или полезны микроорганизмы в ране? и разработать подходы к подавлению их жизнедеятельности в ране.

Чтобы понять роль микроорганизмов в заживлении ран нужно знать, как проходит заживление без микробов, знать механизмы саногенеза. Проведен анализ современной отечественной и зарубежной литературы, анализ построенной нами ранее системы, раскрывающей клеточные механизмы заживления ран. Использованы результаты собственных исследований.

Можно отметить, что природой предусмотренной (не микробной) высокоэффективный механизм освобождения ран от погибших тканей. Очищение идет с помощью клеток, богатых лизосомальными ферментами. Особую роль играют макрофаги. В лизосомах этих клеток более 80 различных ферментов, способных расщепить белки, жиры, полисахариды погибших клеток до простых составляющих: аминокислот, жирных кислот, глицерина, моносахаров. Из анализа системы следует также, что макрофаги в ране образуются из моноцитов, стволовых клеток и для этого необходимо присутствие в ней достаточного количества питательных веществ в таком виде, чтобы они могли идти на построение

новых клеток. При появлении в ране микроорганизмов, последние становятся дополнительным (наряду с погибшими клетками) раздражителем, привлекающим в рану дополнительные порции нейтрофилов. А это поддерживает воспалительную реакцию. Микроорганизмы для своего роста и размножения используют питательные вещества – мономеры, образовавшиеся при расщеплении погибших клеток лизосомальными ферментами. В условиях нарушения кровообращения в ране и недостаточного поступления в рану питательных веществ с сывороткой крови больного, микробы усиливают их дефицит, тормозя развитие макрофагальных клеток, клеток соединительной ткани. Следовательно, вредными в ране являются как патогенные, так и непатогенные микроорганизмы. При назначении больным антимикробных препаратов необходимо учитывать чувствительность к ним всех присутствующих в ране микробов.

Для эффективной борьбы с микробами в ране перспективными являются подходы, направленные на усиление целебных сил самого организма, в частности, макрофагальной реакции в ране. С этой целью ранее нами использовалась местно взвесь альвеолярных макрофагов свиней. Однако трудности, связанные с получением клеточной взвеси, её хранением мешают широкому внедрению методики в практику. Заслуживает внимания усиление трансформации собственных моноядерных клеток в макрофаги непосредственно в ране через устранение дефицита питательных веществ путем периодического увлажнения раневой поверхности питательной средой для культивирования клеток с ауто-сывороткой, антибиотиками, активными в отношении всех микробов, находящихся в ране и в концентрациях нетоксичных для макрофагов.

Забелин А.С.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет», г. Смоленск, Россия

ЛАЗЕРНОЕ И УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

В последнее десятилетие сохраняется тенденция к увеличению количества больных острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (Н.Г. Коротких, Г.В.Тобоев,2009; Х.К. Коршиев, 2012; О.Ю. Калинина с соавт.2016). Большинство из них (до 60%) составляют пациенты с абсцессами и флегмонами. При этом отмечается неуклонный рост распространённых и прогрессирующих флегмон лица и шеи, что зачастую приводит к развитию таких тяжёлых осложнений как медиастинит, сепсис, тромбоз пещеристого синуса и др. (А.Л. Громов,2011; С.И. Столяров, В.В. Данилов,2016; И.А. Боев, Г.И. Штраубе,2019).

Недостаточная эффективность большого числа методов и средств лечения больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в значительной мере связаны с тем, что они направлены на отдельные звенья патогенеза заболевания или оказывают только местное воздействие на гнойную рану.

В связи с этим разработка современных методов лечения больных с флегмонами лица и шеи является одной из важнейших задач гнойной челюстно-лицевой хирургии. К числу эффективных методов лечения больных с флегмонами лица и шеи относится внутривенное и лазерное облучение крови (ВЛОК, УФОК).

Цель исследования. Оценка эффективности лазерного и ультрафиолетового облучения крови в комплексном лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 60 больных с флегмонами ЧЛЮ, которые были разделены на 3 группы: больным 1 группы (28 человек) в комплексное лечение было включено ВЛОК, пациентам 2 группы (14 человек) – УФОК. Больным контрольной группы (18 пациентов) проводили традиционное лечение.

Источником излучения гелий-неонового лазера служил генератор ЛГ-75 с длиной волны 632

нм, работающий в непрерывном режиме. ВЛОК осуществляли одноразовым моноволоконистым световодом, введённым в локтевую вену. Назначали от 3 до 5 сеансов по 30 минут.

Для проведения фотомодификации крови применяли аппарат МД-73М «Изольда». Кровь для УФОК забирали из локтевой вены в количестве 2 мл на 1 кг массы тела больного. Курс УФОК крови состоял из 3 сеансов.

Эффективность лечения оценивали клинически, на основании оценки выраженности эндогенной интоксикации и показателей иммунного статуса больного.

Результаты и их обсуждение. Проведённое исследование показало, что применение в комплексной терапии больных с флегмонами челюстно-лицевой области ВЛОК и УФОК способствует значительному улучшению их общего состояния, более быстрой нормализации гематологических и биохимических показателей. У больных отмечалась положительная динамика в течение раневого процесса: ускорялось отторжение некротических тканей и активизировались репаративные процессы (гранулирование и эпителизация) в ране. Установлено отчётливое снижение эндогенной интоксикации. Фотомодификация крови положительно влияло на иммунную систему больного: увеличивалось количество Т-хелперов, активизировалась фагоцитарная активность нейтрофилов, снижалась концентрация циркулирующих иммунных комплексов. Наиболее выраженная положительная динамика клинико-лабораторных показателей наблюдалась у больных получавших ВЛОК.

Выводы. Таким образом, результаты исследования дают основание рекомендовать включение в комплексное лечение больных флегмонами ЧЛЮ лазерную и ультрафиолетовую фотомодификацию крови, позволяющую улучшить результаты их лечения.

Забелин А.С., Щербакова М.Г., Береснева А.А.

ОГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника», г. Смоленск, Россия

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Среди всех воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желёз на долю слюннокаменной болезни (СКБ) приходится от 20 до 60% с преимущественным поражением поднижнечелюстных желёз (Ластовка А.С., Л.И.Тесевич,2014; Абдусаламов М.Р. с соавт.,2019).

У детей СКБ встречается редко, поэтому в отечественной и зарубежной литературе имеется небольшое количество работ посвящённой этой проблеме (Харьков Л.В. с соавт.,2005; Зеленский В.А. с соавт.,2009). При этом указывается на ряд особенностей клинического течения СКБ в детском возрасте, что затрудняет её диагностику. Наиболее часто это заболевание наблюдается в возрасте 6-14 лет.

Цель исследования. Провести клиническое обследование детей для выявления возрастных особенностей и установления диагноза по нозологической форме и стадии развития СКБ.

Материал и методы. Исследование основано на анализе лечения 12 детей с СКБ, находившихся на лечении в хирургическом отделении детской стоматологической поликлиники г. Смоленска. Среди них было 8 мальчиков и 4 девочки в возрасте от 2,5 до 16 лет. У 10 детей конкремент локализовался в поднижнечелюстной, а в 2 наблюдениях – в околоушной слюнной железе. При изучении данной патологии у детей мы пользовались классификацией СКБ предложенной А.А. Абрамовым (1993).

Для диагностики СКБ, наряду с клиническим и рентгенологическим обследованием, всем детям проводилось УЗИ слюнных желёз. Этот метод диагностики позволяет не только уточнить локализацию конкремента, но и определить структурные изменения в протоках и паренхимы железы. Он также даёт возможность проводить динамическое наблюдение после проведенного лечения.

Результаты и обсуждения. Согласно результатам комплексного обследования, в зависимости от возраста и сроков развития заболевания,

установлены особенности течения и выделены 3 формы СКБ у детей.

При 1-й форме заболевание протекало без чётко выраженных клинических симптомов.

Жалоб, характерных для СКБ, дети не предъявляют – отсутствует симптом «слюнная колика». Конкремент незначительных размеров обнаруживался при УЗ-диагностики в устье Вортонова протока. Чаще всего такая форма заболевания диагностировалась у детей дошкольного возраста.

У детей 2-й группы СКБ сопровождалась клиническими признаками острого сиалоаденита

Они жаловались на припухлость мягких тканей в поднижнечелюстной области, болезненность при глотании, повышение температуры тела, общее недомогание. Характерной для этой формы заболевания является гнойные выделения из устья протока. Конкремент расположен, чаще всего, в среднем отделе протока. Такая форма заболевания диагностируется в возрасте до 10-12 лет.

У детей старшей возрастной группы (12-16 лет) СКБ протекала с признаками хронического воспалительного процесса и выраженными структурными изменениями в железе. Конкремент локализовался в среднем или заднем отделе протока. Пациенты жаловались на болезненную припухлость в подчелюстной области, увеличение железы и усиление болей при приёме пищи. По ходу выводного протока пальпировалось уплотнение или конкремент. При массировании железы из устья протока выделялось в небольшом количестве секрет с примесью гноя. Эта форма заболевания протекала с частыми обострениями.

Комплексное лечение детей с СКБ проводилось с учётом формы заболевания, задачей которого являлось устранения обтурации выводного протока, купирование воспалительных явлений и нормализация функции железы.

Выводы. После проведенного лечения все больные находились на диспансерном наблюдении в течение 3 лет.

Забелин А.С., Щербакова М.Г., Корнева Ю.С.

ОГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника», г. Смоленск, Россия

ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Опухоли слюнных желёз в детском возрасте встречаются относительно редко и составляют до 2% новообразований челюстно-лицевой области (М.В. Болотов, 2008; С.В. Дьякова, 2009). Наиболее часто они диагностируются в возрасте 10-14 лет.

При этом клиническое течение опухолей, особенно при возникновении их в малых слюнных железах, у детей и подростков имеет свои особенности (О.З. Топольницкий, 2016). Это является одной из причин высокой частоты диагностических ошибок.

Цель исследования: изучить особенности клиники и диагностики опухолей слюнных желёз в детском возрасте.

Материал и методы: под нашим наблюдением за период с 2013 по 2018 год находилось 9 детей и подростков с новообразованиями слюнных желёз в возрасте от 9 до 16 лет. Среди них было 6 девочек и 3 мальчика. Длительность заболевания, по данным анамнеза, в среднем составила 11 месяцев. При этом только у 3 детей диагноз направившего лечебного учреждения совпал с установленным.

Клиническая симптоматика опухолей слюнных желёз зависела как от локализации и распространённости, так и её морфологического строения. У 4 больных они локализовались на твёрдом нёбе, на границе твёрдого и мягкого нёба. В 5 наблюдениях опухоль поражала околоушную и поднижнечелюстную слюнную железу.

Для уточнения диагноза всем больным проводилось УЗИ слюнных желёз, по показаниям КТ или МРТ. Наиболее информативным и обязательным методом диагностики является морфологическая верификация опухоли с помощью цитологического или патологогистологического исследования.

Результаты и обсуждения: В результате проведенного обследования у 7 детей диагностирована плеоморфная аденома, у 2 – аденолимфома.

В качестве примера приводим наше клиниче-

ское наблюдение. Больная С, 16 лет обратилась в хирургическое отделение ОГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника» 6.08.2019г. с жалобами на припухлость в области твёрдого нёба. Впервые заметил деформацию нёба в апреле 2019г. Обращалась к детскому стоматологу по месту жительства. Рекомендовано динамическое наблюдение. Было направлена на консультацию диагнозом: Фиброма твёрдого нёба.

При внешнем осмотре: асимметрии лица нет, рот открывает в полном объёме. На твёрдом нёбе справа определяется новообразование овальной формы, размером 2*2.5см, плотно-эластической консистенции, несколько болезненное, не подвижное. Слизистая оболочка над новообразованием не изменена, ограничено подвижна. Регионарные л/узлы не увеличены.

Была проведена КТ верхней челюсти. Обнаружен дефект костной ткани твёрдого нёба овальной формы, с чёткими контурами, 2.2*1.7см. Выполнена пункция новообразования. Цитологическое заключение: Аденома.

20.08.2019г. под местной анестезией проведено удаление новообразования твёрдого нёба. Опухоль имела вид одиночного узла, с фиброзной капсулой, не прорастающего в окружающие ткани. Послеоперационный период протекал без осложнений. Патологогистологическое заключение: Плеоморфная аденома (тубулярно-трабекулярный вариант, с выраженным миксоидным и миксохондронидным компонентом). В настоящее время пациентка находится на динамическом наблюдении у челюстно-лицевого хирурга.

Выводы: Таким образом, в связи с редкостью опухолей слюнных желёз у детей и достаточно частыми ошибками в их диагностики и лечении наш клинический опыт указывает на необходимость соблюдения единого алгоритма обследования этой категории пациентов, с обязательной морфологической верификацией новообразования.

Забродняя В.К., Чайковская И.В.

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

СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ЛАКТОФЕРРИНА В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ ИНСУЛИНЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Цель работы

Изучить содержание лактоферрина (Лф) в ротовой жидкости у пациентов с генерализованным пародонтитом (ГП) на фоне инсулинзависимого сахарного диабета.

Материал и методы

В ходе выполнения работы было обследовано 135 человек, из них 43 мужчины (31,9±4,0%) и 92 женщины (68,1±4,0%) в возрасте от 20 до 55 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. Обследование пациентов проводилось с использованием клинико-лабораторных методов исследования. Биологическим субстратом для иммунологических исследований была ротовая жидкость (РЖ), забор которой производился до проведения гигиенических мероприятий полости рта. Ротовую жидкость для исследования собирали у пациента спустя 30 минут после приема пищи, питья или чистки зубов, или спустя 5 минут после полоскания ротовой полости холодной водопроводной водой. При наличии видимого кровяного загрязнения ротовой жидкости образец отбраковывали. Повторный сбор материала производили спустя 10 минут после повторного полоскания ротовой полости водопроводной водой. Для исключения случайных результатов брали от 3 до 5 образцов ротовой жидкости в течение периода времени 1,5 – 2 часов. Образцы одного периода времени объединяли в одной пробирке типа «Eppendorf» и хранили при тем-

пературе -20°C до проведения исследования. Содержание в ротовой жидкости лактоферрина определяли с помощью тест-системы Lactoferrin Human ELISA, «НВТ», (Нидерланды). Результаты иммуноферментных реакций регистрировали на планшетном ридере Multiscan EX, «Thermo EC» (Финляндия). Анализ данных, полученных при проведении исследования, был проведен на кафедре медицинской физики, математики и информатики с применением общепринятых методов математической статистики. Для предварительного анализа данных применялась авторская программа для «MedStat», для окончательного анализа и построения графических элементов работы был использован универсальный пакет для статистического анализа «Statistica 6.0».

Результаты и обсуждение

Анализ данных местного иммунитета в ротовой жидкости у пациентов с ГП показал следующее: наибольшего значения достигает показатель лактоферрина у инсулинзависимых пациентов 1753±243,3 (95%ДИ: 1266-2240) нг/мл, который превышает в среднем в 1,9 раза уровень лактоферрина у практически здоровых исследуемых. Также в группе пациентов с генерализованным пародонтитом концентрация Лф в РЖ составила 1366±98,1 нг/мл, что достоверно (p<0,01) превышало аналогичный показатель в контрольной группе (886,3±53,3 нг/мл).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об угнетении клеточного звена иммунитета, способствующего повреждению тканей пародонтального комплекса с последующей резорбцией костной ткани.

Задума Я.Т.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк

СВЕДЕНИЯ, СОСТАВЛЯЮЩИЕ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ В КОНТЕКСТЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ПРАВОВОГО РЕЖИМА ИНФОРМАЦИИ

Информация является неизменным спутником человека повсюду, позволяет ему познавать мир, ощущать себя его частью, быть полноправным членом общества, заниматься хозяйственной, творческой или иной деятельностью

и пр. Для государства информация играет также весьма важную роль, оказывая влияние на все его важнейшие сферы: безопасность, экономику, международно-правовой статус, медицину и т.д. Правовой режим информации предпола-

гает особый порядок правового регулирования, предусмотренный законом и позволяющий обеспечить комплексность воздействия в информационной сфере.

Традиционно, принято выделять два вида правовых режима информации: общий и специальный. Последний направлен на охрану сведений, свободное распространение которых нарушает права и законные интересы государства, общества и личности.

Врачебная тайна была известна еще в Древнем Риме, где медицину величали искусством молчания, а первые её правила были сформулированы в Клятве Гиппократата: «Из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу, считая подобные вещи тайной». На сегодняшний день, законодательная дефиниция врачебной тайны предусмотрена ч.1 ст.86 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении» (далее – Закон ДНР) и которая подразумевает информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. Правовой режим врачебной тайны также подкреплён п.15 ч.2 ст.3 Закона ДНР, который относит её к основным принципам охраны здоровья граждан в ДНР. Таким образом, закрепляя право каждого на тайну частной жизни и устанавливая запрет на разглашение информации, составляющей врачебную тайну, законодателем признается конфиденциальность таких сведений.

Вместе с тем, институт врачебной тайны не является абсолютным в силу действующего законодательства, которое предусматривает возможность ограничения прав человека в данной сфере, основываясь на принципах защиты конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны, безопасности государства. Так, ч.4 ст.86 Закона ДНР регламентирует случаи, когда предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается без согласия гражданина или его законного представителя.

В силу противоречивости Закона ДНР «О

здравоохранении» некоторым иным законам Республики остаётся открытым вопрос о возможности получения сведений о состоянии здоровья лица, без его согласия, адвокатом. По сути своей, адвокат, оказывая юридическую помощь, в том числе представляя интересы доверителя в органах государственной власти, органах местного самоуправления, общественных объединениях и других организациях, выступает в качестве независимого профессионального советника по правовым вопросам.

Среди профессиональных прав адвоката, которыми он обладает при осуществлении адвокатской деятельности, п.1) ч.1 ст.11 Закона ДНР «Об адвокатуре и адвокатской деятельности» называет право адвоката обращаться с адвокатскими запросами в органы государственной власти, органы местного самоуправления, их должностным и служебным лицам, предприятия, учреждения, организации, общественные объединения. Сроки и порядок предоставления ответов регулируются законодательством. Следовательно, в случае поступления адвокатского запроса о предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну, медицинская организация руководствуется, в первую очередь, Законом ДНР «О здравоохранении». Однако данный нормативный правовой акт не называет адвоката среди субъектов, которые могли бы получать такую информацию, основываясь лишь на адвокатском статусе. В сложившейся ситуации, представляется целесообразным предусмотреть в законодательстве отдельное положение, в соответствии с которым статус адвоката позволял бы ему получать информацию, составляющую врачебную тайну.

Таким образом, с целью устранения разночтений, предлагается внести дополнение в Закон ДНР «О здравоохранении», в связи с чем п.3) ч.4 ст.86 изложить в следующей редакции: «Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается...3) по запросу органов дознания, адвоката, следствия и суда, в связи с проведением расследования или судебным разбирательством...».

Заславский А.С., Пенина Г.О.

Коми филиал ГОУ ВПО КГМА, ГУ РК «Коми республиканская больница», ГБОУ ДПО СПБИУВЭК Сыктывкар, Санкт-Петербург, Россия

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК ЛИЦ СРЕДНЕГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ИНСУЛЬТОВ РЕСПУБЛИКИ КОМИ

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) занимают одно из основных мест в структуре цереброваскулярной патологии. ОНМК существенно сокращают длительность и качество предстоящей жизни.

Целью настоящей работы являлось изучение демографических показателей, структуры и факторов риска мозгового инсульта по данным территориально-популяционного Регистра инсульта Республики Коми. Проспективное исследование инсульта в республике мы проводим в течение 10 лет, аналогичные работы ранее не проводились.

За период наблюдения (сентябрь 2007 г. – декабрь 2018 г.) в Регистр внесено 19984 человека с установленным диагнозом ОНМК. Средний возраст пациентов с инсультом составил $64,35 \pm 12,65$ лет. Среди них 1073 человека (5,4%) было в возрасте 25-44 года. В возрасте 45 – 59 лет инсульт в течение всего периода наблюдения перенесло 6234 пациента (31,2%). В возрасте от 60 до 74 лет ОНМК перенесли 7764 пациента (38,9%). В возрасте 75-90 лет было госпитализировано 4714 пациентов с инсультом – 23,6%. 131 человек (0,7%) вошел в группу долгожителей (старше 90 лет) перенесших инсульт. Среди изучаемых пациентов с ОНМК значимо преобладают женщины (10276 человек, 51,4%), гендерный индекс 1,06:1. В Группе пациентов в возрасте 45- 59 значимо ($p < 0,05$) преобладают мужчины, их доля равна 63,4, гендерный индекс, таким составляет 1,66:1. В группе пациентов в возрасте от 75 до 90 лет, в свою очередь, значимо ($p < 0,05$) преобладают женщины, составляя 73,4% внесенных в регистр граждан. Гендерный индекс в группе пациентов от 75 до 90 лет составляет 4,7:1, преобладание женщин достоверно ($p < 0,01$), различия между рассматриваемыми группами так же достоверны с $p < 0,01$. В группе 45-59 лет пациенты с геморрагическим инсультом (САК, внутримозговые кровоизлияния) составили 19,5% от числа пациентов за весь период наблюдения. Пациенты, перенесшие ишемический инсульт – 76,1%. Остальные пациенты перенесли инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт. Соотношение церебральных ишемий и геморрагий среди пациентов Регистра составило, таким образом, 3,9:1, со статистически значимым пре-

обладанием ишемических ОНМК ($p < 0,05$). В группе 75-90 лет ОНМК по ишемическому типу перенесли 4037 пациентов, в то время как геморрагический инсульт перенесли 9,7% пациентов. Соотношение ишемических и геморрагических инсультов в этой группе составило 8,9:1, со значимым ($p < 0,001$) преобладанием ишемических ОНМК. Различия между двумя группами достоверны с $p < 0,001$ – у пациентов более молодого возраста значимо чаще встречаются геморрагические ОНМК. В более молодой группе первичные пациенты составили 70,1% от общего числа больных с инсультом, повторные ОНМК были зафиксированы у 1054 пациентов, первичные пациенты преобладают ($p < 0,001$). Среди пациентов от 75 до 90 лет первичные составили 64,9% (3060 человек), преобладание первичных пациентов достоверно с $p < 0,05$. Различия между группами достоверны, $p < 0,01$. По имеющимся в регистре данным, пациенты из группы от 45 до 59 лет, выжившие в течение 21 дня, составили 78,6%, умершие – 15,1%, остальные были выписаны из стационаров ранее 21 дня и сведения о них в регистре отсутствуют. Таким образом, умершие составляют 16,1% от числа пациентов с известным на 21 сутки исходом. В группе пациентов от 75 до 90 лет число выживших на 21е сутки составило 3135 человек, умерших – 27,7%. Без учета пациентов, сведения о которых на 21е сутки после инсульта в регистре отсутствуют, смертность от инсульта в группе пациентов от 75 до 90 лет составила 29,4%, что достоверно $p < 0,001$ выше, чем в группе молодых пациентов.

Таким образом, оценка данных территориально-популяционного Регистра инсульта Республики Коми, показала, что среди них 31,2% – в возрасте от 45 до 59 лет, и 23,9% в возрасте 75 до 90 лет. В обеих группах достоверно преобладают женщины, доля которых выше в группе пациентов более старшего возраста ($p < 0,001$). У пациентов республики чаще отмечены ишемические ОНМК ($p < 0,001$), и чем старше возрастная группа тем выше доля ишемических инсультов. Первичные пациенты составляют 66,8% от общего числа больных с инсультом, и чаще встречаются у пациентов более молодого возраста.

Заславский А.С., Пенина Г.О.

Коми филиал ГОУ ВПО КГМА, ГУ РК «Коми республиканская больница», ГБОУ ДПО СПБИУВЭЖ Сыктывкар, Санкт-Петербург, Россия

СРАВНЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОНМК У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ИНСУЛЬТОВ РЕСПУБЛИКИ КОМИ

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) занимают одно из основных мест в структуре цереброваскулярной патологии. ОНМК существенно сокращают длительность и качество предстоящей жизни.

Целью настоящей работы являлось изучение демографических показателей, структуры и факторов риска мозгового инсульта по данным территориально-популяционного Регистра инсульта Республики Коми. Проспективное исследование инсульта в республике мы проводим в течение 10 лет, аналогичные работы ранее не проводились.

За период наблюдения (сентябрь 2007 г. – декабрь 2018 г.) в Регистр внесено 19984 человека с установленным диагнозом ОНМК. Средний возраст пациентов с инсультом составил $64,35 \pm 12,65$ лет. Среди них 1073 человека (5,4%) было в возрасте 25-44 года. В возрасте 45 – 59 лет инсульт в течение всего периода наблюдения перенесло 6234 пациента (31,2%). В возрасте от 60 до 74 лет ОНМК перенесли 7764 пациента (38,9%). В возрасте 75-90 лет было госпитализировано 4714 пациентов с инсультом – 23,6%. 131 человек (0,7%) вошел в группу долгожителей (старше 90 лет) перенесших инсульт. Среди изучаемых пациентов с ОНМК значимо преобладают женщины (10276 человек, 51,4%), гендерный индекс 1,06:1. В Группе пациентов в возрасте 25-44 значимо ($p < 0,05$) преобладают мужчины, их доля равна 61,7, гендерный индекс, таким образом составляет 1:1,61. В группе пациентов старше 90 лет, в свою очередь, значимо ($p < 0,05$) преобладают женщины, составляя 82,4% внесенных в регистр граждан. Гендерный индекс в группе пациентов старше 90 лет составляет 4,7:1, преобладание женщин достоверно ($p < 0,01$), различия между рассматриваемыми группами так же достоверны с $p < 0,01$. В группе 25-44 года пациенты с геморрагическим инсультом (САК, внутримозговые кровоизлияния) составили 26,7% от числа пациентов за весь период наблюдения. Пациенты, перенесшие ишемический инсульт – 68,7%. Остальные пациенты перенесли инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт. Соотношение церебральных ишемий и геморрагий среди пациентов Регистра составило, таким образом, 2,6:1, со статистически значимым пре-

обладанием ишемических ОНМК ($p < 0,05$). В группе долгожителей ОНМК по ишемическому типу перенесли 116 пациент, в то время как геморрагический инсульт перенесли 8,4% пациентов. Соотношение ишемических и геморрагических инсультов в этой группе составило 10,5:1, со значимым ($p < 0,001$) преобладанием ишемических ОНМК. Различия между двумя группами достоверны с $p < 0,001$ – у пациентов более молодого возраста значимо чаще встречаются геморрагические ОНМК. В более молодой группе первичные пациенты составили 75,3% от общего числа больных с инсультом, повторные ОНМК были зафиксированы у 121 пациента, первичные пациенты преобладают ($p < 0,001$). Среди пациентов старше 90 лет первичные составили 72,5% (95 человек), преобладание первичных пациентов достоверно с $p < 0,01$. Различия между группами недостоверны. По имеющимся в регистре данным, пациенты из группы от 25 до 44 лет, выжившие в течение 21 дня, составили 75,5%, умершие – 16,1%, остальные были выписаны из стационаров ранее 21 дня и сведения о них в регистре отсутствуют. Таким образом, умершие составляют 17,6% от числа пациентов с известным на 21 сутки исходом. В группе пациентов старше 90 лет число выживших на 21е сутки составило 63 человека, умерших – 45%. Без учета пациентов, сведения о которых на 21е сутки после инсульта в регистре отсутствуют, смертность от инсульта в группе пациентов старше 90 лет составила 48,4%, что достоверно $p < 0,001$ выше, чем в группе молодых пациентов.

Таким образом, оценка данных территориально-популяционного Регистра инсульта Республики Коми, показала, что среди них 0,7% – долгожителей, и только 5,4% в возрасте от 25 до 44 лет. В группе пациентов старше 90 достоверно преобладают женщины, в то время как в группе 25-44 – мужчины ($p < 0,001$). У пациентов республики чаще отмечены ишемические ОНМК ($p < 0,001$), геморрагические инсульты не преобладают даже в группе пациентов 25-44 лет. В группе молодых пациентов доля геморрагических ОНМК значимо выше. Первичные пациенты составляют 66,8% от общего числа больных с инсультом, и у долгожителей встречаются так же часто, как в самой молодой из рассматриваемых групп.

Захарова Л.А., Махмутов Р.Ф., Бобровицкая А.И., Воробьева В.Г.

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА РЕАБИЛИТАЦИИ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОЧАГАМИ ИНФЕКЦИИ ИММУНИЗИРОВАННЫХ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

Основным показанием применения мезодиэнцефальной модуляции (МДМ-терапия) у часто и длительно болеющих детей (ЧБД) иммунизированных против вирусного гепатита В, является повышение местных и общих защитных реакций организма, а также позволяет справиться со стрессом и предотвратить обострение хронического процесса, сопровождающегося депрессивными расстройствами. Кроме того при хронических заболеваниях зачастую наблюдается стойкая ремиссия.

Цель работы – оценить эффективность комбинированного метода реабилитации ранее иммунизированных против вирусного гепатита В ЧБД с хроническими очагами инфекции.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 56 часто и длительно болеющих детей в возрасте старше 7 лет ранее вакцинированных против вирусного гепатита В и имеющих хронические очаги инфекции в виде тонзиллита 31 (55,3%), фарингита 19 (33,9%) и рецидивирующего бронхита 6 (10,8%). Группой сравнения явилось 26 детей вакцинированных против вирусного В болеющих эпизодически. С учетом того, что уровень специфических антител быстро снижается на протяжении первых 12 мес. после вакцинации, а затем процесс замедляется, необходимо в комплексной терапии данных детей использовать комбинированный метод реабилитации: медикаментозной и физиотерапевтической.

Результаты и обсуждения. В реабилитации часто болеющих детей в периоде ремиссии вакцинированных против вирусного гепатита В особое предпочтение отдавалось МДМ-терапии. Установлено, что при оценке клинико-иммунологических данных в течение года уменьшилась в 2,3 раза частота обострений хронических очагов инфекции при наложении ОРВИ по сравнению с детьми вакцинированными против гепатита В имеющими ОРВИ эпизодически.

При изучении специфической противoinфекционной защиты у ЧБД с очагами хронической инфекции ранее вакцинированных против вирусного гепатита В, выявлена хорошая специфическая противoinфекционная защита 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 ±0,87мМЕ\мл) и был на уровне показателей у детей болеющих эпизодически (анти-HBs -39,28 ±0,99мМЕ\мл) так как различия статистически недостоверны ($p>0,05$). Кроме того, даже при низком титре анти-HBs <10мМЕ/мл ЧБД с хроническими очагами инфекции имели достаточную специфическую противoinфекционную защиту – клетки «памяти» способны реагировать на инфекционный агент.

Следовательно, данный метод реабилитации обладает иммунокорректирующим действием, проявляющимся в улучшении гуморального звена иммунитета.

Зверева А.Р., Крылова В.М., Андреев Р.Н.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЯВЛЕНИЕ СОННОГО ПАРАЛИЧА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Сонным параличом называют состояние, при котором наступает полная или частичная обездвиженность после пробуждения. Так происходит из-за того, что, фаза быстрого сна – это период наибольшей мозговой активности, фактический паралич тела просто необходим для безопасности. В норме, способность двигаться

возвращается сразу после пробуждения, но иногда, организм дает небольшие сбои. В следствие чего, мозг уже находится в полной активности, но возможности пошевелиться всё еще нет. Состояние нередко сопровождается паническими атаками и галлюцинациями.

Цель работы:

Выявление закономерности среди подростков, когда-либо испытывавших сонный паралич.

Материалы и методы:

Был проведен анализ статистических данных, отчеты и клинические истории болезни, касающиеся распространенности и симптоматики сонного паралича среди людей от 12 до 17 лет.

Результаты и обсуждения:

Исходя из выводов мировых исследований:

В целом, хотя бы единожды в жизни, 7,65% человек испытывало сонный паралич.

Углубляясь в подробности опроса населения, был сделан вывод, что данному явлению более подвержены студенты и школьники, регулярно сталкивающиеся со стрессом и недосыпом. Таких случаев было выявлено 28,5%. Так же, сонный паралич характерен для детей со психиатрическими отклонениями, психозами и депрессией – 34,6%

Это связано с тем, что как в случае недосыпа и стресса, так и в случае психиатрии, работа мозга ведется искаженно, что может привести к подобного рода отклонениям.

По данным опроса, девушки чаще сталкивались с сонным параличом, нежели юноши. Это может быть связано с разной степенью общей

эмоциональности у разных полов, ведь девушки, тем более в подростковом возрасте более подвержены влиянию внешних негативных факторов. Так же, симптоматика и риск появления зависят от гормональной стабильности организма подростка.

Заключение:

Проанализировав вышесказанное можно сделать вывод, что на частоту возникновения сонного паралича влияет непосредственно психологический фактор, чрезмерная усталость и общее состояние здоровья ребенка. Гормональное состояние может повлиять на характер галлюцинаций, продолжительность неподвижности. Для того, чтобы исключить вероятность столкновения с сонным параличом, или снизить частоту данного явления, нужно: придерживаться правильного и полноценного режима сна, исключать стресс, обращаться за помощью к специалистам, при возникновении подозрения на какое-либо расстройство психологического и психиатрического характера, правильно распределять нагрузку мыслительной деятельности, при столкновении с данной проблемой пройти обследование на эндокринные заболевания и нестабильность гормонального фона.

Золото Е.В., Железная А.А., Яковлева Э.Б.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
НИИ репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи, г. Донецк

СИНДРОМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Диагностика клинических синдромов при НДСТ основана на анализе жалоб пациента, сборе анамнеза (в том числе генеалогического), детальном клиническом и лабораторно-инструментальном обследовании больных.

Выявление симптомов, характерных для определенного клинического синдрома предполагает составление плана лабораторно-инструментального обследования. С практической точки зрения целесообразно выделить перечень обязательных обследований (должны быть проведены каждому пациенту с НДСТ независимо от выявленного синдрома) и дополнительных обследований, которые назначаются при наличии показаний.

Обязательные исследования (сила рекомендаций D):

Общий анализ крови, общий анализ мочи;

Биохимический анализ крови (общий белок,

глюкоза, липидный спектр, билирубин, АлАТ, АсАТ, ЩФ, креатинин, мочевины, мочевая кислота, электролиты);

Исследование метаболизма соединительной ткани по возможности: оксипролин, гликозаминогликаны крови;

ЭКГ;

Допплер-ЭхоКГ;

Холтер-ЭКГ;

УЗИ абдоминальное (стоя и лежа);

Рентгенография ОГК;

Осмотр офтальмолога (острота зрения, передняя офтальмоскопия).

Проявления вегетативной дисфункции являются одной из самых частых причин обращения к врачу. Пациенты предъявляют жалобы на длительные ноющие или колющие боли в области сердца, связанные с эмоциональной нагрузкой, исчезающие после приема седативных средств

или отдыха. Характерно появление болей в раннем юношеском возрасте.

Наряду с кардиалгическим синдромом у больных с НДСТ отмечаются колебания артериального давления. Синдром артериальной гипотензии обнаруживается более чем у половины пациентов, при этом больных беспокоят головные боли, тяжесть в голове, общая слабость, головокружение, плохая переносимость нагрузок. Головные боли часто приобретают пароксизмальный сосудисто-мигренозный характер, могут сопровождаться ортостатическими проявлениями. Чаще всего лабильность артериального давления сочетается с лабильностью регуляции ритма сердца (сердцебиения, перебои в работе сердца).

Частым проявлением вегетативной дисфункции являются нейрогенные дыхательные расстройства в виде ощущения нехватки воздуха,

неудовлетворенности вдохом, необходимости добавочного дыхательного движения, потери автоматизма дыхания. Пациенты пытаются глубоко дышать, открывают окна, чтобы дать доступ свежему воздуху. Характерны периодические глубокие вдохи, зевота. Гипервентиляционные расстройства могут сопровождаться ознобopodobным гиперкинезом, мышечно-тетаническими спазмами, парестезиями.

Вегетативная дисфункция, как правило, сочетается с невротическими и депрессивными расстройствами.

План дополнительного обследования: исследование психовегетативного статуса. МРТ головного мозга, ФВД, УЗДГ и дуплексное сканирование сосудов головного мозга, СМАД, консультации невролога, психотерапевта при неэффективности лечения.

Золото Е.В., Томачинская Л.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
НИИ репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи, г. Донецк

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ЛЕЧЕБНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НА ФОНЕ НЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Выбор лечебных физических факторов (ЛФФ) в гинекологической практике в значительной мере обусловлен изменениями гормональной функции яичников. Различают четыре основных варианта состояния гормональной функции яичников: не изменена, гипоэстрогения, относительная гиперэстрогения с недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ) менструального цикла, относительная гиперэстрогения при ановуляции. В зависимости от влияния на функцию яичников ЛФФ подразделяют на 4 группы:

1. ЛФФ, повышающие эстрогенную насыщенность организма с продолжительным последствием: лечебные грязи, пелоидоподобные вещества (парафин, озокерит, нафталан, бишофит), минеральные воды (сульфидные, углекислые, азотные, рапные), скипидарные ванны, горный климат, ультразвук, индуктотермия, токи надтональной частоты (ТНТ), электрофорез меди, массаж (вибрационный и классический пояснично-крестцового отдела позвоночника). Необходимо иметь в виду, что все перечисленные факторы обладают выраженным ятрогенным эффектом, Их применение при наличии противопоказаний может быть пусковым мо-

ментом в развитии гормонозависимых доброкачественных новообразований.

2. ЛФФ, снижающие эстрогенную насыщенность организма с продолжительным последствием: минеральные воды (радоновые, йодобромные), электрофорез йода (применяется у больных любого аозраста – репродуктивного, подросткового, в период менопаузы; сложившееся мнение о «кастрирующем» влиянии процедуры – ошибочно).

3. ЛФФ, стимулирующие функциональную активность желтого тела: низкоинтенсивное лазерное излучение, интерференционные токи, электрофорез цинка.

4. ЛФФ, не влияющие на гормональную активность яичников или влияющие с непродолжительным последствием. Сюда следует отнести все ЛФФ, не вошедшие в предыдущие три группы.

Приведенная группировка ЛФФ позволяет индивидуализировать их выбор с учетом клинической ситуации. При неизменной эндокринной функции яичников возможно применение ЛФФ всех 4-х групп. При гипоэстрогении противопоказана вторая и третья группы ЛФФ. При

относительной гипоестрогении с НЛФ следует исключить первую группу. При относительной гиперэстрогении с ановуляцией противопоказаны первая и третья группы ЛФФ.

Следует также иметь в виду, что в механизме действия многих ЛФФ существуют особенности, ограничивающие их применение. Так, например, УВЧ-терапия способствует разрастанию соединительной ткани, поэтому ее курсовое воздействие весьма ограничено (3-5 процедур); кроме того, нецелесообразно при наличии спаечного процесса в малом тазу. Токи надтональной частоты, оказывая выраженное противовоспалительное действие, препятствуют образованию спаек, в то же время увеличивают синтез

эстрогенов, следовательно, неприменимы при гиперэстрогении. Магнитотерапия противопоказана при проблемах со свертываемостью крови. Электрофорез цинка не следует назначать при гиперандро (усиливает выработку андрогенов) и гипоестрогенировании, поскольку только при достаточном уровне эстрогенов ионы цинка способны повысить синтез прогестерона, а также проявить противовоспалительный эффект.

Знание механизма действия лечебных физических факторов, особенностей их влияния на организм женщины с учетом эндокринной функции яичников поможет оптимально использовать физиотерапию в комплексном лечении гинекологических больных.

Золотухин Н.С., Резник М.А., Догадайло А.А.

Клиническая Рудничная больница г. Макеевка

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С АПОПЛЕКСИЕЙ ЯИЧНИКА

Среди причин внутрибрюшного кровотечения на апоплексию яичника приходится 0,5 – 25%.

Благодаря внедрению новых технологий в диагностике патологических состояний органов малого таза за последние годы изменился подход к диагностике и лечению апоплексии яичника.

Целью нашей работы явилось изучение влияния методики с использованием новых технологий на качество диагностики и лечения больных с апоплексией яичника.

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни больных поступивших в гинекологическое отделение Клинической Рудничной больницы г. Макеевки с диагнозом: апоплексия яичника, за 2007 год и за 2017 год.

В 2007 году таких женщин было 281 (II гр.) где применялся общепринятый подход к ведению больных с апоплексией, кровь в брюшной полости – оперативное лечение.

В 2017 году с диагнозом апоплексия яичника была 171 (I гр.) женщина, где использовали тактику ведения с применением новых технологий (сонография, кульдоцентез с дренированием дугласового пространства, лапароскопия).

Проведенный сравнительный анализ ведения больных с апоплексией яичника показал, что из 281 поступивших в 2007 г у 93 была произведена операция. Из них 45 женщин лапароскопически, а в 2017 году пролечено 171 женщина, операция произведена у 27, 16 из них лапароскопически. Полученные результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у женщин второй

группы очень низкий процент ультразвукового исследования (УЗИ) при поступлении и в динамическом наблюдении, очень высокий процент кульдоцентеза, поэтому тактика ведения основывалась только на результатах кульдоцентеза. В результате высокий процент оперативного вмешательства.

В течение последних восьми лет в отделении руководствовались новой тактикой ведения больных с апоплексией с использованием новых технологий и подходов. Мы четко оценивали тяжесть состояния больной при поступлении по клиническим данным, определяли объем жидкости в брюшной полости по данным УЗИ и кульдоцентеза. Полученная при кульдоцентезе кровь в шприце еще не являлась показанием к оперативному лечению, мы учитывали сколько времени прошло после апоплексии и количество эвакуированной крови. Если при поступлении больной в гинекологическое отделение по данным УЗИ определяли в брюшной полости жидкость до 100 мл и отсутствие нарушения гемодинамики и общего состояния, то кульдоцентез не производили и оставляли женщину под наблюдение (УЗИ в динамике, показатели АД, гемоглобина и гематокрита). При количестве жидкости в брюшной полости 160-250 мл производили кульдоцентез – полностью эвакуировали жидкость (кровь) и оставляли женщину под динамическое наблюдение с УЗИ контролем. В случае, когда УЗИ контроль в динамике нельзя было осуществить, то после кульдоцентеза и эвакуации содержимого дренировали дугласово

пространство и оставляли дренаж для визуального наблюдения. При определении жидкости в брюшной полости 300 мл и больше с гемодинамическими нарушениями больную переводили в операционную и при отсутствии противопоказаний, операцию производили лапароскопическим доступом.

Проведенное исследование показало, что при

кульдоцентезе кровь не всегда является показанием к оперативному лечению.

Ургентные гинекологические отделения должны иметь возможность круглосуточной УЗИ диагностики для установления объема кровопотери и избрания адекватной практики.

Внедренная нами тактика позволила снизить частоту хирургического лечения данной патологии более чем на 50%.

Зув К.А.

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

РОЛЬ ЛЕКЦИЙ ПО ФИЛОСОФИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Чтение лекций является традиционной формой обучения и впервые стало применяться древнегреческими софистами в 5 веке до н.э. для преподавания ораторского искусства и основ философии. Широкое использование получило в средневековых вузах Западной Европы в качестве самого эффективного средства систематического изложения философии и ряда других дисциплин. Ведущее значение лекции в обучении сохранялось и в новоевропейское время. В 19-20 вв. в учебном процессе все большую роль стали играть семинары, лабораторные работы и некоторые другие формы обучения, способствующие развитию самостоятельного, творческого мышления, навыков научной работы, научно-практического поиска. Вместе с тем лекция была и в настоящее время остается одной из основных форм учебной работы:

1) потому, что она содержит массу сведений, почерпнутых из разных источников, которые преподаватель анализирует, сопоставляет, показывает их достоинства, проблемные места и заблуждения. Другими словами, лекция ведет студента сквозь море самой различной и подчас противоречивой информации, для самостоятельного приобретения которой потребовалось бы намного больше времени; 2) преимуществом лекции по сравнению с учебниками является возможность ее непрерывного обновления последними достижениями и открытиями науки или событиями общественной жизни; 3) лекции представляют и конкретизируют логику развития дисциплины, ее проблемное содержание и смысл; 4) лекция не только передает научную информацию, но акцентирует и разъясняет наиболее трудные проблемы профилирующей науки и ее место в техногенной цивилизации. Она показывает студентам, как ученый или мыслитель ищет и находит истину; она поднимает дискуссионные и спорные вопросы; она учит, как обо-

сновывать свою точку зрения, как анализировать и обобщать факты, преодолевать трудности научного поиска и находить новое.

В целом, живой интерес к любой дисциплине рождается именно на лекциях. Одновременно проведение лекции есть результат труда преподавателя по какой-либо проблеме, поэтому включает различные этапы: подготовка, структурирование, чтение. Во время подготовки к лекции преподаватель учитывает разные факторы: 1. Систематическое освоение новейшей, в т. ч. дискуссионной литературы 2. При подготовке к лекции руководствоваться «Учебной программой», но освещать не все вопросы, включенные в нее, а только важнейшие проблемы данной темы и отсутствующие в учебниках или недостаточно полно освещенные в них и трудные вопросы. При этом необходимо указать студентам, какие именно вопросы учебной программы не освещены в лекции и вынесены на самостоятельное изучение.

Преподаватель одновременно во время подготовки отрабатывает структуру и содержание лекции: 1. Вступление, определяет тему, настраивает аудиторию на слушание, заинтересованность студентов. Поэтому интереснее всегда начать с главной и ведущей мысли, которая затем займет центральное место в лекторском выступлении. 2. Основная часть лекции – изложение, в котором выдвигаются, раскрываются и доказываются теоретические положения, дается анализ и оценка фактического материала и строго проводится главная идея темы. 3. Логика изложения лекции. Логичность любого изложения предполагает ясность и определенность употребляемых понятий, последовательность и доказательность. Все понятия, которыми оперируют в лекции, должны быть разъяснены и по мере возможности точно определены. 4. Последовательность изложения – это определенным

образом упорядоченное изложение материала лекции в соответствии с принятым планом. Не допустимы ничем не оправданные повороты мысли, перескакивания с вопроса на вопрос, что создает у студента впечатление неорганизованности, путаницы и неразберихи. 5. Доказательность изложения. Изложение лекционного материала должно сопровождаться примерами из современной философии, науки, внутренней и международной жизни, местный фактический материал, статистические данные, экскурсии в историю, в жизнь выдающихся философов, ученых. Наглядность лекции намного выигрывает при применении таких технических средств, как схемы и диаграммы, а при наличии оборудованной аудитории или класса – презентации, видеофильмы. 6. Заключение обобщает изложенный материал. В нем даются краткие выводы или повторяется центральная мысль лекции. Если позволяет время, преподаватель дает соответствующие практические советы и указания, а также отвечает на вопросы студентов.

В целом, лекцию надо строить так, чтобы ее понимали все студенты. Вместе с тем, не следует отказываться от сложных вопросов, сразу доступных может быть и немногим. Такая ориентация только помогает одним лучше усваивать лекционный материал, а других наталкивает на более глубокое самостоятельное изучение сложных вопросов.

Зуева Г.В., Масюта Д.И.

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

ЗНАЧЕНИЕ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В настоящее время в литературе широко обсуждается роль герпесвирусных инфекций

в формировании рецидивирующих заболеваний верхних дыхательных путей у детей в возрасте от 1 года до 15 лет.

Цель исследования: определить частоту обнаружения маркеров герпесвирусных инфекций и определить их особенности у детей разных возрастных групп с рецидивирующими респираторными заболеваниями.

Материалы и методы исследования. Обследованы 40 детей с острыми респираторно-вирусными инфекциями в возрасте от 1 года до 15 лет (24 мальчика и 16 девочек). Критериями включения в исследование являлись: ежемесячные острые респираторные заболевания с сентября по май в течение прошедшего года, отсутствие генетических и иммунодефицитных

Само же непосредственное чтение лекции считается самой ответственной частью лекционной работы, в которой преподаватель выступает в трех лицах – драматурга, режиссера и актера. Поэтому при чтении лекций важен, во-первых, внешний имидж преподавателя: 1. правильная речь, точные выражения, яркие сравнения, правильные ударения; 2. хорошо поставленный голос; 3. приятная, доброжелательная внешность. При этом следует избегать угрюмого лица, гримасы недовольства или презрительности к аудитории, «усталости» от нее; 4. костюм (платье) без подчеркивания телесных особенностей: глубоких декольте и т. п. или спортивных атрибутов (кеды, кроссовки и т.п.). Второй важной задачей преподавателя является умение возбудить интерес студентов к изучению своей дисциплины. Студенты должны быть глубоко убеждены в том, что изучение данного предмета необходимо не только для сдачи зачета или экзамена, но и для их успешной производственной, трудовой в будущем деятельности, участия в общественной жизни, в решении жизненных проблем и задач. Для этого преподаватель медицинского вуза должен быть знаком с профилем вуза, с родом и особенностями деятельности будущих специалистов-врачей. В целом, философия не должна быть скучной. Третьим важным моментом чтения лекции является недопустимость чтения текста.

заболеваний у обследованных больных. Проводилось комплексное физикальное и лабораторное обследование пациентов. Применяли иммуноферментный анализ (ИФА), определяли наличие общих антигенов герпесвирусов (ГВ) методом непрямой реакции иммунофлюоресценции (НРИФ). Острую ГВ инфекцию, вызванную вирусом простого герпеса (ВПГ), вирусом Эпштейна – Барр (ВЭБИ), цитомегаловирусом (ЦМВИ) и вирусом герпеса человека 6-го типа (ВГЧИ-6) диагностировали в случае выявления таких маркеров как IgM. Реконвалесценцию определяли при наличии антител класса IgG, увеличенных в 4 раза. Латентная стадия включала инфицирование без развития заболевания, давно перенесенную инфекцию и носительство.

Результаты и их обсуждение. Наблюдаемые нами все 40 детей были инфицированы ВПГ,

ВЭБ, ЦМВ и ВГЧ-6. У 24 детей (60%) были выявлены признаки активной ВГЧИ-6. У одинакового числа обследованных детей удалось выявить активную ВЭБИ (у 13 детей -32%) и ЦМВИ (13детей- 32%). Активную ВПГИ диагностировали у 8 детей (20%).

Установлено, что в возрастной группе детей от 3-х до 7-ми лет жизни чаще выявляли инфекцию ВПГ и ВГЧ-6, как в активной, так и в латентной форме, по сравнению с другими возрастными группами. Наиболее часто выявляли острую форму ВГЧИ-6, ее установили у 10 (25%) обследованных детей этой возрастной группы, в то время как ЦМВИ и ВЭБИ у детей этой возрастной группы не диагностировалась.

Латентная стадия заболевания в нашем исследовании была представлена носительством герпесвирусов. Наиболее высокий процент

носительства был зафиксирован в отношении ВПГИ в возрастной группе от 3 до 7 лет и составил 5 детей (12,5%). Инфицированных детей без развития заболевания в нашем исследовании не оказалось.

Выводы. Все 40 наблюдаемых детей были инфицированы герпесвирусами: ВПГ, ВЭБ, ЦМВ и ВГЧ-6. Признаки активной инфекции наиболее часто обнаруживались при ВГЧИ-6. В возрастной группе от 3 до 7 лет герпесвирусная инфекция выявлялась значительно чаще, так как именно в этом возрасте дети идут в детские сады и дошкольные образовательные учреждения. Полученные данные демонстрируют необходимость обследования детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями на маркеры герпесвирусных инфекций.

Зув К.А., Смеричевский Э.Ф., Огородник И.С.

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

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ФИЛОСОФИЯ» В МЕДИЦИНСКИХ СТУДЕНЧЕСКИХ ГРУППАХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Философия является одной из основных дисциплин в системе преподавания и обучения студентов в высшей школе, получения ими высшего образования. Это этап в формировании личности, специалиста и гражданина, с его умением осознавать, понимать и управлять интеллектуальными процессами.

Развитие обществ на постсоветском пространстве, изменения, происходящие в них, особенно с конца 1980-начала 1990-х гг. в связи с дезинтеграцией СССР характеризующееся религиозным возрождением, отсутствием государственной идеологии, доминирования как марксистской философской школы, так и других направлений в философии. В тоже время, введение в ВУЗах российских стандартов преподавания и обучения студентов, которые направлены на интенсификацию учёбы студентов, увеличение их самостоятельной работы и уменьшение общения с преподавателем. Это привело к оптимизации времени аудиторных занятий, которые требуются для понимания и изучения теоретического материала, что в свою очередь отразилось на объеме (объем учебного материала не уменьшается), качестве изложения данного материала гуманитарных дисциплин, процессе обучения и изложения студентам для индивидуализации обучения, и привело к изменениям в содержании и методике преподавания дисциплины. Эта проблема не обошла и «Философию».

Являясь центральной, систематизирующей, методологической и теоретической дисциплиной по отношению как к гуманитарным, так и естественным научным дисциплинам, «Философия», в лице отдельных философов, философских школ, охватывает своей мыслью всё бытие, как систему, а также отдельные элементы бытия, выявляя связи, отношения и закономерности происходящих процессов в мире, обществе, человеке, и самое главное познавательные процессы, т.е. отношения человека ко всем другим элементам бытия. Т.е., «Философия» формирует целостное мировоззрение, понимание связей между элементами, конкретными предметами и явлениями, на теоретическом уровне, через понятия, а отсюда влияет на развитие общества и различные сферы жизни людей. Это формирование происходит через предоставление знания об историческом развитии и современном состоянии идей в разных областях философского знания – онтологии, гносеологии и т.д. Дисциплина «Философия» предполагает усвоение знаний студентами с одной стороны, по отдельным философским дисциплинам, которое построено по принципу рассмотрения проблемы в истории философской мысли и её современного состояния. Но в тоже время утверждается логика и метод восхождения от абстрактного к конкретному, от общего к частному, как в рассмотрении проблем каждой дисциплины, так и в курсе «Фило-

софия» в целом, который предполагает изучение в течение двух семестров.

Первый семестр включает в себя рассмотрение истории и теории таких философских дисциплин, как онтология, гносеология и диалектика. Здесь рассматриваются и раскрываются наиболее общие проблемы, понятия философии, которые формируют мировоззрение, целостное и системное понимание, мышление – бытие, субстанция, материя, идеальное, жизнь и др. (онтология, гносеология, диалектика). Раскрывается также основной вопрос философии – отношение субъективного и объективного, внутреннего мира человека (психического) и внешнего по отношению к нему (гносеология, диалектика). Одновременно закладывается определённая логика мышления – от общих проблем к частным (от абстрактного к конкретному).

Во втором семестре рассматриваются история и теории социальной философии и философии культуры, теория сознания, философской антропологии, философии глобальных проблем и история отечественной философской мысли. Студенты изучают и усваивают уже отдельные проблемы бытия – бытия общества и человека. Для этого раскрываются теории общества, которые выдвигались в истории разных обществ, из которых делаются выводы по их основным закономерностям. Изучается общественное сознание и культура, как феномены, не только вышедшие человека и человеческие общности из природы, но и позволившие ему через объективацию духовной культуры, изменяя естественную природу и превращая её в искусственную, реализовывать свой потенциал и выживать человеку и обществу. Раскрывается проблема самого человека как биосоциального феномена – индивид, индивидуальность, личность. Также рассматривается как проблемы уже созданные человеком в результате своей деятельности, так и прогнозирование дальнейшего пути, вариантов развития человечества, что предполагает умение применять различные философские и научные методы работы с информацией для вы-

явления закономерностей и основных процессов, происходящих в мире и обществе, и умение экстраполировать это на будущее. Завершается, как семестр, так и курс в целом, изучением истории отечественной философской мысли на разных исторических этапах нашего общества, что предполагает понимание развития отечественной мысли.

Дисциплина предполагает проведение лекций, семинарских занятий, самостоятельной и индивидуальной работы студентов, которые необходимо строить так, чтобы студенты усвоили основные понятия дисциплины и теоретические и практические вопросы, которые раскрывают, хоть и в ограниченном объеме, суть курса (философия, бытие, субстанция, понятие, категория, теория, гипотеза, диалектика и т.д.).

В системе семинарских занятий необходимо избегать однообразия их проведения, внося элементы дискуссии. Кроме того, необходимо написание тестовых заданий, написание и обсуждение рефератов, докладов, создание презентаций по актуальным философским проблемам. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Философия» наряду с написанием рефератов направлена на обеспечение более глубокого изучения студентами истории и современного состояния философской мысли по различным проблемным вопросам, усвоение теоретических материалов.

Философия как один из основных курсов имеет большое мировоззренческое, интеллектуальное и воспитательное значение: знания, которые преподаются студентам формируют целостность мировоззрения, системность, логическую и диалектическую последовательность в мышлении, умение работать с конкретным и общим знанием и информацией применяя различные методы познания, расширяют и углубляют понимание происходящих процессов в мире и обществе. Основными достижениями курса являются формирование самосознания и самостоятельности в мышлении и поведении у студентов.

Зуйков С.А., Бакурова Е.М., Филиппаки И.В., Одарченко Т.С.

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

ИЗМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ПУРИНОВ, КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Злокачественные новообразования (ЗНО) являются одной из основных причин смертности в мире, так, в 2018 году, по данным ВОЗ, от ЗНО умерли 9,6 млн. человек. В структуре смертности населения России на 2017 год ЗНО занимают второе место, после болезней системы кровообращения (197,9 на тыс. населения). При этом стимулятором развития большинства ЗНО считается возраст. С возрастом заболеваемость ЗНО резко возрастает, вероятнее всего, из-за снижения эффективности механизмов обновления клеток, нарушения метаболических процессов и регуляторных систем, снижения защитных функций организма, а так же формирования окислительного стресса (ОС) по мере старения человека.

Цель работы

Сравнить изменение метаболизма пуриновых нуклеотидов при старении и опухолевой трансформации в плазме крови.

Материал и методы

Материалом послужила плазма крови, 18 больных раком желудка (РЖ) с I-II стадией заболевания, в возрасте 40-60 лет. Группу контроля, составили 50 здоровых добровольцев в возрасте 40-80 лет, не имеющих ЗНО и тяжелых патологий желудочно-кишечного тракта. Изучили активность ключевых ферментов катаболизма пуриновых нуклеотидов – аденозиндезаминазу (АДА) и ксантиноксидазу (КО) – которые являются признанным фактором роста и стимуляторами свободнорадикального (СР) окисления. В качестве продуктов, показателей интенсивности СР процессов исследован уровень 2,4-динитрофенилгидразонов. Методом исследования всех показателей была спектрофотометрия. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Statistica 10.0» Statsoft, USA.

Результаты и обсуждение

В плазме крови у здоровых людей при старении установлено статистически значимое увеличение ферментативных активностей АДА и КО, а так же концентрации 2,4-динитрофенилгидразонов – показателей окислительной модификации белков. Следовательно, при старении увеличивается катаболизм пуриновых нуклеотидов, который считается одним из основных метаболических процессов нарабатывающих СР, способствуя повышению окислительного статуса плазмы, что сочетается с увеличением продуктов ОМБ. Проведя сравнительный анализ полученных показателей между больными РЖ и здоровыми людьми, установили статистически значимые результаты, как для группы здоровых в возрасте 40-59 лет, так и для группы 60-79 лет. Причем более выраженные изменения наблюдались при сравнении больных РЖ, возраст которых составил 40-59 лет с такой же возрастной группой здоровых людей. Выявлены корреляционные связи между ферментами пуринового обмена в плазме крови и 2,4-динитрофенилгидразонами. Следовательно, повышение активностей ферментов пуринового обмена расценивается не только как фактор роста при ЗНО, но так же, вносит существенный вклад в формирование ОС, что проявляется в интенсификации ОМБ.

Заключение

Таким образом, при старении организма, происходит усиление катаболизма пуриновых нуклеотидов, аналогичное наблюдаемым изменениям, как и при первых стадиях канцерогенеза. Между ферментами пуринового обмена и показателями СР окисления выявлены тесные взаимосвязи, что способствует интенсификации ОС – одного из ключевых факторов патогенеза ЗНО, способствуя возникновению и росту злокачественной опухоли. Следовательно, определение данных показателей может быть использовано в качестве прогностических факторов риска ЗНО, в частности РЖ.

Иваненко А.А., Ковальчук О.Н., Лившиц Г.Н., Курилов В.К.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРОТИДНЫХ ПАРААНГИОМ

Параангиомы (устаревшее название – хемодектомы) – это нейроэндокринные опухоли из параангиомных клеток, разбросанных в виде скоплений (глусомов) по всему организму, преимущественно в адвентиции крупных артерий и вен. (Voedeker et al., 2005) Чаще всего параангиомы шеи наблюдаются в сонном гломусе – каротидная параангиома (КП). КП – мягкотканые, медленно растущие образования, длительное время протекающие бессимптомно. Злокачественные формы встречаются в 10 – 20% случаев.

Цель исследования: улучшение диагностики и результатов хирургического лечения КП на основании анализа собственного опыта лечения этой редкой патологии.

Материал и методы: в отделении сосудистой хирургии ИНВХ им. В.К. Гусака с 1992 по 2017 гг. находился на лечении 21 больной с КП (6 мужчин и 15 женщин). Возраст пациентов – от 21 до 76 лет. Средний возраст 48,5 года. Около половины (43%) были в возрасте от 21 до 33 лет. Гипертонической болезнью страдали 2 больных 52 и 66 лет. Основной жалобой у всех было наличие опухолевидного образования на шее. 5 из них отмечали умеренную болезненность в области образования, 7 – стреляющую боль в ухе, 6 – шум в голове на стороне образования, 2 – усиление пульсации на больной стороне, 3 – дискомфорт при глотании, 1 – головную боль, головокружение, раздражительность, 1 – изменение голоса, 1 – опущение верхнего века на стороне образования (симптом Горнера). Давность заболевания варьировала от полугода до 22 лет. Средний срок заболевания 5 лет. Медленный рост опухоли отметили 19 пациентов, быстрый – 2. У 11 пациентов была левосторонняя локализация опухоли, у 8 – правосторонняя и у 2 – двухсторонняя. Размеры опухоли колебались от 2-х до 12 см. в диаметре и от 2,8 см. до 8,9 см. по длине. У всех пациентов на шее ниже угла нижней челюсти пальпировалось образование плотно-эластической консистенции, безболезненное или умеренно болезненное, малоподвижное в горизонтальном направлении и неподвижное – в вертикальном. Для диагностики использовали дуплексное и триплексное сканирование, УЗДГ сонных артерий, СКТ органов шеи в ангиографическом режиме и рентгенконтраст-

ную ангиографию. Все больные оперированы радикально, кроме одной больной 66 лет, страдающей тяжелой формой гипертонической болезни (АД до 200 мм. рт.ст.). Опухоль не удалена из-за больших размеров, вовлечения сосудов и обильной кровоточивости. Остальным больным выполнено удаление опухоли. При этом, у одной больной произведено удаление опухоли, резекция и редрессация ВСА. У второго больного выполнена резекция бифуркации сонной артерии, лигирование её. У третьей больной выполнено удаление опухоли с резекцией и лигированием НСА. Одна больная оперирована с двух сторон с интервалом в 2 месяца. В общей сложности распространения КП на сонные артерии отмечено у 3-х больных, плотное сращение с внутренней яремной веной – у 2-х. В обоих случаях удалось отделить опухоль от яремной вены. Осложнения во время операции случилось у 2-х больных: повреждение сонной артерии в области бифуркации – у одной пациентки, произведено ушивание артерии. Вторая больная Н., 76 лет, умерла от кровотечения. Послеоперационная летальность составила 4,8%. Осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечены у 5 больных (35,7%): осиплость голоса, поперхивание при глотании – 2, синдром Горнера, поперхивание при глотании – 2, головная боль, слабость конвергенции – 1. После лечения с участием ЛОР-врача и невропатолога у всех больных наступило улучшение. При гистологическом исследовании препаратов альвеолярный тип строения выявлен у 11 пациентов, альвеолярно-трабекулярный – у 2, ангиоматозный – у 8.

Обсуждение: наш опыт лечения КХ свидетельствует о том, что большинство этих опухолей носит доброкачественный характер. Медленный рост опухоли, длительное бессимптомное течение затрудняют раннюю диагностику, о чём свидетельствует длительный анамнез заболевания у большинства больных.

Диагностика КП трудна вследствие редкости заболевания, неосведомленности врачей, скудости клиники, наличия большого количества сходных заболеваний. Для диагностики используют ультразвуковое сканирование, УЗДГ брахиоцефальных артерий, МСКТ, СКТ, МРТ, ангиографию, скинтиграфию (Е.Н. Пномарёва и соавт.2003)..

Выводы. Прогрессирующий характер роста КП, вовлечение окружающих структур, склонность к озлокачествлению являются абсолютными показаниями к раннему хирургическому лечению. Операция противопоказана при диссе-

минации и наличии отдалённых метастазов. Относительными противопоказаниями могут быть распространение процесса и предполагаемая невозможность радикального удаления опухоли.

Иващенко В.В., Журавлёва Ю.И., Балацкий Е.Р.

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

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ СОЧЕТАНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ТРАДИЦИОННОГО ИТОГОВОГО ЭКЗАМЕНА В ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМ КОНТРОЛЕ ЗНАНИЙ НА ЦИКЛЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Кредитно-модульная система предусматривает в рамках строго регламентированного учебного времени на основе преимущественно самостоятельной активной деятельности наиболее полно реализовать конечные цели обучения. Однако, полноценная реализация ее идей связана с определенными объективными трудностями, о чем свидетельствует наш предшествующий опыт внедрения этой системы на цикле общей хирургии. Это связано с необходимостью уменьшения студентов в академической группе до 5-6 человек, вместо 12-14, и внедрением элементов проблемного обучения. Внедрение активных форм обучения требует оценки исходного уровня знаний студентов не только в начале изучения дисциплины, но, в идеале, в начале каждого занятия, именно этот момент требует особого внимания преподавателя.

Цикл общей хирургии сегодня состоит из двух модулей. Особое внимание мы уделили вопросам усовершенствования контроля знаний студентов в условиях кредитно-модульной системы и, прежде всего, тестового контроля. Вместе с тем, чрезмерное увлечение этой формой контроля, на начальных этапах внедрения, без необходимого осмысления различных его аспектов, иногда приносило противоположные плоды. Это связано с трудностями реализации компьютерного варианта «диалогового» оценивания, которое происходит при личной беседе. То есть нивелируется вариант «живого» обучения и оценивания. Индивидуальность и оригинальность мышления, уровень владения знаниями и, наконец, способность логически мыслить, находятся за рамками тестирования. Поэтому, одной из возможностей организации более качественного тестирования является использование системного подхода, который направлен, прежде всего, на определение понятий, что так важно на пропедевтическом уровне обучения, и знаний, которые синтезируются на их основе.

Это формирует фундамент творческого мышления и обучения. В результате на кафедре были разработаны более 5000 тестовых заданий, из которых мы выделили 4 группы тестов различной степени информативности и сложности. В основе заданий 1 уровня сложности заложены информационные характеристики, отражающие элементы памяти и начитанности, опирающиеся на предшествующую информацию. Вторая группа построена на основе понимания сути семиотических определений в общей хирургии и простых логических взаимоотношений между ними. Третью группу составили ситуационные задачи, построенные на основе сложных интегрированных логических операций (с акцентом на формирование клинического мышления). Четвертая группа наиболее сложная, содержит задания, требующие творческого подхода, широкого кругозора для их решения. Многолетний опыт тестового контроля знаний студентов в условиях кредитно-модульной системы показал, что тесты 1 уровня сложности целесообразно использовать только для определения исходного уровня знаний, 2 уровня – для итогового контроля знаний в конце занятия, а 2-3 уровня – для итогового модульного контроля. Задания 3-4 уровня сложности (в соотношении 1:1) включаем при проведении олимпиад по дисциплине, для выявления наиболее одаренных студентов, склонных к научной деятельности и углубленному изучению хирургии.

Общеизвестно, что абсолютное большинство тем на цикле общей хирургии являются базовыми для всех оперирующих специальностей – асептика и антисептика, десмургия, переливание крови, обезболивание и реанимация, инородные тела и др. Поэтому, без создания интегрированных тестовых заданий, которые придают циклу обобщающую модель, которая позволит студенту в будущем успешно освоить хирургическую специальность, невозможно. Сформированная

модель кредитно-модульной системы основную контролируемую нагрузку вынуждала перенести на последний модульный контроль, где превалируют задания конкретного модуля, а не интегрированные задания всего цикла. Пробные попытки интегрированного контроля показали худшие результаты по завершении всего цикла, чем результаты решения заданий по конкретному итоговому модулю. Таким образом, назрела ситуация формирования единой связи в виде интегрированного экзаменационного контроля для дисциплины. Возможным решением настоя-

щей проблемы является повторное введение, после длительного перерыва, с 2016 года в Донецком национальном медицинском университете им. М.Горького экзамена по общей хирургии. Проверенная временем система экзаменационного оценивания не только органично подводит итог изучения дисциплины с учетом результатов оценивания на итоговых занятиях модулей, но и обеспечивает непосредственный контакт преподавателя и студента. Первые результаты такого подхода на цикле общей хирургии вполне обнадеживают.

Ивженко А.В.

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

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕННОГО АППЕНДИЦИТА

Лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) широко применяется для лечения осложненного аппендицита. Осложненный аппендицит по-прежнему остается одним из основных показаний к экстренной хирургии во всем мире. Преимуществами лапароскопической аппендэктомии является уменьшение пребывания больного в медицинском учреждении, косметический эффект, снижение риска раневой инфекции, быстрое восстановление работоспособности и уменьшение послеоперационного болевого синдрома.

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, перенесших аппендэктомию с января 2006 по декабрь 2013 года. Для выявления лиц с сопутствующими заболеваниями и более высоким риском, все пациенты были классифицированы с использованием классификации риска Американского общества анестезиологов (ASA). Пациенты с ASA 3 и 4 были разделены как пациенты группы риска и включены в данный анализ. В зависимости от интраоперационной оценки пациенты были классифицированы на группы пациентов с осложненным аппендицитом и с неосложненным аппендицитом. Эти пациенты были отнесены в соответствии с использованным хирургическим подходом в группы после открытой аппендэктомии (ОА) и группы после ЛА.

За определенный промежуток времени было выполнено 1140 аппендэктомий. Из них 462 пациента перенесли осложненный аппендицит и 59 из этих пациентов показали классификации ASA 3 или 4 и были включены в настоящий анализ. Предоперационная лихорадка чаще встреча-

лась у пациентов, которые перенесли ОА, как и перфорацию у этих пациентов по сравнению с пациентами в группе ЛА. Время работы было немного больше в группе после ЛА, но пребывание в больнице было короче.

В целом, 32% пациентов после открытой аппендэктомии и 38% пациентов после ЛА показали осложнения. Пациенты после ОА имели более низкую частоту осложнений (I степени – 24%) по сравнению с пациентами после ЛА (75%). Осложнения II степени чаще всего встречаются у пациентов после лапароскопической аппендэктомии (10%) по сравнению с пациентами после открытой аппендэктомии (8%). Послеоперационный уровень лейкоцитов был значительно повышен у пациентов после ОА, перенесших III (нарушения заживления ран) и IV (послеоперационная почечная недостаточность у одного пациента) степени осложнения по сравнению с пациентами после ЛА с III степенью осложнений (два пациента, которые страдали послеоперационной непроходимостью кишечника, требующей парентерального питания). Снижение лейкоцитов наблюдалось больше у пациентов после ОА по сравнению с пациентами после ЛА. Таким образом, предоперационный уровень С-реактивного белка был более высокий в группе после ОА, так как по сравнению с группой ЛА было увеличение в послеоперационном периоде в группе после ОА с осложнениями. Это увеличение было значительным по сравнению с пациентами после ЛА и их осложнений.

Исследований послеоперационного течения ЛА у пациентов с высоким риском очень мало,

так как некоторые из них имеют тяжелые сопутствующие заболевания. А именно, сердечная недостаточность, легочная недостаточность, внутрибрюшные заболевания. Поэтому большинство хирургов по-прежнему выбирают открытые подходы. Несмотря на эти ограничения, можно

сделать вывод, что ЛА не только имеет более важное значение при лечении осложненного аппендицита у пациентов с высоким риском, но и может быть рекомендована пациентам даже при более высоких категориях риска.

Игнатенко Г.А., Джоджуа А.Г., Багрий А.Э., Первак М.Б., Костюкова Н.Ю., Басий Р.В., Ващенко А.В., Христуленко А.Л., Валигун Я.С.

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

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ОРДИНАТУРЫ

На современном этапе высшего профессионального образования (ВПО) одним из основных механизмов обеспечения высокого уровня подготовки специалистов является научно обоснованная система контроля качества обучения, в том числе и на заключительном этапе. С сентября 2017 года в Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» (ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО) приступили к реализации нового уровня обучения – подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре. В кратчайшие сроки были подготовлены необходимые локальные нормативные документы по организации и методическому обеспечению учебного процесса, были разработаны учебные планы и программы, средства обучения, методические рекомендации для преподавателей и методические указания для обучающихся, фонды оценочных средств и другие учебно-методические материалы. Осенью 2018 года мы приступили к подготовке государственной итоговой аттестации (ГИА) первого выпуска ординатуры.

Цель работы – представить организационно-методические подходы к проведению ГИА выпускников ординатуры в ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Основная часть

Для проверки освоения всех универсальных и профессиональных компетенций, сформулированных в Государственных образовательных стандартах подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры (ГОС ординатуры), был разработан формат единого комплексного экзамена по специальности, включающего два этапа – комплексный тестовый и практически-ориентированный экзамены.

Комплексный тестовый экзамен предназначен для проверки освоения тех сформулированных в ГОС ординатуры профессиональных умений, которые можно проверить путем решения тестовых заданий. Тестирование проводится с помощью буклетов, включающих 120 тестовых заданий формата А, из которых – 100 по основным вопросам специальности ординатуры и 20 тестов по смежным дисциплинам. Количество тестов в каждом буклете определено с учетом объема изучения раздела/дисциплины в основной профессиональной образовательной программе по специальности ординатуры. Тестирование проводится одновременно для всех выпускников ординатуры и длится 2 астрономических часа (по 1 минуте на каждый тест).

Для оценки результатов первого этапа используется следующая шкала, основанная на процентном отношении правильно выполненных тестовых заданий:

- 90-100% – «5»,
- 75-89% – «4»,
- 60-74% – «3»,
- менее 60% – «2».

После комплексного тестового экзамена на клинических базах профильной кафедры проводится второй этап ГИА – практически-ориентированный экзамен. Его цель – контроль освоения выпускником тех умений, проверить которые можно только при работе с реальными объектами профессиональной деятельности (пациентами, результатами лучевых и других лабораторно-инструментальных исследований и т.д.) или их моделями (тренажерами, муляжами, симуляторами, ситуационными задачами).

Содержание практически-ориентированного экзамена по каждой специальности обучения в ординатуре формируется согласно требованиям соответствующего ГОС ординатуры. Этот

экзамен состоит из 2 частей. На первой части практически-ориентированного экзамена ординаторы курируют пациентов. В результате непосредственной работы с больным оцениваются такие важнейшие практические навыки и умения ординатора, как проведение опроса и объективное обследование больного, выделение ведущего клинического синдрома, составление плана обследования, оценка результатов инструментальных и дополнительных методов исследования, проведение внутрисиндромной дифференциальной диагностики, установление и обоснование предварительного и окончательного диагноза, определение принципов лечения и тактики ведения больного, проведение лечения, определение прогноза и мер профилактики, ведение медицинской документации. На второй части экзамена умение ординаторами решать конкретные профессиональные задачи проверяется с помощью ситуационных задач, моделирующих работу с пациентом. Профильная кафедра определяет практические навыки и умения, которыми должен овладеть ординатор в процессе обучения в соответствии с ГОС ординатуры. Выполнение практических умений и навыков оценивается баллами: «1» – выполнено, «0,5» – выполнено не полностью, «0» – не выполнено.

Для оценки результатов практически-ориентированного экзамена используется следующая шкала, основанная на процентном отношении набранной ординатором суммы баллов за обе части экзамена к максимально возможной:

- 90-100% – «5»,
- 75-89% – «4»,
- 60-74% – «3»,
- менее 60% – «2».

В экзаменационной ведомости государственной итоговой аттестации за каждый этап ГИА выставляется отдельная оценка. Общая оценка за государственную итоговую аттестацию определяется на основании среднего балла за оба этапа экзамена – комплексный тестовый и практически-ориентированный

После разработки вышеописанной технологии ГИА были подготовлены программы и фонды оценочных средств государственной итоговой аттестации по всем специальностям орди-

натуры, которые были утверждены на заседании Центрального методического совета.

Для всех специальностей, обучение по которым завершалось в 2019 году, были подготовлены наборы тестовых заданий для комплексного тестового экзамена, а также протоколы проведения и оценивания первой и второй частей практически-ориентированного экзамена.

Особые трудности возникли с определением содержания и средств контроля на практически-ориентированном экзамене. Это было связано с тем, что по учебному плану в целом на ГИА выпускников ординаторов отведено 36 часов в течение 5 дней.

Исходя из вышеописанных целей и содержания контроля, а также технологии проведения первого и второго этапов ГИА в первый день нами было предусмотрено тестирование, остальные 4 дня отведены на проверку практических умений и навыков.

По каждой специальности были определены универсальные и профессиональные компетенции, проверяемые на первом и втором этапах ГИА, перечни практических умений и навыков, проверяемых на практически-ориентированном экзамене, и выполнено их распределение по дням – с учетом специфики (специальности), уровня обучения (ординатура) и уровня контроля (заключительный).

После разработки такой подробной методики сотрудники каждой профильной кафедры подготовили набор необходимых контрольных материалов (ситуационных задач, ответных форм и т.п.).

Заключение

Реализация собственной уникальной методологии и технологии заключительного контроля в формате единого комплексного экзамена по специальности позволила максимально стандартизировать требования и условия проведения ГИА выпускников ординатуры, объективно оценить соответствие уровня теоретической и практической подготовки каждого выпускника требованиям Государственного образовательного стандарта подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры и его готовность к дальнейшей профессиональной деятельности.

Игнатенко Г.А., Енгенов Н.М., Бондаренко Н.Н.

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

СОСТОЯНИЕ МЕТАБОЛИЗМА КОЛЛАГЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ

Изучение метаболизма коллагена у пациентов с грыжами позволит раскрыть сценарий взаимодействия внутритканевых структур в реализации воспалительно-репаративного процесса, где фиброз является не патогенетическим, а саногенетическим фактором восстановления целостности передней брюшной стенки. Учитывая исходно измененные свойства волокнистого компонента тканей, наличие воспалительного компонента в операционной ране и выявленные нами ранее изменения нейроиммунного баланса у данной категории пациентов, можно предположить специфичность метаболизма коллагена при заживлении раны у пациентов с первичными и послеоперационными грыжами.

Цель работы

Установить особенности метаболизма коллагена у пациентов с первичными и послеоперационными грыжами передней брюшной стенки в динамике после аллогерниопластики.

Материал и методы

В исследование было включено 87 больных с грыжами передней брюшной стенки различной локализации. Оценку состояния обмена коллагена проводили до, на 1-е, 5-е и 10-е сутки после аллогерниопластики путем исследования изменений содержания в крови фракций гидроксипролина (свободного, пептидосвязанного и белковосвязанного) по методу Е.В. Писаревой и соавт. (2012). Полученные результаты обработаны с применением методик математической статистики и использованием пакета программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

Нами прослежена динамика коэффициента метаболизма коллагена (КМК) – отношение прироста концентраций свободного и пептидосвязанного оксипролина, отражающего степень деструкции коллагеновых волокон матрикса, к приросту содержания белковосвязанного оксипролина, как показателя неофибриллогенеза. У пациентов с первичными грыжами передней брюшной стенки выявили повышение КМК в

течение 1-х суток после операции в 3,35-4,63 раза по сравнению с исходным, с последующим его снижением в 1,26-2,05 раза за счет уменьшения степени деструкции коллагена и увеличения биосинтеза. К 10-м суткам после операции у 75% пациентов с первичными грыжами показатель не достигал исходного за счет доминирования биосинтеза коллагена, а у 25% пациентов превышал исходный за счет уменьшения деструкции коллагена. Пациенты с послеоперационными грыжами отличались исходно повышенной степенью деструкции коллагена и более низкими показателями неофибриллогенеза, чем у пациентов с первичными грыжами. У 75% пациентов данной группы в течение всего послеоперационного периода прирост показателя биосинтеза коллагена доминировал над приростом показателей деструкции, ввиду чего значения КМК были относительно стабильными – 1,54-2,24 ед., но превышали таковой до лечения ($1,16 \pm 0,09$ ед.). У 25% пациентов исходно максимальные значения КМК повышались к 1-м суткам после аллогерниопластики (до $4,61 \pm 0,52$ ед.) вследствие значимого снижения показателей биосинтеза коллагена на фоне стабильности процессов распада белка. К 5-м суткам степень деструкции коллагена превосходила таковую биосинтетических процессов, значения КМК снижались до $2,57 \pm 0,36$ ед. и были меньше исходных. К концу периода наблюдения у данной подгруппы пациентов значения КМК были наименьшими в группе и в 2,36 раза ниже исходных, что при сходных с групповыми значениями показателях распада коллагена было связано с значимым приростом показателя неофибриллогенеза.

Заключение

Таким образом, нарушения баланса процессов метаболизма коллагена сохранялось до 10-х суток исследования после операции, что явилось результатом гетерогенных изменений соотношения процессов деструкции и биосинтеза коллагена у пациентов с различными видами грыж передней брюшной стенки.

Г.А. Игнатенко¹, И.В. Мухин¹, А.В. Дубовик¹, А.С. Дзюбан², В.Г. Гавриляк³, С.В. Туманова¹, О.В. Колычева¹, С.А. Коваль², Р.А. Джоджуа¹, Ю.А. Брова¹, Н.Ш. Назарян¹, А.А. Федорченко², Ю.В. Алагод¹

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г. Донецк

³ФГБУ «1472 Военно-морской клинический госпиталь» МО РФ, Крым, Россия

ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ РЕЖИМОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЧАСТОТУ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ, СМЕРТНОСТЬ И ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА

Различными методами безболевого ишемия миокарда (БИМ) выявляется у 40-60% больных со стабильной стенокардией и у 60-80% – с нестабильной. У больных сахарным диабетом (СД) распространенность колеблется от 40 до 70%. Методы патогенетического лечения БИМ находятся в стадии разработки.

Цель. Оценить частоту случаев неотложных госпитализаций, смертность и прогноз у больных БИМ на фоне СД 2-го типа.

Материалы и методы. В исследование включено 108 пациентов (основная группа) с БИМ. После скринингового и инициализирующего этапов, методом случайной выборки больные были рандомизированы в три статистически однотипные по полу, возрасту, длительности и тяжести гипертензивного и диабетического синдромов группы наблюдения. После проведения исходного этапа начинали этап лечения. 35 пациентов 1-ой группы в дополнении к базисной противодиабетической и кардиотропной терапии начинали лечение триметазидином по 35 мг 2 раза в день. 37 пациентов 2-ой группы получали ежедневные сеансы интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНБГТ). 36 пациентов 3-ей группы в дополнении к стандартному лечению получали комбинацию триметазидина по 35 мг 2 раза в день и сеансы ИНБГТ. Все участники исследования получали ингибитор АПФ/сартан, а при наличии гипертензивного и/или тахикардального синдрома дополнительно бета-адреноблокатор, антагонист кальция и диуретик) и противодиабетическую терапию. В стандартную схему лечения входила ацетилсалициловая кислота 75-160 мг/сутки и гиполипидемический препарат. Пациентам 2-ой и 3-ей групп проводили ежедневные 20-ти дневные сеансы ИНБГТ по стандартной методике при помощи гипоксикатора «Тибет-4», «Newlife», Россия. После второго (основного) этапа исследования с подбором и титрацией оптимальной антигипертензивной и противодиабетической терапии, пациентов переводили на амбулатор-

ный этап, на котором они продолжали получать оптимальную медикаментозную терапию. Представители 2-ой и 3-ей групп кроме аналогичной терапии в амбулаторных условиях получали поддерживающие сеансы гипокситерапии по 20 дней ежеквартально на протяжении года.

Результаты и их обсуждение

Основными причинами госпитализации на протяжении годичного периода наблюдения в группах больных явились: дестабилизация стенокардии (25,7; 18,9; 11,1%); болевой инфаркт (14,3; 13,5; 13,9%); осложненный гипертензивный криз (20,0; 10,8; 11,1%); аритмии (20,0; 10,8; 8,3%). Основными причинами смерти больных были фатальный инфаркт миокарда, желудочковые аритмии и внезапная аритмическая смерть. Анализ частоты основных причин смерти показал, что использование комбинированного медикаментозно-гипокситерапевтического лечения (3-я группа наблюдения) позволяет снизить на половину по сравнению со стандартным лечением частоту фатального инфаркта, на 3,2% фатальных аритмий, на 3,0% аритмий. Разные лечебные подходы по-разному оказывают воздействие на маркеры неблагоприятного прогноза. Так, в 1-ой к ним относятся увеличение продолжительности и количества БИМ (17,1%), появление/увеличение числа желудочковых нарушений ритма (11,4%), синусовая тахикардия (14,3%).

Заключение

Комбинированная терапия с использованием гипокситерапии, триметазидина и кардиотропных лекарственных средств по сравнению с двумя другими режимами лечения (только стандартное и стандартное с ИНБГТ но без триметазидина) позволила на 14,6 и 7,8% соответственно снизить частоту экстренных госпитализаций по причине дестабилизации ИБС, на 8,6 и 5,4% соответственно по причине развития безболевого инфаркта миокарда, на 8,9% частоту осложненных гипертензивных кризов, на 1,3 и 0,7 среднее количество госпитализаций из расчета

на 1 пациента в год. Предложенное комплексное лечение с гипокситерапией и триметазином, в отличие только от стандартного и стандартного с ИНБГТ, но без триметазида, позволило снизить смертность по причине инфаркта миокарда (на 5,8 и 5,2% соответственно), по причине же-

лудочковых нарушений ритма (на 3,2 и 2,4% соответственно), по причине аритмической смерти (на 3,0 и 2,5% соответственно), что позволило уменьшить суммарную частоту смертельных исходов на 12,1 и 10,2% соответственно.

Г.А.Игнатенко¹, И.В.Мухин¹, И.А.Плахотников²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г. Донецк

ПЯТИЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ И РЕЗИСТЕНТНЫМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Осложнения и резистентность к лечению являются основными причинами низкой эффективности лечения и выживаемости больных язвенным колитом (ЯК).

Цель исследования: проанализировать 5-ти летнюю выживаемость больных осложненным и резистентным ЯК на фоне разных лечебных мероприятий.

Материалы и методы. В исследование включено 174 больных осложненным и резистентным ЯК. У больных с высоким риском малигнизации (1-я группа наблюдения) по результатам иммуногистохимической реакции mUC 5 AC и/или наличии гистологических признаков малигнизации/пролиферации в биоптате кишки, выполняли «расширенный» оперативный комплекс, предусмотренный современными рекомендациями по лечению колоректального рака. Второй группе наблюдения с низким риском малигнизации при наличии показаний выполняли обычное хирургическое пособие с последующим началом стандартного противоязвенного лечения с учетом предшествующей медикаментозной/немедикаментозной неэффективности. Методом случайной выборки больные с низким риском малигнизации были распределены в 3 однотипные группы наблюдения. Пациентам 3-ей группы проводили только комбинированное медикаментозное лечение с включением системных/топических кортикостероидов, препаратов 5-аминосаллициловой кислоты и/или иммунодепрессантов, и/или ингибитора фактора некроза опухоли альфа. Пациентам 4-ой группы проводили аналогичное медикаментозное лечение, но с внутрикшечным введением озонородной смеси ежедневно в течение 20 дней 4 раза в год. Больным 5-ой группы назначали такую же базисную медикаментозную терапию, но в сочетании с озонотерапией и гипокситерапией по аналогичной схеме.

Результаты и их обсуждение. При анализе частоты выживших больных через 5 лет наблюдения оказалось, что в 1-ой группе таковой составил 18,6%. При этом частота критерия «ухудшение» и «без перемен» была одинаковой (по 25,0%). Во 2-ой группе частота выживших составила 54,1%. При этом частота критерия «ухудшение» и «без перемен» оказалась одинаковой (по 37,5% каждый). В отличие от предыдущей групп, появилась тенденция к увеличению числа больных категории «улучшение». В 3-ей группе частота «ухудшения» и «без перемен» были сопоставимыми с группой 2, однако, в отличие от нее, статистически больше стало пациентов категории «улучшение» и «значительное улучшение». В 4-ой группе в отличие от 3-ей, частота категории «ухудшение» стала статистически значимо на половину меньшей. При этом значительно увеличилось число пациентов, отнесенных к категории «улучшение». По сравнению с предыдущей группой, имела место и тенденция увеличения числа больных категории «значительное улучшение». По сравнению с группой 3, стало значимо меньше пациентов категории «ухудшение» при одинаковой частоте категории «без перемен». Получена статистически достоверная разница по сравнению с группой 3 относительно численности больных категории «улучшение». Также имела место тенденция увеличения числа больных категории «значительное ухудшение».

Заключение. Таким образом, 5-ти летняя выживаемость больных осложненным и резистентным ЯК с признаками кишечной малигнизации была самой низкой среди всех групп (18,6%). Выживаемость больных «хирургической группы» (2-я группа) составила 54,1%, что в 4 раза больше, чем в 1-ой. Выживаемость больных «терапевтических» групп (3-5 группы) была выше и составила 68,9; 80,0 и 90,4% соответственно.

*Игнатенко Г.А., Толстой В.А., Дубовик А.В., Брыжатая Ю.О.,
Евтушенко И.С., Контовский Е.А.*

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

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ – МИНУВШИЙ БЛЕСК И НЫНЕШНЯЯ НИЩЕТА? ПЕРКУССИЯ

Перкуссия, пальпация, аускультация – физические методы, являются классическими методами исследования пациента и, по-прежнему, занимают значительное место (и время) при обследовании пациента. Нужны ли вообще физические методы исследования в современной врачебной практике? Эти вопросы рассмотрены в статье, которая посвящена основному методу исследования – перкуссии. Авторы поднимают актуальный вопрос по давно существующей проблеме, насколько широка и эффективна методика использования основных физических методов исследования, при условии современных диагностических подходов и методов, при постановке основного и сопутствующих синдромов.

Цель работы

Оценить роль перкуссии в современной практике врача. Сравнить роль перкуссии в объективном обследовании пациента в конце XIX века и перкуссию в начале XXI века. Проанализировать перкуссию всесторонне, начиная с затрат времени на перкуторное исследование и заканчивая оценкой диагностических возможностей перкуссии, оценивая ее сильные и слабые стороны.

Результаты и обсуждение

Роль перкуссии в объективном обследовании пациента в конце XIX века.

Авторы для анализа выбрали именно это время, когда не было ни одного(!) из инструментальных методов исследования грудной клетки, к которым мы сейчас привыкли и без которых не представляем современную диагностику. Появление этих методов исследования принципиально изменило баланс сил при обследовании пациентов. Диагностика в то время основывалась на сборе жалоб и анамнеза, осмотре, перкуссии, пальпации и аускультации, а также оценке выделений больного. Естественно, врачи старались «выжать» максимальную информацию о патологии именно из этих методов исследования, потому что других в то время еще не было. Именно поэтому перкуссия при исследовании легких в те времена была очень объемной: топографическая перкуссия нижнего края легких по 12 линиям (7 справа и 5 слева), высота верхушек

легких и их ширина, подвижность нижнего края легких по 3-м линиям, сравнительная перкуссия легких. И это было оправдано. Некоторые варианты патологии дыхательной системы неплохо выявлялись именно благодаря перкуссии, а не аускультации.

Перкуссия в начале XXI века.

На сегодняшний день необходимо с прискорбием констатировать, что в практической врачебной деятельности врача-терапевта перкуссия почти не используется. Лишь в редчайших случаях можно встретить врачей, которые регулярно используют перкуторное исследование. Но и они перкутируют в явно урезанном объеме. Правильно это или нет? Какова роль перкуссии в современной врачебной практике? Для того чтобы ответить на эти вопросы надо проанализировать перкуссию всесторонне. Начнем с затрат времени на перкуторное исследование очевидно, что проводить перкуссию в полном объеме просто невозможно из-за отсутствия у врача достаточного количества времени. Какие из этапов перкуссии нужно оставить, а какие можно не проводить? Для этого необходимо оценить диагностические возможности перкуссии, оценить ее сильные и слабые стороны. Можно отметить, что перкуссия в ряде случаев совершенно неинформативна, а та патология, которая может быть заподозрена с помощью перкуссии, должна быть явно выраженной. Локальное изменение перкуторного звука делает очевидной дальнейшую тактику обследования такого пациента – рентгенографию грудной клетки. Более неопределенной является ситуация «перкуторной нормы». В нее может попасть:

действительно норма;

невыраженная патология, при которой объема поражения легочной ткани и/или плевры недостаточно для перкуторного выявления патологии;

патология, которая перкуторно вообще не выявляется;

патология, которая не выявлена из-за плохой техники перкуссии.

Подводя итог, можно отметить, что перкуссия *ориентировочно* позволяет выявить ряд патоло-

гических состояний легких и плевры. Как самостоятельный метод использоваться не может (оптимальная комбинация – с аускультацией).

Заклучение

Учитывая большие затраты времени на полное перкуторное обследование пациента -, в со-

четании со сложностью выявления некоторых вариантов патологии или, тем более, невозможностью выявить некоторые варианты патологии, возникает необходимость уменьшить объем перкуссии до минимально необходимого.

Игнатъева В.В., Бойцова В.Е.

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

АНКЕТИРОВАНИЕ СТУДЕНТОВ О ИСПОЛЬЗОВАНИИ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ЛЕКЦИЙ ПО ХИМИИ

На сегодняшний день сложно представить себе высшее образование без информационных технологий. На ряду с использованием новых форм организации обучения, таких как интернет-конференции, вебинары и т.д., претерпевают обновление и такие классические формы обучения как лекции, семинарские занятия. Как правило, современная модернизация лекции заключается в использовании мультимедийной презентации при изложении материала.

Цель работы проанализировать данные опроса студентов о необходимости использования и формах представления материала на мультимедийных лекциях по химии.

Материал и методы. В качестве метода педагогического исследования проводилось групповое анкетирование студентов – метод массового сбора информации, при помощи опросника закрытого типа. В опросе участвовали студенты 146 студентов 1 курса лечебного факультета 2, анкетирование осуществлялось на последней лекции по химии в весеннем семестре 2018-2019 учебного года.

Результаты и обсуждение.

При разработке опросника придерживались основных требований: точность и лаконичность формулировки вопросов, содержательная направленности. Студентам отвечали «ДА/НЕТ» на вопросы о мультимедийной лекции по химии.

1. Должна ли лекция сопровождаться презентацией.

Необходимость использования мультимедийной презентации на лекции подтвердили 100% участников опроса. Полученный результат является вполне обоснованным, так как использование визуализации на лекции способствует реализации принципа наглядности и соответствует современному стилю мышления.

2. Должна ли лекция содержать: схемы и рисунки (только); краткий конспект (основные определения); полный конспект.

78% опрошенных студентов ответили, что

для восприятия лекционного материала им не достаточно наличия на слайдах только схем и рисунков. Наличие краткого конспекта в лекции-презентации отметили необходимым 96% студентов. 13% анкетированным ответили, что на слайдах должен быть представлен полный конспект.

Стоит отметить, что у большинства студентов в конце первого года обучения практически сформировался навык конспектирования лекционного материала и представление теоретического материала как комбинирование схем, рисунков с опорными конспектами по химии является наиболее эффективным. Тем не менее, 13% опрошенных студентов положительно ответили о необходимости полного конспекта на слайдах, на наш взгляд, это свидетельствует об отсутствии анализа лекционного материала и бездумном «переписывании» слайдов.

3. Необходимо ли сопровождать презентацию пояснением материала на доске.

Интересным, на наш взгляд, является результат о необходимости дублирования отдельных вопросов лекции на доске, то есть классический вариант представления материала. 93% анкетированных студентов ответили, что это необходимо. Вероятно, подобное пожелание студентов объясняется необходимостью более тесной связи лектора с аудиторией: установление эмоционального контакта, а не механическое демонстрация слайдов, что достаточно важно для студентов младших курсов.

Заклучение. Широкие возможности, которые открыты перед преподавателями благодаря информационным технологиям, позволяют оптимизировать и увеличить объем представляемого лекционного материала. Тем не менее, при создании эффективных мультимедийных презентаций необходимо учитывать особенности восприятия информации студентами и правильно комбинировать различные способы представления информации, а также совмещать классическую и мультимедийную формы.

Ильина А.Я., Барина А.С., Ахалова Е.А., Рыгалова А.Д., Рябова А.П., Соловьева И.В., Мищенко А.Л., Побединская О.С.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, г. Москва, Россия

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ И У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ У ЖЕНЩИН С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ И ПРИОБРЕТЕННЫМИ ФАКТОРАМИ ТРОМБОТИЧЕСКОГО РИСКА

Актуальность. Известно, по данным статистики в РФ в структуре отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, явившихся причиной смерти новорожденных детей, нарушения гемостаза составляют 16%. Известно, что 80%-90% тромбозов обусловлено генетическими аномалиями системы гемостаза.

Цель исследования. Оценка состояния здоровья новорожденных раннего неонатального периода детей с наследственной тромбофилией и детей, родившихся у женщин с наследственными и приобретенными факторами тромботического риска.

Материалы и методы. I группа-дети с наследственной тромбофилией (реализованный тромбоз) – (n=22), II группа-дети с наследственными факторами тромботического риска (с отсутствием тромботических осложнений) – (n=25), III группа – дети, родившиеся у матерей с приобретенными факторами тромботического риска (с антифосфолипидным синдромом) и при наличии в крови у детей антифосфолипидных антител (с отсутствием тромботических осложнений) (n=26)

Результаты. По нашим данным, среди полиморфизмов генов свертывающей системы крови и фоллатного цикла у детей I и II групп были определены полиморфизмы генов: PAI-I (81,8% и 80%), MTHFR (63,8% и 60%), MTRR (54,5% и 84%). При этом у детей I группы в 4.5 раза чаще отмечалась мутация Лейдена (18,2%), а у детей II группы-в 2.6 раза чаще полиморфизм гена FXIII (72%). Нами установлено, что особенностями системы гемостаза у детей I группы были: высокий потенциал свертывания крови (ПИ у 55% детей превышал 140%), низкая антитромботическая активность (АТ III у 36% детей составлял от 40 до 50%), наличие маркеров тромбинемии (РКМФ у 55% детей) и маркеров фибринообразования (Д-Димеры у 45% новорожденных). У детей II группы со-

стояние системы гемостаза характеризовалось высоким потенциалом свертывания крови в виде хронометрической (84%) и структурной гиперкоагуляции (24%), повышением коагулянтной активности тромбоцитов (60%), а также гиперфункцией (24%) и гиперагрегацией тромбоцитов (28%) и умеренным увеличением маркеров фибринообразования (ПДФФ 16% и Д-Димеров 29%). И важно подчеркнуть, что у доношенных детей III группы была отмечена сохранность гемостатического потенциала крови и тромбоцитов на фоне относительно низкого антитромботического потенциала, а у недоношенных – начальные проявления коагулопатических тенденций в виде удлинения АЧТВ, снижения ПИ и изо- и гипокоагуляции на тромбоэластограмме. И причиной коагулопатии потребления у детей III группы были несостоятельность коагулянтной активности тромбоцитов, плазменного звена системы гемостаза и естественных антитромбинов крови. При этом косвенным показателем прогрессирования коагулопатических тенденций явилось наличие умеренной тромбоцитопении ($128-146 \cdot 10^9/\text{л}$).

Заключение. Таким образом, нарушения в системе гемостаза вызванные наличием наследственных или приобретенных факторов тромботического риска, в сочетании с различными триггерными факторами поражения сосудистой стенки с развитием локальной эндотелиопатии могут привести к нарушению микроциркуляции на фоне хронического ДВС-синдрома (клинически церебральная ишемия с ангиопатией сетчатки) и, в конечном итоге, реализации тромбоза. Выделение именно этих детей в определенную группу риска и является начальным этапом алгоритма наблюдения и лечения новорожденных, направленного на профилактику развития тромбозов и геморрагий.

Исаков С.В. Исакова Т.И. Шейн С.С.

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

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ КАРИЕСА

Существующие данные об этиологии и патогенезе кариеса не дают полного и исчерпывающего ответа о причинах его возникновения. В то же время издавна замечено, что кариес в значительной степени детерминирован конституцией организма. Совершенно очевидно, что при этом следует учитывать не только генетические, но и паратипические влияния, т. к. именно во внешней среде генетические потенции реализуются в соответствующий фенотип.

Известно, что важным методом антропогенетики, позволяющим оценить влияние наследственных и средовых факторов на возникновение и развитие кариеса, является близнецовый. Близнецовая модель возмещает невозможность прямого генетического эксперимента у человека тем, что дает исследователю материал, почти безупречный по полноте и убедительности сведений в области соотношения эндогенной и экзогенной детерминации индивидуальных особенностей человека. Сходство между монозиготными близнецами-партнерами является как бы тем масштабом, которым можно определить значение наследственных различий между другими индивидами. На основе близнецовых исследований доказано, что изменчивость пораженности зубов у отдельных субъектов в значительной мере определяется наследственными факторами.

В соответствии с этим нами была предпринята попытка выявить ранее не изучавшиеся закономерности наследования кариозной болезни в качестве особой клинической формы. Был проведен анализ данных, касающийся конкордантности близнецовых пар по признаку множественного кариеса. Особенностью данного

методического подхода является отнесение к категории дискордантных случаев, существенно отличающихся по числу кариозных зубов. Понятие существенности при анализе показателей каждой пары, принималось в зависимости от возраста близнецов. В соответствии с этим методическим приемом близнецовые пары с различным уровнем КПУ, например, 15 и 13, считались конкордантными по признаку наличия кариозной болезни. Изучая внутрипарное сходство по показателю кариесрезистентности мы нашли, что парная конкордантность по ТЭР выявлена у 12 пар из 19 монозиготных близнецов и превышает парную конкордантность по этому показателю у дизиготных в 3 раза. Пробандовая конкордантность, как показатель средней пенетрантности, определялась в группе монозиготных близнецов по индексу ТЭР. Ее показатель $K_{пр}=0.6$ и превышает пробандовую конкордантность у дизиготных близнецов в 2 раза. В проанализированных нами работах о роли наследственных и средовых факторов в развитии кариеса зубов установлено, что во всех исследуемых периодах онтогенеза интенсивность кариеса у представителей обоего пола соответствовала высоко наследуемых признаков и составляла 0,7 (коэффициент Хольцингера). В то же время в клинической стоматологии, в лечебной и даже в профилактическом разделе этот важнейший факт не находит применения.

Таким образом, по результатам анализа нашего материала, где пробандовая конкордантность по указанной патологии выше 0,7, следует прийти к заключению, что кариозная болезнь генетически контролируется и даже в большей степени, чем кариес зубов вообще, и передается по наследству.

Калиновский Д.К., Герасименко А.Ю., Логунов П.В., Перетятко Н.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря МЗ ДНР, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Цель: изучить особенности течения и хирургического лечения базалиом челюстно-лицевой области.

Материалы и методы: 46 историй болезни пациентов с базалиомами челюстно-лицевой об-

ласти, находившихся на лечении в клинике стоматологии ЦГКБ №1 г.Донецка и РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря МЗ ДНР за период 2014-2019 гг.

Результаты и обсуждение: В структуре злокачественных опухолей кожи лица ведущее место

занимают базалиомы (базальноклеточный рак кожи), составляя до 70% всех эпителиальных немеланомных новообразований. Данный вид опухоли может развиваться как на клинически неизмененной коже, а также на фоне разнообразной кожной патологии (старческий кератоз, радиодерматит, невусы, псориаз и др.). Гистологически выделяют следующие формы: солидную, пигментную, кистозную, аденоидную и поверхностную. Клинически: нодулярную, язвенную, поверхностную, плоскую, инфильтративную, пигментную, метатипическую.

По результатам наших исследований, чаще других встречались нодулярная, язвенная и поверхностная формы. Чаще всего базалиомы локализовались в области носа (28%), подглазничной (26%), щечной (10%), височной областях (13%). Размеры опухоли до 1,0 см наблюдались у 46% пациентов, от 1 до 2 см – 28%, 2-4 см – 23%, более 4 см – 5%. На догоспитальном этапе для верификации диагноза проводились: цитологическое исследование (20%), дерматоскопия (2%), инцизионная биопсия (2%), эксцизионная биопсия (2%), УЗИ+ТАБ (4%). Также установлено, что 32% пациентов не обращались за медицинской помощью в течение длительного периода времени и занимались самолечением, что негативно сказалось на течении процесса и требовало расширения объема хирургического вмешательства. Основными методами лечения базалиом являются: хирургическое лечение, электрокоагуляция, фотодинамическая терапия и лучевая терапия. Реже применяются криодеструкция, лазерная терапия, мази с 5-фторурацилом.

Всем 46 пациентам было проведено хирургическое лечение с различными вариантами пла-

стики образовавшегося после иссечения опухоли дефекта мягких тканей, а именно: местными тканями путем мобилизации и ушивания «на себя» – 61%, скользящим лоскутом – 7%, лоскутом на питающей (сосудистой) ножке – 15%, свободным кожным лоскутом – 13%. Во всех случаях диагноз был верифицирован гистологически. Использование различных вариантов местно-пластических операций и свободной пересадки кожи позволяло иссекать опухоль не только в пределах видимо здоровых тканей, но и при необходимости (рецидивы после проведения электрокоагуляции и лучевой терапии, инфильтративная форма базалиомы, запущенное течение) увеличивать объем иссекаемых тканей с одномоментным закрытием дефекта, что позволяло достичь хороших анатомических, функциональных и косметических результатов.

Средние сроки стационарного лечения составили $17 \pm 1,1$ суток. Все больные выписаны с улучшением и по результатам динамического наблюдения в сроки до 36 месяцев выздоровление констатировано у 45 (97,5%) пациентов. В 1 случае наблюдалась пролонгация заболевания, обусловленная агрессивным течением инфильтративной формы.

Выводы: Несмотря на внедрение различных современных и малоинвазивных методов лечения, наиболее прогнозируемым остается хирургический. Использование различных вариантов местно-пластических операций и свободной пересадки кожи при закрытии образовавшегося после иссечения опухоли дефекта позволяет достичь хороших анатомических, функциональных и косметических результатов.

Калоева С.К., Слепушкин В.Д., Малиев Б.М.

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Владикавказ, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМУ ПОСОБИЮ У ОПИАТЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ

У опиатзависимых пациентов в первую очередь страдает функция печени, что осложняет течение анестезиологического пособия. В связи с этим требуется медикаментозная коррекция функции печени в дооперационном периоде. К эффективным препаратам с гепатопротекторной и антиоксидантной активностью относятся медикаменты, содержащие янтарную кислоту (Ремамберин, Ремаксол, Цитофлавин).

Цель исследования: оценить влияние Ремаксол-сола на функциональную активность печени при

подготовке к анестезиологическому пособию опиатзависимых пациентов.

Материал и методы. Проведено проспективное когортное открытое исследование 57 пациентов мужского пола, у которых проводились операции на бронхолегочной системе. Возраст пациентов – 19-39 лет ($22,4 \pm 2,1$ года). Все пациенты более года употребляли героин и его аналоги. Вид обезболивания: ингаляционная анестезия Десфлураном с фентанилом, миорелаксация – рокуроний. Мониторирование:

АД, ЧСС, SpO₂, TOF, БИС. За 5-6 суток до планируемой операции ежедневно внутривенно назначалась инфузия Ремаксолола в объеме 400 мл. Функциональную активность печени оценивали по уровню билирубина, трансаминаз, ЛДГ в образцах крови, которые забирались до назначения Ремаксолола, перед началом анестезиологического пособия и спустя 18-20 ч после операции. Рассчитывалось количество фентанила (мкг/кг/ч), рокурония (мкг/кг/ч), необходимое для адекватного анестезиологического пособия. Пациенты методом случайной выборки разделены на 2 группы: 1-я группа – контрольная (28 человек), 2-я группа получала инфузию Ремаксолола (29 человек).

Результаты и обсуждение. У пациентов обеих групп за 5-6 суток до операции регистрировались высокие цифры общего билирубина – 121,60±10,10 мкмоль/л; АЛТ – 112,89±6,65 МЕ/л; АСТ – 125,73±5,89 МЕ/л; ЛДГ – 765,56±56,43 МЕ/л. В 1-й группе пациентов перед операцией эти показатели оставались на тех же цифрах. Во 2-й группе показатели снижались: общий билирубин – 61,67±5,11 мкмоль/л; АЛТ – 54,13±4,11 МЕ/л; АСТ – 51,11±4,59 МЕ/л; ЛДГ – 321,69±35,50 МЕ/л (P<0,05 для всех сравнива-

емых величин). Показатели в послеоперационном периоде в 1-й группе возрастали на 7-8%, во 2-й группе – на 3-4 группы. В 1-й группе расход фентанила составлял 11,30±1,10 мкг/кг/ч, во 2-й группе – 6,20±0,70 мкг/кг/ч (P<0,05), рокурония соответственно – 0,60±0,07 мкг/кг/ч и 0,26±0,04 мкг/кг/ч (P<0,05).

Уменьшение расхода опиоидов может быть связано с антигипоксической активностью Ремаксолола, что ведет к разблокированию мюопиатных рецепторов и повышением их чувствительности к опиоидным анальгетикам. Снижение потребности в недеполяризующем миорелаксанте может быть следствием частичной нормализации антихолинэстеразной активности печени.

Выводы. 1. Назначение препаратов янтарной кислоты опиоидзависимым пациентам в дооперационном периоде улучшает показатели функциональной активности печени; 2. В группе опиоидзависимых пациентов, получавших в дооперационном периоде препараты янтарной кислоты, во время проведения анестезиологического пособия снижается потребность в опиоидах недеполяризующих миорелаксантах.

Кальянов М.В.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА

На сегодняшний день существует необходимость в исследовании методов лечения и диагностики переломов позвоночника на фоне остеопороза для обеспечения своевременности и качества оказания медицинской помощи.

Цель работы

Обеспечить улучшение результатов хирургического лечения больных с патологическими переломами грудных и поясничных позвонков на фоне остеопороза.

Материал и методы

Основы лечения больных с патологическими переломами позвоночника на фоне остеопороза.

Результаты и обсуждение

Большинство пациентов – люди пожилого возраста с большим количеством заболеваний, поэтому своевременно определить остеопороз и предупредить появление перелома – не всегда легкая задача.

Большинство пациентов сначала обращаются к неврологу с подозрением на остеохондроз

позвоночника, но не все больные проходят специальное обследование, которое позволяет выявить остеопороз. Большая часть специальных лечебных учреждений не оснащены должным образом специальным оборудованием для определения остеопороза и в следствие чего диагноз выставляется только при возникновении перелома при анализе рентгенограмм.

Заключение

При возникновении перелома позвоночника на фоне остеопороза нужно четко определить показания к оперативному вмешательству и выбрать необходимый объем вмешательства. Проблема слабости костной ткани не уделяли должного внимания, поэтому часто возникали осложнения после операций.

Очень важным является именно разработка и применение этих методов лечения, которые бы обеспечили должное влияние при минимальном риске осложнений.

Капранова Г.В.

ГБОУ ЛНР «Алчевский городской методический кабинет», г. Алчевск

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ В ПРОМЫШЛЕННЫХ РЕГИОНАХ

Введение. В последние десятилетия в промышленных городах Донбасса происходит ухудшение состояния здоровья детей и подростков. Различные техногенные факторы среды жизнедеятельности оказывают существенное негативное влияние на состояние здоровья детского населения. Кроме того, большинство учащихся не руководствуется в своем поведении основными положениями здорового образа жизни (ЗОЖ). В индустриальных регионах это приводит к сочетанному воздействию на организм негативных социальных и техногенных факторов среды жизнедеятельности. Поэтому в указанных регионах существенно возрастает роль учителей, воспитателей, психологов и родителей в формировании у школьников мотиваций по соблюдению ЗОЖ.

В то же время, в сложившихся современных условиях традиционного подхода к образованию и воспитанию учащихся возникают проблемы в практической реализации мероприятий по формированию у детей и подростков ЗОЖ, воспитанию у них навыков управления своим здоровьем, безопасного поведения в обществе. Это обуславливает необходимость организации обучения здоровью по специально разработанным комплексным программам с использованием передовых инновационных технологий.

Цель работы – разработка и оценка эффективности программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья школьников, проживающих и обучающихся в промышленных регионах.

Методы исследования. Исследования проведены в большом промышленном городе Алчевске. В 16 общеобразовательных учреждениях и двух внешкольных учреждениях изучена эффективность практического использования разработанных нами оздоровительных программ, предусматривающих комплексный подход к формированию культуры здоровья у школьников. Результаты проведенной работы использованы для выбора наиболее эффективных форм педагогической деятельности.

Основные результаты. Установлено, что уровень загрязнения окружающей среды негативно влияет на принятие решения старшеклассниками о необходимости соблюдения здорового об-

раза жизни, в сознании школьников в определенной степени снижается значимость здоровья как высшей человеческой ценности.

Доказано, что с целью достижения максимального эффекта в процессе формирования ЗОЖ у школьников внедрение инновационных педагогических технологий должно осуществляться по следующим основным направлениям: 1) разработка специальных (с учетом конкретных условий) учебных курсов, программ, направленных на формирование культуры здоровья школьников; 2) усиление защитных адаптационных механизмов сохранения, восстановления и укрепления здоровья в процессе учебной деятельности учащихся путем усовершенствования технологии ведения урока; 3) формирование позитивного отношения учителей к собственному здоровью как эффективного средства в работе с учащимися; 4) привлечение родителей к решению проблемы формирования культуры здоровья учащихся в семье и школе; 5) применение инновационных подходов в системе управления школой нового типа – «Школы содействия здоровью».

Установлено, что способствует формированию культуры здоровья учащихся привлечение школьников к исследовательской деятельности по проблемам ЗОЖ и экологии, а также использование в практике школ результатов научных исследований.

Нами созданы и внедряются для учащихся следующие программы по обучению здоровью: «Азбука здоровья» (1-4 классы), «Школа здоровья» у (5-6 классы), «Будь здоровым и успешным» (7-9 классы), «Культура здоровья» для старшеклассников и учащихся, посещающих научные секции Малой академии наук (МАН), а также универсальная изданная типографским способом программа «Как быть здоровым и успешным школьником».

Выводы. Разработанные и внедренные в практическую деятельность программы по формированию ЗОЖ у школьников предложено использовать для формирования культуры здоровья обучающихся повсеместно, а не только в промышленных регионах.

Капранов С.В.¹, Калюжный В.В.²

¹ГС «Алчевская городская СЭС» МЗ ЛНР, г. Алчевск

²ГОУ ВПО ЛНР «Донбасский государственный технический университет»

К ВОПРОСУ СОЗДАНИЯ В НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ ОПТИМАЛЬНЫХ СИСТЕМ СБОРА, ПЕРЕРАБОТКИ И УТИЛИЗАЦИИ БЫТОВЫХ ПОЛИМЕРНЫХ ОТХОДОВ

Введение. В современную эпоху большинство товаров народного потребления и продуктов питания продаются в полимерной упаковке. Полимеры также широко используются для изготовления бытовой и медицинской посуды одноразового и многоразового применения, детских игрушек, корпусов различных бытовых приборов и многих других изделий. Обеспечив высокий уровень эстетики, практичности и гигиеничности, полимеры в случае их бесконтрольного использования являются своеобразной «миной замедленного действия». Полимерные отходы, крайне длительно разлагаясь в естественных природных условиях, все в больших масштабах загрязняют окружающую среду, включая места обитания человека.

Нерациональное обращение с бытовыми полимерными отходами (БПО) также наносит экономический ущерб обществу в связи с необходимостью потребителей при покупке товаров оплачивать упаковку из полимеров, расходы на хранение, удаление БПО и т. д.

Во многих странах дальнего зарубежья БПО используются в качестве вторичного полимерного сырья для различных промышленных технологий. К сожалению, в Луганской Народной Республике (ЛНР) и Донецкой Народной Республике (ДНР) сохранилась существовавшая ранее в Украине неудовлетворительная ситуация по обращению с БПО.

Цель работы – разработка комплекса мероприятий по созданию в населенных пунктах оптимальных систем сбора, переработки и утилизации бытовых полимерных отходов.

Методы исследования. В большом промышленном городе Алчевске за многолетний период изучен опыт обращения с БПО. При проведении данной работы также использованы сведения о современных технологиях сбора, временного хранения, транспортировки и переработки БПО, применяемых в различных государствах мирового сообщества.

Основные результаты. В г. Алчевске на городском полигоне твердых бытовых отходов (ТБО) осуществлялась выборка из ТБО полимерных отходов. Однако это обеспечивало изъятие из бытового мусора незначительной части БПО, а кроме того, указанное сырье было загрязнено, что снижало его экономическую ценность.

В 2004 году в качестве эксперимента в городе был организован сбор у населения в почтовых отделениях за определенную оплату следующих чисто вымытых использованных БПО: бутылок, банок, флаконов, коробок, а также упаковочной пленки и пакетов. Указанные отходы были практически готовы для вторичной переработки. Также, в г. Алчевске на территории завода «Сигнал» в течение нескольких лет функционировало предприятие по переработке полимерных отходов с производством товаров народного потребления – тазов, ведер и т. д. При этом часть изделий производилась из отходов (одноразовые шприцы, системы) лечебных учреждений.

На основании анализа опыта обращения с полимерными отходами в различных странах и в г. Алчевске нами предложена многоуровневая система сбора и переработки БПО.

Уровень Ia: создание обширной сети первичных пунктов приема от населения, учреждений, предприятий и организаций БПО за определенную плату. Такие пункты можно создавать при жилищно-коммунальных участках, конторах, домоуправлениях, почтовых отделениях, коллективных гаражных товариществах, автостоянках, на рынках и в других общественных местах с соблюдением санитарно-гигиенических требований.

Уровень Ib: организация современных эффективных способов извлечения БПО из ТБО на мусоросортировочных заводах (станциях), усовершенствованных полигонах ТБО.

Уровень II: создание пунктов предварительной переработки (измельчения, прессования) БПО перед их отправкой на дальнейшую переработку и утилизацию.

Уровень III: организация больших и малых предприятий по переработке и утилизации БПО с получением промежуточных или конечных продуктов их переработки (товаров).

Завершающим звеном указанной системы является реализация указанных товаров различным потребителям с целью возмещения всех финансовых расходов по сбору, транспортировке, временному хранению и переработке БПО, а также для получения прибыли.

Выводы. Повсеместное внедрение многоуровневой системы обращения с БПО позволит обеспечить решение комплекса экологических, гигиенических и экономических проблем.

Капранов С.В.¹, Капранова Т.С.²

¹ГС «Алчевская городская СЭС» МЗ ЛНР, г. Алчевск

²Больница Рана, Калька, Панчкула, Индия

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ДЕТСКИХ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Введение. Здоровье населения, особенно детей и подростков, в мировом сообществе является важным показателем, характеризующим уровень всестороннего развития общества, социального и духовного благополучия жителей. Одной из основных проблем, отрицательно отражающихся на популяционном здоровье, является эндокринная патология, которая рассматривается как значимая причина летального исхода. В последние годы отмечается тенденция увеличения заболеваемости эндокринными болезнями и смертности от них.

Для успешной деятельности по предупреждению эндокринной патологии среди населения, особенно детей и подростков, необходимо углубленное изучение и установление всех основных причин возникновения эндокринных заболеваний. Знание этиологических факторов формирования заболеваний эндокринной системы является основой для разработки комплексного подхода в профилактике эндокринной патологии.

Цель работы – разработка комплекса мероприятий, направленных на профилактику эндокринной патологии у детей и подростков в организованных коллективах.

Методы исследования. Исследования в течение многолетнего периода выполнены в Луганской области – одном из наиболее урбанизированных, индустриальных и неблагоприятных в экологическом отношении регионов и особенно в городе Алчевске с крупными производствами черной металлургии и коксохимии. В работе использованы результаты лабораторных исследований атмосферного воздуха, питьевой воды, почвы, данные анкетирования школьников и студентов для установления социальных факторов среды жизнедеятельности (включая образ жизни), влияющих на организм. Для оценки состояния здоровья детей и подростков использованы результаты антропометрических измерений, специальных исследований (размеров и функции щитовидной железы, показателей иммунитета), сведений о заболеваемости и распространенности болезней, инвалидизации и смертности. Полученные данные обработаны общепринятыми методами.

Основные результаты. Установлено, что заболеваемость и распространенность заболеваний эндокринной системы у подростков 15-17 лет возрастает в результате увеличения уровня загрязнения атмосферы взвешенными веществами, оксидом углерода, фенолом и смесью 7 основных компонентов промышленных выбросов металлургического и коксохимического производств. Сахарный диабет, ожирение и патология щитовидной железы достоверно чаще регистрируются у детей и подростков, проживающих в непосредственной близости от предприятий черной металлургии и коксохимии, по сравнению с условно чистой зоной. Заболеваемость детей 0-14 лет болезнями эндокринной системы выше в промышленных городах с высокой техногенной нагрузкой – $11,00 \pm 0,36$, по сравнению с сельскими населенными пунктами – $9,93 \pm 0,35$ ($p < 0,05$); распространенность заболеваний инсулино-зависимым сахарным диабетом также выше в промышленных городах – $1,79 \pm 0,13$, чем в сельских поселениях – $1,36 \pm 0,07$ ($p < 0,01$).

Наиболее высокая распространенность болезней эндокринной системы обнаружена у школьников, которые не питались в учебном заведении, по сравнению с питавшимися обедом с включением первого блюда.

Выводы. На основании анализа результатов проведенных исследований и установления факторов риска возникновения эндокринных заболеваний разработан комплекс мероприятий, направленных на профилактику эндокринной патологии среди населения и особенно в детских организованных коллективах. Указанные меры включают первичную, вторичную и третичную профилактику эндокринных заболеваний. Важным компонентом профилактических мер является формирование у детей, подростков и взрослых здорового образа жизни (ЗОЖ), включающего двигательную активность, рациональное питание, предотвращение стрессов и другое. Комплексный подход предусматривает на различных этапах участие воспитателей и педагогов, родителей, медицинских работников высшего и среднего звена, психологов, представителей СМИ.

Кардаш А.М., Ващенко А.В., Зятцева А.П.

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

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ИМПУЛЬСОВ ПРИ МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Сегодня хронический стресс является спутником современной цивилизации, однако, воздействие данного фактора резко усилилось в связи с развитием военного конфликта, неблагоприятной социально-экономической и экологической ситуации. Нарушения, обусловленные воздействием стресса, носят системный характер и проявляются на различных уровнях регуляции: центральном, нейрогуморальном, психофизиологическом и клеточном. В регуляции гомеостаза установлена ведущая роль мезодиэнцефальных структур головного мозга. Всё вышесказанное обуславливает необходимость осуществления целенаправленной коррекции деятельности мезодиэнцефальных образований.

Цель. Определить наиболее оптимальное расположение электродов при мезодиэнцефальной модуляции (МДМ), определить наиболее оптимальную силу и длительность воздействия электрических импульсов.

Материалы и методы. Исследование основных показателей гомеостаза у пациентов нейрохирургического профиля (нейрохирургическое отделение № 1 ДоКТМО) до и после проведения МДМ. Анализ литературных источников.

Результаты и обсуждение. Принцип действия аппарата для МДМ основан на получении лечебного эффекта от воздействия импульсов электрического тока определенной формы на мезодиэнцефальные структуры головного мозга пациента, импульсы электрического тока подаются от блока формирования и контроля процедур с помощью электродов из токопроводящей резины. В результате МДМ нормализуется работа нейроэндокринных центров и улучшается работа адаптационной (в том числе – и иммунной) системы организма, данная терапия приводит к избирательной активизации центральных регуляторных систем.

В результате длительных исследований было установлено, что целенаправленное воздействие слабого электрического тока на головной мозг

частотой 60-90 Гц, с максимальной частотой 77 Гц оказывает преимущественное влияние на мезодиэнцефальные структуры, возникает модуляция функций данных структур. Однако воздействие электроимпульсов узкого диапазона 60-90 Гц не всегда является эффективным, так как у различных пациентов наблюдается полиморфизм частот, избирательно активирующих антиноцицептивную систему головного мозга. Из этого следует, что эффективность лечения повышается в случае применения электрического сигнала с периодически изменяемой частотой.

Сегодня существует несколько вариаций расположения электродов, в случае применения лобно-сосцевидного расположения электрический ток с большей вероятностью будет проходить через мягкие ткани покрова черепа, снижается влияние электрического тока на головной мозг, в результате для достижения желаемого эффекта силу тока увеличивают до 25 мА важно, что больные плохо переносят воздействие тока такой силы. Максимальное прохождение электрического тока через мезодиэнцефальные структуры головного мозга достигается при центрально-сагиттальном лобно-затылочном расположении электродов и отрицательном (активном) электроде на затылке.

Заключение. Таким образом, для МДМ целесообразно использовать центрально-сагиттально-лобно-затылочное расположение электродов с электроимпульсными сигналами переменной частоты. МДМ базируется на стимуляции соименных структур специально подобранным электрическим сигналом, в результате воздействия нейросекреторные клетки переходят в более возбужденное состояние, в них усиливаются метаболические процессы. Вследствие стимуляции мезодиэнцефальных структур в циркулирующей крови существенно повышается концентрация опиоидных пептидов, что свидетельствует об активации антиноцицептивной системы головного мозга.

Кардаш А.М., Ващенко А.В., Зятцева А.П.

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

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ВОЕННЫМ КОНФЛИКТОМ

Опираясь на результаты многолетних клинических наблюдений, можно утверждать, что в условиях военного конфликта возрастает количество случаев черепно-мозговой травмы (ЧМТ), также возрастает частота осложнений в раннем и позднем восстановительном периоде пациентов с ЧМТ, затруднены регенеративные процессы и коррекция болевого синдрома, более ярко выражена воспалительная реакция. Все вышеуказанные осложнения способствуют снижению профессионального долголетия и уменьшению продолжительности жизни. Допустимо предположить, что данные особенности течения патологического процесса являются результатом воздействия на организм хронического стресса, обусловленного военным конфликтом.

Цель. Оценить изменения биоэлектрической активности головного мозга у пациентов, подверженных влиянию хронического стресса. Оценить изменения биоэлектрической активности головного мозга до и после проведения мезодиэнцефальной модуляции (МДМ). Определить наиболее оптимальное расположение электродов при МДМ с учётом анализа данных электроэнцефалографии (ЭЭГ).

Материалы и методы. Анализ данных ЭЭГ в период 2017-2019 г. у пациентов нейрохирургического профиля (нейрохирургическое отделение № 1 ДоКТМО). Анализ литературных источников.

Результаты и обсуждение. На сегодняшний день установлено, что состояние организма человека в экстремальных условиях зависит от качества адаптационного ответа, т.е. – от того, насколько адекватно включится комплекс защитных функций самого организма. Управление адаптационным ответом осуществляется нейро-

эндокринной системой, расположенной в мезодиэнцефальных структурах головного мозга.

МДМ является эффективным методом целенаправленной коррекции адаптационной системы на уровне управляющих центров головного мозга. МДМ способна избирательно воздействовать на центры гуморальной регуляции и вегетативной нервной системы, за счет чего возникает нормализация деятельности нейроэндокринно-иммунного комплекса.

В условиях стресса выявляются значительные изменения в диэнцефальных образованиях головного мозга, нарушается интегративная асимметрическая деятельность корковых и подкорковых образований, как по вертикали (кортико-подкорковые-висцеральные взаимоотношения), так и по горизонтали (лево-правые взаимоотношения).

Заключение. В результате воздействия стресса нарушается адаптационно-приспособительная деятельность организма, возникает дисбаланс между энергетическими и метаболическими процессами, отмечается повышение спектра мощности волн тета- и дельта-диапазона, амплитудный градиент альфа-ритма смещается в лобном и лобно-каудальном направлении, спектр мощности альфа-ритма снижается, отмечается латерализация патологического очага интеграции нервного импульса. Обычно МДМ проводится строго по сагиттальной линии с лобно-затылочным расположением электродов. Допустимо предположить, что в случае смещения электродов от сагиттальной линии на 2-5 см к патологическому очагу возможно получение более выраженного лечебного эффекта, что объясняется целенаправленным воздействием на патологический очаг.

Карпенко А.В.

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

ПРИЧИНЫ АЦЕТОНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕВОГО ВОЗРАСТА

Цель исследования – изучить причины развития течения ацетонемического синдрома при

острых кишечных инфекциях у детей раннего возраста.

Материалы и методы

Проведено наблюдение за 26 детьми в возрасте от 2 до 7 лет, которые находились на стационарном лечении во 2-м инфекционном отделении КУ ЦГКБ№1 г.Донецка с диагнозом АС при ОКИ. Из лабораторных методов использовали: общеклинические методы исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови), исследовали показатели кислотно-основного состояния крови (КОС), ионограмма.

Результаты

У всех больных заболевание начиналось остро с появления симптомов гастроэнтерита. Жидкий стул с первого дня заболевания носил энтеритный характер, с частотой от 10 до 25 раз за сутки, сопровождался метеоризмом. Рвота наблюдалась у всех больных. Повторная рвота до 5 раз выявлена у 12 (46,1%) больных, многократная рвота – у 14 (53,9%). У всех пациентов были выявлены симптомы эндогенной интоксикации: вялость, температурная реакция. Повышение температуры выше 38,0° С зарегистрировано в 25 (96,1%) случаях, из них гипертермия свыше 39° С – в 19 (73,0%), субфебрильная температура – в 1 (3,8%). Анорексия отмечалась у 23 (88,5%) больных, адинамия – у 21 (80,7%). В 8 (30,8%) случаях у больных вялость сменялась двигательным возбуждением, у 2 (7,7%) пациентов были зафиксированы симптомы нейротоксикоза: положительные менингеальные симптомы, кратковременное нарушение сознания и судорожный синдром.

При поступлении у всех больных выявлены симптомы нарушения микроциркуляции: бледность кожных покровов – в 100% случаев, цианоз носогубного треугольника – в 23 (88,4%), акроцианоз – в 4 (15,4%) и мраморный рисунок кожи – в 15 (57,7%). Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (тахикардия и приглушенность тонов сердца) сохранялись у больных до 4,50±0,37 суток. У всех пациентов наблюдались симптомы эксикоза I-III степени: жажда, сухость слизистых и кожного покрова, снижение тургора тканей и диуреза.

У 17 (65,4%) больных выявлен АС, клиническими проявлениями которого служили повторная рвота, отказ от еды, вялость, сонливость, появление запаха ацетона изо рта. АС был подтвержден лабораторными данными: кетонурией (более 10 ммоль/л) (p<0,05), изменением показателей КОС в виде декомпенсированного метаболического ацидоза (снижение pH до 7,24±0,01 и BE до -15,72±1,77 ммоль/л) (p<0,05).

Частота выявления АС находилась в прямой зависимости от возраста пациентов. У пациентов в возрасте до 1 года АС был диагностирован в 19,2% случаев, в возрасте 1-3 года – в 84,6% и в возрасте 3-7 лет – в 88,5%.

Всем пациентам при поступлении и на 5-6 день лечения проводилось исследование лабораторных показателей эндогенной интоксикации и ежедневное определение кетоновых тел в моче и показателей КОС.

К 5-6 дню стационарного лечения установлено снижение уровня МСМ крови у всех больных, но у детей 1-й группы показатель МСМ крови не достигал контрольного значения (p<0,05). Показатели ЛИИ, ЦИК, С-реактивного белка снижались до нормы у всех обследованных больных к 5-6 дню стационарного лечения (p>0,05) (табл.5).

У 37 больных ОКИ с АС продолжительность АС не зависела от возраста и составила у больных в возрасте до 1 года – 3,30±0,20 суток, в возрасте 1-3 года – 3,40±0,30 суток, в возрасте 3-7 лет – 3,34±0,23 суток (p>0,05).

Вывод

1. У детей больных с ОКИ развивается синдром эндогенной интоксикации. Тяжесть синдрома эндогенной интоксикации определяется клиническими и лабораторными показателями, развитием метаболических нарушений в виде ацетонемического синдрома.

Предрасполагающими факторами развития ацетонемического синдрома являются нервно-артритический диатез, пищевая и медикаментозная аллергия; эмоциональная лабильность, гипервозбудимость, вегетососудистая дистония, неврозы, мигрень; отягощённый

семейный анамнез (аналогичные приступы у родственников) [1]. 1. Ацетонемичный синдром встречается у 27% детей с нервно-артритической аномалией конституции. Провоцирующими факторами ацетонемической рвоты стали пищевые погрешности в 55 (42,3%), нервно-эмоциональные перегрузки в 14 (10,8%), острые респираторно-вирусные инфекции у 33 (25,4%).

2. Изучение семейно-генеалогического анамнеза подтвердило наследственный характер нарушений пуринового обмена. Мочекаменная болезнь, пиелонефрит, уратурия встречались в семьях детей с ацетонемическим синдромом в 2,5-3,5 раза чаще.

Карпенко А.В. Лепихова Л.П. Киселева А.Ю.

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

АЦЕТОНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Цель исследования – выявить причины развития ацетонемического синдрома у детей при острых кишечных инфекциях.

Материалы и методы. Нами проанализированы 36 историй болезни детей в возрасте от 1 года до 7 лет с диагнозом ацетонемический синдром при острых кишечных инфекциях. Дети находились на стационарном лечении во 2-м инфекционном отделении ЦГКБ№1 г. Донецка за период январь-ноябрь 2018г. Всем больным проводилось комплексное обследование, которое включало: общий анализ крови, мочи, биохимические пробы, бактериологическое и серологическое исследование (ROTA-TEST) испражнений на патогенную и условно-патогенную флору.

Результаты. У всех больных заболевание начиналось остро с симптомов гастроэнтерита. Стул с первого дня заболевания носил энтеритный характер, с частотой от 10 до 25 раз за сутки. Рвота наблюдалась у всех больных: до 3 раз – у 12 (33,3%), многократная рвота – у 14 (38,9%). Симптомы интоксикации: вялость – у 32 (80%) детей, повышение температуры до 38,0° С – у 24 (66,7%), гипертермия 39° С и выше – у 12 (33,3%), анорексия – у 23 (63,9%), адинамия – у 21 (58,3%). По этиологической структуре преобладали ротавирусы (16,7%), кишечная палочка (7,8%), другая УПФ (3,1%)

У 17 (47,2%) больных выявлен ацетонемический синдром, клиническими проявлениями которого служили повторная рвота, отказ от еды, вялость, сонливость, появление запаха ацетона изо рта, подтвержден лабораторными данными: кетонурией (более 10 ммоль/л) ($p < 0,05$), изменением показателей КОС в виде декомпенсированного метаболического ацидоза (снижение pH до $7,24 \pm 0,01$ ммоль/л) ($p < 0,05$).

Частота выявления ацетонемического синдрома находилась в прямой зависимости от возраста детей: 1-3 года – 15,5%, 3-7 лет – 84,5%.

Продолжительность ацетонемического синдрома не зависела от возраста, о чем свидетельствовали средние данные: от 1-3 года – $3,40 \pm 0,30$ суток, 3-7 лет – $3,34 \pm 0,23$ суток ($p > 0,05$).

Вывод:

1. Причиной развития ацетонемического синдрома у детей при острых кишечных инфекциях явились: нервно-артритическая аномалия конституции (23,8%), провоцирующие пищевые факторы (64,4%), нервно-эмоциональные перегрузки (11,8%) а также наследственный анамнез (уратурия, мочекаменная болезнь, пиелонефрит, сахарный диабет, мигрень у родственников).

2. Текущая ротавирусная инфекция наиболее часто приводила к ацетонемии у детей в возрасте от 3-х до 7 лет.

Касумова Я.А., Добагова М.Р.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Студенты высших образовательных учреждений относятся к группе повышенного риска в отношении здоровья. Говоря о медицинском университете, и учитывая длительность обучения и тем самым продолжительность воздействия на здоровье неблагоприятных стрессорных факторов, уровень риска, конечно же повышается.

В настоящее время актуальность данной проблемы возросла, что связывают с ухудшением состояния здоровья студентов в последние годы. Такую тенденцию к росту связывают с низким экономическим уровнем жизни большинства

студентов, условиями прохождения учебной деятельности, низкой активностью по отношению к собственному здоровью.

Ключевые слова: здоровье, медицинский университет, стрессовые факторы, здоровьесберегающие технологии.

Здоровьесберегающие технологии включают в себя систему ценностей и установок, формирующие потребность в повышении двигательной активности, предотвращение нарушений функций организма (опорно-двигательного аппарата, кровообращения, дыхания, пищеварения), сни-

жении силы сокращения мышц и приобретении гигиенических качеств. Особая роль отводится физкультурно-оздоровительной деятельности, соблюдению режима дня, качеству питания, чередованию труда и отдыха, что содействует предупреждению возникновения вредных привычек и различных патологических состояний.

Основными направлениями здоровьесберегающей деятельности вузов являются:

- рациональная организация учебного процесса в соответствии с санитарными нормами и гигиеническими требованиями;
- организация двигательной активности студенческой молодежи;
- организация рационального питания студенческой молодежи;
- система работы по формированию ценности здоровья

Для того, чтобы определить уровень реализации здоровьесберегающих технологий в системе российского высшего образования, было проведено исследование на базе Ростовского государственного медицинского университета (РостГМУ). В процессе исследования были выделены используемые в данном вузе здоровьесберегающие технологии, а затем было опрошено 30 студентов пятого курса, проживающих в общежитии, чтобы узнать, насколько используемые технологии кажутся студентам эффективными. Респондентам задавались одинаковые вопросы, при отсутствии ответов разяснялись некоторые понятия.

В РостГМУ применяются следующие основные здоровьесберегающие технологии:

медико-гигиенические технологии. Эти технологии находят отражение в наличии медицинского кабинета, который регулярно обеспечивает вакцинацию студентов, а также оказывает им медицинскую помощь;

психолого-педагогические технологии, выражающиеся в обеспечении психологического комфорта обучающихся при проведении занятий;

организационно-педагогические технологии. К данным технологиям можно отнести наличие в учебной программе всех специальностей лекционный курс дисциплины физическая культура;

физкультурно-оздоровительные технологии. К этому виду технологий относится вариативность занятий по прикладной физической культуре, что более широко развивает физические качества обучающихся, а также наличие в вузе нескольких спортивных секций по разным направлениям;

учебно-воспитательные технологии. Данные технологии находят своё применение в акциях,

проводимых студенческими организациями.

После определения технологий, которые используются в вузе, был проведён опрос обучающихся.

Первый вопрос, призванный помочь в определении культуры обучающихся, состоял в том, знают ли студенты, что такое «здоровьесберегающие технологии». На этот вопрос 18 из 30 студентов (70%) ответили отрицательно, и только 12 (30%) – положительно.

Обучающимся, которые отрицательно ответили на вопрос, было объяснено определение данных технологий для успешного продолжения опроса.

Второй вопрос, заданный респондентам, позволил определить, насколько обучающиеся замечают применение здоровьесберегающих технологий в РостГМУ. Каждому респонденту было предложено назвать конкретные технологии, которые, по их мнению, используются в вузе. Среди опрошенных 6 человек (15%) не смогли назвать ни одной технологии, остальные 24 студента (85%) назвали одну и более технологий, которая действительно используется в вузе.

После получения ответов на второй вопрос студентам было рассказано, какие технологии используются в вузе.

Третий вопрос, направленный на практическую часть применения технологий, позволил узнать у участников опроса, насколько велика польза от внедрённых здоровьесберегающих технологий для конкретного человека. Большую пользу отметили 14 обучающихся (35%), аргументировав это тем, что благодаря занятиям ФК и посещению секций получили много знаний и умений для поддержания своего физического состояния. Часть респондентов (3 человека или 7,5%) отметили пользу лекционного курса по физической культуре. Остальные студенты отметили среднюю пользу от таких технологий.

Четвёртый вопрос призван узнать, достаточно ли обучающимся такого объёма используемых технологий в вузе. Большинство студентов (19 человек или 72,5%) отметили, что объём используемых технологий недостаточный. Остальных 11 студентов устраивает нынешний объём использования технологий.

В качестве завершения опроса респондентам было предложено внести предложения по внедрению дополнительных здоровьесберегающих технологий в вузе. Респонденты высказывали предложения о повышении разнообразия занятий по прикладной физической культуре, улучшении материально-технического обеспечения помещений для занятий.

По результатам исследования можно говорить о том, что здоровьесберегающие техноло-

гии в РостГМУ присутствуют, но не отвечают некоторым требованиям, к ним предъявляемым. Во-первых, большая часть используемых технологий направлена только на поддержание текущего физического состояния студентов, игнорируя духовный и психологический аспект, вопрос мотивации. Во-вторых, сами студенты отмечают

не слишком высокий объём использования таких технологий. С другой стороны, часть опрошенных отмечает значительную пользу от внедрённых технологий. Нельзя также исключать то, насколько важна также некоторая самостоятельность обучающихся, которая должна быть направлена и на сохранение здоровья.

Клочков Д.А.

ФГКУ «412 ВГ» МО РФ, г. Владикавказ, Россия

ОПЫТ ТРАНСПОРТИРОВКИ ТЯЖЕЛОРАНЕННЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

В транспортировке раненых из числа военнослужащих и силовых структур задействованы анестезиологи-реаниматологи госпиталя.

Транспортировка раненых осуществляется воздушным транспортом или наземным.

В случае транспортировки раненых воздушным путем используется модуль медицинский самолетный на базе самолета ИЛ-76. Модуль рассчитан на транспортировку одновременно 4 пострадавших и оборудован аппаратами для проведения ИВЛ, инфузоматами, дефибрилляторами/мониторами, пульсоксиметрами, отсасывателями, аппаратом для проведения чреспищеводной электрокардиостимуляции, матрацем иммобилизационным.

Транспортировка раненых производится из баз Южного Федерального округа или Республики Южной Осетии в госпитали Москвы, Санкт-Петербурга.

За год осуществляется в среднем авиатранспортировка 10 раненых.

Наземная транспортировка пострадавших осуществляется оборудованным реанимобилем. За год наземным транспортом транспортируется 30-40 раненых.

Из числа транспортированных раненых 70% пострадавших во время транспортировки проводилась ИВЛ, гемодинамическая и сосудистая поддержка.

Как при осуществлении авиатранспортом, так и наземным транспортом случаев летальных исходов не зафиксировано.

Ковалева К.В.

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

ОСОБЕННОСТИ ВОЛЕВОГО САМОКОНТРОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Волевая саморегуляция является способностью личности в полной мере владеть собственным поведением в различных жизненных ситуациях, осознанно направлять свою деятельность, брать контроль над возникновением различных состояний и побуждений.

Цель работы. Изучение особенностей волевого самоконтроля у пациентов с психотическим и невротическим уровнем психических расстройств для разработки личностно-ориентированных психокоррекционных мероприятий.

Материалы и методы. Обследовано 24 пациента (мужчины – 50%, женщины – 50%), находящихся на стационарном лечении в РКПБ и

РКПБ-МПЦ г. Донецка, которые были разделены на две группы: I группа – 12 больных (50%) с психотическим, II группа – 12 больных (50%) с невротическим уровнем психических расстройств. В I группе преобладали пациенты с диагнозом параноидной шизофрении (83%), у пациентов II группы наблюдалась преимущественно тревожно-депрессивная симптоматика с фобическими проявлениями (75%). Исследование уровня волевого самоконтроля проводилось с помощью тест-опросника А.В. Зверькова и Е.В. Эйдмана. Оценка результатов проводилась по трём шкалам: общий уровень волевой саморегуляции (В), шкала «настойчивость» (Н) и «самообладание» (С). Сравнительный анализ

проводился со средними значениями каждой из шкал. Для статистической обработки данных использовалась программа MedStat и U-критерий Манна-Уитни (результаты достоверны при уровне значимости $p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных в I группе был выявлен высокий уровень саморегуляции по двум шкалам («В» – $13,5 \pm 4,85$; «Н» – $9,0 \pm 3,54$) и средний уровень по шкале «самообладание» – $7,1 \pm 2,61$, а во II группе – соответственно низкие («В» – $11,0 \pm 3,98$; «Н» – $7,1 \pm 2,47$) и средний показатели («С» – $6,2 \pm 2,41$). При сравнительном анализе результатов обеих групп статистически значимых различий выявлено не было ($p > 0,05$), значение U-критерия Манна-Уитни составило > 37 , что является критическим значением при заданной численности сравниваемых групп.

Выводы. Высокий уровень самоконтроля у пациентов с психотическим уровнем психических расстройств может свидетельствовать о наличии как способности к целенаправленной деятельности, рефлексии и самоконтролю, так и о недостаточной гибкости поведения и наличии внутренней напряженности. Больные с не-

вротическим уровнем психических расстройств демонстрируют повышенную эмоциональную лабильность, импульсивность, снижение общего фона активности, ранимость и неуверенность в себе, что подкрепляется обилием тревожно-депрессивных переживаний и страхов в клинической картине. Однако, характерная для обеих групп способность осознанно контролировать свои эмоциональные реакции и состояния позволяет говорить о том, что уровень психических расстройств не оказывает значительного влияния на развитие свойств личности и её умение выстраивать взаимоотношения с окружающими. Вне зависимости от психиатрического диагноза и уровня расстройств психической деятельности, психореабилитационные мероприятия должны быть направлены на индивидуально значимые внутриличностные и психосоциальные аспекты, что требует дальнейшего изучения на большей выборке пациентов и смещения фокуса настоящего исследования на концепцию уровня дезорганизации личности, как основного критерия направленности психокоррекционного вмешательства.

Коваленко С.Р.

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

ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ И САМООЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ НА ОСОЗНАНИЯ НАЛИЧИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Целью данного исследования являлось определение взаимосвязи инсайта с особенностями мотивационной сферы и уровнем самооценки личности у пациентов с психическими расстройствами (ПР).

Материалы и методы. Было обследовано 80 пациентов с психотическим (40 чел. – 50,0%) и невротическим (40 чел. – 50,0%) уровнем психических расстройств, находящихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психиатрической больнице. Исследование самооценки проводилось с помощью методики самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан, мотивационной сферы – с помощью опросника контроля за действием Ю. Куля, оценка инсайта – с помощью шкалы нарушения осознания психического расстройства (ШНОПР, русскоязычная версия The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, SUMD). Корреляционный анализ проводился с помощью метода ранговой корреляции Спирмена (rs).

Результаты исследования и их обсуждение.

При исследовании самооценки были получены следующие результаты: высота самооценки испытуемых – $63,59 \pm 23,4$, что свидетельствовало об адекватной самооценке; уровень притязаний – $92,24 \pm 12,58$ – был завышенным, нереалистичным; показатель разности между самооценкой и уровнем притязаний – $28,27 \pm 20,1$ – свидетельствовал о переоценке своих возможностей. При исследовании контроля за действием получены следующие результаты: показатель планирования собственных действий – $4,8 \pm 2,4$; показатель реализации намерений – $5,15 \pm 2,18$, что свидетельствовало об ориентации респондентов на состояние, с трудностями в планировании и реализации своих намерений; показатель переживания неудач ($6,3 \pm 1,96$) свидетельствовал об ориентации на действие, то есть на конструктивное преодоление поражений, с учетом своих ошибок и извлечением уроков из них, с умением согласовывать ожидания других и свои собственные цели. При оценке респондентов с помощью шкалы нарушения осознания психического рас-

стройства средний уровень инсайта ($2,87 \pm 1,62$) свидетельствовал о недостатке критики к своему психическому расстройству.

Оценка результатов корреляционного анализа между различными структурными элементами инсайта (по шкале SUMD) и характеристиками мотивационной сферы обнаружила статистически значимую ($p \geq 0,01$) взаимосвязь между планированием собственной деятельности и всеми показателями инсайта, кроме осознания социальных последствий психического расстройства. Также обнаружена статистически значимая ($p \geq 0,01$) взаимосвязь показателей «осознание наличия ПР» ($r_s = 0,328$), «понимание причин ПР»

($r_s = 0,328$) и «восприятие ПР окружающими» ($r_s = 0,328$) с высотой личностной самооценки.

Таким образом, затруднения в планировании собственной деятельности влияют на такие показатели инсайта как осознание симптомов психического расстройства и отношение к проводимому лечению, а личностная самооценка – как на осознание наличия психического расстройства, так и понимание его причин и на оценку восприятия психического расстройства окружающими. Полученные данные могут быть использованы в структуре программ личностного роста и техник мотивационного тренинга, направленных на формирование инсайта у больных с психическими расстройствами.

Коваленко С.Р.

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

ОСОБЕННОСТИ РЕФЛЕКСИВНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА С РАЗЛИЧНОЙ УСПЕВАЕМОСТЬЮ

Целью данного исследования являлось выявить различия компонентов рефлексивно-деятельностной компетенции в зависимости от уровня успеваемости.

Материалы и методы. Было обследовано 112 человек (студенты 4 курса Донецкого национального медицинского университета обучающихся по специальности «Лечебное дело» и «Педиатрия»). Испытуемые были разделены на 3 группы, в зависимости от успеваемости. Средний рейтинг <4 – 34 (30,4%) человека, $4-4,5$ – 62 (55,4%) человека и $>4,5$ – 16 (14,2) человек. Исследование проводилось с помощью методик: 1) диагностики уровня развития рефлексивности, опросник Карпова А.В. – предназначенной для определения развития уровня рефлексии у личности; 2) стиль саморегуляции поведения ССП-98 – характеризует уровень сформированности индивидуальной системы саморегуляции произвольной активности человека; 3) шкала толерантности и интолерантности к неопределенности С. Баднера версия Т.В. Корнилова – направленная на диагностику толерантности и интолерантности к неопределенности.

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании саморегуляция поведения по всем шкалам были получены результаты, соответствующие средним показателям. Статистически достоверно значимые различия были выявлены только по шкале «Гибкость»: $6,45 \pm 1,39$ в группе с рейтингом <4 и $6,33 \pm 1,68$ – в группе с рейтингом $4-4,5$, а в группе с рейтингом $>4,5$ показатели значительно ниже – $4,5 \pm 1,39$. Показа-

тель «Гибкость» – диагностирует уровень сформированности регуляторной гибкости, то есть способности перестраивать, вносить коррективы в систему саморегуляции при изменении внешних и внутренних условий.

При исследовании уровня рефлексии с помощью методики А.В. Карпова были получены следующие результаты. Средние результаты показателей рефлексии у женщин и мужчин не имели статистически достоверных различий и находились на низком уровне: $3,97 \pm 1,87$ – в группе с рейтингом <4 ; $4,36 \pm 1,95$ – в группе с рейтингом $4-4,5$ и $4,27 \pm 1,31$ – с рейтингом $4,5$ и выше.

Анализируя приведенные выше данные, можно говорить, что респонденты в независимости от гендерной принадлежности имели низкий уровень рефлексии, либо близки к этому. Такая рефлексия характеризовалась следующими признаками: незнание или слабое знание сути мыслительной операции, неумение сформулировать свою мысль; неумение описать собственные действия.

При исследовании толерантности к неопределенности получены следующие результаты. Группа с рейтингом $4,5$ и выше – $60,83 \pm 5,26$ – что соответствует высоким показателям. В группах с рейтингом $4-4,5$ и <4 результаты соответствовали средним показателям $57,24 \pm 7,29$ и $55,75 \pm 3,99$ соответственно. В шкалах ИТН и МИТН не было найдено статистически значимых различий в зависимости от пола респондентов – результаты соответствовали средним показателям.

Таким образом, студенты с отличной успевае-

мостью (4,5 и выше) в большей мере, нежели студенты со средней и низкой успеваемостью стремятся к изменениям, новизне и оригинальности, они в большей степени готовы идти непроторенными путями и предпочитают более сложные задачи, имеют возможность самостоятельно выходить за рамки принятых ограничений. Также

данное исследование показало, что показатель гибкости у студентов с отличной успеваемостью статистически ниже, чем у остальных испытуемых. Гибкость регуляторики позволяет адекватно реагировать на быстрые изменения событий и успешно решать поставленную задачу в процессе обучения.

Коваленко Я.О., Коваленко О.Г., Осипенкова Т.С.

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

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕНОВОГО МАТРИКСА «БИОПЛАСТ-ДЕНТ» В ВИДЕ КРУГА ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ОБЪЁМА КЕРАТИНИЗИРОВАННОЙ ДЕСНЫ

При протезировании дефектов зубных рядов с использованием дентальных имплантатов часто возникает проблема недостатка толщины и ширины зоны кератинизированной десны, которая обеспечивала бы эстетичность протезов и выполняла бы защитную роль, создавая условия для хорошей гигиены.

Цель работы

Определить эффективность использования коллагенового матрикса «Биопласт-Дент» в виде круга для увеличения объёма кератинизированной десны.

Материал и методы

У 13 пациентов, с ранее установленными по двухэтапной методике дентальными имплантатами определялся недостаточный объём кератинизированной десны с вестибулярной поверхности альвеолярного гребня. Для увеличения объёма кератинизированной десны, после отслаивания и расщепления слизисто-надкостничного ло-

скута альвеолярного отростка челюстной кости в области имплантатов, укладывался коллагеновый матрикс «Биопласт-Дент» в виде круга с последующим закрытием мягкими тканями и их ушиванием.

Результаты и обсуждение

При осмотре пациентов через 2 месяца после проведённых манипуляций, в области установки коллагенового матрикса «Биопласт-Дент» в виде круга, определялось увеличение объёма кератинизированной десны по ширине от 3 до 8 мм с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка, увеличение толщины десны от 1 до 1,5 мм.

Заключение

Использование коллагенового матрикса «Биопласт-Дент» в виде круга позволяет увеличить объём кератинизированной десны, что в свою очередь в последующем обеспечит эстетичность и хорошую гигиену протезам на дентальных имплантатах.

Коваленко Я.О., Коваленко О.Г., Попко А.Н.

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

ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКОВ МАТЕРИАЛА «БИОПЛАСТ-ДЕНТ» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АТРОФИИ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ

Наиболее частой проблемой при планировании протезирования дефектов зубных рядов с использованием дентальных имплантатов является отсутствие достаточного объёма альвеолярной кости для правильного их позиционирования. Причиной данной проблемы является атрофия стенок лунок зубов, которая наиболее выражена в первый год после их экстракции. При создании условий для дентальной имплантации целесообразно направить усилия для сохранения объёма

альвеолярной кости в постэкстракционный период, что позволит в дальнейшем не прибегать к дополнительным операциям.

Цель работы

Определить эффективность использования блоков остеопластического материала «Биопласт-Дент» для профилактики атрофии альвеолярного гребня челюстной кости.

Материал и методы

У 12 пациентов, для профилактики атрофии

альвеолярного гребня, после экстракции зубов и ревизии костной раны, лунки заполняли блоками материала «Биопласт-Дент» и на края лунки накладывали сближающие швы. У 18 пациентов после экстракции зубов лунки заполнялись кровяными сгустками без дополнительных профилактических мероприятий. У 6 пациентов для профилактики атрофии челюстной кости после цистэктомии костную полость заполняли блоками материала «Биопласт-Дент» и закрывали костное окно мембраной «Биопласт-Дент» с последующим ушиванием мягких тканей. У 8 пациентов после цистэктомии костная полость заполнялась кровяным сгустком и рана ушивалась. Результаты оценивались с помощью конусно-лучевой компьютерной томографии.

Коккина И.В.

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

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Патогенез атопического дерматита включает в себя сложные взаимоотношения между генетическими и экологическими факторами, реализуемые посредством психонейроиммуноэндокринных взаимодействий, которые являются постоянным объектом научных исследований. Так, в настоящее время доказанная значимость нейрогуморальной дисрегуляции, пищевой сенсибилизации, нарушения барьерной функции кожи и слизистых оболочек как активно изучаемых сторон патологического процесса определяет общепринятые подходы к ведению пациентов. Однако даже следование всем международным рекомендациям не всегда обеспечивает достаточно полный контроль над течением болезни. Одной из причин этого феномена является несбалансированное питание, нередко усугубляемое соблюдением жесткой элиминационной диеты. При этом установлен факт большей частоты и тяжести рецидивов заболевания в условиях такого широко распространенного, но редко диагностируемого состояния, как дефицит цинка и/или селена – микроэлементов, задействованных во всех видах обмена веществ, функционировании нервной, иммунной и эндокринной систем, а также работе основных антиоксидантных систем организма. Патофизиологические механизмы атопического дерматита включают в себя ау-

Результаты и обсуждение

При изучении конусно-лучевой компьютерной томографии всех групп пациентов выяснили, что применение «Биопласт-Дент» для заполнения костных дефектов челюстной кости у группы пациентов, позволило сохранить достаточный объем костной ткани и уменьшить атрофию альвеолярного гребня на 50-80% в сравнении с группой пациентов без применения этих материалов.

Заключение

При использовании блоков остеопластического материала «Биопласт-Дент» значительно снижается степень атрофии челюстной кости, что позволяет осуществлять протезирование с использованием дентальных имплантатов без дополнительных операций по направленной костной регенерации тканей и аугментации тканей.

тосенсибилизацию, в том числе к тканям эндокринной системы, и синдром нейрогуморальной дисрегуляции различного уровня, также сопровождающийся повышенной потребностью организма не только в цинке и селене, но и железе и йоде, дефицит которых обычно диагностируется лишь по клинико-лабораторным признакам гипохромной анемии и гипотиреоза, развивающихся при достаточно глубокой и длительной недостаточности соответствующих микронутриентов. С учетом хронического течения атопического дерматита и неравномерного географического распространения данных микроэлементов в земной коре, питьевой воде, продуктах питания, это обосновывает целесообразность мониторинга их содержания не только в крови, но и в волосах и ногтях пациентов. Залогом адекватной профилактики и компенсации дефицита этих эссенциальных микронутриентов служит учет особенностей их усвоения и обмена в организме человека, страдающего атопическим дерматитом и сопутствующей патологией, при имеющихся многочисленных и разнонаправленных взаимодействиях цинка, селена, йода и железа с другими микро- и макронутриентами, существенно влияющими на их биодоступность и эффективность.

Кокина И.В.

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

ПСИХОНЕЙРОИММУНОЭНДОКРИННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Атопический дерматит – широко распространенное в индустриально развитых странах хроническое заболевание полифакториальной этиологии, значительно снижающее качество жизни пациентов. В настоящей работе произведен анализ результатов собственных экспериментальных исследований, проведенных на самцах белых крыс с моделью атопического дерматита, в сопоставлении с литературными данными, посвященными современным взглядам на патофизиологические механизмы развития этой патологии. В частности, выявленные нами многофазные изменения со стороны гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси указывают на смену ранних компенсаторно-приспособительных реакций, протекающих на фоне латентной аутоенсибилизации, синдромом нейрогуморальной дисрегуляции с асинхронным истощением как центральных, так и периферических звеньев нейрогуморальной регуляции при выраженной аутоенсибилизации на поздних стадиях болезни. Изучение поведенческих реакций и уровня гормонов в крови обнаруживает выраженные разнонаправленные отклонения от референтных значений физиологической нормы преимущественно на доклинической и поздней стадиях

развивающейся эндокринопатии, что позволяет рекомендовать мониторинг психического состояния и гормонального профиля как средство прогнозирования и контроля терапии данной патологии. Таким образом, атопический дерматит целесообразно рассматривать как системное воспалительное заболевание с аутоиммунным компонентом, этиопатогенетически тесно связанное не только с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом как классическими проявлениями атопического марша, но и с широким спектром психонейроиммуноэндокринных расстройств различного уровня и тяжести, включающим аутоиммунные эндокринопатии, психические и метаболические отклонения и другие патологические процессы и состояния, взаимно усугубляющие течение с основным заболеванием по принципу «порочного круга». Учет пато- и саногенетических механизмов при адекватной профилактике, ранней диагностике и своевременной коррекции всего комплекса основных нарушений функционирования нейроиммуноэндокринной системы позволит улучшить контроль над течением атопического дерматита и существенно повысить качество жизни пациентов.

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Коссе Д.М., Нестеров Н.А., Мамисашвили З.С.

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

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Во всём мире прогрессивно увеличивается количество больных с жёлчнокаменной болезнью (ЖКБ). Причинами этого являются нерациональное питание, малоподвижный образ жизни, различные нарушения обмена веществ и др. Холедохолитиаз (ХДЛ) наблюдается у 12,7-29,4% больных с жёлчнокаменной болезнью и в 48,8-91,0% является причиной обтурационной желтухи (ОЖ). После операций на фоне желтухи летальность может достигать 15-30%. В настоящее время всё чаще применяются малоинвазивные способы лечения – эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией (ЛЭ), лапароскопическая холедохолитотомия и

др. На втором этапе лечения выполняют лапароскопическую холецистэктомию.

Цель работы – провести сравнительный анализ оперативного лечения ХДЛ лапаротомным способом и с применением ЭПСТ.

Материал и методы. 1-ю (основную) группу составили 748 пациентов с ХДЛ, которые оперированы в I хирургическом отделении ДоК-ТМО за последние 10 лет (выполнена ЭПСТ с ЛЭ). Мужчин было 206 (27,5%), женщин – 542 (72,5%) в возрасте 57,2±2,2 лет. ЭПСТ проводили по стандартным методикам с помощью аппаратов FUJINONEPX-201H, Pentax – 1000 (Япония) и С-дуги. В 23 случаях применен разработанный нами «Назобилиарный катетер –

дренаж» (патент №123095 от 18.08.2017 г.). Во 2-ю (контрольную) группу вошли 352 больных с ХДЛ, которые были оперированы лапаротомным способом с 1998 по 2007 гг. Мужчин было 99 (28,3%), женщин – 253 (71,7%) в возрасте $56,4 \pm 1,8$ лет. Применены следующие методы обследования (в разных сочетаниях): клинико-лабораторные, УЗИ, мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, лапароскопия, лапароскопическая холангиография, интраоперационная фиброхолангиоскопия. Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью пакета «Statistica 10.0».

Результаты и обсуждение. Причинами нарушения проходимости жёлчных протоков были: первичный ХДЛ – в 63,2% случаев, резидуальный – в 25,4%, рецидивный – в 11,4%. Скрининговым методом обследования при холедохолитиазе явилось ультразвуковое исследование, чувствительность которого составила 84,3%. Для уточнения диагноза и с целью дифференциальной диагностики применяли компьютерную или магнитно-резонансную томографию, особенно в затруднительных случаях. В 20,3% случаев ХДЛ сочетался со стенозом сфинктера Одди, в 8,5% – с хроническим панкреатитом, в 2,1% –

с билиодигестивным свищом. ХДЛ осложнился обтурационной желтухой в 51,6% наблюдений, острым холангитом – в 18,2%.

После успешной ЭПСТ с ЛЭ у больных с первичным ХДЛ вторым этапом выполняли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) через 2-3 суток. После ЭПСТ с ЛЭ осложнения были у 59 (8%) чел.: острый панкреатит – у 42, кровотечение из папиллотомной раны – у 10, холангит – у 7. Умерли 3(0,4%) пациента. После применения модифицированного катетера-дренажа осложнений не было. После лапаротомных операций на холедохе осложнения возникли в 66 (18,8%) случаях: нагноение раны – 21, несостоятельность билиодигестивного анастомоза – 14, пневмония – 8, наружный желчный свищ – 8, острый панкреатит – 7, другие – 8. Умерли 16 (4,7%) чел. За последние 2 года число осложнений снизилось с 8 до 6,3% в 1-й группе, и с 18,8% до 11,7% (95% ДИ, $p < 0,05$). Летальных исходов не было.

Выводы. Малоинвазивный способ лечения ХДЛ (ЭПСТ с ЛЭ) является эффективным, особенно с применением разработанного катетера-дренажа. Двухэтапные операции (ЭПСТ + ЛХЭ) целесообразно выполнять для лечения осложненных форм ЖКБ (обтурационной желтухи, острого холангита, стеноза папиллы и др.).

Колосова О.В., Хачатурова К.М., Хохлова Е.А.

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

ВЛИЯНИЕ СВЕТОВОГО ПОТОКА ФОТОПОЛИМЕРИЗАТОРОВ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ДЕСНЫ

В современной стоматологической практике широкое применение получили восстановительные технологии, основанные на применении пломбирочных материалов светового отверждения. Для инициации полимеризации этих материалов используют световой поток от специальных устройств – фотополимеризаторов. Одной из основных их физических характеристик является интенсивность излучаемого светового потока.

Цель работы

Целью настоящего исследования явилось определение в условиях эксперимента влияния различных мощностей фотополимеризатора и длительности его светового воздействия на изменение индекса созревания эпителия слизистой оболочки десны.

Материал и методы

Эксперимент проводили на лабораторных крысах, разделив их на три группы. Первая группа служила контролем. Во второй и третьей

группе слизистую оболочку десны в области резцов облучали фотополимеризатором Degulux (Degussa) с диаметром пучка на выходе световода 7 мм, с длиной волны 400-500 нм и мощностью излучения в первой группе 900 мВт/см², во второй 300 мВт/см² (мощность изменяли с помощью разработанного нами устройства). Мазки-отпечатки делали после 40 сек., 80 сек., 120 сек. и 180 сек. светового воздействия фотополимеризатора, с последующим окраской гематоксилин эозином.

Результаты и обсуждение

Исследование показало наличие в контрольных мазках отпечатках промежуточных крупных клеток полигональной формы со светлой базофильной цитоплазмой, имеющих крупное везикулярное ядро с хорошо выраженными глыбками хроматина. Определялись также поверхностные клетки плоской формы. Преобладание в мазках-отпечатках промежуточных клеток свидетельствует о нормальном уровне

созревания эпителия десны. При первом (40 сек.), втором (80 сек) и третьем (120 сек) воздействии излучателя при различных мощностях нет достоверных отличий в соотношении промежуточных и поверхностных клеток эпителия от контрольных мазков-отпечатков ($p > 0,05$). При более длительном воздействии (180 с) фотополимеризатора с мощностью излучения 300 мВт/см² отмечалось незначительное увеличение количества поверхностных клеток (на 4% от контроля), что соответствует нормальному созреванию эпителия. При воздействии с мощностью фотополимеризатора 900 мВт/см² в течение 180 сек. наблюдалось увеличение количества и появление комплексов из нескольких элементов

поверхностных клеток на 21% по сравнению с контролем, что свидетельствует об усилении процесса десквамации и сопутствует разрыхлению эпителиального пласта.

Заключение

Таким образом, высокая мощность светового потока фотополимеризатора приводит при длительном воздействии на десну к усиленному слущиванию эпителия, тормозит регенерационный процесс, т.е. оказывает фотоингибирующее действие, что необходимо учитывать при проведении восстановительных реставраций стоматологическими пломбирочными материалами светового отверждения.

Комаревская Е.В., Грицкевич Н.Ю.

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

О ВЛИЯНИИ ПРЕПАРАТА «ОКТЕНИСЕПТ» НА СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Известно, что микрофлора, населяющая полость рта, довольно разнообразна и представлена как аэробными, так и анаэробными микроорганизмами: лактобактериями, вейллонеллами, бактероидами, а также микоплазмами, дрожжеподобными грибами, простейшими. Агрессивность микробной среды в полости рта постоянно побуждает к совершенствованию средств защиты от нее, а также поиску и разработке новых антибактериальных препаратов.

Цель работы

Работа посвящена изучению влияния антисептического препарата «Октенисепт» на микробиологический состав ротовой полости в комплексном лечении генерализованного пародонтита.

Материалы и методы

Было осмотрено и проведено исследование микрофлоры пародонтального кармана у 59 больных в возрасте от 18 до 56 лет мужского и женского пола с диагнозом генерализованный пародонтит I и II степеней тяжести, хроническое течение до и после антисептической обработки, а также по окончании курса лечения. Обработка проводилась методом двукратного промывания пародонтальных карманов из шприца с тупой иглой раствором антисептического препарата «Октенисепт» в разведении 1: 10 у больных пародонтитом. Экспозиция препарата «Октенисепт» составляла 3 минуты. В процессе лечения пациентам рекомендовалось ежедневное, в течение 10 дней, двукратное полоскание ротовой

полости раствором антисептика в течение 2-3 минут после гигиенических процедур чистки зубов. Забор материала для микробиологического исследования проводился утром натощак, до процедуры чистки зубов. Посев материала выполняли секторальным методом на чашки Петри с 5% анаэробным гемагаром, приготовленным на основе Brain-Heart Agar фирмы Difco (USA) с добавлением стимуляторов роста анаэробных бактерий – гемина (5 мг/л) и менадиона (0,1 мг/л).

Результаты исследования

Установлено, что на долю облигатно – анаэробных и микроаэрофильных микроорганизмов приходилось свыше 2/3 выделенных видов. У всех пациентов были выделены представители основных пародонтопатогенных видов бактерий. При этом наиболее часто и в большом количестве встречались *Fusobacterium spp.* (63,3%), *Actinomyces naeslundii* (56,8%), *Actinobacillus actinomycetem comitans* (49,6%), *Streptococcus intermedius* (71,9%), *Prevotella melaninogenica* (77,7%), *Prevotella intermedia* (71,2%). Подтверждено, что важной характеристикой состава микрофлоры пародонтального кармана является высокая частота выделения грамотрицательных бактерий из групп облигатно-анаэробных палочек.

Выводы

На основании данных микробиологического исследования продемонстрирована целесообразность применения антисептического препарата

«Октенисепт» в комплексном лечении генерализованного пародонтита.

Применение для местного лечения генерализованного пародонтита антисептического препарата «Октенисепт» в разведении 1:10 оптимально с точки зрения антимикробной эффективно-

сти препарата и безопасности тканей, контактирующих с лекарственным веществом.

Препарат «Октенисепт» в концентрациях от 0,9 до 0,01 мг/мл вызывает 100% гибель клеток путем некроза.

Кондрашова А.Н.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РОЛЬ ПРОЦЕССОВ СТАРЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ВОЗРАСТНОЙ КАТАРАКТЫ У ЛИЦ 55-60 ЛЕТ

Катаракта сегодня настолько распространена среди глазных заболеваний, что может рассматриваться как естественный процесс старения организма. Современная хирургия катаракты является одним из самых высокотехнологичных направлений в медицине, настолько эффективной и безопасной, что, зачастую, может вернуть пациенту его прежнее зрение или даже превзойти его.

Цель работы

Изучение катаракты при оценке степени возрастных изменений и их влияние на течение заболевания.

Материалы и методы

Из физических показателей для определения биологического возраста – (БВ) исследовались: пульсовое и систолическое артериальное давление, время задержки дыхания на выдохе, масса тела, статическая балансировка, количество неблагоприятных ответов на 29 вопросов стандартной анкеты самооценки здоровья.

Результаты и обсуждение

В пожилом возрасте наблюдается снижение функций практически всех органов чувств. Способность глаза к аккомодации уменьшается, из-за ослабления глазодвигательных мышц, изменяется состав вещества хрусталика. С возрастом, хрусталик нередко теряет прозрачность

– развивается катаракта. Острота зрения резко снижается. При катаракте человек нечетко видит предметы, нарушается цветовое восприятие, повышается чувствительность к яркому свету, слабеет ночное зрение. Зрачок приобретает сероватый или белесый оттенок. Болезнь прогрессирует медленно.

Заключение

На сегодняшний день не существует эффективного способа предотвращения катаракты глаза, но выполнение определенных действий может способствовать сокращению факторов, приводящих к развитию заболевания. Появлению катаракты способствуют эндокринные расстройства (нарушение обмена веществ, сахарный диабет), авитаминоз, травмы глаза, некоторые глазные заболевания, длительный приём определенных лекарственных препаратов, неблагоприятная экологическая обстановка. В последние годы было доказано, что причиной катаракты может также стать активное курение.

Профилактикой катаракты является контроль здоровья эндокринной системы, отказ от вредных привычек, обогащение пищи витаминами, полезными для зрения. Необходимо так же беречь глаза от вредного воздействия ультрафиолета, не пренебрегать ношением солнцезащитных очков.

Корж Е.В.¹, Подчос Н.А.², Стрига Л.В.², Извекова Т.С.³, Малякко Н.А.⁴

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Республиканская клиническая туберкулезная больница, г. Донецк

³Городской противотуберкулезный диспансер, г. Донецк

⁴Городской противотуберкулезный диспансер, г. Макеевка

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ КО-ИНФЕКЦИЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗ/ВИЧ

Цель исследования – оценить отдаленные последствия антиретровирусной терапии (АРТ) у

больных ко-инфекцией ТБ/ВИЧ

Материалы и методы. Обследованы 139

больных ко-инфекцией ТБ/ВИЧ, у которых уровень CD4 был менее 100 кл/мкл (медианы – 4,2% и 33,2 кл/мкл). Пациентам начинали лечение туберкулеза (ТБ) и назначали АРТ. После выписки дальнейшую судьбу проследили у 89 человек, период наблюдения – с января 2011 г. по май 2019 г.

Результаты и обсуждения. Перед началом АРТ больные приняли от 5 до 150 (медиана 39) доз противотуберкулезных препаратов. Начало АРТ сопровождалось развитием синдрома восстановления иммунитета (СВИС) у 48 (34,5%) больных в сроки от 3 до 90 дней (медиана 16,0), в 85,4% случаев наблюдалось обострение ТБ, умерли 14 (29,2%) человек. Из 139 больных 99 (71,2%) закончили стационарный этап лечения и были выписаны для продолжения лечения амбулаторно, 9 (6,5%) закончили полный курс, 5 (3,6%) самовольно покинули отделение, 4 (2,9%) переведены в другие медицинские учреждения, двоим (1,4%) выставили неудачу лечения. Умерли 20 (14,4%) больных: 14 (70,0%) – от СВИС и 6 – от прогрессирования ТБ (в т.ч. 4 – от МРТБ).

Отдаленные последствия АРТ зависели от длительности наблюдения. В 2011-2013 гг. были выписаны 32 человека, на начало 2019 г. в живых оставались 5 (15,6%), все они не прерывали АРТ, медианы содержания CD4 составляли 28,5% – 502,0 кл/мкл, вирусная нагрузка (ВН) была менее 50 РНК-копий/мл. Умерли 22 (68,7%), основной причиной смерти был ТБ – 14 (63,6%) случаев, в том числе в 7 МРТБ. Остальные погибли от соматических заболеваний и бытовых инцидентов (по 3 случая), от ВИЧ-ассоциированных заболеваний (2 случая). Из умерших прервали АРТ 9 (40,9%) человек. Следующие 30 пациентов были выписаны в 2014-2015 гг., на начало 2019 г. оставались живых 16 (53,3%), они продолжали АРТ, активности ТБ не было. Медианы содержания CD4 составляли 22,6% – 279,0 кл /мкл, ВН была

менее 50 РНК-копий/мл. Умерли 10 (33,3%) человек, среди причин смерти 3 случая составлял ТБ (в т.ч. один МРТБ), еще трое больных погибли от бытовых инцидентов, от ВИЧ-ассоциированных заболеваний и соматической патологии – по два человека. Из умерших пациентов прервали АРТ четверо. Из 27 пациентов, выписанных в 2016-2018 гг., 20 (74,1%) успешно закончили лечение ТБ и не имели признаков его активности, не прерывали АРТ 18 (90,0%), медианы содержания CD4 составляли 17,8% – 369,0 кл/мкл, у 16 из 18 обследованных ВН была менее 50 РНК-копий/мл. Умерли 6 (22,2%) пациентов: 2 – от МРТБ, 4 – от ВИЧ-ассоциированных заболеваний, из умерших лиц пятеро прервали АРТ.

Выводы. После начала АРТ больным ко-инфекцией ТБ/ВИЧ с количеством CD4 менее 100 кл/мкл развитие СВИС диагностировали у 34,5% человек, в 85,4% случаях происходило обострение ТБ. Госпитальная летальность составила 14,4%, в структуре причин смерти 70% занимал СВИС. Через 5,5-7 лет после выписки в живых оставались 15,6% больных, они не прерывали АРТ, имели неопределяемый уровень ВН, приближенное к норме содержание CD4. Признаков активности ТБ не было. Из больных, наблюдаемых 4-5 лет, 53,3% лиц не прерывали АРТ и не имели признаков активности ТБ, у 12 из 14 обследованных уровень CD4 был выше 100 кл/мкл и ВН – ниже 50 РНК-копий/мл. Через 1-3 года после выписки были живы 74,1%, из них 90% не прерывали АРТ, у 88,9% ВН была ниже РНК-копий/мл, у 84,2% содержание CD4 превышало 100 кл/мкл. Глубокая иммуносупрессия, прерывание АРТ и мультирезистентность микобактерий ТБ способствовали прогрессированию ТБ и других ВИЧ-ассоциированных инфекций, которые были основными причинами смерти на амбулаторном этапе.

Косенкова-Дудник Е.А.

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

МЕЖПРЕДМЕТНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТА-МЕДИКА (НА ПРИМЕРЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК»)

Одной из основополагающих целей образования в медицинском вузе является формирование профессиональной терминологии будущего врача. База медицинского профессионального языка представлена медико-биологической и

клинической терминологией. Как механизм постижения и как вербальный знак, фиксирующий результат этого постижения, термин играет немаловажную роль на любом из этапов высшего медицинского образования.

Овладение медицинской терминологией является пока еще недостаточно используемым резервом, способствующим осознанному и прочному усвоению знаний, обеспечивающим высокий уровень профессиональной компетентности. Первостепенной задачей остается совершенствование знаний профессиональной лексики, полученных при изучении латинского языка, на медико-биологических и клинических дисциплинах.

Для решения проблемы репрезентации профессиональных знаний посредством терминологических единиц, необходимо тесное сотрудничество, интеграция дисциплины латинский язык с медико-биологическими и клиническими кафедрами. Обучение медицинской профессиональной терминологии требует комплексного подхода, последовательного отбора материала, координации работы всех кафедр и методических комиссий вуза, то есть оно должно быть интегрированным.

На кафедре русского и латинского языков проводится интеграция с кафедрами первого курса – анатомии и гистологии. Разрабатываются методы синхронного обучения с кафедрой анатомии. С целью проблемно-ориентированного подхода в обучении клинической и фармацевтической терминологии проводится интеграция с профильными дисциплинами старших курсов – «фармакология», «внутренние болезни», «акушерство и гинекология» и т.д. Преподаватели латинского языка постоянно совершенствуют методику преподавания медицинской терминологии. Процесс интеграции включает и научную работу студентов. На заседаниях студенческого научно-практического кружка по латинско-

му языку обсуждаются вопросы, посвященные истории и современному состоянию медицины и медицинской терминологии.

Но, несмотря на это, как показывает опыт, в рамках часов, предусмотренных рабочей программой на изучение дисциплины, можно только дать знания и заложить умения для сознательного применения медицинской терминологии. Навыки свободного владения профессиональной терминологией можно приобрести лишь на последующих этапах обучения. Кафедрам старших курсов необходимо активно включаться в интеграционный процесс обучения терминологии и рассматривать его как обязательный элемент. Одной из главных задач медико-биологических и клинических дисциплин является устранение того пробела, который формируется в течение первых двух лет, отделяющих курс латинского языка от изучения профессиональных дисциплин. В связи с этим на профильных кафедрах рекомендуется формировать терминологический минимум по данной дисциплине, состоящий из двух разделов: – термины, которые были усвоены при изучении латыни, а также предшествующих курсов других медицинских дисциплин и – новые термины, не известные ранее студенту. Подлежащие усвоению студентами новые латинские термины или русские термины греко-латинского происхождения должны обязательно включаться во все учебные пособия и методические материалы профильной кафедры.

Следовательно, интеграционные технологии при обучении медицинской терминологии должны способствовать актуализации и обогащению терминологических знаний и в итоге повышению качества подготовки специалистов.

Косторев А.С.

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

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ АУТОИММУННОГО ГИПОГОНАДИЗМА НА ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ И ПОВЕДЕНИЕ САМЦОВ И САМОК БЕЛЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС

Аутоиммунные заболевания – обширный класс разнородных по клиническим проявлениям заболеваний, развивающихся вследствие патологической выработки аутоиммунных антител или размножения аутоагрессивных клонов киллерных клеток против здоровых тканей организма, приводящих к развитию аутоиммунного воспаления. Основной причиной развития аутоиммунного гипогонадизма (АГ) является нарушение целостности тканевых (гисто-гематических)

барьеров, в норме отделяющих органы от кровеносного русла и, соответственно, от иммунного ответа лимфоцитов хозяина.

Инфекционно-воспалительные заболевания уrogenитального тракта, травмы, врожденные дефекты гениталий могут запустить аутоиммунный процесс, что приведет к отягощению состояния пациента и усилению симптомов, характерных для гипогонадизма. Большинство из этих симптомов, у мужчин, являются неспеци-

ифическими, и при клинической диагностике гипогонадизма следует ориентироваться на три основных признака: снижение либидо и сексуальной активности, снижение числа утренних эрекций, снижение адекватных эрекций.

Главным симптомом гипогонадизма у женщин, находящихся в детородном возрасте, является нарушение менструального цикла и аменорея. Недостаток женских половых гормонов приводит к недоразвитию половых признаков, гениталий, молочных желез, нарушению отложения жировой клетчатки по женскому типу и скудному оволосению. При врожденном или приобретенном в раннем возрасте заболевании вторичные половые признаки могут полностью отсутствовать.

Развитие АГ оказывает негативное воздействие на организм в целом, в связи с чем изучение отдельных компонентов психонейроимму-

ноэндокринной системы позволит определить более эффективные пути его коррекции.

Нами был проведен анализ поведенческой активности и показателей крови у интактных самок и самцов крыс, а также у животных до и после формирования модели АГ.

Параметры крови контрольных групп, получавших гепарин и аминокaproную кислоту, незначительно отличались от интактных. Моделирование АГ в основном приводило к снижению значений показателей палочкоядерных нейтрофилов, эозинофилов, моноцитов и времени свертывания крови. Количество лимфоцитов, наоборот, увеличивалось.

Поведенческая активность особей из контрольных групп слабо отличалась от интактных. Изменение параметров поведенческой активности у иммунизированных особей, указывала на формирование депрессивноподобного состояния, вне зависимости от пола животных.

Котов В.С.

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

ОЦЕНКА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СУММАРНЫХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ДОЗ ОБЛУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ Г. ДОНЕЦКА ОТ ПРИРОДНЫХ ИСТОЧНИКОВ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Для территорий большинства городов Донецкой Народной Республики недостаточно изучены параметры эксхалации ^{222}Rn , практически отсутствуют данные о распределении значений эквивалентной равновесной объемной активности радона в воздухе помещений. Характеристика радиационной опасности среды помещений от радонового облучения не может быть достаточной без анализа индивидуальной эффективной дозы, а также меры опасности изотопов радона и других природных источников ионизирующего излучения, способных оказывать вредное воздействие на человека.

Особенностью имеющихся эпидемиологических данных является то, что при объемной активности радона $A > 50$ Бк/м³ отношение шансов возникновения рака легкого статистически достоверно больше единицы, а зависимость доза-эффект хорошо описывается линейной зависимостью.

Согласно санитарным правилам облучение населения природными источниками излучения считается повышенным, если суммарная эффективная доза за счет всех основных природных источников излучения превышает 5 мЗв/год; если дозы облучения превышают 10 мЗв/год, то облучение населения является высоким.

Цель работы.

Оценить суммарную индивидуальную годовую эффективную дозу облучения населения г. Донецка за счет всех природных источников ионизирующего излучения.

Материалы и методы.

Проанализированы данные отчетов Республиканского и Донецкого городского центров санитарно-эпидемиологического надзора ГСЭС МЗ ДНР за 2010-2017 гг., (эквивалентная равновесная объемная активность радона в воздухе помещений, мощность доз гамма-излучения на открытой территории и в жилых и общественных зданиях), другие литературные данные, а также данные собственных исследований.

Значения индивидуальных годовых эффективных доз облучения взрослых жителей г. Донецка рассчитаны в соответствии с МУ 2.6.1.1088-02. 2.6.1.

Изучено распределение активности ^{222}Rn в воздухе помещений различного назначения, определены соответствующие индивидуальные годовые эффективные дозы облучения населения г. Донецка за счет изотопов радона в воздухе (Евнутр.,Rn) а также суммарные индивидуальные годовые эффективные дозы облучения за

счет всех природных источников ионизирующего излучения (Е сум.).

Результаты и обсуждение

Результаты исследований показали, что максимальные дозы облучения в ряде производственных помещений являются высокими (Е внутр., R_п = 22,6 мЗв/год, Е сум. = 24,1 мЗв/год), средние же значения доз суммарного облучения населения г. Донецка за счет всех природных источников излучения (5,1±1,7 мЗв/год для производственных помещений, 4,4±1,7 мЗв/год для жилых помещений, 3,9±1,1 мЗв/год для административных помещений, 3,5±0,8 мЗв/год для школьных помещений) следует считать низкими.

Коценко Ю.И., Стафинова Е.А.

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

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Цель. Выявить и изучить когнитивные нарушения у больных с неврологическими осложнениями сахарного диабета II типа (СД II).

Материалы и методы. За период с 2016-2018 года обследованы 197 больных, находящихся в стационаре с неврологическим дефицитом различной тяжести. С учетом критериев включения/исключения в исследование было включено 126 (63,96%) пациентов (мужчин – 62 (49,2%), женщин – 64 (50,8%)) в возрасте 45-80 лет (средний возраст – 59,6±4,3лет) с неврологическими осложнениями при СД II. Критерии включения: СД II, диабетическая энцефалопатия (ДиабЭП), ишемический инсульт (ИИ). Критерии исключения: тяжелая соматическая патология, травмы в анамнезе, эпилептические пароксизмы, онкологические заболевания, отсутствие вредных привычек и согласия пациента. Всем больным выполняли клиничко-неврологический осмотр с определением когнитивного статуса и использование специальных шкал (батарея лобной дисфункции (FAB), кратка шкала оценки психического статуса (MMSE), тест рисования часов (ТРЧ), лабораторные (гликемический профиль, гликозилированный гемоглобин, липидограмма, коагулограмма) и инструментальные (МРТ головного мозга в ангиорежиме, УЗДГ ТКДС церебральных артерий) исследования, консультации смежных специалистов. Данные обработаны статистически.

Результаты. Все испытуемые разделены на 2 группы, где в GrO1 было 69 (54,8±4,4%) пациентов с ДиабЭП, в GrO2 – 57 (45,2±4,4%) с

Закключение.

Допустимое значение эффективной дозы радонового облучения в конкретных условиях, также как и доз от суммарного воздействия всех природных источников излучения, в имеющихся нормативных документах не устанавливается, поэтому дать адекватную оценку радиационной опасности на основании только данных об уровнях и дозах облучения практически не представляется возможным, для этого необходимо использовать прогнозно-аналитические технологии, провести анализ существующего радиационного риска.

ИИ при СД II. Для выполнения сравнительного анализа отобраны 155 человек и сформированы группы контроля: в GrC1 – 83 (53,5±4,0%) пациента с хронической ишемией мозга (ХИМ) при церебральном атеросклерозе (АС) и гипертонической болезни (ГБ) и GrC2 – 72 (46,5±4,0%) пациента с ИИ при ЦА и ГБ. При анализе когнитивных нарушения (КН) в GrO1 больные чаще жаловались на снижение концентрации внимания (81,2±4,7%) и кратковременной памяти (65,2±5,7%). В GrO2 преимущественно отмечали замедленность мышления (64,9±6,3%) и нарушение переключения внимания (78,9±5,4%). В GrC1 преобладало снижение объема внимания (71,1±5,0%), а в GrC2 превалировало снижение кратковременной памяти (54,2±5,9%). При анализе результатов по шкалам в GrO1 без КН было 9 (13,0±4,1%) больных, легкие КН выявлены у 15 (21,7±5,0%), умеренные – у 26 (37,7±5,8%) и выраженные – у 19 (27,5±5,4%) пациентов и в GrO2 без КН было 6 (10,5±4,1%), легкие КН – у 9 (15,8±4,8%), умеренные – у 13 (22,8±5,6%) и выраженные – у 29 (50,9±6,6%). В GrC1 чаще имели место легкие КН (41,0±5,4%), а в GrC2 – умеренные КН (38,9±5,7%). При этом средний балл по FAB в GrO1 составил 11,6±4,1 в диапазоне 9-18, в GrO2 – 8,9±3,3 (6-18), в GrC1 – 15,7±3,9 (12-18) и GrC2 – 14,1±2,7 (12-18). По MMSE рассчитан средний балл в GrO1 (23,4±4,7; от 22 до 30), в GrO2 (20,9±4,2; от 19 до 30), в GrC1 (26,9±4,3 от 26 до 30) и в GrC2 (25,1±4,9; от 24 до 29). С ТРЧ справились (10 баллов) 12 (17,4±4,6%) пациентов GrO1, 8 (14,0±4,6%) GrO2, 22 (26,5±4,8%),

GrC1, 11 (15,3±4,2%) больных CrC2. В GrO1 средний балл по ТРЧ был 8,9±3,3 (6-10), в GrO2 – 6,5±3,8 (6-10), в GrC1 – 9,1±4,1 (8-10), в CrC2 – 7,7±4,2 (7-10) баллов.

Выводы. У 63,96% пациентов были выявлены неврологические осложнения, обусловленные СД II. Установлено, что не у всех пациентов были КН при использовании соответствующих шкал. У больных с СД II и ИИ тяжесть КН превышала в сравнении пациентами с ДиабЭП

($p=0,049$), в то время как в контрольных группах существенно не отличалась. Статистически значимые различия по FAB ($p=0,043$) и ТРЧ ($p=0,05$) были определены между пациентами с ИИ при СД II и с ДиабЭП, при этом по MMSE статистически значимых различий не выявлено. Таким образом, для верификации степени тяжести КН не достаточно применения только MMSE для определения когнитивного статуса.

Коценко Ю.И., Стафинова Е.А., Бубликова А.М., Максименко О.Л., Андропова М.А.

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

ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ С УЧЕТОМ НЕПРЕРЫВНОЙ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На сегодняшний день обучению специалистов и развитию медицинского образования уделяется значительное внимание. Ежегодно происходит государственная модернизация субъектов здравоохранения с внедрением новых стандартов оказания медицинской помощи, современных информационных систем. Первостепенными целями усовершенствования медицинского образования являются развитие интеллектуального потенциала личности, аналитических и творческих способностей, критического мышления, умений самоанализа и осознания собственных возможностей, инициативность с чувством ответственности за свои действия и коммуникабельность. С учетом этих целей необходима разработка педагогических технологий для развития самостоятельности с генерированием коммуникативной креативности и развитию личностных мотиваций. Совокупность общих принципов определения целей и отбора содержания медицинского образования, организации процесса и оценки образовательных результатов приводит к компетентному подходу. К основным принципам относят положения, где содержание образования представляет дидактически адаптированный социальный опыт решения познавательных, мировоззренческих, нравственных проблем при получении медицинского образования.

Во время учебного процесса на клинических кафедрах медицинского ВУЗа возникает необходимость активного вовлечения обучающихся в учебно-познавательную деятельность, вынуждающего к активной мыслительной и практической деятельности в паре «педагог-слушатель» со возникновением основы «знать – уметь – владеть навыками». К важными качествами преподавателя относятся умения заинтересовать

предметом, понятно и доступно его объяснять, доброжелательность, выдержка и развитие интеллектуальные способности. Как сказал российский историк, профессор Ключевский В.О. «Чтобы быть хорошим преподавателем, нужно любить то, что преподаешь, и любить тех, кому преподаешь». Успех в учебе зависит от мотивации студента (причины, побуждающие к обучению), установки (психологической настрой, готовность к деятельности), познавательных потребностей, интересов, целеустремленности и других волевых качеств. При этом для студентов применяют ознакомление с будущей профессиональной деятельностью, минимизацией тревожности и неуверенности, активное внимание на развитие качеств, способностей к саморегуляции.

Основными причинами неуспеваемости студентов в медицинских ВУЗах являются недооценка или нехватка собственных теоретических знаний; без сформированного мышления и владения рациональным познанием, с практичной направленностью на цель сдать экзамен, низким самоконтролем, недисциплинированностью и неорганизованностью. Ведущие педагогические причины неуспеваемости студентов проявляются в низкой интенсивности и эффективности учебной деятельности, пропуски занятий, отсутствие индивидуального и дифференцированного подхода со стороны преподавателей, неудовлетворительные бытовые условия проживания, тяжелое материальное положение, отсутствие помощи и поддержки от родителей. Во всех отраслях медицинской деятельности наблюдается тенденция оценивать успехи и качество выполнения работы по результатам достижения определенных компетенций или уровня умений.

Таким образом, с учетом модернизации здравоохранения возникает необходимость непрерывного совершенствования техники обучения для формирования конкурентоспособного спе-

циалиста с активным применением профессиональных умений и навыков на основе моделированного обучения.

Коценко Ю.И., Стафинова Е.А., Максименко О.Л., Бубликова А.М.

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

СОВРЕМЕННЫЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДИАГНОСТИКИ ПРОЗОПАЛГИЙ

Цель: верификация нозологической формы прозопагий на основе комплексного клинико-диагностического обследования.

Материалы и методы: за период с 2014 по 2018 годы проанализированы данные 89 пациентов с прозопагиями, находившихся на лечении в неврологическом стационаре ДоК-ТМО. Всем пациентам выполнено комплексное клинико-неврологическое (с использованием соответствующих шкал), лабораторное, инструментальное (МРТ головного мозга в ангиорежиме, рентгенография височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧ), УЗДГ, ТКДС церебральных артерий) обследования с консультациями смежными специалистами (стоматолог, ревматолог, психотерапевт/психиатр). С учетом критериев исключения (тяжелая соматическая патология, психические нарушения, одонтогенные заболевания, отказ пациента) в исследование отобрано 68 (76,4±4,5%) человек с болью в лице (мужчин – 35 (51,5±6,1%), женщин – 33 (48,5±6,1%)) в возрасте 29-65 лет (средний возраст 52,9±3,7). Данные обработаны статистически.

Результаты. У всех пациентов болевой синдром был ведущим синдромом и носил субъективный характер. Для объективизации и полной оценки характера и степени выраженности болей в лице использовали опросник Мак-Гилла (MPQ) с определением основных систем формирования и проведения боли (интенсивность, сенсорные и эмоциональные компоненты). По результатам MPQ пациенты отмечали боли ноющего (17,6±4,6%), стреляющего (66,2±5,7%), жгучего (32,4±5,7%), пульсирующего (19,1±4,8%), колющего (35,3±5,8%), пронизывающего (25,0±5,3%), выкручивающую (4,4±4,5%) характера, которая ухудшала повседневную жизнедеятельность у 41 (60,3±5,9%) больного. Сравнение рангового индекса боли по данным MPQ свидетельствовало, что для описания болевых ощущений 43 (63,3±5,8%) больных чаще выбирали дескрипторы с сенсорной составляющей болевого синдрома. По эвалюатив-

ной части MPQ слабая боль была у 6 (8,8±3,4%), умеренная – у 21 (30,9±5,6%), сильная – у 26 (38,2±5,9%), сильнейшая – у 13 (19,1±4,8%) и невыносимая – у 2 (2,9±2,0%) пациентов. Клинико-неврологическая симптоматика у больных была полиморфна и характеризовалась сенситивными нарушениями – у 21 (30,9±5,6%) (в лице – 17, языке – 14), вегетативными расстройствами – у 16 (23,5±5,6%) (слезотечение – 14 (66,7±10,3%), инъекцированные склеры – 12 (57,1±10,8%)), нейротрофическими проявлениями – у 14 (20,6±4,9%) (гипотрофия жевательных мышц), болями при пальпации тригеминальных точек – у 19 (27,9±5,4%) (слева – 12 (63,2±11,1%), справа – 7 (36,8±11,1%)) и ограничение движения нижней челюсти – у 27 (39,7±5,9%) больных. После обследования у 13 (19,1±4,8%) мужчин выявлена эпизодическая кластерная головная боль (КГБ), у 6 (8,8±3,4%) женщин – хроническая пароксизмальная головная боль, у 3 (4,4±2,5%) женщин – лицевая симпаталгия (синдром Сладера). Тригеминальное поражение диагностировано у 19 (27,9±5,4%) больных, из них у 4 (21,1±9,4%) пациентов имели стволочной менингоэнцефалит, у 7 (36,8±11,1%) – герпетическая невралгия тройничного нерва (V) (слева – 2 (28,6±17,1%), справа – 5 (71,4±17,1%)), у 4 (21,1±9,4%) инфекционно-аллергическая невралгия V слева и у 4 (21,1±9,4%) – компрессионно-ишемическая невралгия V слева. При этом у 27 (39,7±5,9%) испытуемых обнаружена дисфункция ВНЧ (ДВНЧС) (справа – 18 (66,7±9,1%), слева – 9 (33,3±9,1%)). Слабая боль встречалась у всех больных со стволочным менингоэнцефалитом, умеренная чаще – у 18 (66,7±9,1%) с ДВНЧС и сильная – у 11 (84,6±10,0%) больных при КГБ.

Выводы. Учитывая данные комплексного клинико-диагностического обследования больных с прозопагиями в 60,3% случаев выявлено неврологическое заболевание, однако у 39,7% пациентов патология имела мышечно-суставную дисфункцию ВНЧС с преобладанием болевого синдрома над неврологическим дефицитом. На-

личие единого ведущего синдрома прозопалгии и разнообразие выявленной нозологической патологии приводит к необходимости более тщательного диагностического поиска причины раз-

вития болевого синдрома в лице, при этом правильно выбранная диагностика залог успешной лечебной тактики.

Красноставец Я.В., Лазаренко К.В., Андреев Р.Н.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ – КАК НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТИ СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ И МЕДИЦИНЫ

Трансплантология относительно молодая область в медицине, но она занимает в ней важное и значительное место, ведь она способствует спасению миллионов человеческих жизней. Есть много плюсов и минусов в этом способе лечения определенных болезней, а также преград, которые мешают ей развиваться.

Цель. Обсудить основные аспекты, а также доказать важность развития данной области клинической медицины, раскрыть основные моменты, касающиеся её эффективности и значимости на современном этапе развития науки.

Методы и материалы. Нами изучены и проанализированы статистические, клинические данные и отчеты, общая статистика, литературные источники по данной теме.

Результаты и обсуждение. Трансплантология хоть и сравнительно молода, как наука и отрасль клинической медицины, но она набирает обороты. Трансплантология – раздел медицины, изучающий проблемы трансплантации органов (в частности, почек, печени, сердца), а также перспективы создания искусственных органов. Различают следующие разделы данного направления в медицине: сентрансплантация – трансплантация органов и/или тканей от животного другого биологического вида; аллотрансплантация – трансплантация, при которой донором трансплантата является генетически и иммунологически другой человеческий

организм; искусственные органы; выращивание органов из стволовых клеток или ИПСК; ауто-трансплантация – реципиент трансплантата является его донором для самого себя. Исходя из изученных нами материалов, можно сказать, что должному развитию данной области препятствует не только отсутствие должного бюджета и оборудования, но и недостаток подходящих доноров. Если задать людям вопрос “Готовы ли вы после смерти отдать свое сердце, почки или печень?”, на что они ответят “НЕТ!”, потому что не каждый готов набраться сил и отдать частичку себя после смерти. В частности, в нашем молодом развивающемся государстве подобная практика проходит становление и развитие на современном этапе, по указанным выше причинам, но всему требуется время. Уже существуют разработки искусственного сердца, которое уступает человеческому, но способно продлить жизнь на 5-10 лет. В будущем, планируется создание 3D принтера, который будет способен печатать органы подобные человеку.

Заключение

Трансплантология – это та область практического здравоохранения и современной медицинской науки, которая имеет место быть и должна развиваться, потому что мир не стоит на месте и все идет к тому что рано или поздно эта практика станет обыденным делом для общества.

Кретова С.Г., Кравченко А.А., Андреев Р.Н.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ОНКОПАТОЛОГИЕЙ В Г. ДОНЕЦКЕ ЗА ПЕРИОД 2015-2018 ГОДОВ

В нынешнее время ежегодно возрастает число онкозаболеваний, исходя из чего вышеуказанная патология представляет собой крайне акту-

альную проблему в современной медицине. Не подвергается сомнениям тот факт, что злокачественные новообразования способны оказывать

комплексное воздействие на человеческий организм. Системы возникновения и прогрессии опухолевого процесса активно изучаются, и на сегодняшний день человеческом накапливается громадный материал по молекулярной и клинической онкологии, использующийся в параллельных дисциплинах. Диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки является одним из важнейших разделов современной стоматологии. Очень часто клинические проявления в ротовой полости становятся одними из первых симптомов, так называемых тревожных звонков, которые указывают на то или иное заболевание. В нашей тематике мы рассмотрим особенности стоматологического статуса пациентов с онкологическими патологиями разной локализации.

Цель работы:

Изучить частоту встречаемости стоматологических болезней у пациентов с онкопатологией различной этиологии за исследуемый период.

Материалы и методы:

Нами проанализированы данные отчетов стоматологических поликлиник и противоопухолевого центра города Донецка за период 2015-2018 годов. В связи с целью определения стоматологического статуса (индексы КПИ – комплексный пародонтальный индекс, РМА – папиллярно-альвеолярно-маргинальный индекс, ПИ – пародонтальный индекс) и оценки состояния слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта выполнен клинический осмотр пациентов с онкологической патологией разной локализации (кроме больных, получавших лучевую и химиотерапию).

Результаты:

При анализе результатов значений индекса КПИ у онкологических больных была обнаружена декомпенсированная форма кариеса, неза-

висимо от локализации, при этом максимальное значение КПИ отмечалось у пациентов с раком матки, а минимальное — с раком груди. Результатами обследования пациентов с онкологическими заболеваниями различной локализации на предмет выявления патологии слизистой оболочки полости рта стало обнаружение максимальной выявляемости данного патологического процесса среди пациентов с онкологической патологией кожи, а минимальной — при онкопатологии пищевода и гортаноглоточного комплекса. Результатом обследования пациентов с онкологическими заболеваниями различной локализации на предмет выявления патологии тканей пародонта – нами была выявлена высокая распространенность заболеваний пародонта у пациентов с онкологическими заболеваниями (69,5%), чем с другими заболеваниями. Следует отметить, что гингивит встречался в 2 раза чаще пародонтита. Максимальную встречаемость заболеваний пародонта мы наблюдаем у пациентов с онкологическими заболеваниями кожи, минимальная — пищевода и гортаноглотки.

Заключение:

Проведенное нами клиническое исследование позволило выявить декомпенсированную форму кариеса у обследованных пациентов, при этом максимальная интенсивность кариеса регистрируется у пациентов с онкологической патологией матки и желудка. Чаще всего заболевания слизистой оболочки полости рта встречается у больных раком кожи, так же наиболее часто диагностируется гиперплазия нитевидных сосочков и «географический» язык. Различные заболевания пародонта встречаются в 69,5% случаев у пациентов именно с онкопатологией, при этом гингивит диагностируем в 2 раза чаще пародонтита.

Кривоносова Я.Е.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

В соответствии с ч. 1 ст. 14 и ч. 1 ст. 34 Конституции Донецкой Народной Республики (далее – Конституция ДНР), каждый человек имеет право на жизнь, на охрану здоровья и медицинскую помощь. Жизнь и здоровье человека являются наивысшей социальной ценностью любого демократического государства.

В условиях современной действительности, медицина стремительно развивается, что позволяет искать новые пути и методы лечения,

используемые в борьбе с различными заболеваниями. Одним из самых эффективных таких методов является трансплантация.

Развитие трансплантологии позволило эффективно решать многие вопросы, связанные с продлением жизни человека, однако правовое регулирование этого процесса в Донецкой Народной Республике (далее – ДНР) является одной из самых острых проблем.

Один из ведущих специалистов в области

трансплантации профессор Денисов В.К. считает, что развитие трансплантологии является государственно важной проблемой, эффективное решение которой может оказать значительное положительное влияние на будущее нашей Республики, развитие общественных отношений и технологических возможностей. На сегодняшний день в ДНР в пересадке жизненно важных органов ежегодно нуждаются более тысячи пациентов. Только трансплантация может вернуть их к нормальной жизни. Неудовлетворенная потребность в указанной помощи является источником социального напряжения и может нести угрозу государственной безопасности.

Принятие базового Закона ДНР «О здравоохранении» не сняло с повестки дня актуальность вопроса о необходимости принятия соответствующего специализированного нормативно-правового акта (далее – НПА), гарантирующего права и свободы человека при изъятии органов и других анатомических материалов в целях трансплантации.

Цель работы: на основе анализа теоретических положений и законодательства ДНР исследовать проблемы правового регулирования трансплантации в ДНР.

Материал исследования составляют: Конституция ДНР, Закон ДНР «О здравоохранении», другие НПА в сфере трансплантации. Методологической основой исследования являются: диалектический подход, системный анализ обобщение и другие.

Результаты и обсуждение. В настоящий период в ДНР отсутствует специальный закон в обла-

сти трансплантации, в связи с чем, медицинские работники руководствуются украинскими подзаконными актами, распоряжениями и нормами Закона Украины «О трансплантации органов и других анатомических материалов человеку», принятого в 1999 г. Однако данный закон оказался не эффективным и затормозил развитие рассматриваемой сферы. В связи с чем, данная проблема требует безотлагательного решения, поскольку закон о трансплантации является одним из важнейших НПА в медицине, который определяет условия и порядок применения трансплантации как специального метода лечения, обеспечивает соблюдение прав человека и защиту человеческого достоинства при применении трансплантации и осуществлении иной, связанной с ней деятельности.

Известно, что попытки устранения рассматриваемой проблемы были предприняты 19 ноября 2015 года, когда состоялось открытое заседание Комитета Народного Совета ДНР по здравоохранению, охране материнства и детства, на котором был рассмотрен проект Закона ДНР «О трансплантации органов и других анатомических материалов человеку». Однако указанный проект был принят только в первом чтении, а соответственно – данная проблема осталась нерешенной.

Заключение. Подытожив вышеизложенное считаем, что принятие закона ДНР в области трансплантации было бы четким показателем качества и уровня оказания медицинской помощи гражданам и степени развития ДНР как государства.

Кужель М.А., Бочерова В.К.

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

РОЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СНИЖЕНИИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Цель исследования: Определение ведущих направлений в совершении организации медицинской помощи детям первого года жизни.

Материалы и методы: Изучены данные литературы, специализированных интернет источников и материалы статистических сборников за 2015-2018гг. ДНР. Разработана программа экспертной оценки качества организации оказываемой медицинской помощи. Предварительно разработанная программа позволила выявить наиболее типичные дефекты в медицинском обслуживании детей первого года жизни, а так же определить зависимость между ними и уровнем младенческой смертности сопоставлением дан-

ных об организации медицинской помощи, оказываемой «умершим», часто болевшим и здоровым детям до года: расчетом относительных показателей и их достоверности, оценением качества проводимой педиатром «дородового патронажа», организация полноты и комплекса лечения анемии, организация рационального вскармливания, роли своевременного обращения за медицинской помощью, патогенетическое обоснование лечения своевременная госпитализация и проведение реабилитационных мероприятий после выписки из стационара.

Результаты: С помощью коэффициента относительной интенсивности доказано следую-

щее: у часто болеющих детей анемия встречается в 3 раза чаще, а в группе «умерших» – в 5 раз, увеличивая риск умереть в 7,5 раза. Рахит в группе часто болеющих детей диагностируется в 6 раз чаще, чем в группе практически здоровых, увеличивая риск умереть в 12 раз. Рахит и анемии в 60% случаев диагностировали лишь в стационарных условиях после 5-ти месяцев. Нерациональность вскармливания увеличивает риск заболеть в 5 раз, а умереть в 10 раз. Риск умереть, несвоевременность госпитализации увеличилась в 3 раза, более, чем в 6 раз – патогенетическая необходимость лечения и выполнения рекомендаций стационара.

Был проведен статистический анализ и выявлена положительная корреляционная связь между своевременностью специализированного

медицинского обслуживания детей младенческого возраста и соблюдением режима правильного питания и контроля за состоянием здоровья ребенка.

Выводы. 1. В условиях врачебного участка коэффициент относительной интенсивности – простой доказательный метод выявления наиболее значимых рисков в организации медицинской помощи.

2. Несмотря на совершенствование организации медицинской помощи, по-прежнему остается важным влияние на здоровье детей анемий, рахита, а также несвоевременность обращения за медицинской помощью, несвоевременность госпитализации и невыполнения рекомендаций врачей стационара.

Кузнецова И.Е.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк

ВАЖНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ

Актуальность данной темы вызвана тем, что медицинскому праву, которое включает совокупность правовых норм, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности, отведена важная роль и понять ее можно задав вопрос самому себе: «что может быть важнее жизни человека?» Для Донецкой Народной Республики (далее – ДНР) необходимо знание о медицинском праве, так как развитие здравоохранения, которому оно способствует, гарантирует здоровое общество и, соответственно, «здоровое» будущее республики.

Цель работы

Обосновать необходимость правовой регламентации медицинской деятельности и важность введения для подготовки будущих медиков отдельной дисциплины «Медицинское право».

Материалы и методы

Общественные отношения в сфере здравоохранения, охраняемые Донецкой Народной Республикой, регулируются следующими нормативно-правовыми актами: закон ДНР «О здравоохранении», Уголовным кодексом ДНР, Уголовно-процессуальным кодексом ДНР, Гражданским кодексом Украины, Гражданским-процессуальным кодексом Украины и др.

Теоретическую основу исследования составили нормативно-правовая база, научные работы таких учёных, как Обухов О.А., Глашев А.А., Воропаев А.В, и другие.

Методологическую основу исследования со-

ставили: статистический метод, анализ и синтез, дедукция и индукция, сравнительно-правовой метод, обобщение, метод анализа документов.

Результаты и обсуждения

Жизнь человека напрямую зависит от качественной работы «стражей здоровья» – врачей. Для того, чтобы обеспечить это качество, необходимо следить за соблюдением прав медицинских работников, которые, к сожалению, часто нарушаются. Из-за халатности вышестоящих руководства и неосведомлённости самих медицинских работников страдает вся система здравоохранения.

В качестве примера можно привести нынешнюю ситуацию с волной массовых увольнений медицинских работников в Российской Федерации: снижение заработной платы, дополнительные неоплачиваемые рабочие дни, а также сложность и недооценённость самой профессии в целом является важным фактором происходящих событий. Улучшилась бы данная ситуация, если бы медицинские работники чётко знали свои права и умели бы их отстаивать? Думаю, да.

Заметив необходимость современного общества в изучении и регламентации медицинского права, можно прийти к выводу, что медицинское право целесообразно выделить как самостоятельную отрасль национального права. Для этого требуется уделить внимание созданию законодательной базы отрасли. Решительным и необходимым шагом, по нашему мнению, было

бы создание кодекса, который регулировал бы все вопросы охраны здоровья населения. Стоит указать, что существует подобный успешный опыт во Франции, где кодекс «Code de la santé publique» регламентирует все организационно-правовые аспекты деятельности здравоохранения.

Заключение

Закончить бы хотелось многозначительным и уместным высказыванием народного врача СССР О.А. Обухова: «Выпускники медицин-

ских учебных заведений должны иметь хотя бы минимум юридических знаний для квалифицированного и добросовестного выполнения своих обязанностей. Одновременно медицинским работникам необходимо знать, какие правовые последствия влекут или могут повлечь их действия (или бездействие). Только юридические знания дадут врачу возможность обеспечить нормальную работу учреждения здравоохранения, предотвратить действия, наносящие вред здоровью и жизни людей нашего общества».

Кузнецова И.В., Горелов Д.В.

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

ИНДЕКС ГЛОБАЛЬНОГО АНАЭРОБНОГО МЕТАБОЛИЗМА В ПРАКТИКЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Введение: Вопрос оценки глобального анаэробного метаболизма у пациентов активно обсуждается до настоящего времени. Поиск альтернативы существующим критериям, которые не обладают 100% специфичностью (например, лактат) является приоритетной задачей для больных в критических состояниях. Для решения этой проблемы предложен показатель отношения разности парциального давления углекислого газа в вене и артерии к разности концентрации кислорода в них ($\Delta PPO_2/\Delta P_{ont}O_2$).

Цель исследования: определить информативность и прогностическую значимость показателя $\Delta PPO_2/\Delta P_{ont}O_2$ для пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, оперированных в условиях искусственного кровообращения (ИК), на этапе пребывания в отделении интенсивной терапии (ОИТ).

Материалы и методы: Проведено ретроспективное изучение историй болезни пациентов ($n=30$) в возрасте от 39 до 80 лет ($Me=61,0$), из них 13 женщин, 17 мужчин, находившихся на лечении в отделении кардио- и рентгенваскулярной хирургии Донецкого клинического территориально-медицинского объединения и оперированных в условиях ИК по поводу клапанной патологии и ишемической болезни сердца. Средняя длительность пребывания больных в ОИТ – $2,5 \pm 0,37$ (95% ДИ: 2-3). По этой причине анализировали и сравнивали динамику следующих показателей в первые двое суток послеоперационного периода: $\Delta PPO_2/\Delta P_{ont}O_2$, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по методу В.К. Островского, температуры тела (Т), фракции сердечного выброса (ФВ), по данным ЭхоКГ, длительность пребывания больных в ОИТ. Статистическая обработка материала про-

ведена с помощью программного обеспечения Medstat. Использовались непараметрические критерии статистического анализа. Для сравнения центральных тенденций использовался критерий Вилкоксона, для корреляционного анализа – критерий Кендалла.

Результаты исследования: по сравнению с первыми сутками, статистически значимую ($p < 0,01$) положительную динамику из анализируемых показателей имели $\Delta PPO_2/\Delta P_{ont}O_2$ (1-е сут. – $2,05 \pm 0,13$ (95%ДИ: 1,83-2,3), 2-е сут. – $1,735 \pm 0,14$ (95%ДИ: 1,55-1,91). ЛИИ (1-е сут. – $6,4 \pm 0,83$ (95% ДИ: 4,88-8,09), 2-е сут. – $4,88 \pm 0,62$ (95%ДИ: 3,9-5,67)), изменения Т тела в 1-е сут. – $37,6 \pm 0,12$ (95%ДИ: 37,2-37,9) во вторые – $37,25 \pm 0,1$ (95%ДИ: 37-37,4) в изучаемый период были недостоверными. Также не имели статистически значимых отличий показатели ФВ: 1-е сут. – $54\% \pm 2\%$ (95% ДИ: 50%-58%) и на 2-е сут. – $55\% \pm 2\%$ (95%ДИ: 51%-59%). Наличие корреляционной связи ($p < 0,01$, $Tau=0,411$) было обнаружено только между двумя из пяти анализируемых показателей: $\Delta PPO_2/\Delta P_{ont}O_2$ и количеством койко-дней, проведенных в ОИТ. При значении $\Delta PPO_2/\Delta P_{ont}O_2 \leq 1,7$ длительность пребывания в ОИТ не превышала 2-х суток и дальнейший послеоперационный период не сопровождался осложнениями.

Заключение: показатель $\Delta PPO_2/\Delta P_{ont}O_2$ для больных, оперированных на сердце в условиях ИК может быть использован как прогностический критерий целесообразной длительности пребывания в ОИТ. Поиск взаимосвязи между индексом $\Delta PPO_2/\Delta P_{ont}O_2$ и иными маркерами анаэробного метаболизма является задачей дальнейших исследований.

Кузнецова И.В., Потапов В.В., Шраменко Е.К., Зенин О.К.

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

ТЕНЗИОМЕТРИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА СЕРДЦЕ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

На сегодняшний день недостаточно изученным остается динамика изменений тензиометрических свойств сыворотки крови у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, оперированных в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Цель работы

Изучение поверхностного натяжения и дилатационной вязкоупругости сыворотки крови у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и клапанной патологией сердца, оперированных в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Материал и методы:

Исследования поверхностного натяжения и дилатационной вязкоупругости с использованием методов формы капли и пузырька были выполнены с использованием тензиометров PAT-1 и PAT-2 (SINTERFACETechnologies, Берлин, Германия). Анализировали следующие показатели: динамическое поверхностное натяжение при времени адсорбции 100 с (γ), равновесное поверхностное натяжение (время адсорбции 2500 с (γ_{∞})), модуль вязкоупругости (E) при частотах 0,1 и 0,01 Гц и фазовый угол (ϕ) при этих же частотах осцилляций. Исследование проведено у 70 пациентов в возрасте от 49 до 70 лет (средний возраст $62,1 \pm 0,9$ года). По характеру оперативного вмешательства пациенты были разделены на две группы: группа 1 (30 больных) – с приобретенной патологией клапанного аппарата сердца, которым в условиях ИК и умеренной гипотермии были выполнены изолированные/комбинированные операции по протезированию митрального или аортального клапанов механическими протезами; группа 2 (40 больных) – пациенты с ишемической болезнью сердца, которым были выполнены операции по реваскуляризации миокарда (аортокоронарное или аорто-маммарокоронарное шунтирование). Забор крови для исследования производился за

1 час до операции, через 12 часов (1-е сутки) и на 7-е сутки после операции. Группу контроля составили 17 не имеющих хронических заболеваний и активных жалоб человек (средний возраст $61 \pm 1,0$ год).

Результаты и их обсуждение

Изучаемые показатели поверхностного натяжения и дилатационной вязкоупругости сыворотки крови исходно отличались от таковых в контрольной. В первые сутки после операции у пациентов обеих групп выявлено уменьшение показателей динамического при 100 с и равновесного поверхностного натяжения на 6-7 мН/м, что свидетельствует о существенном увеличении содержания в сыворотке больных поверхностно-активных веществ. Из реологических показателей можно отметить значительное увеличение модуля при частоте 0,01 Гц при одновременном уменьшении фазового угла, что свидетельствует о росте поверхностной упругости при практически неизменной поверхностной вязкости. К 7-м суткам тенденция к нормализации модуля E и фазового угла ϕ при частоте 0,01 Гц отмечалась только в первой группе больных: фазовый угол ϕ у здоровых равен $40,2^\circ$, у больных до операции – 35° , а после операции – 39° .

Заключение

Показатели поверхностного натяжения и дилатационной вязкоупругости сыворотки крови у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы отличаются от таковых у здоровых добровольцев. Отмечается статистически достоверное снижение равновесного и динамического поверхностного натяжения по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует об увеличении количества поверхностно-активных веществ. Роль тензиометрических показателей сыворотки крови нуждается в дальнейшем изучении и представляет интерес с точки зрения эффективности массопереноса в системе микроциркуляции.

Кузнецова В.Ю., Федоренко А.Ю., Рудневский Ю.О., Гусев А.И., Анастасиенко Р.В.

Детский клинический центр, Макеевка, ДНР

ТРАНСФУЗИИ ДОНОРСКИХ ТРОМБОЦИТОВ НОВОРОЖДЕННЫМ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Тромбоцитопении у новорожденных могут быть первичными, в основе которых лежат иммунопатологические процессы, и вторичными, развивающимися на фоне различных патологических состояний (внутриутробные инфекции, перинатальные гипоксически-ишемические энцефалопатии, иммунодефициты, геморрагический синдром на фоне недоношенности, незрелости, нарушения внутриутробного развития).

Вне зависимости от первичного или вторичного характера тромбоцитопений основным лечебным мероприятием является купирование геморрагического синдрома. При первичных иммунных тромбоцитопениях, в случаях преимущественно кожного синдрома, проводится консервативная терапия (ангиопротекторы, гемостатики, ингибиторы фибринолиза, иммуносупрессоры, препараты пассивной иммунотерапии). При вторичных тромбоцитопениях проводится терапия основного заболевания. Тромбоцитарный концентрат применяется при жизнеугрожающих состояниях, массивных кровотечениях.

Цель работы

Обобщить опыт применения тромбоцитарного концентрата у новорожденных в отделении интенсивной терапии.

Материал и методы

Случаи тромбоцитопении, требовавшие применения тромбоцитарного концентрата у 18 новорожденных, находившихся на лечении в межрайонном отделении анестезиологии и интенсивной терапии с палатой интенсивной терапии новорожденных Детского клинического центра г. Макеевки в 2015-2019 годах.

Результаты и обсуждение

У 12 из 18 пациентов тромбоцитопения была связана с внутриутробными инфекциями, у 6

была обусловлена течением перинатальных энцефалопатий на фоне недоношенности. Однократное применение тромбоцитарного концентрата позволило в течение 3-5 дней стабилизировать состояние пациентов и перевести их для дальнейшего лечения в отделение патологии новорожденных. Трех детям трансфузия тромбоцитарного концентрата была проведена повторно. При этом не было зафиксировано ни одного случая интра- и посттрансфузионной реакции или осложнения. В связи с тяжелым течением основного заболевания умерло 3 ребенка. Летальные исходы не были связаны с использованием препаратов крови.

Всем пациентам проводилась комплексная терапия для купирования тяжелой энцефалопатии, внутриутробных инфекций, респираторных расстройств с использованием антибиотиков широкого спектра действия, эритропоэтинов, гемостатиков (этамзилат, викасол, канавит, аминокaproновая кислота), ингибиторов протеолитических ферментов (апротинин), донорской карантинной свежемороженой плазмы, препаратов пассивной иммунотерапии.

Заключение

Применение тромбоцитарного концентрата в отделении интенсивной терапии у новорожденных с тромбоцитопенией не сопровождалось нежелательными реакциями, осложнениями, в том числе аллоиммунизацией. Использование тромбоцитарного концентрата позволило сократить длительность лечения пациентов в отделении интенсивной терапии. Таким образом, трансфузии донорских тромбоцитов новорожденным с тромбоцитопенией следует считать эффективным и безопасным методом заместительной терапии.

Кузнецов Н.А., Залюбовская Л.В.

Донецкое клиничко-территориальное медицинское объединение, г. Донецк

АЛГОРИТМ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ХИРУРГОМ ПРИ ТРУДНОМ ВЕНОЗНОМ ДОСТУПЕ ВО ВРЕМЯ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА

Существует ряд объективных причин, которые обуславливают технические трудности выделения вены, пригодной для проведения

эндокардиального электрода (ЭЭ) во время имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС). К ним относятся анатомические особенности, хи-

мио- и лучевая терапия в анамнезе, сниженный тургор сосудистой стенки у пациентов пожилого возраста, варикозно измененные вены, тромбоз v.cerphalica и/или v.subclavia, спаечный процесс в результате ранее перенесенных операций (металлоостесинтез при переломе ключицы). Проблема заключается в том, что о наличии вышеперечисленных особенностей чаще всего становится известно только в процессе выполнения операции, в связи с чем хирургу необходимо иметь четкий предварительный план своих действий при возникновении подобных ситуаций. По этой причине разработка путей оптимизации этапа выделения вены и проведения ЭЭ при имплантации ЭКС является актуальной.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения пациентов с хроническими брадиаритмиями и разработать тактику оперативного вмешательства при наличии трудностей осуществления сосудистого доступа путем венесекции.

Материалы и методы. В отделении кардио- и рентгеноваскулярной хирургии ДоКТМО за 2017-2018 гг. имплантация ЭКС (одно- и двухкамерных) по поводу различных брадиаритмий была выполнена у 562 (342 мужчины и 220 женщин) пациентов, из них – у каждого 5 больного возникли трудности со стандартным венозным доступом и проведением ЭЭ.

Результаты и обсуждение. Проведенный хронометраж этапов операции по имплантации одно- и двухкамерных ЭКС показал, что наиболее вариабельным по времени является этап выделения пригодной для проведения ЭЭ вены. Продолжительность этого этапа тем выше, чем упорнее, не меняя тактики, хирург пытается

методом венесекции выделить вену по продолжению. Альтернативой венесекции v.cerphalica или v.pectoralis является пункция v.subclavia. В изучаемых группах больных v.subclavia sinistra была пунктирована у 98 человек. У 1 пациента возник пневмоторакс, потребовавший дренирования плевральной полости. Кроме того, к числу возможных осложнений при этом сосудистом доступе относятся пункция подключичной артерии и гемоторакс. Если пункция не удается, следующим шагом является применение гибридных технологий по следующей методике (выполнено у 28 пациентов). Суть методики: после введения 20 мл рентген-контрастного вещества управляемый коронарный проводник вводится до верхней полой вены. Катетер Judkins Right проводится в верхнюю полую вену, в нем коронарный проводник меняется на j-проводник, по которому устанавливается разрывной интродьюсер. Если применение данной методики невозможно, хирург выделяет подключичную вену и имплантирует ЭЭ через кисетный шов (выполнено у 4 пациентов; в послеоперационном периоде – у 1 пациента – тромбоз подключичной вены).

В случаях, когда все вышеперечисленные способы невыполнимы, хирург выделяет вену пригодную для проведения ЭЭ с противоположной стороны.

Выводы. Быстрое принятие адекватного решения при наличии трудностей сосудистого доступа для проведения ЭЭ при имплантации ЭКС на основе разработанного алгоритма сокращает длительность операции, что положительно сказывается на снижении рисков инфекционных осложнений.

Кулемзина Т.В., Испанов А.Н.

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

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ПОНЯТИЮ «ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ»

Каждое высшее учебное заведение (ВУЗ) стремится стать ВУЗом здорового образа жизни (ЗОЖ). Как правило, это выражается в развитии волонтерского движения, проведении различных акций, форумов, конгрессов, круглых столов, совещаний, основная цель которых – пропаганда ЗОЖ. С точки зрения системного медицинского подхода профилактика сконцентрирована на ежегодной диспансеризации, медицинском обслуживании обучающихся, улучшении санитарно-гигиенических условий учебных аудиторий и спортивно-оздоровительной работе среди студенческой молодежи.

Стандартные рекомендации касательно ЗОЖ направлены на соблюдение режима дня, отказе от вредных привычек, физической активности и сбалансированному питанию. Здоровье человека – достаточно сложная категория, представляющая собой результирующую условий его существования, ведущих мотивов жизнедеятельности и мироощущения в целом, что является важнейшей мерой качества жизни.

Однако, по нашему мнению (основанному на собственном практическом опыте и традициях мировой медицины) за рамками внимания специалистов по ЗОЖ остаются эффекты, которым

не оказывается должного внимания. К ним относятся: особенности конституции человека, двигательного режима, эффект, оказываемый применением различных нутриентов (чрезмерное употребление приправ, передозировка биологически активных веществ и т.д.), бытовые и социальные условия.

Таким образом, здоровье стандартно определяется качеством медицинской помощи, при чем медицинская помощь рассматривается как процесс лечебный, а не превентивный. А превентивность соотносится с применением вакцинопрофилактики.

Конституциональные особенности (причем, имеется ввиду не только анатомические, но и сочетающиеся с ними психические и ментальные признаки определяют качество трудовых ресурсов, воспроизводство будущих поколений и в определённой степени безопасность государства в целом.

Оптимальным и эффективным являются признаки, основанные на системном подходе, положенном в основу интегративной медицины (ИМ). Одной из составных частей которых является изучение сохранения и восстановления

здоровья. ИМ не только оперирует лечебными методиками (в случае нарушения здоровья), но и дает возможность влиять на общественное здоровье через личное превентивно с использованием здоровьесовосстанавливающих технологий.

Знания о здоровье достаточно универсальны для применения и преподавания в вузах различного профиля (с учетом преподавания основ безопасности жизнедеятельности), так как здоровье – категория не только медицинская, но и социально-экономическая. Исходя из этого, индустрия здоровья базируется на факторах различных сфер деятельности человека, консолидируя их для достижения единой важной цели – сохранения и повышения уровня здоровья населения.

ИМ имеет достаточный арсенал средств и методов формирования у молодого поколения понятия «ценности здоровья» (как необходимого условия успешной трудовой деятельности, финансового благополучия), стремление и умение управлять механизмами саногенеза. ИМ хоть и является направлением здравоохранения, но она структурно касается различных отраслей жизни общества и государства.

Кулемзина Т.В., Красножон С.В.

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

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕДАГОГА КАК ИНДИКАТОР УСПЕШНОСТИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ

Одной из задач подготовки специалиста в медицинском ВУЗе является формирование разносторонней личности. Испокон веков врач относился к интеллигенции, как слою общества. Специфические психологические черты, присущие ей, способствуют тому, что интеллигенция производит, сохраняет и несет в другие социальные слои общечеловеческие ценности и достижения мировой науки. Преподаватель-врач должен служить примером для студентов. Его роль состоит не только в том, чтобы дать знания (уметь донести студентам трудную для восприятия информацию в доступной для понимания форме), но и воспитать студента, будущего врача, как личность.

Цель работы. Проиллюстрировать взаимосвязь качества обучения студентов с конституциональными особенностями педагога – врача.

Материал и методы. Интегративная медицина оперирует понятием «конституциональный тип», включающий соматическую конституцию (врожденную и приобретенную), особенности обмена веществ, склонность к тем или иным

патологическим процессам или заболеваниям, способность определенным образом реагировать на действия различных факторов окружающей среды, а также личностные качества.

Как правило, кадровый педагогический потенциал медицинского ВУЗа пополняется из числа прилежных, ответственных, воспитанных студентов, студенческих лет занимающихся в научных кружках, постигающих азы научной деятельности (что тоже является конституциональной особенностью).

Результаты и обсуждение. Конституция под действием различных внешних факторов (условий труда и быта, жизненной ситуации, социальной и экономической обстановки) подвергается трансформации (с возможной последующей декомпенсацией), причем как психической, так и физической. К слову сказать, с точки зрения интегративности (сочетания восточных и западных подходов в медицине) физический статус есть отражение состояния психических процессов и наоборот. Психическая декомпенсация, с точки зрения официальной медицины, не рассматрива-

ется как патология, если это не сопровождается клиническими проявлениями.

По нашему мнению психологическая декомпенсация, что очень важно для преподавателя, сказывается на качестве подготовки специалистов. При этом, личные обстоятельства накладывают отпечаток на его профессиональную деятельность: нарушается внутреннее равновесие, отсутствует контакт с аудиторией, присоединяется субъективное отношение к студенту.

Необходимо также отметить, что умение сделать что-то преподавателем (как врачом) не всегда равно умению научить сделать это. Не всегда профессионал высокого класса, владеющий высокотехнологическими мануальными навыками, конституционально расположен к умению обучать, и наоборот. Оба эти варианта отражаются на качестве преподавания, нарушается взаимосвязь между методикой и методологией. Для клинических кафедр это особенно важно, т.к. опыт и наглядность выполнения манипуляций являются частью практических занятий.

Психическая трансформация личности преподавателя происходит с возрастом, в результате изменения жизненных и социальных обстоятельств, при приобретении соответствующего статуса (социального, материального, профессионального). Это влияет на коммуникативные способности и профессиональную деятельность педагога (как ключевой фигуры в ВУЗе), способствует возникновению дефицита времени на саморазвитие (вследствие, в т.ч., и роста соци-

ального статуса). Конституциональные особенности предопределяют отсутствие коллегиальности наряду с обсуждением других преподавателей в студенческой аудитории, равно как и игнорирование мнения обучающихся.

Заключение. Таким образом, психологическая декомпенсация и трансформация может способствовать снижению успеваемости студентов, конфликтности в отношениях между студентом и преподавателем, «нежеланию» продолжать обучение в ВУЗе (как следствие, отчисление обучающихся по собственному желанию).

По нашему мнению, качество подготовки будущих специалистов, а в последующем, и качество осуществления ими профессиональной деятельности, является результатом не только профессионализма педагога (умения изложить материал, заинтересовать дисциплиной, мотивировать к обучению, относиться к студенту как к личности, пользоваться авторитетом у студентов), но и личностными качествами преподавателя (врожденными конституциональными особенностями, модифицированными под воздействием социальных и профессиональных факторов жизнедеятельности). Личностное отношение преподавателя к студенту способствует формированию отношения к будущей профессиональной деятельности (как в положительном, так и в отрицательном плане), определяет выбор специальности и формирует воспоминания о студенческих годах в ВУЗе.

Кулемзина Т.В., Криволап Н.В.

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

ПРИНЦИПЫ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ

Любой вид реабилитации является частью восстановительного лечения, в то же время превентивное применение восстановительных технологий с учетом конституциональных особенностей пациента может замедлить прогрессирование патологического процесса и отсрочить оперативное лечение. В широком смысле превентивное восстановление – это не столько лечение, сколько предупреждение возникновения необратимых изменений в суставах.

Методы интегративной медицины применяются на всех этапах восстановительного процесса. Приоритетом является повышение эффективности проводимых мероприятий, сокращение сроков восстановления, рост функциональных возможностей организма, снижение риска воз-

никновения осложнений у пациентов трудоспособного возраста.

Базу восстановительного лечения составляют методы интегративной медицины (ИМ), поскольку позволяют обеспечить стойкий терапевтический эффект за счет комплексного воздействия на организм. После проведения эндопротезирования суставов в восстановительном лечении пациентов персонифицированные комплексные схемы лечения, включающие методы интегративной медицины: рефлексотерапию, фармакопунктуру, кинезотерапию (в том числе восстановление паттерна ходьбы по методу Фельденкрайза, идеомоторную тренировку), массаж и мануальные техники с элементами постизометрической релаксации, физиотерапию с

элементами физиопунктуры, применение комплексных гомеопатических и антигомотоксических препаратов и др. В персонифицированных реабилитационных программах учитываются принципы индивидуальности конституциональных и функциональных характеристик, совместимости применяемых методов между собой и с другими видами лечения, последовательности применения методик, дозирования и адекватности выбранных методов.

Определение конституционального типа пациента (морфологических, функциональных и психологических особенностей, как то наличие проявлений дисплазии соединительной ткани, метаболические нарушения, тип реагирования на факторы патологического процесса, отношения к болезни и лечению) является ключевым моментом для персонификации восстановительных мероприятий. Благодаря знанию типов конституции можно спрогнозировать и течение послеоперационного периода (например, образование келоидных рубцов, возникновение нейропатий), реактивность организма пациента (в том числе, психологическую)

Кулемзина Т.В., Моргун Е.И.

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

ТРАДИЦИОННАЯ ФИЛОСОФИЯ КАК ОСНОВА ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Интегративная медицина это совокупность всех направлений древней и современной медицины, в основе которых лежит системный подход. Восточная медицина с древнейших времен рассматривала человеческий организм как единое целое, неразрывно связанное со средой обитания. Под единым целым понимается некая законченная целостность. Интегративная медицина учитывает все внутренние и внешние связи живого организма, оценивает человека с позиций духа, души, энергетики, соматики, природных условий его пребывания. В древности философия была наукой, включающей все отрасли знания в качестве составных частей. На протяжении всей истории человечества философия и медицина находятся в неразрывной связи друг с другом. Врачам древности вменялось в обязанность знание философии. Еще в древности ученые Китая, Тибета, Индии, Египта, Греции и других стран представляли, что человек построен из той же материи, что и Вселенная, своим образом подобен ей, находится под влиянием сил, властвующих в природе, подчинен ее закономерностям. Человек – часть природы

Персонификация предрасполагает к дифференцированному подходу к количеству, последовательности процедур, их кратности и длительности. Таким образом, схема восстановительного лечения строится следующим образом: диагноз тип конституции средства и методы воздействия момент начала восстановительного лечения персонифицированная схема восстановительного лечения длительность реабилитационного процесса. Эффективность восстановительного процесса на основе принципов интегративной медицины основана на принципах доказательности и подтверждена 30-летним опытом применения указанных схем восстановительного лечения.

Таким образом, медико-социальное значение восстановительной мероприятий состоит в создании системы восстановления и превентивной реабилитации в послеоперационном периоде, что способствует купированию осложнений, оптимальному повышению функциональных возможностей и повышению качества жизни пациентов.

Земли и Вселенной. В этой единой системе все взаимосвязано и взаимозависимо. Структурное единство отражен в теории сил ян-инь и основанной на ней циклической системе у-син. Эту схему организации древнекитайские медики перенесли на человека, очертили взаимосвязь между элементами у-син и отдельными органами человеческого организма, каждой физиологической и психологической функцией. Согласно теории древнекитайской медицины жизненная энергия (ци), присутствует в каждом организме, однако у каждого конституционального типа энергетический потенциал различен: в основном определяется наследственностью (генотипом) и фенотипом индивидуума. Наследственная конституция – очень важный фактор в здоровье и болезни, что подтверждено современной иммунологией. Однако, многое зависит от образа жизни и от умения гармонично сосуществовать, взаимодействовать с окружающим миром. Мир, общество и организм человека рассматриваются как единый комплекс соответствий. Состояние здоровья человека также в значительной мере определяется социальными условиями. Един-

ство инь-ян связывает различные части тела и органы человека как в функциональном, так и в морфологическом смысле. Каждый конституциональный тип со всей совокупностью своих индивидуальных особенностей (характер, темперамент и др.) может относиться к инь или ян типу, однако не всегда имеет место полное соответствие. Чаще всего в человеке преобладают иньские или янские тенденции. Все физиологические процессы в организме находятся во взаимозависимости. Основы физиологических функций организма – это основы взаимодействия инь и ян, вся жизнь человека неразрывно связана с инь и ян. Непременным условием здоровья является равновесие инь-ян. Причина всех болезней в нарушении этого равновесия. Инь и ян могут переходить в друг друга, превращаться в собственную противоположность. Этим объясняется изменение симптомов болезней, этапность проявлений. Признаки ян могут переходить в признаки инь. основополагающим принципом лечения в восточной медицине является укрепление организма и профилактика

возможных заболеваний у конкретного пациента. Важно было заподозрить предрасположенность пациента к какой-либо болезни, диагностировать заболевание на самых ранних этапах его развития (предболезни), а затем, используя простые методы лечения (диета, фитотерапия, массаж и др.) добиться сохранения здоровья. Терапевтическое воздействие в данном случае скорее профилактическое. В случае хронических заболеваний болезненные проявления интерпретировались с определением ведущих симптомов – ян-симптомы и инь-симптомы. Лечение было направлено на «корень» заболевания, восстановление баланса инь-ян. Восстановление нарушенного равновесия и поддержание защитных сил может быть сопоставлено с современной теорией поддержания гомеостаза и гомеокинеза. Интегративная медицина рассматривает отдельные патологические процессы у пациента с позиции целостности его организма. Аналогичный подход обеспечивает применение древнекитайского понятия инь-ян.

Кулемзина Т.В., Папков В.Е.

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

К ВОПРОСУ О ПРЕВЕНТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Психическое здоровье, согласно определению ВОЗ, это состояние благополучия, при котором человек реализует свой потенциал, справляется с обычными жизненными стрессами, продуктивно работает и вносит вклад в жизнь своего сообщества.

Любая чрезвычайная антропогенная ситуация, и, особенно локальный военный конфликт, оказывает разрушающее действие на психическое здоровье населения. При этом распространенность нарушений психического здоровья на территориях, вовлеченных в зону антропогенной чрезвычайной ситуации – локального военного конфликта, среди мирного населения составляет свыше 90.

Однако, как показывает опыт по оказанию квалифицированной помощи в сфере психического здоровья, подавляющее количество нуждающихся (99%) ее не получает, поскольку количество соответствующих медицинских специалистов регламентировано требованиями обычного мирного времени.

Поскольку нарушения психического здоровья имеются практически у всех жителей оказавшихся на территории военного конфликта, то

прагматически представляется целесообразным приравнять такой статус постоянного проживания к статусу лица имеющего установленные психические нарушения, а применение мер по превентивной реабилитации психического здоровья, целесообразно осуществлять, минуя этап обращения к узким специалистам – психиатрам (спецификой работы которых является помощь лицам с «обычной» психиатрической патологией).

Иначе говоря, всех лиц, постоянно проживающих на территориях локального военного конфликта, имеющих какую либо соматическую патологию, следует рассматривать как психосоматических пациентов.

Практически каждый житель таких территорий, помимо острого стресса, находится под воздействием хронических стрессово-депривационных факторов, связанных с резким обеднением круга общения, как в личном (семейном), так и в профессиональном планах.

Особую сложность этих проблем психики создает хронизация и аддитивность этих стрессово-депривационных моментов, в силу постепенного и длительного их нарастания, что, в

свою очередь, не позволяет ни пациенту, ни контактирующим с ним «обычным» медицинским специалистам, работающим на соматическом уровне, обнаружить связь этих психосоматических расстройств с окружающими условиями, так как их медленное нарастание оказывается за пределами восприятия как самих пострадавших, так и медицинских специалистов, оказывающих им помощь на уровне соматики.

Каждое соматическое расстройство у данных лиц отягощено соответствующим фоном психического посттравматического синдрома хронического стрессового расстройства (ПТСР).

Практически каждый житель регионов, находящихся в зоне чрезвычайной ситуации (локального военного конфликта) уже имеет в структуре психосоматического статуса те или иные

проявления ПТСР, что, соответственно, может резко утяжелять как соматические заболевания, с соответствующим ухудшением прогноза, так и пограничные расстройства личности, с «внезапным» возникновением суицидального статуса.

В силу указанных причин сроки реабилитации психического здоровья в отношении населения должны предполагать превентивный всеобщий – тотальный характер и начинаться практически сразу же в момент возникновения чрезвычайной ситуации. И, соответственно, проводится всеми без исключения медицинскими специалистами, что, в свою очередь, должно предполагать организацию соответствующих мер по повышению уровня квалификации в области превентивной реабилитации психического здоровья.

Куницкий Ю.Л.

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

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С НЕОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

В основу работы положен опыт хирургического лечения 350 больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ), сочетанной с неопухолевыми заболеваниями органов панкреатодуоденальной системы, а именно язвенной болезнью и панкреатитом. Контрольную группу составили 142, основную 208 больных. Основным заболеванием считали ЖКБ и ее осложнения. Возраст больных основной группы вариировал от 27 до 89(60,0±4,9) лет. Мужчин было 95(45,7%), женщин-113(54,3%). В плановом порядке госпитализированы 75(36,1%), в неотложном – 113(63,9%) больных. Длительность основного заболевания вариировала от 1 месяца до 30 (5,3±6,6) лет, ургентных больных от 3,5 до 144(43,4±5,4) часов. Хронический калькулезный холецистит имел место у 75(36,1%), острый калькулезный холецистит у 65(31,3%), ЖКБ, вторичный билиарный панкреатит у 42(20,3%), ЖКБ, холедохолитиаз, механическая желтуха у 26(12,5%) больных. Перитонит у больных основной группы диагностирован у 22(16,5%), механическая желтуха у 37(17,8%), холангит у 14(10,5%) больных. Сочетанная язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки подтверждена у 168(80,8%), язвенная болезнь желудка у 13(6,3%). В анамнезе 29(13,9%) больных перенесли операции по поводу различных осложнений язвенной болезни. Язвенная болезнь в стадии обострения на момент госпитализации диа-

гностирована у 61(29,3%) больного. У 98(47,1%) больных отмечено бессимптомное течение основного и сочетанных заболеваний в различных комбинациях, что в ряде случаев привело к диагностическим ошибкам и развитию осложнений. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 19(27,9%) больных контрольной группы в виде острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) язвенного происхождения через 3,5±4,3 суток после операции. Оно остановлено консервативно с учетом эндоскопических методов гемостаза. На основании анализа осложнений у больных контрольной группы выявлены факторы хирургического риска развития осложнений со стороны сочетанных язвенной болезни и панкреатита, разработаны меры их профилактики.

При хирургическом лечении больных основной группы разработан индивидуальный комплексный подход к хирургическому лечению больных данной категории, в основе которого лежит использование симультанных и этапных операций с дифференцированным их применением, выполнением миниинвазивных вмешательств. Симультанные операции по поводу сочетанной язвенной болезни у больных основной группы выполняли при осложненных формах и высоком риске развития осложнений с ее стороны. Миниинвазивные хирургические вмешательства у больных основной группы выпол-

нены у 101(48,6%), симультанные операции у 74(35,6%) больных. Лапароскопические симультанные (19-25,7%), этапные оперативные вмешательства 23(17,3%) выполнены у 42(59,2%) больных. Разработанный индивидуальный комплексный подход к хирургическому лечению

больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы позволил уменьшить количество осложнений со стороны сочетанной язвенной болезни и панкреатита у больных основной группы в ближайшем послеоперационном периоде с 27,9% до 1,4%.

Куницкий Ю.Л., Гринцов А.Г., Колесников А.Н., Гончаров В.В., Куницкая Е.В.

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

РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТРЕССА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Исследованы 195 больных. I группа: больные с сочетанием желчнокаменной (ЖКБ), язвенной болезнью и панкреатитом (n =177). Возраст больных – от 27 до 82(50,4±3,7) лет. Мужчин было 83(46,9%), женщин-94(53,1%). Хронический калькулезный холецистит имел место у 53(29,9%), острый калькулезный холецистит у 69(39,0%), механическая желтуха у 55(31,1%) больных, перитонит имел место у 20(29,0%), холангит у 15(8,5%) больных. Сочетанная язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) выявлена у 136(74,0%) у 5 из них в сочетании со вторичной язвой желудка, язвенная болезнь желудка – у 14(7,9%), вторичный панкреатит у 177(100,0%) больных. 33(18,6%) больных в прошлом перенесли операции по поводу различных осложнений язвенной болезни. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 18(28,6%) больных контрольной группы в виде острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) язвенного генеза через 3,5+4,3 суток после операции. Оно остановлено консервативно с учетом эндоскопических методов гемостаза. 2 группа: 18 больных. Мужчин было 8(44,4%), женщин-10(55,6%). Возраст больных варьировал от 31 до 84(65,9±5,9) лет. а) больные с синдромом тяжелой интоксикации (n=14): (мочекаменная болезнь, уросепсис, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, острая задержка мочевого выделения-3, колоректальный рак, осложненный перфорацией, разлитым каловым перитонитом-3, острая сосудистая недостаточность кишечника (тромбоз мезентериальных сосудов)-1, атеросклеротическая гангрена ног-3, инфекционный менингит-1. бульозно-некротическая форма рожи с тотальным поражением ноги-1, острая кишечная непроходимость в стадии декомпенсации-1, прикрытая перфорация язвы ДПК с формированием подпеченочно-

го абсцесса-1). Осложнения со стороны органов ГПДС были следующими: 1. ОЖКК развилось в 5 больных в сроки от 2 до 4(2,6±11,7) суток; 2. перфорация язвы ДПК у 4 больных в сроки от 1 до 4(2,3±12,7) суток. Панкреонекроз диагностирован у 1 больной.

б). больные, перенесшие тяжелую сочетанную травму(n=4), ведущей из которых были: множественный перелом костей таза (n=1), оскольчатый открытый перелом левого бедра (n=1), перелом шейки левого бедра (n=1), повреждения позвоночника (n=1). У всех больных сочетанная травма сопровождалась травматическим шоком тяжелой степени. Осложнения со стороны органов ГПДС были следующими: острый деструктивный калькулезный холецистит развился у 3 больных в сроки от 7 к 8(7,6±14,7) суток, в 1 больной перфорация язвы ДПК развилась на 6 сутки после протезирования тазобедренного сустава. Среди больных данной группы (n=18) по поводу основного заболевания оперированы 17, умерло 7(38,9%) больных от осложнений со стороны органов ГПДС. При исследовании биохимических показателей в предоперационном периоде у больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС уровень α -амилазы крови составил 89-2014(1053±8,7) ед. у всех без исключения больных. При политравме, синдроме интоксикации, острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и сосудистых поражениях магистральных сосудов возникновение осложнений со стороны органов гепатопанкреатодуоденальной системы являются проявлением хирургического стресса. «Повреждающий фактор» реализуются через центральную нервную систему, активацию желез внутренней и внешней секреции, в том числе ферментов поджелудочной железы.

Курдакова Д.В.1, Пенина Г.О.2

1 Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко», г. Санкт-Петербург, Россия

2 ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НА ПРИМЕРЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В ГОРОДЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Целью настоящей работы явилось изучение структуры заболеваемости дисциркуляторной энцефалопатией (код в МКБ 10 I67.2 и I67.4) на примере статистических данных СПб ГБУЗ «Городская больница № 26» за пять лет.

Всего за период с 01.01.2012г. по 31.12.2016г. пролечено 4493 человека. При этом за 2012г. – 668 человек (15%), за 2013г. – 701 человек (15,6%), за 2014г. – 751 человек (16,7%), за 2015г. – 1040 человек (23%), за 2016г. – 1333 чел (29,7%).

За 2012г. пролечено 196 мужчин (29,3%) и 472 женщины (70,7%). Все пациенты по возрасту были разделены на 2 группы: 1я группа – с 18 до 59 лет, 2я группа – с 60 лет и старше. Таким образом, распределение по возрастам получилось следующее: с 18 до 59 лет – 250 чел (37,4%), с 60 лет и старше – 418 чел (62,6%). Код МКБ 10 I67.2 (церебральный атеросклероз) указывается, как причина развития дисциркуляторной энцефалопатии у 490 чел (73,4%), I67.4 (гипертензивная энцефалопатия) – у 178 чел (26,6%). Умерло за год 12 чел. (1,8%).

За 2013г. пролечено 236 мужчин (33,7%) и 465 женщин (66,3%). Распределение по возрастам следующее: с 18 до 59 лет – 241 чел (34,4%), с 60 лет и старше – 460 чел (65,6%). Код МКБ 10 I67.2 (церебральный атеросклероз) указывается, как причина развития дисциркуляторной энцефалопатии у 532 чел (75,9%), I67.4 (гипертензивная энцефалопатия) – у 169 чел (24,1%). Умерло за год 12 чел (1,6%).

За 2014г. пролечено 33,9% мужчин и 443 женщины (66,1%). Распределение по возрастам: с 18 до 59 лет – 31,3%, с 60 лет и старше – 456 чел (68,7%). Код МКБ 10 I67.2 (церебральный атеросклероз) встречается у 555 чел (74%), I67.4 (гипертензивная энцефалопатия) – у 196 чел (26%). Умерло за год 13 чел (1,7%).

Из пролеченных за 2015г. 31% мужчин и 69% женщин. При этом с 18 до 59 лет пролечилось 32,5% пациентов, с 60 лет и старше – 67,5%. Код МКБ 10 I67.2 (церебральный атеросклероз) указывается, как причина развития дисциркуляторной энцефалопатии у 578 чел (55,6%), I67.4 (гипертензивная энцефалопатия) – у 462 чел (44,4%). Умерло за год 1 чел (0,1%).

За 2016г. пролечено 442 мужчин (33,2%) и 891 женщины (66,8%). Из них с 18 до 59 лет – 29%, с 60 лет и старше – 71%. Код МКБ 10 I67.2 (церебральный атеросклероз) встречается у 638 чел (47,9%), I67.4 (гипертензивная энцефалопатия) – у 695 чел (52,1%). Умерло за год 23 чел (1,7%).

И за 2017г. пролечено 481 мужчин (32,4%) и 1003 женщины (67,6%). Из них с 18 до 59 лет – 26,1%, с 60 лет и старше – 73,6%. Код МКБ 10 I67.2 (церебральный атеросклероз) встречается у 827 чел (55,7%), I67.4 (гипертензивная энцефалопатия) – у 657 чел (44,3%). Умерло за год 44 чел (3%).

Таким образом, можно говорить о неуклонном росте заболеваемости населения хроническими цереброваскулярными заболеваниями, в частности дисциркуляторной энцефалопатией. За исследуемый период времени количество госпитализированных больных в стационары выросло в два раза. Женщины были госпитализированы чаще, чем мужчины. Лица старше 60 лет страдают дисциркуляторной энцефалопатией чаще в два, а то и три раза, чем лица трудоспособного возраста. Доля гипертонической энцефалопатии по сравнению с церебральным атеросклерозом как причина развития дисциркуляторной энцефалопатией за исследуемый промежуток времени также выросла. Смертность пациентов, поступающих с хронической ишемией мозга, находится на неизменно низком уровне.

Куркурин К.К.

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

НАРУШЕНИЯ СНА У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Введение. Значение сна для ребенка невозможно переоценить: выделение гормона роста, функционирование иммунной системы, энергетическое восстановление нейронов и т.д. В некоторых исследованиях были получены данные, что дефицит сна увеличивает риск развития избыточного веса у детей.

Цель. Изучение влияния короткого сна на риск формирования избыточной массы тела (ИМТ) у детей.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 32 ребенка (20 мальчиков и 12 девочек) в возрасте от 10 до 17 лет с ИМТ. Комплекс обследования включал проведение антропометрии, оценку показателей вегетативного и психоэмоционального статуса, качества сна, лабораторные и инструментальные методы исследования по показаниям. Уровень физического развития оценивали согласно центильным таблицам, о состоянии вегетативной нервной системы судили на основании данных исходного вегетативного тонуса по клиническим таблицам А.М. Вейна, модифицированным для детского возраста, опросника В.В. Седнева с анализом по шкале «вегетативные расстройства»; цветового теста Люшера. Качество сна оценивали путем анкетирования по собственной методике.

Результаты. Дефицит сна был констатирован у 25 (78,1%) пациентов с ИМТ: 21 (65,6%) ребенок укладывался в постель позже 22 часов, из них 11 (34,4%) чел. – позже 23 часов, 7 (21,9%) чел. – около 12 часов ночи, и 3 (9,4%) чел. – около 1 часа ночи. 22 (68,8%) пациента засыпали позже, чем через 15 мин. и имели продолжительность ночного сна менее 7 часов, 12 (37,5%) детей просыпались в течение ночи, более 50%

обследованных имели неудовлетворительное качество сна и утреннего пробуждения. У 24 (75%) обследованных отмечались различные поведенческие особенности в дневное время суток: повышенный уровень тревожности (14 (43,8%) чел.), астении (8 (25%) чел.), конфликтности (11 (34,3%) чел.), депрессии (2 (6,3%) чел.).

Обсуждение. Понятно, что уменьшение времени и качества сна может нарушать синтез и секрецию некоторых гормонов, в частности менять механизмы работы гипоталамуса, ответственные за регуляцию аппетита и расход энергии. Также при дестабилизации ритма сон-бодрствование происходит одновременная работа обоих отделов вегетативной нервной системы и развитие «автономного конфуза». Вследствие указанного угнетается функция и секреция мелатонина, повышается уровень глюкозы и триглицеридов за счет атерогенных фракций, увеличивается синтез и секреция пролактина, усиливается образование активных форм кислорода. В длительной перспективе это приводит к стимуляции атеросклероза, развитию артериальной гипертензии, снижению толерантности к глюкозе, повышению массы тела, психоэмоциональным нарушениям.

Выводы. Дефицит сна имеют 78,1% детей с ИМТ, что приводит к уменьшению концентрации внимания, настроения, мотивации к обучению, повышенной сонливости днем. Разного рода отклонения психоэмоционального статуса имеют 75% пациентов, что является основой для развития психосоматических нарушений. Указанное свидетельствует о необходимости коррекции качества сна у детей данной группы.

Курьшева О.А.

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

ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ УВЕЛИЧЕННОЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) на протяжении многих лет по числу случаев в педиатрической практике превосходят все другие инфекционные заболевания вместе взятые. Одним из пограничных фоновых состояний, сопровождающихся морфофункциональной не-

зрелостью органов и систем, является синдром увеличенной вилочковой железы (СУВЖ). Особенности течения ОРВИ у детей с СУВЖ связаны с наличием у больных иммунодефицитного состояния и дисрегуляторной эндокринопатии.

Целью работы. Изучить особенности течения ОРВИ у детей с СУВЖ.

Материалы и методы исследования. Основную группу составили 53 ребенка с СУВЖ, которые переносили осложненную форму ОРВИ в возрасте от 1 месяца до 3 лет. Двнная группа пациентов находилась на стационарном лечении в Городской детской клинической больнице № 2 г. Донецка. В группу сравнения были включены 25 детей с СУВЖ без проявлений ОРВИ в течение последних 3 месяцев. Диагноз был верифицирован на основании тщательного изучения жалоб, анамнеза заболевания и жизни, результатов объективного обследования, дополнительных клинико-лабораторных исследований. СУВЖ устанавливался по данным рентгенограммы органов грудной клетки, путем определения кардио-тимико-торакального индекса. Для определения уровня кортизола использовался радиоиммунологический метод. Статистическая обработка данных проводилась с использованием общепринятых непараметрических методов с помощью программы MS Excel, лицензионных статистических программ Biostat и Statistica 6.0. Достоверными считались различия между группами при вероятности ошибки менее 5% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. В течении антенатального и интранатального периодов у пациентов были выявлены неблагоприятные факторы, среди которых преобладали следующие: угроза прерывания беременности – $43,2 \pm 4,6\%$, преэклампсия различной степени тяжести – $35,6 \pm 4,4\%$, анемия беременных – $26,3 \pm 4,1\%$, острые респираторные заболевания перенесенные во время беременности – $23,7 \pm 3,9\%$, родоразрешение путем кесарева сечения – $28,8 \pm 4,2\%$, слабость родовой деятельности с дальнейшей родостимуляцией – $22,0 \pm 3,8\%$. Следует отметить, что в основной

группе данные факторы выявлялись достоверно чаще. Неблагоприятное течение ante- и интранатального периодов может влиять на состояние иммунорезистентности. Доказательством этого служит тот факт, что такие дети чаще болели: $74,3\%$ детей ранее уже переносили ОРВИ, а $29,5\%$ из них – более чем 2 раза.

В $41,4 \pm 3,6\%$, случаев у детей основной группы регистрировался обструктивный бронхит. В основной группе пневмония имела место у $24,3 \pm 3,6\%$ обследуемых пациентов, острый бронхит – $18,6 \pm 4,6\%$, стенозирующий ларинготрахеит – $12,5 \pm 3,4\%$. Среди особенностей течения ОРВИ у детей с СУВЖ отмечена склонность к развитию бронхообструктивного синдрома.

При исследовании уровня кортизола была выявлена разница уровня данного гормона в зависимости от осложнений ОРВИ. Нормальные показатели исследуемого гормона наблюдались в остром периоде ОРВИ, осложнившейся бронхитом – $434,3 \pm 29,4$ нмоль/мл. В группе больных пневмонией зарегистрировано компенсаторное повышение уровня кортизола – $793,2 \pm 3,0$ нмоль/мл ($p < 0,05$). При обструктивном бронхите в остром периоде отмечена только тенденция к увеличению концентрации кортизола в крови – $574,6 \pm 17,4$ нмоль/мл.

Заключение. Таким образом, наличие СУВЖ у может приводить к развитию различных осложнений ОРВИ, которые возникают на ранних этапах болезни и имеют тяжелое и затяжное течение. Изучение функционального состояния надпочечников детей с СУВЖ позволяет предположить эндогенную недостаточность кортизола, что обуславливает необходимость индивидуального подхода в лечении данных пациентов.

Курьшева О.А., Якимчук Н.В., Конкина М.Н., Баева В.Г.

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

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ УВЕЛИЧЕННОЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Несмотря на множество исследований, проведенных в разные годы в изучении причин возникновения желтухи у новорожденных, актуальность данной проблемы не уменьшается. В последние годы гипербилирубинемия у новорожденных все чаще протекает с высоким уровнем билирубина в сыворотке крови и принимает затяжное течение.

Одним из факторов, пролонгирующих течение неонатальной желтухи, может быть синдром увеличенной вилочковой железы (СУВЖ)

и транзиторный дистиреоз, как один из составляющих данного синдрома. Иммунодефицит определяет повышенную чувствительность к инфекционно-аллергическим заболеваниям, протекающих с гипоксическим компонентом и ацидозом. В условиях данных патологических состояний задерживается становление глюкуро-нилтрансферазной системы печени, наступает диссоциация комплекса билирубин-альбумин, что приводит к повышению уровня непрямого билирубина в сыворотке крови. С современных

позиций неонатальный транзиторный дистиреоз при СУВЖ трактуется как преходящее нарушение адаптации гипофизарно-тиреоидной системы новорожденных в постнатальный период и проявляется тиреоидной недостаточностью и компенсаторной гипертиреотропинемией, что задерживает становление глюкуронилтрансферазной системы печени.

Цель работы. Оптимизация ведения неонатальных желтух с пролонгированным течением у детей с СУВЖ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 34 ребенка с пролонгированной неонатальной желтухой, находившихся на стационарном лечении в КУ «ГДКБ № 1 г. Донецка». В работе использованы общеклинические и инструментально-лабораторные методы исследования: нейросонографическое исследование головного мозга, ультразвуковое исследование вилочковой железы, эхокардиографическое и электрокардиографическое исследования сердца, клинический и биохимический анализы крови, определение уровней гормонов гипофиза, щитовидной железы радиоиммунологическим методом.

Результаты и обсуждение. По данным анамнеза у 75,4% будущих матерей выявлялись очаги хронической инфекции. Из клинических симптомов СУВЖ у обследуемых детей были обнаружены следующие: большой вес при рождении (38,1%), гиперстеническое телосложение (52,6%), паратрофия I-II степени (53,3%), ограничение разведения в тазобедренных суставах

и пупочная грыжа соответственно у 21,5% и 16,7% пациентов. По данным нейросонографического исследования у всех пациентов выявлено гипоксическое поражение центральной нервной системы. СУВЖ по данным ультразвукового исследования выявлялся у всех обследуемых детей, при этом преобладала гиперплазия вилочковой железы II-III степени. У 42,8% детей по данным эхокардиографии регистрировались проявления диспластической кардиопатии. Синдром гиподинамии миокарда по данным электрокардиографии выявлялся у 37,9% детей. Особенностью клинического анализа крови было наличие лимфоцитоза (92,3%) и эозинофилии (64,5%). При биохимическом исследовании крови у всех детей (100%) выявлено повышение уровня непрямого билирубина, среднее значение этого показателя составило 107,7 мкмоль/л. По данным радиоиммунологического исследования гормонов гипофиза и щитовидной железы у 35,7% детей наблюдалось повышение уровня тиреотропного гормона. В 40,5% случаев дети имели низкий уровень трийодтиронина. В 35,2% случаев регистрировалось снижение уровня тироксина.

Заключение. Таким образом, СУВЖ и транзиторный дистиреоз являются преморбидным фоном для пролонгированного течения неонатальных желтух. Оптимизация профилактики неблагоприятных факторов будет обуславливать снижение частоты неонатальных желтух, предупреждать пролонгированное течение данной патологии.

Кустов Д.Ю.

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

ВЛИЯНИЕ ОВАРИЭКТОМИИ НА ЛЕЙКОЦИТАРНУЮ ФОРМУЛУ КРОВИ КРЫС С МОДЕЛЬЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ДО И ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ

Ревматоидный артрит (РА) одно из наиболее распространенных заболеваний взрослого населения мира. РА – хроническое аутоиммунное системное воспалительное заболевание соединительной ткани с подавляющим повреждением суставов по типу эрозивно-деструктивного прогрессивного полиартрита. Более одного процента жителей планеты, преимущественно женского пола, болеет ревматоидным артритом.

Несмотря на множество схем лечения и разработку традиционного метода, с включением глюкокортикоидов и цитостатиков, эффективность терапии РА является недостаточной. При этом аутоиммунный характер заболевания предусматривает введение иммунокорректирующей те-

рапии, направленной на подавление иммунного воспаления у больных. Однако, именно вопрос взаимодействия и функции иммунокомпетентных клеток, отвечающих за развитие иммунного воспаления, в конечном итоге остаются малоизученными, а имеющиеся экспериментальные и клинические данные, посвященные их изучению, противоречивыми. Оценка лейкоформулы у больных РА является актуальной, т.к. до сих пор существуют разногласия по особенностям влияния показателей системы иммунитета, представителями которой при данной патологии являются все форменные элементы крови, на развитие заболевания.

Женщины в большей мере, чем мужчины,

склонны к аутоиммунным заболеваниям. Так, частота заболевания среди женщин рассеянным склерозом, РА в 3 раза, системной красной волчанкой в 9 раз выше, чем мужчин. И хотя причины такой закономерности пока полностью не установлены, выявлено влияние, которое оказывают различные половые гормоны на течение аутоиммунной патологии. Так установлено, что эстрогены стимулируют продукцию аутоантител у мышей с системной красной волчанкой, а введение антиэстрогеновых веществ подавляет этот процесс. В опытах на мышах было выявлено, что природные и синтетические эстрогены являются мощными стимуляторами фагоцитарной функции макрофагальной системы. Сложным является и действие половых гормонов на иммунные свойства лимфоцитов. Иммуносупрессивные

свойства больших доз эстрогенов проявлялись в опытах *in vivo*. Имеющиеся данные говорят о разнонаправленном действии эстрогенов – стимуляции фагоцитарных и угнетении лимфоцитарных реакций.

В наших экспериментах было показано, что развитие РА приводит к достоверному снижению уровня гранулоцитов и моноцитов, при значительном увеличении количества лимфоцитов. Овариэктомия оказывала нормализующее действие на лейкоформулу, а действие нейротропных препаратов (мелатонин, флуоксетин) и стволовых клеток по отдельности и в комбинации было более выраженным у овариэктомированных крыс с РА, чем у животных с сохраненными яичниками.

Кустов Д.Ю.

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

ИЗМЕНЕНИЕ КАРТИНЫ БЕЛОЙ КРОВИ У САМЦОВ БЕЛЫХ КРЫС С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, СОПРЯЖЕННЫМ С ГИПОФУНКЦИЕЙ ГОНАД ДО И ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ

Невзирая на значительное количество теорий этиопатогенеза ревматоидного артрита (РА), ни одна из них не получила общего признания, что, соответственно, предопределяет и отсутствие эффективных средств лечения. Доказано, что в основе патогенеза РА лежат аутоиммунные процессы. Признаки иммунного воспаления наблюдаются в крови больных РА, что, по данным многих исследований, проявляется в увеличении содержания субпопуляции Т-лимфоцитов хелперов, дефиците Т-лимфоцитов супрессоров, увеличении уровня циркулирующих иммунных комплексов. В противовес этому в последнее время появились публикации относительно развития недостаточности системы иммунитета в случае аутоиммунного процесса у больных РА.

Исследование лейкограммы является одним из недорогих, но достоверных и ценных методов исследования, отображающих гомеостаз организма. Это относится прежде всего к гомеостазу клеточного звена иммунитета, поскольку все форменные элементы крови и продуцируемые ими цитокины принимают участие в формировании и реализации иммунного ответа. Изучение особенностей лейкограммы у больных РА и на сегодняшний день является актуальным, потому что в вопросе о показателях системы иммунитета, представителями которой при данной патологии являются все форменные элементы крови, существуют разногласия. Исследование показателей лейкограммы периферической

крови может быть использовано как предварительный метод оценки состояния системы иммунитета, особенно в тех случаях, когда иные исследования недоступны или не выполняются. Особенности изменения лейкограммы больных РА также могут быть использованы как дополнительный критерий оценки состояния больных и эффективности их лечения.

Замечено, что течение некоторых аутоиммунных заболеваний у женщин тяжелее, чем у мужчин. Причины такой закономерности к настоящему времени полностью не установлены. Показано, что гормональный статус оказывает заметное влияние на характер иммунореактивности организма. Под воздействием дегидроэпиандростерона и андростендиона отмечено преобладание иммуносупрессирующих глюкокортикоидоподобных эффектов.

Анализ лейкограммы в нашем эксперименте показал, что развитие РА достоверно повышает уровень лимфоцитов (Л) и снижает уровень сегментоядерных нейтрофилов (СН). Гонадэктомия у таких животных вызывала еще большее снижение СН и повышение Л. Применение нейротропных препаратов (флуоксетин, мелатонин), стволовых клеток и их комбинации в различной степени, но достаточно эффективно, корректировало показатели лейкоформулы у животных с сохраненными семенниками, в то время как аналогичная терапия у гонаддефицитных крыс оказывала менее выраженное действие.

Кустов Д.Ю., Сивенкова Е.В., Валигун Я.С.

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

ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ КРЫС В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ ИНДУЦИРОВАННОГО АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ДО И ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ СЕРОТОНИНОМ

Аутоиммунный тиреозидт (АИТ) наиболее часто встречающееся заболевание щитовидной железы (ЩЖ), распространенность которого, среди взрослого населения составляет от 6 до 11%. Особенностью, а так же сложностью диагностики АИТ является смена фазы тиреотоксикоза на фазу гипотиреоза с промежуточной фазой; в частности, такое течение заболевания характерно для послеродового тиреозидта, который встречается примерно у 5-6% женщин. Причем длительность этих фаз зависит от многих факторов (например, от состояния иммунитета), и носит индивидуальный характер. На начальных этапах заболевания клиническая картина аутоиммунного тиреозидта слабо выражена. Часто основной симптом – увеличение ЩЖ, долго остается незамеченным самим пациентом и обнаруживается случайно.

Предметом активных исследований является и поиск методов коррекции психонейроиммуноэндокринных расстройств при АИТ. Одним из перспективных направлений такого поиска является применение биогенных аминов, в частности – серотонина.

Серотонин участвует в механизмах гипоталамической регуляции гормональной функции гипофиза. Стимуляция серотонинергических путей, связывающих гипоталамус с гипофизом, вызывает увеличение секреции пролактина и некоторых других гормонов передней доли гипофиза – действие, противоположное эффектам стимуляции дофаминергических путей.

Согласно современным представлениям, серотонин играет основную роль в регуляции настроения. С нарушением функции серотонинергической системы связывают развитие психических нарушений, проявляющихся депрессией и тревогой. Избыток серотонина обычно вызывает панику, недостаток – депрессию. Дефицит

моноаминов, к каковым относится серотонин, способен приводить к нарушению синаптической передачи в нейронах лимбической системы и формировать депрессивные состояния, протекающие в виде разнообразных клинически очерченных синдромов.

Серотонинергическая система имеет отношение к различным видам социального поведения (пищевого, полового, агрессивного) и эмоциям. Нейроэндокринные ритмы, настроение, сон, аппетит и когнитивные функции модулируются серотониновой системой среднего мозга. Считается, что истощение серотониновой системы префронтальной коры обуславливает поведенческую расторможенность.

В связи с этим изучение поведения груминга, как элемента зоосоциального поведения с выраженной моторной компонентой у крыс при развитии АИТ, является важным для диагностики и коррекции состояния психонейроиммуноэндокринной системы.

В результате проведенных исследований нами была выявлена динамика снижения элементарной груминговой и двигательной активности, а также интенсивности груминга у крыс с моделью АИТ, при увеличении у них продолжительности времени, затраченного на груминг. Воздействие серотонина на интактных животных тоже приводило к сходному изменению изучаемых поведенческих показателей, однако в значительно меньшей степени. Длительное введение серотонина иммунизированным особям не восстанавливало груминговую и двигательную активность. Исключение наблюдалось только в отношении актов чесания, количество которых повышалось на 30-й день эксперимента по сравнению с крысами с моделью заболевания, но при этом не достигало установленной физиологической нормы.

Кустов Д.Ю., Сивенкова Е.В., Валигун Я.С.

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

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ДО И ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ СЕРОТОНИНОМ

Одной из актуальных проблем современной иммунноэндокринологии являются аутоиммунные заболевания, частота возникновения которых быстро прогрессирует. Объектом нашего исследования стал аутоиммунный тиреоидит (АИТ). Среди заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) он составляет около 5%, гораздо чаще встречаясь у женщин в возрасте 40-60 лет. Максимум его возникновения приходится на период полового созревания и 40-80-летний возраст. АИТ прогрессирует довольно медленно и собственно гипотиреоз развивается через несколько лет, поэтому особое значение приобретает его ранняя диагностика. Лечение, начатое на ранних стадиях заболевания, может привести к полному выздоровлению.

В диагностике АИТ основная сложность заключается в смене фазы тиреотоксикоза на фазу гипотиреоза с промежуточной эутиреоидной фазой; в частности, так протекает послеродовой тиреоидит, который встречается примерно у 5-6% женщин. Причем длительность этих фаз зависит от многих факторов (например, состояния иммунитета), и носит индивидуальный характер. На данный момент наиболее актуальным является поиск различных методов коррекции психонейроиммуноэндокринных расстройств при АИТ. В частности одним из направлений такого поиска является использование биогенных аминов, к которым относится серотонин. Его биологические функции в организме многообразны. Серотонин выявлен в различных органах и тканях, где он участвует в регуляции таких важных физиологических функций как овуляция, секреция инсулина, поведение и др. Имеются данные об участии серотонинергической системы в регуляции иммуногенеза. Дефицит серотонина обнаружен в плазме крови больных с заболеваниями ЦНС; у них существенно нарушено состояние тромбоцитарной серотонинергической системы, страдает активный транспорт серотонина тромбоцитами в связи со снижением скорости его

обратного захвата. О нарушении серотонинергической системы также свидетельствует стойко сниженное содержание лимфоцитов, несущих специфические рецепторы к серотонину, а также низкий титр противосеротониновых антител. Серотонин участвует в процессах аллергии и воспаления. Он повышает проницаемость сосудов, усиливает хемотаксис и миграцию лейкоцитов в очаг воспаления, увеличивает содержание эозинофилов в крови, усиливает дегрануляцию тучных клеток и высвобождение других медиаторов аллергии и воспаления.

Серотонин также играет важную роль в процессах свёртывания крови. Тромбоциты крови содержат значительные количества серотонина и обладают способностью захватывать и накапливать серотонин из плазмы крови. Серотонин повышает функциональную активность тромбоцитов и их склонность к агрегации и образованию тромбов. Стимулируя специфические серотониновые рецепторы в печени, серотонин вызывает увеличение синтеза печенью факторов свёртывания крови. Выделение серотонина из повреждённых тканей является одним из механизмов обеспечения свёртывания крови по месту повреждения.

Наш эксперимент продемонстрировал, что показатели крови крыс с аутоиммунным тиреоидитом до и после длительного введения серотонина изменялись следующим образом: введение серотонина интактным крысам привело к снижению уровней нейтрофилов и эозинофилов и повышению уровней моноцитов и лимфоцитов, в особенности выраженных на поздней стадии эксперимента. Время свертывания в этой группе также несколько снизилось. Моделирование тиреоидита вызвало понижение всех показателей крови за исключением уровня лимфоцитов, и также было значимым к концу исследования. Длительное введение серотонина таким крысам не способствовало восстановлению значений изучаемых показателей.

Кутякова Е.И., Ештушенко С.К.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА

Актуальность. Проблема реабилитации больных, перенесших вегетативное состояние (ВС) вследствие тяжелого повреждения головного мозга актуальна, так как с каждым годом растет число пациентов, вышедших из продолжительной комы.

Материалы методы. В центре пролечено 17 детей в возрасте 2-17 лет, перенесших вегетативное состояние: из них с последствиями энцефалитов, осложнившихся отеком мозга-10 детей и с последствиями тяжелых черепно-мозговых травм (в том числе 1 ребенок с минно-взрывной травмой) – 7 детей.

Пациенты поступают на реабилитацию с момента выхода из комы, имея грубый неврологический дефект. Лечение их комплексное, зависит от ведущего неврологического дефицита и сопровождается обследованием: электроэнцефалокартирование, УЗ доплеровское исследование сосудов шеи и головного мозга, электронейромиография, ЭХО-КГ, ЭКГ. Проводятся сенсорная стимуляция, раннее формирование вертикальной позы, ежедневные сеансы синглетно-кислородной терапии с кранио – и аурикулопунктурой, логопедические занятия. Использование медикаментозных (ноотропных,

вазоактивных, седативных) препаратов вызывает положительную динамику в неврологическом статусе пациентов уже к концу 1-й недели лечения. Диспортовые блокады снижали риск развития контрактур в паретичных конечностях, что дало возможность активной тренировки двигательных навыков.

Результаты. Положительная динамика отмечалась в виде увеличения концентрации внимания, улучшения эмоционального фона, появления предвестников речи, снижения спастичности мышц конечностей и возобновления двигательной активности. У 11 (38%) пациентов спустя 1,5-2 лет с начала реабилитации сформировались стойкие моторные навыки в виде появления самостоятельной ходьбы и точных движений в кистях. Восстановление когнитивных и речевой функций происходило в течение длительного периода (3-5 лет). Повторные (каждые 3-6 месяцев) курсы восстановительного лечения усиливали достигнутый эффект.

Выводы. Таким образом, проведение многокурсовой стимулирующей полимодальной традиционной и нетрадиционной терапии улучшает прогноз для восстановления утраченных моторной, речевой и когнитивных функций.

Кучеренко Н.П., Голосной Э.В., Коваленко Т.И., Гончарова Л.А., Медведева В.В.

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

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Корь – высококонтагиозная болезнь вирусного происхождения и она остается одной из основных причин смерти среди детей раннего возраста во всем мире. Из тяжелых осложнений: пневмония, энцефалит, отит, слепота, диарея и связанную с ней дегидратацию. В 2018 году в ДНР наблюдался подъем заболеваемости кори.

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей клиники, диагностики и лечения современной кори у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Проанализировано течение заболевания у 70 детей, находившихся на лечении во 2-м инфекционном отделении ЦГКБ №1 г. Донецка, в период с января 2018 года по март 2019 г. Все дети были не вакцинированы.

Диагноз кори у всех был подтвержден обнаружением специфических антител класса IgM методом ИФА (Behring, Германия).

Результаты и обсуждение. Возрастная характеристика детей была представлена следующим образом: дети до 1 года – (18%), от 1 до 3-х лет – (56%), старше 3-х лет – (26%). Средний возраст заболевших – 3 года 5 месяцев.

При поступлении детей раннего возраста в приемном покое инфекционной больницы все пациенты имели типичные симптомы кори. Больные жаловались на лихорадку, сухой частый кашель, светобоязнь, выраженный конъюнктивит, склерит. Температура тела достигала фебрильных цифр. Кроме того, у части детей (10%) были жалобы на боль в горле, осиплость

голоса. До появления сыпи заболевание нередко расценивалось как грипп. Но с появлением патогномичного симптома кори – пятен Филатова – Коплика при типичном течении кори диагноз был ясен.

У наших детей при позднем поступлении они отсутствовали у 9 (18%). Особенностью течения заболевания у 9 детей первого года жизни был более длительный катаральный период (7 дней) с появления пятен Бельского-Филатова-Коплика на седьмой день, а сыпи – на 8-й день болезни.

Температура нормализовалась на 4-5-е сутки от начала высыпания. Более длительная лихорадка указывала на развитие осложнений. Длительность лихорадки более 8 дней была у 12% больных преимущественно на фоне осложнений коревой инфекции (отит, острый бронхит, лимфоаденит).

Заболевание у всех детей, в основном, протекало в средне – тяжелой форме (88%), а у 12% детей раннего возраста – в тяжелой форме с

осложнениями (пневмония, отит, пансинусит). Гемограмма у всех больных имела вирусный характер.

Заключение.

1. В современных условиях корь, как вирусный процесс, сохраняет свою типичную клиническую характеристику и представляет угрозу развития тяжелых специфического и неспецифического характера осложнений.

2. Особенностью течения заболевания у детей раннего возраста в катаральном периоде не всегда в первые дни видели пятна Бельского-Филатова-Коплика, а у 9 детей первого года жизни был более длительный катаральный период (7 дней) с появления пятен Бельского-Филатова-Коплика на седьмой день, а сыпи – на 8-й день болезни.

3. Заболевание у всех детей, в основном, протекало в средне – тяжелой форме (88%), а у 12% детей раннего возраста – в тяжелой форме с осложнениями (пневмония, отит, пансинусит).

Лагно О.В., Шабалов А.М., Ашмарина С.С., Балахонова Я.И., Бродянская Л.В., Дьячкова А.В., Карпова Н.А., Кулаева Д.С., Решетников Н.А.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ И СТРУКТУРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Актуальность исследования продиктована необходимостью проведения комплексной оценки состояния здоровья школьников и выявления факторов, которые могут предрасполагать к его ухудшению.

Цель исследования: оценка физического развития (ФР), определение особенностей питания, физической активности и структуры хронической патологии у школьников старших классов г. Санкт-Петербурга.

Материалы и методы: На базе «Детской городской поликлиники №44» проведено измерение антропометрических показателей, АД, ЧСС и динамометрии у 115 школьников 13-17 лет (58 девочки, 57 мальчик) общеобразовательных школ и музыкального (муз.) лицея Центрального района г. Санкт-Петербурга. Проведено анкетирование школьников, в ходе которого проанализирован режим питания, предпочтения в пище, частота физической нагрузки, приоритетный отдых. Оценка хронической патологии проводилась по результатам профилактического осмотра по системе АСПОН-Д. Данные были обработаны статистически с помощью програм-

мы Statistica 6.0.

Результаты: ФР 46% школьников соответствует их возрасту, 14,4% школьников имеют опережающий темп развития, 20,6% детей отстают в ФР. У 19% детей – дисгармоничное ФР. В группе школьников 13 и 17 лет показатели динамометрии обеих рук у мальчиков и девочек соответствовали возрастной норме. У школьников муз.лицея в группе 15 лет были самые низкие показатели динамометрии. В структуре хронической патологии детей первое место занимали костно-суставные нарушения (55%), второе место – заболевания ЛОР-органов (12%), третье место – зубочелюстная и офтальмологическая патология (11% соответственно). У большинства школьников (83%) показатели АД находятся в норме. У 17% детей выявлено отклонение АД от нормы – признаки вегетативной дисфункции преимущественно проявляются у мальчиков 7, 9 классов.

По анализам анкет школьников сбалансированный рацион питания лишь у 19% детей, 3/4 из них – это школьники муз. лицея. 54% анкетированных употребляют фастфуд 1 раз/месяц, еже-

дневно им питаются 9%, в основном это школьники 7 и 11 классов общеобразовательных школ. 15% школьников не занимаются спортом и имеют освобождение от занятий физической культуры, 35% имеют физическую нагрузку только на уроках физической культуры.

Выводы. Необходимо проведение просветительской работы как с детьми, так и с педагогами,

родителями по вопросам здорового питания, формирования правильных пищевых привычек, гигиены, спорту, профилактике инфекционной и неинфекционной патологии в рамках дополнительных уроков здоровья с привлечением врачей-педиатров, диетологов, врачей по гигиене детей и подростков и др.

Ладария Е.Г., Гринцова А.А., Ляшенко Е.Г., Каратаева К.О., Боева И.А.

Республиканский центр профпатологии и реабилитации МЗ ДНР, г. Донецк
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НА ОСНОВНЫЕ ЗВЕНЬЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЛЕГКИХ

Неравномерность вентиляционно-перфузионных отношений является одним из важных элементов патогенеза хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ). Перфузия плохо вентилируемых зон ведет к снижению артериальной оксигенации. Среди современных средств воздействия на патологический процесс при ХОЗЛ особое место занимает гипербарическая оксигенация (ГБО). ГБО является одним из ведущих методов интенсивной респираторной терапии, нормализующих потребление и коэффициент использования кислорода, повышающих эффективность дыхательной системы. Саногенез метода ГБО объясняется прямым антигипоксическим действием, а также выраженными адаптогенными и биомодулирующими эффектами.

Цель работы: обосновать применение ГБО в системе медицинской реабилитации больных ХОЗЛ и определить роль, место и эффективность ГБО в зависимости от фазы, степени тяжести заболевания.

Объекты и методы. У 148 больных ХОЗЛ (средний возраст 49,4±1,5 года) изучена клиническая эффективность курсового и повторного применения ГБО при обострении и стабильном течении заболевания. Применялись методы исследования: клинические; инструментальные; биохимические; статистические.

Результаты. Включение ГБО в комплексную терапию обострений ХОЗЛ существенно повышает эффективность базисной терапии, что способствует сокращению сроков регрессии респираторных симптомов (кашля в 2,9 раза; выделения мокроты в 2,5 раза, одышки в 2,4 раза, ночной симптоматики в 11,2 раза). Терапия ГБО обеспечивала достоверное снижение маркеров бронхиального воспаления: показатель цито-

за в индуцированной мокроте снизился в 2,5 раза, содержание нейтрофилов и лимфоцитов уменьшилось в 1,8 и в 1,3 раза соответственно, количество альвеолярных макрофагов увеличилось в 1,7 раза. По завершению курсового лечения клинический индекс тяжести снизился с 3,429±0,021 до 1,008±0,021 балла ($p<0,001$), лабораторный – с 3,239±0,24 до 1,429±0,22 у.е. ($p<0,001$). Проводимая терапия ГБО способствовала более быстрой нормализации и/или снижению маркеров системного воспаления и уровня провоспалительных цитокинов (IL-1 ρ , TNF- α и IL-8). Несмотря на достоверное снижение маркеров системного и бронхиального воспаления, они продолжали оставаться выше показателей условно здоровых лиц, что указывает на сохранение воспалительного процесса и обосновывает необходимость длительного назначения противовоспалительной терапии.

На фоне повторного применения курсов ГБО у больных ХОЗЛ среднетяжелого течения уменьшилась выраженность клинических симптомов, что проявлялось снижением общего кумулятивного индекса с 5,43±0,14 до 1,78±0,12 балла ($p<0,001$). Проводимая терапия обеспечивала более быстрое и выраженное снижение и/или нормализацию маркеров системного воспаления, а также клеточного состава индуцированной мокроты. По окончании повторного курса ГБО через 6-ть месяцев от первичного наблюдения, уровень IL-1 снизился в 2,5 раза, активация TNF- α уменьшилась в 2,6 раза, содержание IL-8 снизилось в 2,4 раза по сравнению с исходными данными. У больных, получавших ГБО отмечено достоверное увеличение ОФВ1 к 6 месяцу лечения – на 19,1% и возрастание толерантности физической нагрузки на 17,5% в сравнении с исходными данными. Среднее число обостре-

ний на 1-го больного сократилось с $2,63 \pm 0,26$ до $1,21 \pm 0,40$ или в 2,2 раза.

Выводы. Установлено, что добавление в схему лечения ХОЗЛ метода ГБО способствует более быстрой регрессии основных клинических

проявлений заболевания, снижению уровня маркеров бронхиального и системного воспаления, уменьшению степени обструкции дыхательных путей.

Ладур А.И.^{1,2}, Заика А.Н.^{1,2}, Глотов А.В.¹, Кондаков М.Д.¹

¹Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря, г. Донецк

²ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОНКОКИШЕЧНО-ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ «ИСКУССТВЕННОГО ЖЕЛУДКА» ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

При хирургическом лечении больных раком желудка наиболее частым видом операции является гастрэктомия. При этом чаще всего культи двенадцатиперстной кишки ушивается наглухо. Недостатком этого способа является выключение из процесса пищеварения двенадцатиперстной кишки, результатом чего является развитие тяжелых дискинезий желчевыводящих путей, холецистолитиаза, нарушение процессов пищеварения. Основным фактором, который останавливает хирургов после гастрэктомии восстанавливать пассаж через двенадцатиперстную кишку, является частая несостоятельность тонкокишечно-двенадцатиперстного анастомоза, большее количество формируемых анастомозов, удлинение времени операции.

Цель работы Разработать хирургический способ профилактики несостоятельности тонкокишечно-двенадцатиперстного анастомоза и оценить его эффективность при формировании «искусственного желудка» после гастрэктомии.

Материалы и методы

Проанализированы описанные в литературе способы формирования тонкокишечно-двенадцатиперстного анастомоза после гастрэктомии, стандартом среди которых является способ, который осуществляется следующим образом: танталовые швы срезают с обоих концов анастомозируемых кишок, заднюю губу анастомоза сшивают непрерывным обвивным (взахлестку) кетгутовым швом, а переднюю – погружным скорняжным швом или швом Коннеля. Заканчивают анастомоз серо-серозными швами на переднюю губу кишки.

Результаты

За последние 30 лет в клинике выполнено 7500 гастрэктомий. Основываясь на многолетнем опыте, в клинике разработан хирургический способ профилактики несостоятельности тонкокишечно-двенадцатиперстного анастомоза, который осуществляют следующим образом: накладывают первый ряд узловых серо-серозных шелковых швов, отступя 0,8 см от танталовых швов. Танталовые швы с обоих концов анастомозируемых кишок срезают поэтапно по 5-7 мм и также поэтапно накладывают 1-2 обвивных кетгутовых шва на заднюю губу анастомоза, после чего продолжают срезание танталовых швов с обоих концов анастомозируемых кишок. Таким образом, заднюю губу анастомоза формируют последовательно по указанному алгоритму, что препятствует выворачиванию слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и резкому сокращению ее связочного аппарата и не дает ей дислоцироваться из горизонтального положение в вертикальное. Способ использован в онкологическом центре с 2012 года у 265 больных. Осложнений, связанных с применением предлагаемого способа, не наблюдалось, несостоятельности тонкокишечно-двенадцатиперстного анастомоза не отмечено ни в одном случае. Отмечено отсутствие рефлюкс-эзофагита, хорошее качество жизни и индекс массы тела у больных, прооперированных по заявленному способу.

Выводы

Разработанный в клинике способ формирования тонкокишечно-двенадцатиперстного анастомоза после гастрэктомии доказал свою надежность, что позволило получить хорошие результаты, а именно, снизить частоту несостоятельности анастомоза до 0%.

Ластков Д.О., Ежелева М.И., Ежелева Л.С., Брюханова С.Т., Павлович Л.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Важнейшими факторами формирования здоровья населения, определяющего социальное и экономическое развитие общества, являются состояние здравоохранения и здоровье его работников. Так, по статистическим данным Российской Федерации среди всех отраслей экономики по профессиональным заболеваниям среди женщин первое место занимают медицинские сестры – 9,4% на 10 тысяч работающих. Таким образом, медсестры – это уникальная группа в составе населения, и изучение здоровья этой группы населения имеет и фундаментальный интерес.

Цель работы: изучение особенностей заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) среднего медицинского персонала.

Результаты и обсуждение.

Для проведение анализа ЗВУТ нами было предложено с учетом содержания работы и специфики деятельности выделить следующие профессиональные группы медицинских сестер – поликлиническая группа, терапевтическая (неврологическое, аллергологическое, гастроэнтерологическое, неонатологическое, пульмонологическое, ревматологическое, физиотерапевтическое, эндокринологическое отделения, отделение функциональных и ультразвуковых исследований) и хирургическая группа (отделение анестезиологии и интенсивной терапии, нейрохирургические отделения, хирургическое, торакальное отделение, гинекологическое отделение, отделение неотложной кардиологии и кардиохирургии, отделение трансплантологии почки, проктологическое, патологоанатомическое, урологическое отделения, ЛОР отделение). При анализе ЗВУТ среднего медицинского персонала внутри выделенных профессиональных групп было выявлено, что ЗВУТ медсестер поликлинической группы, как в случаях, так и в днях на 100 работающих достоверно выше ($p < 0,05$), чем в терапевтической и хирургической группах и составляет $103,70 \pm 0,10$, $43,24 \pm 0,10$ и $45,40 \pm 0,10$ в

случаях и $925,93 \pm 2,39$, $427,03 \pm 1,70$ и $581,01 \pm 1,91$ соответственно. Вероятно, данные отличия в случаях и в днях объясняются большим количеством контактов с пациентами медсестрами поликлинического профиля (биологический фактора), о чем также свидетельствует преобладание инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей (острые респираторные вирусные инфекции) в структуре ЗВУТ в большей степени у медсестер поликлиники ($55,56 \pm 0,09$ против $18,92 \pm 0,10$ у медсестер стационара и $14,24 \pm 0,06$ у медсестер хирургического профиля (при $p < 0,05$)). Несмотря на достоверно более высокий уровень ЗВУТ у медицинских сестер поликлинического отделения, средняя длительность 1 случая у медсестер хирургического отделения составляет 12,8 дня, тогда как у медсестер поликлинической и терапевтической групп – 8,9 и 9,9 дня соответственно. На наш взгляд, данные отличия объяснимы различиями в характере и условиях труда – более высокая степень тяжести и напряженности труда определяется именно у медсестер хирургического отделения. В структуре ЗВУТ медсестер всех профессиональных групп 1-е место занимают заболевания органов дыхания, как по случаям, так и по дням трудопотерь. Группа болезней органов дыхания в основном представлена острыми инфекциями верхних дыхательных путей, острыми бронхитами, ларингитами и астмой. Однако по остальным нозологическим группам выявлены различия. В поликлинической группе 2-е место принадлежит болезням глаз, в терапевтической и хирургической – болезням мочеполовой системы. На 3-ем ранговом месте в поликлинической группе находятся болезни кожи, опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, в терапевтической – болезни глаз, а в хирургической – болезни желудочно-кишечного тракта (холециститы, хронические панкреатиты, язвенные колиты).

Ластков Д.О., Клименко А.И., Михайлова Т.В.

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

ИГРОВАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ КАК ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ВРАЧЕБНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

«Развитие и образование ни одному человеку не могут быть даны или сообщены. Всякий, кто желает к ним приобщиться, должен достигнуть этого собственной деятельностью, собственными силами, собственным напряжением. Извне он может получить только возбуждение...»

Адольф Дистервег, немецкий педагог

Современная врачебная деятельность предполагает принятие врачом ответственных решений по диагностике, лечению и профилактике заболеваний. При этом, одной из важнейших компетенций, способных обеспечить выбор правильных решений является профессиональное поведение в коллективе коллег. Дело в том, что в современной медицине, как диагностические, так и лечебные, тем более профилактические технологии требуют привлечения знаний, опыта, технических ресурсов ряда специалистов. Достаточно вспомнить, что постановка диагноза «Пневмония» требует обязательной рентгенодиагностики, а диагноз «Злокачественная опухоль» предполагает привлечения целой “армии” биохимиков, гистологов, рентгенологов, инструменталистов, узких специалистов и т.д. Умение творчески и этично взаимодействовать с коллегами, работать «в команде» – это важнейшая компетенция, которая в значительной степени определяет эффективность врачебной деятельности. Одним из активных методов обучения и формирования компетенций являются ролевые игры. Реалистичное отражение сущности процессов управления в игре часто достигается за

счет весьма условных средств. В любом случае игровая обстановка должна, вызывая у участника игровой интерес, вовлечь его в активную игровую деятельность, по ходу которой он постигает «изнутри», как смысл своей роли, так и сущность моделируемой системы. Взгляд «изнутри», приобретенный благодаря творческой деятельности, и способствует активному усвоению знаний, приобретению умений и опыта, развитию личности учащегося (Геронимус Ю.В., 1985).

На кафедре гигиены и экологии на протяжении ряда лет ролевая игра внедряется при обсуждении реферативных студенческих работ. На соответствующей конференции студенты осваивают роли докладчиков, рецензентов, участников дискуссий, председателя собрания и др. В ходе конференции осваиваются навыки обращения к коллеге, умения ставить вопросы, руководить и участвовать в дискуссии. Таким образом, вместо механического усвоения учебной информации на занятии, студенты эффективно обучаются навыкам межличностного взаимодействия и сотрудничества.

Ластков Д.О., Попович В.В.

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

ОЦЕНКА И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ТЕХНОГЕННОГО РЕГИОНА

Цель исследования состояла в оценке уровня патологии органа зрения у подростков г. Донецка, разработке путей профилактики.

В качестве показателей состояния здоровья были выбраны заболеваемость, и распространенность болезней глаза и придаточного аппарата у подросткового (15-17 лет) населения г. Донецка по основным нозологическим единицам соглас-

но официальным учетно-статистическим формам. Для оценки вклада стресс-индуцированного фактора анализировались усредненные показатели за довоенное и военное четырехлетия.

Ранее было показано, что по загрязнению почвы тяжелыми металлами (ТМ) город следует отнести к зоне экологического кризиса. ТМ не только вызывают токсические эффекты, но

и препятствуют усвоению эссенциальных нутриентов, что приводит к развитию различных заболеваний, в т.ч. органа зрения. При анализе влияния загрязнения почвы ТМ на показатели состояния здоровья населения следует учитывать, что помимо органов-мишеней и систем-мишеней, характерных для каждого ТМ и обуславливающих рост соответствующей нозологической единицы, любой ксенобиотик оказывает и неспецифический эффект, что может привести к ухудшению общих показателей.

В военное 4-хлетие наблюдается тенденция к снижению показателей распространенности и заболеваемости, как по всем заболеваниям, так и по болезням глаза (в т.ч. катаракте и глаукоме). Однако при этом отмечается достоверный ($p < 0,05$) рост в отношении миопии (215‰ по заболеваемости, что на 7% выше) и конъюнктивиту (144‰ по распространенности и 143‰ по заболеваемости, что, соответственно, выше на 11% и 10%), а также тенденция к увеличению показателя атрофии зрительного нерва (на 5% по распространенности).

В оба 4-хлетия удельный вес болезней глаз в структуре общей заболеваемости составил 8,2% по распространенности и 5,9% (в довоенный период) – 6,3% по заболеваемости. Структуру болезней глаз определяют 2 нозологические единицы – миопия и конъюнктивит. Удельный вес миопии: в довоенный период – 4,0% общей заболеваемости по распространенности и 2,1% – по заболеваемости, в военный, соответственно, – 4,2% и 2,4%. Удельный вес конъюнктивита: в довоенный период – 0,7% по распространенности и 1,3% – по заболеваемости, в военный, со-

ответственно, – 0,8% и 1,7%.

Если для довоенного 4-хлетия характерна незначительная вариабельность анализируемых показателей (только по конъюнктивиту имеется последовательный рост), то в период боевых действий наблюдается постепенное увеличение показателей всех заболеваний глаз, миопии и атрофии зрительного нерва.

Обращают на себя внимание выраженные гендерные отличия в сравниваемых периодах: если в довоенный период заболеваемость юношей превышала таковую у девушек по всем показателям (кроме миопии), то в период боевых действий наблюдалась противоположная закономерность.

Рабочей группой МЗ ДНР разработана «Концепция реализации основ государственной политики в области здорового питания населения Донецкой Народной Республики на период до 2025 года». Подготовлена комплексная программа «Здоровое питание – здоровая нация» по профилактике моно- и полинутриентной недостаточности, элиминации ксенобиотиков у населения Донбасса. При организации здорового питания для населения промышленного региона следует реализовать известные принципы построения лечебно-профилактического питания для работающих во вредных условиях труда.

В настоящее время реализуется подпрограмма «Пектинопрофилактика в ДНР» (начата работа по внедрению продукции компании ООО ТД «САВА» г. Томск, РФ). Для подростков рекомендованы фруктовые (черничные) нектары, обогащенные пектином.

Лашин Д.В., Засько Е.Л., Андреев Р.Н.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПРОБЛЕМЫ УВЕЛИЧЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Сердечно – сосудистые заболевания являются глобальной проблемой современной медицины. Смертность населения от болезней сердца и сосудов занимает первое место наряду с онкологией. Ежегодно фиксируется большое количество больных данными патологиями. Почти половину всех летальных исходов связывают с болезнями органов кровообращения. Рассмотрим же данный вопрос, на примере российских данных

Цель работы:

Оценка распространенности, заболеваемости и смертности, связанной с сердечно – сосуди-

стыми заболеваниями.

Материалы и методы:

Нами были изучены и проработаны данные Росстата за период 2000-2018 годов, открытая база данных библиотеки ГОО ВПО ДОННМУ им. М. Горького, истории болезней с диагнозами, связанными с сердечно-сосудистой патологией, отчеты Министерства здравоохранения Российской Федерации (РФ).

Результаты и обсуждения:

Сердечно – сосудистая патология и болезни системы кровообращения на сегодняшний день

остаются одной из основных причин смертности граждан РФ, по статистике они составляют 47% летальных исходов. Россия, согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) находится на лидирующих позициях по распространенности сердечно – сосудистых заболеваний у населения, а также по коэффициенту смертности от них, среди европейских стран. Согласно данным минздрава РФ и статистическим материалам в период с 2000 по 2015 годы количество больных сердечно- сосудистой патологией возросло в 1,8 раз. За время с 2000 по 2006 год наблюдался плавающий рост числа болезней сердечно – сосудистой и системы кровообращения, уже как в период с 2007 по 2012 год и далее, показатель этих заболеваний принял постоянный характер. В последние годы в России количество людей больных сердечно – сосудистыми заболеваниями увеличилось: на пример, процент заболеваний в 2000 году был 2,34%, то в 2015 году он составил 4,01%. То есть, на глаза рост пораженности населения сердечно – сосудистой патологией почти в 2 раза, что является

крайне отрицательной закономерностью. Статистические данные свидетельствуют о повышении уровня заболеваний и летальности пациентов с сердечно – сосудистой патологией. Что в свою очередь требует проведения дальнейших научных исследований в области сердечно – сосудистых заболеваний, их своевременной диагностики и лечения.

Заключение:

Следовательно, необходимо срочно принимать меры для дальнейшего снижения подобной тенденции, как лечебные, так и профилактические, то есть своевременное выявление и лечение больных сердечно – сосудистой патологией, совершенствование методов диагностики, санитарно-просветительская работа с населением, соблюдения этого же населения режима труда и отдыха и тому подобное. Лишь тогда мы сможем переменить в положительную сторону ситуацию, сложившуюся у пациентов с заболеваниями сердечно – сосудистой системы и органов кровообращения.

Lebedeva E.A.¹, Zhenilo V.M.¹, Markarian E.G.², Skoblo M.L.³, Belyaevskiy S.A.², Petrenko N.A.²

¹The Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

²Rostov-on-Don City Hospital of Emergency Medical Care, Rostov-on-Don, Russia

³Rostov-on-Don City Hospital №6, Rostov-on-Don, Russia

COMPLEX INTENSIVE TREATMENT IN ACUTE PERIOD OF TRAUMATIC BRAIN INJURY

Brain injuries are accompanied by a long and severe course of the traumatic disease. Despite the increase in knowledge of the pathophysiology of acute severe traumatic brain injury (TBI), the improvement of intensive treatment technologies, mortality reaches from 40.0 to 57.0%. The urgent task of resuscitation is to find ways for effective protectors to help maintain the flow of this process at an adaptive level. Inosine-nicotinamide-riboflavin-succinic acid, as a balanced multi-component drug, improves tissue respiration and has neuroprotective, antihypoxant and antioxidant effects. Among the many pathophysiological effects of TBI, changes in the endogenous level of catecholamines, including dopamine, epinephrine and norepinephrine, play an important role. Available evidence suggests that treatment-oriented catecholaminergic system therapy may reduce functional deficiency after TBI. Additional studies are needed on the effect of

dopaminergic agents on the body's protective and adaptive reactions and on the effectiveness of these drugs in the treatment of TBI. The drug amantadine promotes the release of dopamine from nerve endings, which makes the latter more accessible to activate dopaminergic receptors. There is evidence of the effectiveness of this drug in patients in the period of recovery from coma and during the vegetative state. The drug amantadine is a dopaminergic agent, is on the list of vital and essential drugs in 2018, has indications in the form of «loss of consciousness as a result of traumatic brain injury» (Register of Medicinal Products of Russia) and prospects for treatment of patients with acute severe TBI. Research task: determination of the safety of using inosine-nicotinamide-riboflavin-succinic acid and amantadine in the intensive treatment of victims with severe traumatic brain injury.

Левченко Л.А.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы»

ПОКАЗАТЕЛИ ОСНОВНЫХ МЕДИАТОРОВ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕССОМ

Частота персистирующей легочной гипертензии (ПЛГ) варьирует от 1 до 6 случаев на 1000 живорожденных. При этом летальность от данной патологии, несмотря на лечение, составляет 10-20%. Существующий пробел в изучении персистирующей легочной гипертензии у недоношенных новорождённых с респираторным дистрессом (РД), явился причиной изучения нами баланса основных медиаторов крови, влияющих на тонус гладко-мышечной мускулатуры сосудистой стенки.

Цель работы: определение уровня оксида азота и эндотелина-1 (ЭТ-1) у недоношенных новорождённых с РД: внутриутробной пневмонией (ВУП), респираторным дистресс-синдром (РДС) и ВУП+РДС.

Материалы и методы. Недоношенные новорождённые с дыхательными расстройствами были разделены на группы: I – 90 детей с ВУП, II – 90 больных с РДС, III – 90 пациентов с ВУП+РДС. Контрольная группа – 30 «условно» здоровых недоношенных детей. Уровень ЭТ-1 (фМоль/мл) в крови новорождённого ребёнка (пуповинной крови и на 7-е сутки жизни) определяли методом иммуноферментного анализа с использованием стандартного набора реактивов «Biomedica» на аппарате «Labsystems Multiskan Ascent». Исследование уровня оксида азота в крови проводилось в лаборатории фундаментальных исследований ИНВХ им. В. К. Гусака (Донецк). Статистическая обработка данных проводилась средствами прикладной программной системы «Statistica».

Результаты и обсуждение. У недоношенных с РД наиболее низким был уровень оксида азота в пуповинной крови в группе недоношенных с ВУП+РДС ($24,0 \pm 2,9$ микроМ/л) и РДС ($25,7 \pm 5,8$ микроМ/л), ($p < 0,05$). Наиболее высокое содержание ЭТ-1 в пуповинной крови также было у недоношенных с ВУП+РДС и РДС: $4,13 \pm 0,69$ фМоль/мл и $3,02 \pm 0,28$ фМоль/мл соответственно ($p < 0,05$). Выявлена обратная корреляционная зависимость между содержанием оксида азота и ЭТ-1 в пуповинной крови ($r = -0,45$).

На 7-е сутки жизни уровень оксида азота венозной крови в группах увеличился почти в 2 раза по сравнению с содержанием его в пуповинной крови. Уровень ЭТ-1 в венозной крови по сравнению с пуповинным стал меньше в группах: ВУП в 1,5 раза, РДС в 3 раза и ВУП+РДС в 3,2 раза.

Установлена обратная корреляционная зависимость между содержанием оксида азота и ЭТ-1 в крови на 7-е сутки жизни ($r = -0,61$). В ходе исследования была выявлена зависимость: чем меньше гестационный возраст (ГВ) ребёнка, тем в пуповинной крови ниже уровень оксида азота, а уровень ЭТ-1 выше. Следовательно, клиническое течение ПЛГ у глубоко недоношенных новорожденных более тяжелое. Выявлена корреляция между содержанием в пуповинной крови NO и ГВ ($r = 0,71$), ЭТ-1 и ГВ ($r = -0,65$), ($p < 0,05$). Чем меньше ГВ, тем ниже содержание оксида азота и выше уровень ЭТ-1 в пуповинной крови.

Нами были сопоставлены показатели оксида азота и ЭТ-1 с наличием ПЛГ у недоношенных новорождённых с РД, которая определялась доплерографическим исследованием сердечной гемодинамики. Степень выраженности ПЛГ в данном исследовании не бралась во внимание. В первые 3-е суток жизни в группе ВУП она установлена у 77,8% новорождённых, у 83,3% детей с РДС и у всех обследуемых в группе ВУП+РДС.

Выводы: Полученные данные подтверждают наличие ПЛГ у недоношенных новорождённых с заболеваниями лёгких. Отклонения от нормы основных медиаторов крови у недоношенных новорождённых с дыхательными расстройствами, обусловлены не только влиянием ряда патологических процессов на организм недоношенного ребёнка, а вероятно, и включением приспособительных механизмов, направленных на стимуляцию адаптационных возможностей к внеутробному существованию.

Левченко Л.А.^{1,2}, Саркисян Е.А.¹

¹ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

²ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого»

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ С ТЯЖЁЛОЙ АСФИКСИЕЙ

Тяжёлая асфиксия при рождении проявляется в затруднении или полном отсутствии эффективного дыхания у новорождённого при наличии других признаков жизни при рождении. В результате «повреждающего» действия асфиксии у новорождённого в первые часы жизни развивается гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ), которая характеризуется комплексом неврологических нарушений различной степени тяжести. Частота ГИЭ у доношенных составляет от 2 до 9 случаев на 1000 новорождённых, из которых 10-15% умирают в неонатальном периоде.

Цель исследования: проанализировать клинико-анамнестические данные новорождённых, с тяжёлой интранатальной асфиксией, которым в раннем неонатальном периоде по показаниям проводилась лечебная гипотермия.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 10 новорождённых, у которых с рождения был выставлен диагноз «Тяжёлая асфиксия. ГИЭ». Состояние при рождении «крайне тяжёлое». Гестационный возраст обследованных был от 36 до 40 недель, вес от 2200 г до 3760 г. Наряду с реанимационными мероприятиями в родильном зале, с первых минут проводилась также «пассивная гипотермия».

Результаты исследования. Отягощённый акушерский анамнез (аборты, выкидыши, хроническая урогенитальная инфекция, миома матки, внематочная беременность) были у 70% обследованных матерей. Отягощённая беременность (токсикоз, преэклампсия, многоводие, угроза прерывания, анемия, обострение очагов хронической урогенитальной инфекции, фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода) выявлена у всех обследованных женщин. Патологические роды (острая гипоксия плода, кесарево сечение (90%), истинный узел пуповины, тугое обвитие пуповины вокруг шеи, родостимуляция окситоцином, вакуум-экстракция,

амниотомия, преждевременная отслойка плаценты, маточное гипотоническое кровотечение) отмечались у 100% наблюдаемых пациенток. Объём реанимационных мероприятий у новорождённых с тяжёлой асфиксией в родильном зале был следующим: ИВЛ мешком и маской у 100% детей; затем интубация трахеи и ИВЛ у 100% пациентов; непрямой массаж сердца у 60% и адреналин в/в у 60% обследованных новорождённых. В течении первых двух часов жизни всем новорождённым была проведена терапевтическая гипотермия с постоянным мониторингом основных жизненно-важных функций. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС сопровождалось: судорожным синдромом в 90%, развитием комы в 40%, парезами в 20% и род травмой в 10% случаев. У всех обследованных новорождённых были диагностированы внутриутробные инфекции: внутриутробная пневмония (ВУП) – 40%; ВУП+плеврит – 10%; сепсис – 20% и неуточнённые инфекции – 30% случаев. Геморрагический синдром, потребовавший переливание СЗП наблюдался у 40% новорождённых. Тяжёлая анемия с рождения была у 20% детей, которым производилось переливание эритроцитарной массы. Отёчный синдром с олигурией наблюдался у 40% больных. Необходимость в проведении операции «нижняя трахеостомия» была у 30% пациентов, из них на ИВЛ оставалось 20% детей. После проведенного курса лечения был определён прогноз для жизни: неопределённый в 80%; неблагоприятный в 20% случаев.

Выводы: новорождённые, перенесшие тяжёлую интранатальную асфиксию имели отягощённый материнский анамнез, выраженное клиническое течение основного заболевания с проявлением внутриутробной инфекции, ГИЭ, что требует целенаправленного и комплексного подхода к диагностике и лечению данной патологии.

Левченко Л.А.^{1,2}, Скосарева Г.А.³

¹ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

²ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы»

³ГБУЗ ГКБ им. М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕРМИИ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЁЛОЙ АСФИКСИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ

Асфиксия при рождении – патологическое состояние, характеризующееся отсутствием эффективности газообмена в легких сразу после рождения, неспособностью самостоятельно дышать при наличии сердцебиения и/или других признаков живорожденности: спонтанного движения мышц, пульсации пуповины. По данным ВОЗ: ежегодно 1 млн. новорожденных погибает от асфиксии и ещё

примерно у 1 млн. развивается гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) различной степени тяжести. Успешным направлением в лечении ГИЭ является умеренная контролируемая терапевтическая гипотермия. ГИЭ средней и тяжелой степени тяжести является показанием для терапевтической гипотермии.

Цель исследования: проанализировать результаты комплексного лечения новорождённых с тяжёлой асфиксией, которым применялась терапевтическая гипотермия.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 10 новорождённых, у которых с рождения был выставлен диагноз «Тяжёлая асфиксия. ГИЭ». «Пассивная гипотермия» в родильном зале (Т=18-24°C) была у 40% новорождённых. Всем детям проводилась лечебная гипотермия в условиях родильного дома через 50 минут – 1 час 40 минут после рождения. Гестационный возраст обследованных был от 36 до 40 недель, вес от 2200 г до 3760 г.

Результаты исследования. Критерии «А» для проведения терапевтической гипотермии у наших пациентов были следующими: оценка по шкале Апгар на 10 минуте – ≤ 3 балла (50% детей); сохраняющаяся потребность в ИВЛ на 10 минуте жизни у 100% пациентов; данные КОС крови с рождения рН < 7,0 и ВЕ < – 20 мм/л

были у 20% детей. Критерии «В» для проведения терапевтической гипотермии были следующими: клинически выраженные судороги у 90% пациентов; мышечная гипотония и гипорефлексия у 100% детей; нарушение зрачкового рефлекса (широкие зрачки и узкие зрачки) были у всех пациентов. Амплитудно-интегрированная электроэнцефалография (критерий «С») не проводилась. Всем новорождённым была начата терапевтическая гипотермия в течении первых двух часов жизни и продолжалась 72 часа под контролем жизненно-важных функций. Дополнительно терапевтическая тактика включала: лечебно-охранительный режим, условия открытой реанимационной системы; оксигенотерапия под контролем газового состава крови; инфузионная терапия по физ. потребности + частичное парентеральное питание; антибактериальная и противогрибковая терапия; противосудорожная терапия; антигеморрагическая и симптоматическая терапия. Показатели МРТ у обследованных новорождённых после проведения лечебной гипотермии были следующие: признаки гипоксически-ишемического поражения ЦНС у 70%, гидроцефалия у 30%; субтотальная лейкомаляция у 20%; диффузный отёк головного мозга у 10% детей. Исходы лечения тяжёлой асфиксии и ГИЭ с учётом уровня сознания: кома у 10%, сопор у 20%, оглушение у 30%, угнетение у 40% больных.

Выводы: ранняя диагностика и профилактика тяжёлой асфиксии у новорождённых должна быть максимально комплексной на дородовом этапе. Внедрение терапевтической гипотермии в лечении асфиксии требует дальнейшего изучения и совершенствования.

В настоящее время продолжает регистрироваться рост бронхиальной астмы (БА) среди детского населения дошкольного возраста. Знание спектра специфических аллергенов, вызывающих БА, является важным для проведения целенаправ-

Лейкина В.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

ленной элиминации причинно значимых аллергенов, что принято считать первостепенным мероприятием по профилактике и лечению БА.

Цель работы

Изучить спектр сенсibilизации у больных БА детей дошкольного возраста.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 34 ребенка в возрасте от 3 до 5 лет с легким персистирующим течением БА. Для решения цели работы было проведено аллергологическое обследование детей: сбор аллергологического анамнеза, определение в сыворотке крови уровня общего IgE и аллергенспецифических IgE (методом ИФА). Обследование детей проводили в период стойкой ремиссии БА.

Результаты и обсуждение

Диагноз БА у большинства детей (79,4%) был выставлен на 3-году жизни. На момент проведения исследования «стаж» по БА у детей был относительно небольшим и колебался от 1-го года до 3-х лет. В процессе изучения аллергологического анамнеза только лишь 23,5% родителей могли назвать возможную причину обострения БА у их ребенка, что определило необходимость аллергологического обследования с целью выявления возможных причинно значимых аллергенов в исследуемой группе детей.

Аллергологическое обследование позволило выявить у всех детей с БА уровни общего IgE, превышающие возрастную норму. В среднем в группе детей с БА уровень общего IgE составил 177,01±8,06 МЕ/мл. Анализ результатов обследования на наличие в сыворотке крови аллергенспецифических IgE позволил выявить специфическую сенсibilизацию у всех больных БА детей дошкольного возраста. У большинства детей

(у 88,24%) выявлена сенсibilизация к бытовым аллергенам. Спектр специфических IgE к бытовым аллергенам распределился следующим образом: IgE к домашней пыли (ДП) выявлены у 88,24% детей, к клещам рода *Dermatophagoides* (КЛА) – у 67,6% детей, к аллергенам пуха-пера (ПП) – у 58,82% и библиотечной пыли (БП) – у 5,88% детей. Сенсibilизацию к пищевым аллергенам (ПА) выявили у 52,94% детей. Значительно реже выявляли наличие специфических IgE к следующим видам аллергенов: эпидермальным (у 14,71%), пыльцевым (у 11,76%), грибковым (у 8,82%) и аллергенам тараканов (у 8,82%). Необходимо отметить, что у всех детей в сыворотке крови определяли специфический IgE сразу к нескольким группам аллергенов. Наиболее часто у детей (у 64,7%) выявляли сенсibilизацию к 3 аллергенам в различных сочетаниях: ДП+ПП+КЛА, ДП+ПП+ПА, ДП+КЛА+ПА. Реже регистрировали сенсibilизацию к 2-м и к 5-7 видам аллергенов (соответственно, у 20,6% и у 14,7% детей).

Заключение

У больных с легким персистирующим течением БА детей дошкольного возраста преобладает сенсibilизация преимущественно к бытовым аллергенам. Ведущими в спектре бытовой сенсibilизации являются аллергены домашней пыли, клещей рода *Dermatophagoides* и пуха-пера. Кроме того, у детей с БА в дошкольном возрасте отмечается поливалентная сенсibilизация с наибольшей частотой сочетания сенсibilизации к бытовым и пищевым аллергенам. Определение спектра сенсibilизации у детей с БА позволяет проводить оптимальные элиминационные мероприятия как с целью профилактики обострений БА, так и для быстрого достижения контроля над заболеванием.

Лепшина С.М., Скрипка Л.В., Скрипка Н.С.

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

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОЦЕНКЕ РИСКА ТРАНСМИССИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Внутрибольничная трансмиссия туберкулезной инфекции в учреждениях здравоохранения является определяющим фактором профессио-

нального заражения медицинских работников. Актуальность этой проблемы возрастает в связи с высоким уровнем распространения ВИЧ-

инфекции и лекарственно-устойчивого туберкулеза.

Цель работы

Изучить новые технологии в оценке риска трансмиссии туберкулеза.

Материал и методы

Проанализировано 15 источников научной литературы по данной теме.

Результаты и обсуждение

С целью профилактики нозокомиальной передачи туберкулеза ВОЗ была создана концепция противотуберкулезного инфекционного контроля, одним из компонентов которого является оценка эффективности проводимых профилактических мероприятий:

- работы приточно-вытяжной вентиляции в зонах высокого риска заражения (определение направления движения воздуха, кратность воздухообмена);

- работы ультрафиолетовых облучателей;

- определение плотности прилегания респираторов, используемых для респираторной защиты медицинского персонала.

Однако эти мероприятия являются косвенными в оценке мер инфекционного контроля, так как количественно не подтверждают снижение концентрации микобактерий туберкулеза в воздухе закрытых помещений, на контаминированных поверхностях предметов в окружающей среде.

Обзор современной научной литературы показал, что для оценки эффективности проводимых мероприятий по инфекционному контролю за туберкулезом необходимо использовать технологии, позволяющие подтвердить количественное снижение микобактерий туберкулеза во внешней среде с помощью санитарно-бактериологического контроля качества дезинфекции в отношении возбудителя туберкулеза и исследования микобактериального загрязнения воздушной среды учреждений здравоохранения.

Выводы

Необходимо внедрять новые технологии оценки риска трансмиссии туберкулеза в практику для профилактики нозокомиальной передачи туберкулеза.

Лещинский П.Т., Лагутина Л.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Введение. Течение беременности и родов зависит от множества факторов, среди которых немаловажное значение имеет возраст пациентки. Всего еще 10 лет назад возрастной первородящей считались женщины в возрасте более 30 лет, то на сегодняшний день к таковым уже относят лишь пациенток более 35 лет. Соматическая патология беременных негативно влияет на течение гестационного процесса и вызывает осложнения беременности и родов. Поздняя беременность и роды чреваты различными осложнениями, однако в них есть и свои преимущества. Женщины в возрасте более ответственно относятся к материнству – они отлично заботятся о ребенке и занимаются его воспитанием. По данным и отечественной и зарубежной литературы для пациенток различных возрастных групп характерны существенные отличия в течении беременности и родов, перинатальных исходах, указывая на увеличение с возрастом пациенток числа осложнений ante- и интранатального периодов.

Цель работы

Изучить особенности течения беременности

и родов у женщин старшего репродуктивного возраста, а также клинко-анамнестическую характеристику возрастных первородящих. Определить частоту и структуру осложнений беременности и родов.

Материал и методы

Ретроспективный анализ клинических характеристик 50 родильниц старше 30 лет, которые составили основную клиническую группу и 50 родильниц в возрасте от 20 до 29 лет – контрольную группу.

Результаты и обсуждение

У возрастных первородящих чаще возникает угроза преждевременных родов, аномалии отслойки плаценты, родоразрешение путем кесарева сечения. Так же присутствуют аномалии родовых сил и патологическая кровопотеря с большим травматизмом женщины. Течение первой половины беременности: без осложнений – 72,5%, с ранним гестозом – 20%, с угрозой прерывания беременности, с наличием экстрагенитальных и генитальных заболеваний – 7,5%. Течение второй половины беременности осложнилось поздним гестозом – 32,5%, угроза преждевременных родов – 15%.

Заключение

Частота осложнений возрастает с увеличением возраста беременных. Однако, частота перенашивания беременности и запоздалых родов

снижается с увеличением возраста, что объясняется активной тактикой ведения и настороженностью осложнений, и требует дальнейшего достоверного анализа.

Лецинский П.Т., Лагутина Л.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

Введение. В последнее время актуальной проблемой акушерства становится сочетание лейомиомы матки с беременностью. Женщины с данной патологией относятся к группе высокого риска так, как их беременность нередко протекает с осложнениями, а родоразрешение происходит путем кесарева сечения. Следует отметить, что в организме беременных с лейомиомой матки развиваются и компенсаторно-приспособительные реакции, направленные на нормальное развитие беременности и предупреждающие повреждение плода.

Цель работы

Изучить особенности течения беременности и родов у женщин с лейомиомой матки. Определить частоту и структуру осложнений беременности и родов у женщин с лейомиомой матки.

Материал и методы

Ретроспективный анализ клинических характеристик 32 беременных с лейомиомой матки. У 21 женщины данная беременность была первой, у 11 женщин – повторной. Все повторнобеременные, имели отягощенный акушерский анамнез: самопроизвольные аборт – у 23%, неразвивающаяся беременность – у 13%, искусственные аборт имели место у 64% женщин. У 65% женщин лейомиома матки была диагностирована до

настоящей беременности, у 35% – во время данной беременности.

Беременные были разделены на группы в зависимости от количества узлов на матке: I группа – 19 человек с наличием одного узла; II группа – 13 женщин с множественными узлами; III группа – 20 здоровых беременных.

Результаты и обсуждение

При сочетании миомы матки и беременности отмечена высокая частота гестационных осложнений: угроза прерывания в 49,1%; гестоз – 16,2%; анемия – 27,2%; ФПН – 7,5%. Чаще осложнение беременности возникало в первые 6-8 недель у женщин с крупными миоматозными узлами, с множественной миомой матки, с субмукозным ростом и расположением плаценты в проекции миоматозного узла.

Заключение

Увеличивается количество беременных, имеющих доброкачественные опухоли матки. Это связано с повышением возраста женщин, реализующих репродуктивную функцию. Таким образом, миома матки влияет на течение беременности, родов и послеродового периода, увеличивая риск осложнений. Беременные с миомой тела матки составляют группу высокого риска, что требует особого внимания к гестационному процессу и методу родоразрешения.

Линчевская Л.П., Пищулина С.В., Терещук Б.П., Бондаренко Н.Н., Стрельченко Ю.И.

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

ВЛИЯНИЕ ПОЛЯРИЗУЕМОГО ПОЛИХРОМАТИЧЕСКОГО СВЕТА НА МОРФОГЕНЕЗ ОЖОГОВОЙ РАНЫ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ МГНОВЕННОГО ОЖОГА ОТКРЫТЫМ ПЛАМЕНЕМ

Актуальность исследования продиктована необходимостью изучения морфогенеза ожоговой раны при нередких в наше время взрывах газа в быту, на, металлургическом, химическом производстве, шахтных взрывах, и т.п. и поис-

ком методов воздействия для ускорения репаративных процессов у таких пациентов.

Цель работы

Изучить возможность использования поляризованного света с целью интенсификации про-

цессов заживления при ожоговом повреждении.

Материал и методы

Исследования проводились на 270 белых беспородных крысах-самцах. Экспериментальной группе животных с соблюдением всех стандартных принципов биоэтики моделировали ожог 5% площади тела открытым пламенем в течение 3 секунд по разработанной авторами стандартизированной модели. При помощи аппарата Биоптрон-компакт осуществляли местное на рану и общее влияние поляризуемого полихроматического света в течение 10 минут 3 раза в сутки. Регистрацию изменений проводили в соответствии с фазами раневого процесса с применением стандартных морфометрических и морфологических методов.

Результаты и обсуждение

Влияние поляризуемого полихроматического света на раневую поверхность кожи спустя сутки после ожога заключалось в ограничении глубины альтерации дермы с сохранением нижней части её сетчатого слоя. В краевой зоне ожогового повреждения было обнаружено сохранение эпидермиса, ближе к ране имело место ускоренное пролиферации.

Через трое суток в ране отмечены менее выраженная, чем в группе сравнения лейкоцитарная инфильтрация в глубине сетчатого слоя. На границе кожи и мышечных элементов, вокруг сосудов глубокого сосудистого сплетения в составе инфильтратов, кроме мононуклеарных лейкоцитов определялись активные фибробласты. В краевой зоне ран также наблюдались процессы активации репарации в виде картин ангиогенеза и стимуляции пролиферации фибробластов.

Через неделю после ожога в экспериментальной группе отмечена стимуляция механизмов репарации. Под отслоенными некротическими массами в центральной части раны определялись участки формирования грануляционной ткани и ангиогенеза. На дне раны, в участке между кожей и мышцами, располагался толстый слой агрегатов клеток, который состоял преимущественно из фибробластов, большого количества лимфоцитов и макрофагов и эндотелия новообразованных сосудов. На периферии раневой поверхности определялся процесс эпителизации. В краевой зоне на фоне умеренного отека и инфильтрации макрофагами и лимфоцитами отмечались признаки активации репаративных процессов, увеличение количества картин митозов в эпидермисе, в котором уже присутствовали все слои. Полосы фибробластов наблюдались преимущественно в сосочковом слое дермы и сопровождалась явлениями ангиогенеза. В сетчатом слое дермы на фоне неравномерного кровенаполнения сосудов и перигландулярного отека отмечались многочисленные картины ангиогенеза. Диаметр ожоговой раны опытных животных был на 20% ($p = 0,005$) меньше крыс группы сравнения, а площадь ожога меньше на 36%.

Через 11 суток раневая поверхность в экспериментальной группе животных была в большей степени покрыта эпителием. Под ним располагалась незрелая рыхлая соединительная ткань с высоким количеством фибробластов и кровеносных сосудов. На периферии раны отмечалось большее количество коллагеновых волокон и аморфного вещества, эпидермис в области эпителизации был тонким со слабо выраженным роговым флором. В краевой зоне толщина эпидермиса была большей по сравнению с контрольной группой, а процессы ремоделирования тканей отмечались преимущественно в поверхностных участках дермы. Диаметр ожоговой раны опытной группы был на 38,6% ($p < 0,001$) меньше крыс группы сравнения, а площадь ожога меньше на 62,3%.

Через 11 суток раневая поверхность в экспериментальной группе животных была в большей степени покрыта эпителием. Под ним располагалась незрелая рыхлая соединительная ткань с высоким количеством фибробластов и кровеносных сосудов. На периферии раны отмечалось большее количество коллагеновых волокон и аморфного вещества, эпидермис в области эпителизации был тонким со слабо выраженным роговым флором. В краевой зоне толщина эпидермиса была большей по сравнению с контрольной группой, а процессы ремоделирования тканей отмечались преимущественно в поверхностных участках дермы. Диаметр ожоговой раны опытной группы был на 38,6% ($p < 0,001$) меньше крыс группы сравнения, а площадь ожога меньше на 62,3%.

Заключение

Полученные факты свидетельствуют о благоприятном влиянии поляризуемого полихроматического света на морфогенез ожоговой раны и служат обоснованием применения данного метода для ускорения репаративных процессов в ожоговой ране.

Линчевская Л.П., Пищулина С.В., Чернобрицев П.А., Кишеня М.С., Бондаренко Н.Н.

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

БИОСТИМУЛЯЦИЯ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОЖИ ПРИ ОЖГОВОЙ ТРАВМЕ

По данным ВОЗ ожоги занимают третье место в структуре травматизма, на термические поражения приходится 6% от всех травм. Вопросы патогенетически обоснованной коррекции воспалительного процесса, заживления и профи-

лактики патологического рубцевания после ожогов остаются актуальными и в настоящее время. Среди современных медицинских технологий, применяемых для лечения больных с ожоговыми ранами, перспективным является стимуляция

репаративной регенерации кожи Рми факторами тромбоцитов аутологичной крови.

Цель работы. Изучить ранозаживляющее действие плазмы обогащенной тромбоцитами при термическом ожоге у крыс.

Материал и методы

Ожоговую травму моделировали в эксперименте на беспородных крысах-самцах воздействием открытого пламени на кожу с поражением эпидермиса и дермы, площадью не более 5% тела. В 1-й группе (30 крыс) исследовали заживление ожоговой раны без лечебного воздействия. Во 2-й группе (30 крыс) – влияние аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП), которую вводили в края и дно ожоговой раны в 1-е, 4-е, 8-е, 14-е сутки после нанесения термической травмы. Для изучения процессов повреждения/регенерации ожоговых ран выполняли гистологические исследования с окраской гематоксилин-эозином и по Ван Гизон. Клеточно-тканевой состав ран оценивали морфометрическим методом по Г.Г. Автандилову. Статистическую обработку выполняли с использованием пакета «STATISTICA».

Результаты и обсуждение

При оценке гистологических препаратов оценивали интенсивность лейкоцитарной инфильтрации, сроки появления грануляционной ткани, развитие эпителизации. Ожог сопровождался развитием сухого коагуляционного некроза кожи с четкой границей в виде струпа. В 1-й группе струп формировался к 5-м суткам, нагноение под струпом развивались у 75% животных на 7-8-е сутки, во 2-й группе появление струпа отмечали на 2-3 сутки, гнойные осложнения выявляли у 24% крыс к 4-5-м суткам эксперимента. Отторжение фибринозно-некротического стру-

па во 2-й группе происходило на 8-10-е сутки, а в 1-й группе на 16-18 сутки. Полную эпителизацию раны в 1-й группе наблюдали на 32-35 сутки, во 2-й группе на 20-23 сутки эксперимента. В гистопрепаратах кожи на 4-е сутки после нанесения ожога (активная фаза альтерации и экссудации) в 1-й группе удельная доля гнойно-некротического детрита (ГНД) составила 51,3%, клеток – 38,2%, компонентов межклеточного вещества (волокон и основного вещества) – 10,5%. Клетки представлены полиморфноядерными лейкоцитами – 59,4±2,6%, фибробластами – 7,2±1,2%, лимфоцитами – 11,3±1,7%, макрофагами – 16,6±1,8%, эндотелиоцитами – 5,5±0,8%. Во 2-й группе доля ГНД снижалась на 17,8% за счет увеличения клеточного компонента. Среди клеток преобладали нейтрофилы – 68,6±3,2% и макрофаги 21,3±1,9%, обеспечивающие фагоцитоз. На 14-е сутки в 1-й группе в ране определяли: нейтрофилы 61,5±2,8%, макрофаги 17,2±1,5%, фибробласты – 6,8±1,3%, лимфоциты – 8,1±1,4%, эндотелиоциты – 6,4±0,8%, во 2-й группе увеличилось количество фибробластов на 35,6%, эндотелиоцитов на 18,3%, свидетельствуя об активации ангиогенеза и клеточной-тканевой пролиферации.

Заключение

Применение ОТП способствовало стимуляции репаративной регенерации, ускорению альтеративных и экссудативных процессов и активации пролиферации воспалительной реакции при ожоговой травме. Увеличение регенераторного потенциала реализовывалось за счет гуморальных и клеточных медиаторов воспаления, фагоцитоза, восстановления реологических свойств крови микроциркуляторного русла, активации метаболических процессов.

Липовская Н.Н., Данилов Ю.В.

Управление Народной милиции Донецкой Народной Республики
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СТАНОВЛЕНИЕ ВОЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ: ПРОБЛЕМЫ И ПОИСКИ ПУТЕЙ ИХ РЕШЕНИЯ

Цель работы. Целью данного исследования явился поиск путей совершенствования военного здравоохранения в сложных условиях формирования регулярной армии ДНР.

Материал и методы. Анализ небольшого исторического периода существования военного здравоохранения Новороссии и Донецкой Народной Республики позволил выявить этапы формирования и развития военной медицины

как неотъемлемой составляющей армии любого государства со всеми подразделениями, обеспечивающими защиту границ и населения от внешних и внутренних врагов.

Результаты и обсуждение. Структура медицинской службы должна отображать все характеристики её деятельности, включая обеспеченность кадрового состава, снабжение медикаментами и питанием, вопросы санитарно-

эпидемиологического контроля состояния войск, делопроизводство, вопросы взаимодополняющего взаимодействия медицинских подразделений по вертикали и по горизонтали и пр. Созданный на основе Народного ополчения Первый Военный Госпиталь не смог стать структурным подразделением кадровой армии Донецкой Народной Республики. Медицинскую службу в создаваемой контрактной армии приходилось строить, что называется, «с нуля». Одним из главных вопросов на начальных этапах работы медслужбы министерства обороны ДНР для оказания медицинской помощи военнослужащим было быстрое и своевременное согласование деятельности гражданских органов здравоохранения с воинскими частями, закрепление воинских формирований за определенными категориями профильных больниц для взаимного контроля и своевременной медицинской помощи раненым и больным военнослужащим. Однако, до сих пор нет единого военного медицинского центра типа военного госпиталя с его возможностями сортировки и дальнейшего распределения потоков раненых и больных лиц.

Оказание медицинской помощи военным всегда носит характер неотложной медицинской помощи, касается это ранений или просто соматических небоевых заболеваний, так как и во втором случае сроки выздоровления определяют восстановление кадрового состава и боеспособность подразделения. Поэтому категоричность

и сроки принятия решений по сохранению здоровья военнослужащих всегда опережали и будут опережать решение аналогичных проблем в гражданском здравоохранении.

Учитывая эти сложности, военная медицина Донецкой Народной Республики должна опираться только на свои силы. За пять существования нашего молодого государства в некоторых воинских подразделениях созданы медицинские службы и воспитаны кадры, которые в состоянии взять на себя всю ответственность в решении вопросов строительства всей структуры военного здравоохранения государства. Тем более, что подобные кадры воспитаны не только идеологически, пройдя ополчение 2014-2015 годов, но и прошли кадровую медицинскую подготовку в воинских подразделениях с первых дней формирования профессиональной армии Донецкой Народной Республики до настоящего периода. И задача руководства Народной Милиции нашей республики состоит в создании условий для формирования кадрового состава военного здравоохранения путем дифференцированного отбора военных медработников, повышения квалификационного уровня военных медиков как теоретическими курсами, так и непосредственно на боевых позициях.

Заключение. Высокий уровень идейно-политического подхода при формировании военных медиков является основой кадровой политики Управления Народной Милиции

Лисевич Б.В.

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

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕЩАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Актуальность. С каждым годом всё чаще встречаются опухолевые патологии толстого кишечника, смертность от которых на 2018 год составляет 9.2%, то есть приблизительно каждый 11-ый случай рака толстого кишечника будет летальным. Целесообразность использования мультिवисцеральной резекции при такой патологии колеблется в силу своих достоинств и недостатков.

Цель исследования. Исходя из приведенных случаев комбинированного оперативного лечения при опухолевой патологии толстого кишечника, сопоставить достоинства и недостатки, определить рациональность её применения.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2018 гг. в клинике общей хирургии №1 ДонНМУ, на базе проктологического отделения Донецкого

клинического территориального медицинского объединения проведено хирургическое лечение 1394 пациентам, страдающим патологией толстого кишечника. 1162 (82%) больных имели опухолевую патологию толстого кишечника в различных его отделах, из них 183 (15,7%) произведены комбинированные оперативные вмешательства, в соответствующих отделах.

Результаты. Проведён ряд комбинированных оперативных вмешательств у пациентов с колоректальным раком в различных отделах толстого кишечника и произведён анализ. Пятилетняя выживаемость – 49,3%, послеоперационные осложнения – 5,6%, послеоперационная летальность – 1,1%.

Выводы. Исходя из опыта комбинированная резекция обеспечивает наилучшую возможность

долгосрочной выживаемости при первичном колоректальном раке. Местно-распространённый рак толстого кишечника чаще всего может быть вылечен R0 резекцией, однако при этом все вовлеченные окружающие ткани должны быть уда-

лены в блоке с первичной опухолью. Значительный риск возникновения рецидива выпадает на R1 резекцию. Выполнение мультिवисцеральных резекция оправдано и показывает позитивные онкологические результаты.

Литвинова О.Н.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПОРАМИ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В настоящее время предложено много методов консервативного и хирургического лечения хронических запоров. Однако, вопрос эффективного консервативного лечения запоров при аномалиях развития толстой кишки остается открытым. Частота неудовлетворительных результатов после применения различных методов терапии доходит до 27-46%. Одним из основных моментов консервативного лечения хронических запоров является применение различных физиотерапевтических процедур.

Цель исследования. Целью исследования является изучение ближайших и отдаленных результатов лечения хронических запоров при аномалиях развития толстой кишки посредством индивидуализации применяемых физиотерапевтических методов, в зависимости от вида патологии.

Материалы и методы. В работе приведен опыт лечения 389 больных, страдающих хроническими запорами при аномалиях развития толстой кишки за период с 2013 года по настоящее время. Все больные находились на амбулаторном лечении на базе кафедры общей врачебной практики и медицинской реабилитации. Мы применяли виды электростимуляций различные по способу наложения электродов и параметров стимулирующего тока.

Результаты и обсуждение. Учитывая индивидуальный подход к лечению данной патологии нами был разработан комплекс мероприятий, включающий метод ректальной электростимуляции, проводимой курсами. Выбор электрода зависит от вида запора и наличия так называемой инертной прямой кишки, диаметра анального канала. Применяли пластинчатые и различного диаметра (от 1,2 до 2,5 см) двухполюсные электроды грибовидной формы с контактными поверхностями, что хорошо фиксирует их в заднепроходном канале и увеличивает площадь контактной поверхности. Данный вид электрода по нашим наблюдениям эффективен при терми-

нальных запорах. Мы считаем, что применение ректального электрода показано для лечения хронического запора, сочетающегося с инертной прямой кишкой. Так как мы применяли для проведения разных видов электростимуляции ток минимальной силы с фиксацией этих величин у каждого конкретного больного и при проведении повторных курсов лечения использовали эти же параметры, то увеличение силы тока не требовалось и была адекватная ответная реакция двигательной активности кишечника.

В декомпенсированных формах заболеваний и при гигантизме толстой кишки с развитием инертной прямой кишки позывы на дефекацию отсутствуют вообще, а кишечник очищается только механическим путем.

Для коррекции данного патологического состояния ведущим физиотерапевтическим методом считаем проведение повторных курсов (5-6) ректальной электростимуляции. Данный метод затрагивает различные звенья патогенеза данного заболевания и направленно их устраняет, являясь, таким образом, по нашему мнению, ведущим и патогномичным.

По нашим данным у больных с хроническими запорами при аномалиях развития толстой кишки задержки стула отмечались от 5-7 до 14-16 суток. После проведения больным с компенсированной и субкомпенсированной формами заболеваний с применением ректальной электростимуляции 3-4 курсами в течение 6-7 месяцев, отмечался регулярный самостоятельный стул с интервалом в 24-36 часов. Данную группу составили 346 (88,95%) больных. Остальным 43 (11,05%) больным с субкомпенсированной и декомпенсированной формами заболеваний нами проведены 5-6 курсов ректальной электростимуляции в течение года. Получен стойкий положительный эффект – самостоятельный стул с интервалом 36-48 часов.

Заключение. Ректальную электростимуляцию при данной патологии считаем методом вы-

бора. Функциональные результаты ближайшего и отдаленного периодов и сроки реабилитации больных подтвердили правильность выбранной тактики. Анализ отдаленных результатов лечения больных с хроническими запорами показал,

что нормальный ритм дефекаций у данной группы наблюдался на протяжении 3 лет. Дальнейшее наблюдение во временном аспекте нами не проводилось в связи с отсутствием жалоб у наблюдаемых больных.

Лифантова А.А., Семенихина А.А., Шуленина А.А., Андреев Р.Н.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (ИБС): ВЫДЕЛЕНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ СТОРОН СТЕНТИРОВАНИЯ СОСУДОВ СЕРДЦА

Цель работы: Определить основные положительные и отрицательные стороны стентирования крупных сосудов сердца.

Материалы и методы:

Данное исследование выполнено на основе интернет ресурсов для данного метода лечения. Была проведена консультация с кардиологом ЦКБ РАН: Ю.А. Федоровой. Были просмотрены видеозаписи хроник проведения операций, а также прочитан теоретический материал по заданной теме.

Результаты и обсуждение:

Стентирование – это восстановление кровотока в сосуде сердца, в котором выявлен значимый стеноз. Профилактика инфарктов, увеличение срока и качества жизни. Из минусов отличается наличие послеоперационных осложнений, а также во время выполнения данной операции. Характерными осложнениями после проведения стентирования сосудов являются: повреждение стенки сосуда в ходе операции, активное образование тромбов в месте вмешательства, кровотечение, развитие аллергической реакции на йодсодержащее контрастное вещество, которое используется в этой процедуре. Показателем к выполнению стентирования является поражение артерий в 1-2 местах. При поражении трех и более сосудов, а также при длительной протяженности бляшки, более эффективным методом

является шунтирование. Процедура стентирования сосудов нормализует просвет поражённой артерии до нормального диаметра. Стентирование проводится инвазивно, с помощью катетера со стентом на кончике. Катетер продвигают к нужному участку, далее устанавливают стент, формирующий необходимую ширину сосуда, в следствие чего кровоток переходит в нормальное русло. Кроме относительно пониженной травматичности, отсутствию надобности разрезать грудную клетку – данная процедура имеет ещё ряд дополнительных преимуществ. К плюсам стентирования относят: минимальная инвазивность. Операция осуществляется под местной анестезией, а стент вводится через небольшой прокол. Высокая эффективность процедуры. В большинстве случаев хирургическое вмешательство проходит успешно и устраняет проблему. Быстрое восстановление после вмешательства. Пациент очень быстро приходит в норму и возвращается к обычной жизни, что несомненно является плюсом.

Заключение:

В ходе проведенного исследования, делаем вывод, что плюсы этой операции по значимости перевешивают минусы. Благодаря этому пациент сможет увеличить длительность и качество своей жизни.

*Лобанов Г.В.¹, Палкина А.А.², Болгова И.И.²,
Тулупова О.Н.², Мухина В.И.², Ковалькова М.А.¹*

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г.Донецк

КТ-ДИАГНОСТИКА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ И КРАНИО-ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ТРАВМЫ В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ ДОНБАССА

Проблема черепно-мозговой (ЧМТ) и кранио-verteбральной травмы является актуальной из-за их распространенности, тяжести последствий и сложности выявления стандартными рентгенологическими методами. В период боевых действий на Донбассе с 2014г. ЧМТ и кранио-verteбральная травма занимают особое место в нейрохирургической практике. На базе клиники нейрохирургии Донецкого клинического территориального медицинского объединения при сопутствующей ЧМТ проходят лечение и пациенты с травмой кранио-verteбрального перехода.

В клинике расположен urgently работающий кабинет компьютерной томографии (КТ), оказывающий помощь в диагностике как изолированной ЧМТ, так и сочетанной, в т.ч. с наличием кранио-verteбральной травмы. Логистика оказания высокоспециализированной помощи в клинике состоит из нескольких этапов. Пациент доставляется в приемное отделение нейрохирургической службы каретой скорой помощи или санитарной авиацией, где мгновенно осматривается дежурным нейрохирургом, при необходимости – нейрореаниматологом. При сочетанной патологии вызываются врачи смежных специальностей: дежурный торакальный хирург, абдоминальный хирург, оториноларинголог, офтальмотравматолог. Устанавливается предварительный диагноз, после чего назначаются необходимые методы диагностики для подтверждения и/или уточнения первичного диагноза. В реалиях современного Донбасса в распоряжении дежурных врачей круглосуточно имеются такие методы исследования, как рентгенография, КТ, ультразвуковое исследование. При подозрении на тяжелую и среднетяжелую ЧМТ, особенно с сопутствующей кранио-verteбральной травмой,

сразу же назначается КТ в виду меньшей информативности стандартной рентгенографии при данной патологии.

Пациент транспортируется в кабинет КТ, расположенный на первом этаже (тем самым нивелируя потерю времени), где выполняется исследование в течение пяти минут. Дежурный врач кабинета КТ совместно с хирургами может оценивать результаты исследования мгновенно, пока пациент еще находится на столе аппарата. В кабинете КТ установлен мультиспиральный 16-срезовый аппарат CT Philips Brilliance, дающий возможность мультипланарной и 3D-обработки изображения, что особо актуально при черепно-мозговой и кранио-verteбральной травмах. Протокол исследования пациентов с изолированной ЧМТ заключается в сканировании головы до уровня С1 позвонка в спиральном режиме с обязательными последующими мультипланарными и 3D-реконструкциями, в особенности при подозрении на так называемые «горизонтальные» переломы. При сопутствующей кранио-verteбральной травме протокол включает в себя исследование головы и шеи одной рамкой (без разрыва) до уровня Th1 позвонка, при необходимости есть возможность даже после разметочной сканограммы расширить область исследования с захватом верхних грудных позвонков для исключения их повреждения и наличия пневмоторакса. Обязательным является выдача заключения врача-рентгенолога и визуализационной картины исследования (на пленке или цифровом носителе) для сохранения архива исследования у пациента, т.к. при наличии изолированной verteбральной травмы пациента госпитализируют в республиканский травматологический центр для оказания лечебной помощи.

Логвинова В.В., Ищенко Т.А.

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

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ПЕРИОД 2014-2017 ГГ.

Среди факторов, влияющих на социально-экономическое развитие государства, демогра-

фическая ситуация играет далеко не последнюю роль. Любая экономическая система неразрывно

связана с демографией, где последняя выступает как наука о закономерностях развития и воспроизводства населения. Численность населения и его состав непосредственно влияют на масштабы производства, темпы развития всех сфер жизнедеятельности территории. Естественно, и демографические процессы – рождаемость, смертность и миграция – в значительной степени зависят от социально-экономической ситуации и уровня жизни населения.

Оценка демографической ситуации населения Донецкой Народной Республики (ДНР) с целью выявления причин преобладания показателей смертности над рождаемостью.

Проведен анализ демографических показателей по данным Главного управления статистики Донецкой Народной Республики.

За период 2014-2015гг естественный прирост населения ДНР составил -8,6‰, а за 2016-2017гг -9,5‰. Из них города Дебальцево, Докучаевск и Торез составляют наибольшую часть (-14,0; -14,1; -13,9 соответственно). За 2016-2017гг наибольшая смертность зафиксирована в Енакиеве, Новоазовском и Амвросиевском районах (-12,3; -12,3; -11,7 соответственно). По оперативным данным Главного управления статистики ДНР за 2014-2015гг основными причинами смертности населения являются болезни системы кровообращения (65,1%), из которых инфаркты миокарда и инсульты всего составляют незначительную часть (1,9% и 5,8% соответственно), второе место занимают новообразования (11,8%), из них злокачественные 11,7% и на третьем месте

несчастные случаи, травмы и отравления (9,7%). В период 2016-2017гг первое место занимают болезни системы кровообращения (66,9%), из них инфаркты миокарда -5,3%, инсульты всего -7,0%, на втором месте новообразования (14,1%), из них злокачественные -14,0%, на третьем – несчастные случаи, травмы и отравления -6,3%. Показатели смертности детского населения 0-17 лет составляет 0,012% за 2014- 2015гг и 0,009% за 2015-2016гг.

К числу факторов, влияющих на снижение рождаемости в республике, можно отнести:

1. Страх потери кормильца семьи;
2. Наркоманию, алкоголизм и проституцию;
3. Раннюю смертность в результате боевых действий и несчастных случаев;
4. Убийства и самоубийства;
5. Перегруженность отрицательной информацией, создающей гнетущую и тревожную атмосферу в обществе, вызывающую постоянный стресс;
6. Бесплодие женщин в результате абортов;
7. Отъезд за границу граждан репродуктивного возраста;
8. Жилищную проблему

Таким образом, изменения демографической ситуации в ДНР связаны с нервно-эмоциональным напряжением, эмиграцией населения, интенсивными боевыми действиями, низким уровнем доходов, параллельным ухудшением качества здоровья оставшегося населения, усугублением процессов его старения.

Луцкий И.С.¹, Лютикова Л.В.^{1,2}, Луцкий Е.И.³

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Дорожная клиническая больница, г. Донецк

³Кольская центральная районная больница, г. Мурманск, Россия

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Цель исследования. Определить влияние факторов хронического психосоциального стресса (ХПСС) на ремоделирование миокарда левого желудочка (ЛЖ) у машинистов магистральных локомотивов (ММЛ) и помощников машинистов (ПМ), профессия которых признана Международной организацией труда (МОТ) одной из наиболее стрессогенных.

Материалы и методы. Обследовали 151 ММЛ и ПМ в возрасте от 19 до 29 лет и 100 здоровых добровольцев в качестве контроля аналогичного возраста, работа и образ жизни которых не были

связаны с хроническим действием стрессоров. ММЛ и ПМ были разделены на 5 групп в зависимости от возраста и стажа работы. Контрольный контингент также был разделен на 5 групп, соответствующих по возрасту группам ММЛ и ПМ. Реакцию на действие факторов стресса оценивали с использованием шкалы психологического стресса PSM-25 (Lemure L. et al., 1990). В исследование включали ММЛ и ПМ с показателями психологической напряженности выше среднего (больше 100 баллов). У контрольного контингента показатели психологической напря-

женности были ниже средних значений (менее 100 баллов).

Определяли среднесуточные значения систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления. Методом эхокардиографии измеряли размеры межжелудочковой перегородки (МЖП), задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ). Вычисляли массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛ), относительную толщину стенки ЛЖ (ОТСЛЖ). Определяли содержание гормонов стресса (ГС): адренокортикотропного гормона и кортизола. Измеряли концентрацию в сыворотке крови оксида азота (NO) и эндотелина 1 (ЕТ-1), содержание мозгового натрийуретического пептида (BNP) и предсердного натрийуретического пептида (ргоANP).

Результаты. Подтверждением активности стрессорной системы явилось стойкое повышение содержания в крови ГС. Хроническое действие стрессоров сопровождалось формированием эндотелиальной дисфункции (ЭД) со снижением секреции NO и повышением выработки ЕТ-1.

Отметили рост показателей САД и ДАД у ММЛ, что коррелировало с длительностью влияния факторов ХПСС. После 5-7 лет действия

ХПСС наблюдали увеличение размеров МЖП, ЗСЛЖ, а также значений ММЛЖ, ИММЛЖ, ОТСЛЖ. Гипертрофию ЛЖ выявили у 21 ММЛ и у 2 представителей контроля ($\chi^2=8,12$; $p=0,0044$). Концентрический тип ремоделирования наблюдали у 40 ММЛ и у 8 представителей контроля ($\chi^2=8,45$; $p=0,0036$). Концентрическую гипертрофию миокарда выявили у 13 ММЛ ($\chi^2=7,89$; $p=0,0050$), эксцентрическую у 12 ММЛ и у 1 человека в контроле ($\chi^2=5,03$; $p=0,0249$).

Выводы. Пребывание в условиях действия ХПСС сопровождается ремоделированием миокарда левого желудочка. Решающая роль в этом процессе принадлежит артериальной гипертензии, причиной которой является избыточная продукция гормонов стресса, что приводит к развитию вазоконстрикции. Ремоделирование носит постнагрузочный характер, о чем свидетельствует увеличенная секреция натрийуретических пептидов (BNP и ргоANP), наблюдаемая в первые годы действия факторов ХПСС. Определенная роль в ремоделировании миокарда принадлежит и прогрессирующей эндотелиальной дисфункции, особенно в более поздние сроки хронического действия стрессоров.

Луцкий И.С.¹, Лютикова Л.В.^{1,2}, Якубенко Е.Д.¹, Луцкий Е.И.³

1ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
2Дорожная клиническая больница, г. Донецк
3Кольская центральная районная больница, г. Мурманск, Россия

ПОКАЗАТЕЛИ МОЗГОВОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У РАБОТНИКОВ СО СТРЕССОГЕННЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА

Цель исследования. Проанализировать характер влияния факторов хронического психосоциального стресса (ХПСС) на показатели мозгового кровотока у работников, подвергающихся хроническому действию стрессоров.

Материалы и методы. Обследовали 160 машинистов магистральных локомотивов (ММЛ) и помощников машинистов (ПМ), профессия которых рассматривается Международной организацией труда (МОТ) как одна из наиболее стрессогенных. В качестве контроля обследовали 100 практически здоровых добровольцев, работа и образ жизни которых не связаны с хроническим действием стрессоров. Подверженность действию факторов стресса оценивали с использованием шкалы психологического стресса PSM-25 (Lemure L. et al., 1990). В исследование включали ММЛ и ПМ с показателями психологической напряженности выше среднего (больше 100 баллов). У контрольного контингента по-

казатели психологической напряженности были ниже средних значений (менее 100 баллов).

Активность стрессорной системы оценивали по содержанию гормонов стресса (АКТГ, кортизола, адреналина). Функцию эндотелия изучали по продукции вазорегуляторов оксида азота и эндотелина-1. Методом ультразвуковой доплерографии измеряли линейную скорость кровотока по средней мозговой артерии, толщину комплекса интима-медиа общей сонной артерии, оценивали результаты эндотелийзависимой вазодилатации. Динамику показателей артериального давления изучали методом холтеровского мониторинга. Проводили исследование эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) в ответ на пробу с реактивной гиперемией.

Результаты и обсуждение. Действие факторов ХПСС приводит к длительному повышению уровней гормонов стресса в крови и вызывает развитие вазоконстрикции, на фоне которой за-

пускаются процессы эндотелиальной дисфункции с нарушением образования оксида азота и повышенной секрецией эндотелина 1, с последующим формированием артериальной гипертензии. По мере прогрессирования указанных процессов наблюдается снижение показателей мозгового кровотока. Обнаруженное увеличение размеров комплекса интима-медиа общей сонной артерии коррелирует со степенью тяжести артериальной гипертензии и эндотелиальной дисфункции. Результаты проведенной пробы с эндотелий-зависимой вазодилатацией выявили нарушения в деятельности эндотелия сосудов у ММЛ и ПМ.

Выводы. Работа в условиях действия хронического психосоциального стресса приводит к длительной циркуляции в крови высоких уровней гормонов стресса. Возникающая в результате эндотелиальная дисфункция и артериальная

гипертензия выступают в качестве причин, способствующих снижению параметров мозгового кровотока и вызывающих функциональную несостоятельность эндотелия сосудов.

Полученные данные свидетельствуют о повышенном риске развития сердечно-сосудистых заболеваний у обследованного контингента пациентов, что вызывает необходимость оценивать показатель суммарного кардиоваскулярного риска и проводить целенаправленную профилактику артериальной гипертензии и эндотелиальной дисфункции.

Результаты исследования позволяют предположить, что вызываемое действием ХПСС снижение мозговой гемодинамики и нарушение функции эндотелия могут явиться причинами формирования нейро-васкулярной несостоятельности, что требует дальнейшего изучения.

Ляликов С.С.

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

SILS, КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННОМУ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМУ МЕТОДУ

В последнее время развитие транслюминальной эндоскопической хирургии с естественным отверстием (NOTES) открыло область безопасной хирургии. Основная цель SILS состоит в том, чтобы устранить необходимость в разрезах кожи наряду с другими теоретическими преимуществами, которые включают в себя: уменьшение послеоперационной боли, выполнение процедур в амбулаторных условиях, снижение частоты грыж, уменьшение пребывания в стационаре и повышение общей удовлетворенности пациента.

Цель исследования. Целью данной работы было изучение статистики и определение частоты использования единого лапароскопического доступа. Оценить негативные последствия его применения. Проанализировать опыт выполнения лапароскопических однопортовых вмешательств, 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. Поиск литературы проводился с использованием базы данных Pubmed. Были отобраны статьи, включающие пациентов, которым была проведена лапароскопическая холецистэктомия с одним разрезом. Кроме того, ссылки на эти статьи были проверены на на-

личие других соответствующих отчетов. Были рассмотрены статьи на английском языке, датированные 2010 годом и февралем 2019 года. Все описанные здесь случаи касались взрослых пациентов в возрасте от 18 лет и старше.

Результаты. Одной их часто выполняемых операций через единый доступ является ЛХЭ. При определенных условиях у больных ЖКБ однопортовая ЛХЭ считается выполнимой и безопасной. Она является еще одним шагом в развитии менее инвазивных хирургических вмешательств. Пупочный доступ для входа в брюшную полость давно использовался как хорошо отработанный стандарт при лапароскопии [3]. Этот доступ не опасен и способствует такому же хирургическому обзору, как и при стандартной ЛХЭ. При трансумбиликальной методике пупок полностью выворачивается, затем производится продольный разрез кожи пупка длиной около 3-3,5 см. Эта методика разработана специально для получения хорошего косметического результата. Тщательная реконструкция пупка и перкутантные швы для фиксации желчного пузыря приводят к тому, что послеоперационный рубец на брюшной стенке становится невидимым.

Косметические результаты SILS явно превосходят результаты стандартной лапароскопии. При правильном размещении разреза внутри или на верхней границе пупка ни у одного из на-

ших пациентов не было видимого рубца после полного выздоровления.

Заключение.

Одним из вопросов, касающихся безопасности SILS, является трудность достижения такого же критического взгляда на безопасность, как и при обычной лапароскопической холецистэктомии, из-за ограниченности инструментов, столкновения инструментов и отсутствия триангу-

ляции. Основываясь на настоящих результатах, SILS может быть безопасным методом. Первоначально время работы велико, но оно сокращается, поскольку хирурги становятся более опытными в этой процедуре. Тем не менее, пациенты должны быть проинформированы о риске грыжи в месте расположения порта и проинструктированы избегать тяжелых физических нагрузок в течение первых шести месяцев после операции.

Ляшенко Е.Г., Ягленко В.В.

Республиканский центр профпатологии и реабилитации, г. Донецк

АНАЛИЗ ПРИЧИН И МЕХАНИЗМОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ РИСКОВ

С позиций современной концепции медицины и безопасности труда методы и меры по предупреждению профессиональной заболеваемости должны базироваться на идентификации и оценке профессиональных рисков, прогнозировании последствий их негативного воздействия на здоровье работающих, выявлении причинно-следственных связей между состоянием здоровья и факторами труда, оперативному принятию эффективных административных решений по управлению профессиональными рисками.

Цель работы

Определение и использование эффективных организационных, медико-диагностических, оздоровительно-профилактических и иных мероприятий, которые нацелены на профилактику профессиональной и профессионально обусловленной патологии.

Объекты и методы

Применялись методы исследования: информационно-аналитические.

Результаты и обсуждение

Действующая в Республике нормативно-правовая база по охране и медицине труда построена по старому принципу обеспечения абсолютной безопасности труда.

Исследования уровней профессиональной заболеваемости и травматизма на производствах с вредными и опасными условиями труда показал, что такой подход не обеспечивает в полной мере выполнение поставленных перед охраной и медициной труда целей и задач.

Для устранения недопустимого влияния факторов труда планирование мероприятий по повышению уровня безопасности производства должно строиться не на основании 100% соответствия состояния условий и безопасности труда требованиям нормативно-правовых актов, а на основании управления рисками возникно-

вения профессиональных заболеваний посредством их идентификации, оценки и принятия работодателем из многих вариантов наиболее оптимальное решение.

Для определения политики в сфере охраны и медицины труда необходимо сначала идентифицировать все опасные и вредные производственные факторы, определить уровни риска возникновения профессиональных заболеваний, фактические и потенциальные финансовые возможности предприятия, а уже потом установить первоочередные цели и задачи

Идентификация опасных и вредных факторов на производстве проводится по результатам аттестации рабочих мест, которая предполагает: учет вредных и опасных производственных факторов, определение их возможного влияния на здоровье работающих, анализ причин и обстоятельств, которые потенциально могут привести к развитию профессионального заболевания.

При идентификации опасностей необходимо рассмотреть соответствие нормативно-правовым актам: существующей системы организации работ, используемых технологий и технических средств, порядок проектировки рабочих мест и т.д. Все риски, которые взаимосвязаны с идентификацией опасностей, необходимо оценить и упорядочить по их природе, уровням и приоритетам.

Выводы

Результаты исследований будут использованы при подготовке нормативно-методических документов, которые позволят улучшить санитарную безопасность трудовой деятельности за счет совершенствования мер предупреждения профессиональных заболеваний на основании мониторинга условий труда и состояния здоровья работающих путем оптимизации работы службы охраны и медицины труда.

Мажара А.В.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

РОЛЬ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПУЛЬПИТА РАЗНОЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ

В современном мире актуальность диагностики и лечения пульпита набирает все большие обороты. Острый пульпит является исходом острого глубокого кариеса у взрослых, среднего – у детей, а также различные травмы. Современные эндодонтисты буквально спорят друг с другом по поводу методов лечения пульпита, хотя принципы лечения остаются классическими. Острый пульпит бывает обратимым и необратимым, в этом и заключается суть современных подходов к диагностике и лечению. Острый пульпит-это воспаление сосудисто-нервного пучка зуба, по-иному – пульпы. Острому процессу предшествует выработка воспалительной жидкости – экссудата. Применительно этой теме, он может быть серозным, либо же гнойным, от этого и будет зависеть тактика лечения, а также обратимость воспалительного процесса. В случае обратимости, применяются пасты на основе гидроокиси кальция, которые накладываются прямым или непрямым методом. Если же процесс в пульпе необратим, то лечение имеет большую вариацию: витальные, девитальные методы ампутации и экстирпации.

Цель работы

Уметь диагностировать такое заболевание зубов, как острый пульпит, выявлять возможность патологического влияния осложнения на организм; оказывать необходимую помощь. Изучение эпидемиологии и выявление возрастных особенностей клинического течения острых

форм пульпита и оценка эффективности его лечения у пациентов разного возраста.

Материалы и методы

Опрос – сбор анамнеза жизни. Анамнез заболевания: длительность заболевания (дни, месяцы, годы) – установление формы заболевания, возможность вовлечения в процесс периодонта; реакция на раздражители – установление формы заболевания. Объективное исследование -конфигурация лица. Проведение дополнительных методов исследования -рентгенография зуба.

Результаты и обсуждение

Пульпит чаще всего возникает как осложнение нелеченого кариеса. С увеличением возраста больного острота проявлений пульпита снижается в связи с уменьшением реактивных возможностей организма. Исходом острого пульпита обычно является некроз пульпы. Острота боли усиливается по мере перехода серозного воспаления в гнойное, приобретая характер пульсирующих болей.

Заключение

Профилактика пульпита – это своевременное лечение кариеса зуба. Современные стоматологические препараты, в наше время, позволяют выбрать необходимое лечение. Эта проблема имеет большое значение, потому что здоровая пульпа играет не только главную роль трофического центра зубных тканей, но и служит биологическим «барьером», через который микроорганизмы не могут проникать в периодонт и кость.

Макарова К.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк

ЗАЩИТА ПРАВ ПАЦИЕНТОВ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

На основании доклада министра образования Донецкой Народной Республики Долгошапка О.Н. состояние здоровья населения ДНР возможно оценить как кризисное. За 2018 год общее количество амбулаторных посещений составило 20,5 млн, из которых 90% пациентов обратились на вторичный и третичный уровень самостоятельно, минуя первичный уровень, что свиде-

тельствует о низком уровне доверия населения к качеству медицинской помощи в Центрах первичной медико-санитарной помощи.

По мнению ряда учёных большинство проблем в медицинской практике связано с тем, что главнейшую роль в данных общественных отношениях играет человеческий фактор, что ведёт к более частым сбоям во взаимосвязи в систе-

ме «врач-пациент». Пациентам обеспечивается большая безопасность только тогда, когда медицинский персонал обеспечивает объективную беспристрастную отчётность.

Цель работы

Целью данной работы является выявить наиболее актуальные проблемы в сфере защите прав пациентов, в том числе определить пробелы законодательства, и предложить меры по совершенствованию механизма правовой защиты пациентов.

Материал и методы

Общественные отношения в сфере здравоохранения, охраняемые ДНР, регулируются следующими нормативными актами: закон ДНР «О здравоохранении», Уголовным кодексом ДНР, Уголовно-процессуальным кодексом ДНР, Гражданским кодексом Украины и т.д.

Теоретическую основу исследования составили: нормативно-правовая база, научные работы таких учёных, как А.Г. Пашинян, А.Б. Венгеров, И.С. Викторов и др.

Методологическую основу исследования составили: статистический метод, анализ и синтез, дедукция и индукция, сравнительно-правовой метод, обобщение.

Результаты и обсуждение

Несмотря на наличие внушительной законодательной базы в сфере регулирования отношений, возникающих вследствие предоставления медицинских услуг, всё же необходимым является принятие закона ДНР «О защите прав пациентов», так как данные отношения отличаются специфическим характером, что определяет потребность в отдельном нормативно-правовом акте, который бы регулировал данные отношения.

Количество судебных исков к медицинским работникам и учреждениям здравоохранения с каждым годом увеличивается. Причиной дан-

ного явления признаются врачебные ошибки и ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками. Однако проблематичным является присвоение категорий таким понятиям как «врачебная ошибка», «несчастный случай» и др. В связи с толкованием указанных определений возникают проблемы при судебной защите прав пациентов.

Ещё одной не менее важной проблемой является реализация материального содержания норм, указанных в УК ДНР. Ряд статей Уголовного кодекса напрямую связаны с защитой прав пациентов и медицинских работников: ст. 110, ст.119, ст. 121, ст. 125 и др. Привлечение к уголовной ответственности не освобождает виновного лица от возмещения материального ущерба за причинённый вред здоровью. Проблема в том, что виновное лицо может не иметь средств, а государством могут не предусматриваться финансирование конкретных медицинских услуг. В этом случае пациент самостоятельно оплачивает лечение, что становится причиной осложнений заболевания в связи с тяжёлым финансовым положением.

Заключение

Таким образом, юридическое оформление защиты прав пациентов – одна из приоритетных задач демократического государства. На сегодняшний день созданы предпосылки для того, чтобы система здравоохранения действовал в интересах пациента, а не государства. Необходимо нормативное закрепление статуса пациента, путём принятия закона «О защите прав пациента», в котором бы давались определения понятиям «врачебная ошибка», «несчастный случай» и т.д., а также обеспечение надлежащего предоставления медицинских услуг дополнительными гарантиями: административными органами, уполномоченным по правам пациента, специальными государственными комиссиями.

Макеев Г.А., Жданов В.Е., Тараната А.А.

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

ЭТИКА В СТОМАТОЛОГИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ И РИСКИ

В ходе модернизации института здравоохранения произошли весомые изменения, затрагивающие структуру здравоохранения и стоматологических услуг. Уменьшились государственные инвестиции в сферу здравоохранения, расширился рынок платных услуг, возросли требования к качеству стоматологических услуг в целом, что изменило отношение населения к организации стоматологической помощи.

Цель работы

Актуализировать вопросы этики в современных реалиях и довести необходимость неукоснительного соблюдения её основ.

Материал и методы

Анализ деятельности сети стоматологических учреждений России в 2006-2017 гг. свидетельствует о том, что стоматология становится одной из сфер, в которой активно реализуются

меры по реформированию специальности, адаптации ее к условиям информационного общества, где найдены дополнительные источники финансирования, внедрены современные технологии профилактики и лечения, проведены интенсивное обучение и повышение квалификации кадров. Среди положительных изменений указываются: внедрение новых биомедицинских и информационных технологий; повышение качества стомат.помощи; расширение источников финансирования; улучшение имиджа стоматолога в здравоохранении и в обществе; внимание к правам пациента; повышение значимости индивидуальной профилактики; увеличение ответственности стоматолога; свободный выбор изделий для стоматологии. Выявляются и отрицательные: дефицит бюджетного финансирования; кризисное состояние детской стоматологии; снижение уровня социальной защиты и обеспечения пациента; проблема доступности стоматологической помощи; кризис школьной стоматологии; неудовлетворительное состояние материальной базы государственных стоматологических учреждений.

Результаты и обсуждение

Положительные изменения являются недостаточными для существенного повышения качества стоматологической помощи. Важным фактором, определяющим качество является профессиональная этика. Следование этическим принципам врача-стоматолога является услови-

ем поддержания доверия общества к стоматологической медицине. Реализация в профессиональной деятельности этических принципов непричинения вреда пациенту, достижения его блага, принципа справедливости и автономии является условием поддержания доверия общества к институту стоматологической помощи. Но в условиях развития современного общества возникают объективные факторы, порождающие конфликт этических принципов традиционной медицинской деонтологии и профессиональной деятельности врача-стоматолога. К данным факторам относятся: коммерциализация стоматологии; развитие частной стоматологической медицины способствует распространению в данной сфере принципов бизнес-этики, подменяющих собой принципы медицинской деонтологии; развитие биомедицинских технологий и их стремительное внедрение в практику здравоохранения затрудняет возможности этической рефлексии непрогнозируемых рисков здоровью; информатизация и развитие Интернет-пространства порождают риски нарушения конфиденциальности пациентов, манипулирования их поведением и т.д.

Заключение

Таким образом, в настоящее время эффективное развитие стоматологической медицины возможно только при условии соблюдения специалистами этических и деонтологических принципов и правил.

Макеев Г.А.; Тараната А.А.

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

CAD/CAM СИСТЕМА, КАК СОВРЕМЕННЫЕ КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ

Восстановление полного отсутствия зубов зубов съёмными конструкциями зубных рядов по данным ряда авторов составляет от 15 до 46% [1,2]. В настоящее время многие врачи-ортопеды и зубные техники проводят нерациональное восстановление полного отсутствия зубов конструкциями протезов, изготовленными по традиционной общепринятой технологии. Это является одной из причин развития дисфункции ВНЧС, жевательных мышц, нарушением эстетики и функции пережевывания пищи [3].

Для решения этих проблем в клинике ортопедической стоматологии и зуботехнической лаборатории применяются современные методы изготовления полных съёмных протезов с помощью CAD/CAM технологии, Ceres и др. [4].

Цель работы

Обосновать повышение эффективности протезирования съёмными конструкциями протезов, изготовленными с помощью цифровых технологий.

Материал и методы

Для изготовления безметалловых конструкций съёмных протезов следует использовать современный высокоточный метод, которым является CAD/CAM технологии. Ceres-3 использует объёмное 3-D – моделирование и последующее фрезерование монолитных съёмных протезов из полимерного материала. При этом используются такие функции: Репликация-зеркальное отображение, корреляция-фото модели и копирование её анатомической формы при моделировании на

экране монитора. Изготовление съёмной конструкции полного пластиночного съёмного протеза проводится следующим образом.

Первое посещение: После определения высоты нижней трети лица:

Изготавливается двухфазный функциональный оттиск с беззубой челюсти.

Второе посещение. Припасовка регистрирующего шаблона в центральной окклюзии и изготовление монолитного пробного протеза из белого полимерного материала методом фрезерования стандартных заготовок конструктивных материалов.

Третье посещение. Корректировка точности прилегания протеза к протезному полю беззубной челюсти, проверка фиксации, окклюзии и эстетики. Окончательная фиксация на беззубой челюсти.

Результаты и обсуждение

Изготовленный полный съёмный протез по CAD/CAM технологии обладает следующими преимуществами по сравнению с общепринятой методикой изготовления полных съёмных протезов: 1. Преимущества с точки зрения

материаловедения. А. Отсутствие усадки при полимеризации - точная фиксация полного съёмного протеза. Б. Внутренняя и внешняя поверхность полного съёмного протеза, изготовленная по CAD/CAM технологии более гладкая и нет необходимости полировки протеза - высокое качество поверхности протеза. В. Выделение остаточного мономера практически отсутствует при полимеризации исходного материала - нет токсического влияния остаточного мономера на ткани протезного ложа по сравнению с общепринятой методикой. Г. Визуальная проверка «пробного протеза» в полости рта позволяет внести коррективы перед окончательным изготовлением протеза.

Заключение

CAD/CAM технологии при изготовлении полного съёмного протеза, предоставляют пациентам, зубным техникам, стоматологам целый ряд преимуществ по сравнению с традиционно изготавливаемыми полными съёмными протезами, что позволяет изготовить полный съёмный протез всего за три посещения, что является более эффективным.

Максименко О.Л., Коценко Ю.И., Авсянкина Е.В., Сохина В.С.

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

ДЕПРЕССИЯ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Актуальность. На современном этапе развития общества среди общемедицинских проблем особую актуальность приобретает проблема патологии аффективной сферы, особенно тревожных и депрессивных расстройств после перенесенного мозгового инсульта. Эмоциональные расстройства занимают третье место среди причин медицинских консультаций.

Результаты. В термин «депрессия» вкладывается разное дефинитивное наполнение, он используется для описания симптома, синдрома или заболевания. Чаще всего этот термин определяет синдром, который включает психологические, эмоциональные, соматоневрологические и прочие клинические проявления заболевания. К числу факторов, отрицательно влияющих на реабилитацию больных после ОНМК, относятся депрессивные расстройства, возникающие в различные периоды заболевания. Частота развития постинсультной депрессии колеблется от 27 до 78%, максимально встречается в период от 3 до 6 месяцев от начала мозговой катастрофы. Высокая распространенность эмоциональных расстройств у пациентов обусловлена общими патогенетическими механизмами развития инсульта

и депрессии. Депрессия, возникающая после инсульта, затрудняет оценку неврологического статуса больного в клинике, оказывает негативное влияние на восстановление когнитивных функций и повседневной активности, способствует быстрому развитию деменции. Депрессия снижает выживаемость после инсульта и повышает риск развития повторного инсульта, это может быть связано с коморбидностью заболевания; с вовлечением сердечно-сосудистой системы, артериальной гипертензии, аритмий сердца и сахарного диабета. Влияние депрессии на данное заболевание достоверно подтверждено рядом эпидемиологических лонгитудинальных исследований. Еще одним вариантом постинсультной депрессии может быть реактивное состояние пациента в ответ на болезнь. В последнее время важную роль в развитии именно соматизированного варианта постинсультной депрессии отводят такой личностной черте, как алекситимия – неумении больного идентифицировать и описать свои ощущения, т.е. вербализовать душевные переживания и эмоции. Наличие алекситимии затрудняет общение с больным и осложняет выявление типичной депрессии, алекситимия чаще

развивается у пациентов с поражением недоминантного полушария головного мозга.

Выводы. Учитывая высокий риск развития депрессии в первый год после мозгового инсульта

и значительное негативное влияние эмоциональных расстройств на уровень функционального восстановления и прогноз целесообразно превентивное назначение антидепрессантов.

Максименко О.Л., Коценко Ю.И., Бубликова А.М., Сохина В.С., Авсянкина Е.В., Сохин С.А.

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

РАЗВИТИЕ КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПРЕПОДАВАНИИ

В данной работе проводится анализ инновационных приемов и методов, использование которых в педагогической деятельности превращают студентов из объекта обучения в субъектов образовательного процесса, что во многом способствует повышению его эффективности. Методологической основой стандарта являются личностно-ориентированный и системно-деятельностный подходы, которые обеспечивают формирование готовности обучающихся к саморазвитию и непрерывному образованию.

Современное образование, рассчитано на перспективу и должно строиться на основе умения быстро ориентироваться в стремительно растущем потоке новых сведений и находить нужное, а также умения осмыслить и применить полученные знания.

Получая новую информацию, студенты должны научиться рассматривать ее с различных точек зрения, делать выводы относительно ее точности и ценности. В связи с этим, формирование критического мышления студентов, основанное на универсальном умении работать с информацией (находить, отбирать, анализировать), является одной из актуальных задач учебного процесса.

Способность анализировать информацию с позиции логики, умение выносить обоснованные суждения, принимать решения и применять полученные результаты способствует успешной самореализации личности. Использование дискуссии способствует повышению эффективности усвоения материала, ведь готовясь к ней студенты изнутри изучают проблему, познают и

лучше усваивают материал. Кроме того, в ходе дискуссии совершенствуется культура речи и навыки общения, развиваются умения выражать свои мысли, доказывать и обосновывать свои выводы.

Важно придерживаться правил проведения дискуссии (соблюдение дисциплины, сохранение доброжелательной атмосферы, бесконфликтность) и стремиться создавать благоприятные условия для высказывания студентами различных точек зрения. Например, выполняя задание диктанта по определению понятий «парез», «инсульт», «атаксия», «нистагм», «диплопия», по просьбе преподавателя студенты письменно формулируют оценочное суждение в отношении какого-либо термина.

Весьма полезны и эффективны для развития критического мышления студентов способы графической организации материала. При составлении схем, таблиц обучающийся совершает множество логических операций: анализ, синтез, сравнение, умение преобразовать и обобщать неврологический материал, приводить его в систему и графически изображать.

Таким образом, использование инновационных технологий способствует развитию творческого потенциала студентов, в ходе их применения проявляется высокий уровень активности и самостоятельности. Применение различных методов и подходов повышает интерес к обучению, развивает различные виды деятельности и, в конечном итоге, способствует более качественной подготовке специалистов.

Макимова М.А., Колесникова А.Г., Бевза Я.В.

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

К ИСТОРИИ ВОПРОСА, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ ТЕРРОРИЗМА И БИОТЕРРОРИЗМА

Терроризм – это метод, с помощью которого группа лиц стремится достичь поставленных ими целей с применением определённых элементов насилия.

Цель работы: Изучить особенности применения бактериологического оружия (БО) на разных этапах истории.

Материалы и методы: Нами был проведён обзор литературных источников и материалов сети интернет.

Результаты и обсуждение: Применение БО имеет богатую историю ещё с давних лет. Первые попытки использовать инфекции для поражения войск противника были сделаны ещё несколько тысяч лет тому назад. Так, например, хетты посылали на территорию своего врага людей инфицированных туляремией. А в Средние века использовали такой способ доставки БО как: трупы людей и животных, павших от смертельной патологии, их с помощью катапулт забрасывали в осаждённые города противников. Так в XIV веке, в период осады города Кафы (современная Феодосия), хан Джанибек забрасывал за стены врага трупы людей, умерших от чумы. Следовательно, развивалась эпидемия среди населения, но часть из них сбежали в Венецию и очаг инфекции расширил свои границы. А в 1518 году испанский завоеватель Эрнан Кортес намеренно заразил племя ацтеков натуральной оспой. Как результат – смерть половины аборигенов. Позже, в 1741 году британцы, воевавшие в Мексике и Перу, были заражены жёлтой лихорадкой, что привело к летальному исходу практически 80% личного состава. В 1763 году британский генерал Джеффри Амхерст подарил американским индейцам тысячи одеял, которые использовали для укрытия больных оспой, что привело к большим потерям среди индейцев. А в 1979 году на территории СССР в Свердловске вспыхнула эпидемия сибирской язвы. Были версии, что все инфицированные люди употребляли в пищу мясо. Многие учёные уверены, что настоящей причиной уничтожения населения ста-

ла авария на секретной станции по разработке БО Свердловск-19. Так как за короткое время было зарегистрировано 79 случаев заражения, а 68 из них окончились летальным исходом. Это пример случайного, но эффективного применения БО. Позже, в 1984 году в американском штате Орегон члены секты «Раджнишис» заразили сальмонеллой ресторанные блюда, с целью повлиять на исход местных политических выборов, в результате чего заболело 753 человека. Также, в 2001 году в США злоумышленники отправляли споры сибирской язвы в конвертах по почте. Далее было официально заявлено, что данное событие – это террористический акт.

Заключение: На сегодняшний день современный терроризм видоизменяется. Количество террористических актов во всем мире прогрессивно увеличивается и закономерно растёт количество лиц, страдающих от терроризма; уровень организованности террористической деятельности повышается, также создаются новые террористические группировки; увеличивается объём финансирования в сферу терроризма; террористы стремятся завладеть оружием массового поражения; создаются и совершенствуются формы и методы, с помощью которых реализуется террористическая деятельность.

Рассматривая вопрос причин терроризма, можно выделить следующие: 1) наличие острых противоречий в экономической, политической, идеологической, социальной, этнонациональной и правовой сферах среди разных групп лиц; 2) нежелание групп лиц пользоваться общепринятыми устоями общества; 3) одной из отличительных черт современного применения БО с целью терроризма является применение природно-очаговых и других заболеваний, циркулирующих на данной территории, но отличительной чертой которых будет более тяжёлое течение, не восприимчивость к применяемым вакцинным и лечебным препаратам. Следовательно, терроризм – это мощная структура во всем мире и выгодный бизнес для многих групп лиц.

Максютенко С.И., Трофимец Е.К., Губанов Д.В.

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

ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

К паранеопластическим синдромам (ПНС) относятся неспецифические неонкологические заболевания, возникающие в результате опосредованного влияния злокачественного процесса на обменные, биохимические и иммунные реакции, происходящие в организме. Стоматологические предвестники онкологической патологии организма относятся к наиболее ранним признакам общего неблагополучия и возникают задолго до появления видимых клинических проявлений общей патологии.

Цель работы

Повысить эффективность выявления ПНС в полости рта и осуществить раннюю диагностику онкологической патологии у стоматологического пациента.

Материал и методы

Был проведен анализ 25 отечественных и зарубежных литературных источников, посвященных теме клинических проявлений ПНС в полости рта. Обследована одна пациентка с паранеопластическим красным плоским лишаем слизистой оболочки десны.

Результаты и обсуждение

Анализ литературы подтвердил актуальность изучаемого вопроса. Был установлен ряд наиболее частых ПНС – дерматологические, неврологические, эндокринные, ревматологические. Среди дерматологических паранеопластических синдромов особое место занимают кожно-слизистые проявления онкологической патологии – к ним относятся паранеопластические пемфигусы и красный плоский лишай. Анализ клинической ситуации (пациентка с проявлениями красного плоского лишая в полости рта, у которой впоследствии был выявлен рак сигмовидной кишки) позволил дополнить и углубить данные литературного обзора.

Заключение

При обследовании и лечении пациентов с заболеваниями слизистой полости рта врачу-стоматологу необходимо сотрудничество со специалистами различного профиля.

Малтанар О.К.

Психиатрическая больница г. Ждановка, г. Ждановка

РОЛЬ СПЕЦИАЛЬНЫХ АНТИДЕПРИВАЦИОННЫХ СТРАТЕГИЙ В ПРЕОДОЛЕНИИ ЛИЧНОСТНОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПРИНУДИТЕЛЬНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ

Личностная беспомощность является одним из основных негативных феноменов, структурирующих состояние психической депривации у больных шизофренией в условиях длительной принудительной социальной изоляции.

Цель работы Разработать систему специальных антидепривационных стратегий, направленную на преодоление личностной беспомощности у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, и оценить ее эффективность.

Материал и методы Обследовано 50 больных параноидной шизофренией со сформировавшейся психической депривацией, находящихся в психиатрической больнице г. Ждановка МЗ

ДНР на принудительном лечении специализированного типа, которые были разделены на две репрезентативные по гендерно-возрастным и клиническим особенностям группы: основной (25 человек), участвовавшим в специальных тренингах и группе сравнения (25 человек), подвергавшихся только общим антидепривационным воздействиям. Для достижения поставленной цели использовались следующие методики: опросник диспозиционного оптимизма (Life Orientaton Test, LOT), адаптация О.А. Сычева, 2008); шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI); шкала безнадежности Бека (Beck Hopelessness Inventory – BHI); шкала субъективного благополучия (Perrudel-Badoux et al,

1988), для оценки достоверности различий в показателях использован t-критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение Разработанная нами система специальных антидепривационных стратегий включала использование целевых тренингов (когнитивных функций и социальных навыков; тренинг развития коммуникативных навыков) и терапию занятостью. Оценка эффективности предложенной системы проводилась по критериям «диспозиционного оптимизма», «депрессивная симптоматика», «безнадежность» и «субъективное благополучие». По критерию диспозиционного оптимизма произошли изменения в сторону увеличения оптимистических установок, что свидетельствует о тенденции к восстановлению у больных способности контролировать свою жизнь, о формировании у них поисковой активности как альтернативы личностной беспомощности ($P < 0,05$). У больных группы сравнения динамика показателей диспозиционного оптимизма незначительна и статистически недостоверна. По критериям «депрессивная симптоматика» и «безнадежность» в основной группе больных значительно увеличи-

лось количество пациентов с умеренной и субдепрессивной симптоматикой, имела место заметная положительная динамика степени тяжести чувства безнадежности ($P < 0,05$). В группе сравнения, значимых изменений тяжести депрессивных проявлений, а также существенной динамики показателя «безнадежность» не наблюдалось. В основной группе больных наблюдалось значительное улучшение индекса субъективного благополучия за счет достоверного ($P < 0,05$) уменьшения показателей «напряженность и чувствительность», «психоэмоциональная симптоматика», «значимость социального окружения» и «степень удовлетворенности повседневной деятельностью». В группе сравнения показатели субъективного неблагополучия претерпевали незначительные изменения.

Заключение. Таким образом, доказана эффективность разработанной специальной антидепривационной стратегии в преодолении личностной беспомощности как одного из негативных эффектов психической депривации у больных шизофренией в условиях длительной принудительной социальной изоляции.

Масенко В.В.; Говоруха И.Т.; Мосийчук Т.В.; Скороход А.М.

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

СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Цель работы

Изучить структуру и частоту показаний к операции кесарево сечение.

Материалы и методы

Проанализировано 609 историй родов женщин, находящихся на лечении в акушерском отделении № 3 Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства, в том числе 342 – родоразрешение которых завершилось путем операции кесарево сечение. Оценку 95% го доверительного интервала (95% ДИ) для частот осуществляли методом Уилсона (Wilson).

Результаты и обсуждения

Кесарево сечение произведено более чем у половины пациенток – 56,2%; 95% ДИ 52,2-60,0 (342 из 609). Показаниями к кесареву сечению стали: рубец на матке (отказ женщины от вагинальных родов) – 56 (16,4%; 95% ДИ 12,8-20,7%) случаев, дистресс плода – 41 (12,0%; 95% ДИ 9,0-15,9%); тазовое предлежание плода (отказ от вагинальных родов) – 39 (11,4%; 95% ДИ 8,5- 15,2%); лейомиома матки – 33 (9,6%; 95% ДИ 7,0-13,2%); аномалии родовой деятельности – 27 (7,9%; 95% ДИ 5,5-11,2%); многоплодная беременность – 20 (5,8%; 95% ДИ 3,8-8,9%);

преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 18 (5,3%; 95% ДИ 3,4-8,2%); центральное предлежание плаценты – 14 (4,1%; 95% ДИ 2,5- 6,8%); неправильное положение плода – 12 (3,5%; 95% ДИ 2,0-6,0%); обструктивные роды – 9 (2,6%; 95% ДИ 1,4-4,9%).

В единичных случаях кесарево сечение произведено при выпадении петель пуповины, угрожающем или начавшемся разрыве матки, аномалиях развития внутренних половых органов и др. Экстрагенитальная патология послужила показанием к абдоминальному родоразрешению у 62 (18,1%; 95% ДИ 14,4- 22,6%) пациенток.

Чаще всего кесарево сечение произведено при патологии нервной системы (энцефалопатии различного генеза, черепно-мозговые травмы, травмы и заболевания позвоночника, нейроинфекция, а также острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе) – 39 (11,4%; 95% ДИ 8,5-15,2%) случаев и патологии опорно-двигательного аппарата (симфизиопатии, сакроилеопатии, травмы костей таза и др.) – 23 (6,7%; 95% ДИ 4,5-9,9%).

Частота плановых операций кесарева сечения в 1,7 раза превышала оперативные родо-

разрешения в ургентном порядке – 217 (63,5%; 95% ДИ 58,2-68,4%) против 125 (36,5%; 95% ДИ 31,6-41,8%). Это указывало на своевременность диагностики патологии, госпитализации и оказания беременной лечебно-профилактических мероприятий.

Выводы: более чем у половины пациенток, находящихся на лечении в акушерском отделении, родоразрешение завершается путем опера-

ции кесарево сечение, наиболее частыми показаниями к которому являются экстрагенитальная патология у матери и наличие рубца на матке после предыдущего абдоминального родоразрешения. Частота плановых операций указывает на своевременность диагностики патологии, госпитализации и оказания беременной лечебно-профилактических мероприятий.

Масенко В.В., Скороход А.М., Сохина В.С., Авсянкина Е.В.

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

ЛЕЙКОАРЕОЗ И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Лейкоареоз представляет собой неспецифическое повреждение белого вещества полушарий мозга, мозжечка, ствола, когда снижается плотность нервной ткани и её функциональная способность, вплоть до когнитивных расстройств различной степени выраженности.

Цель работы

Проанализировать и оценить влияние лейкоареоза на развитие когнитивных расстройств у больных с ишемическим инсультом (ИИ) и гипертонической энцефалопатией (ГЭ).

Материал и методы

Анализ современных зарубежных и отечественных литературных данных, которые посвящены изучению влияния лейкоареоза на когнитивные расстройства у больных с ИИ и ГЭ.

Результаты и обсуждение

В исследовании, которое было проведено Столичным медицинским университетом Пекина в 2015 году, больные были разделены на три группы: 1 и 2 группа – с наличием лейкоареоза, где в 1 группе очаговой симптоматики выявлено не было, а во 2-ой – диагностирован ишемический инсульт, а 3 (контрольной) группе лейкоареоза выявлено не было. Для классификации лейкоареоза была предложена шкала оценки степени поражения белого вещества головного мозга, предложенная Ф.Фазекасом. Для оценивания степени выраженности когнитивных расстройств была использована Монреальская шкала оценки когнитивных нарушений (МОСА), конструктивный праксис измерялся с помощью “теста рисования часов”. Оценку степени депрессии проводили по шкале Зунга, а для оценки способности к самообслуживанию – шкалу Бартела.

В исследовании принимали участие 90 пациентов. Больные с лейкоареозом и ишемическим инсультом были старше группы «с лейкоареозом без инсульта» на 1,52 года и на 8,75 лет старше группы «без лейкоареоза», средний возраст которых составил $62,1 \pm 10,6$ лет, $p=0.006$. Было выявлено, что чем старше пациент, тем выше степень поражения белого вещества головного мозга по шкале Фазекаса ($rs= 0.324$, $p=0.0001$) и выше уровень когнитивных нарушений по МОСА ($rs=-0.428$, $p=0.0001$). Когнитивные расстройства по шкале МОСА статистически значимо различались в трех наблюдаемых группах пациентов, $p=0.0001$, наиболее худшие результаты по МОСА были выявлены в группе с лейкоареозом и мозговым инсультом (умеренные когнитивные нарушения).

Показано, что уровень систолического артериального давления увеличивает когнитивный дефицит у пациентов по МОСА ($rs= -0.293$, $p=0.004$). В свою очередь когнитивные нарушения повышали степень тяжести депрессии по шкале Зунга ($rs= -0.351$, $p=0.001$) и усиливали функциональную зависимость пациентов по шкале Бартела ($rs= 0.325$, $p=0.001$). Было обнаружено, что чем больше зона лейкоареоза по шкале Фазекаса, тем сильнее когнитивные нарушения по шкале МОСА, ($rs= 0.539$, $p=0,0001$).

Заключение

По данным проведенного исследования было показано, что лейкоареоз ухудшает когнитивные функции пациентов с ишемическим инсультом и гипертонической энцефалопатией.

Масенко В.В., Сохина В.С., Скороход А.М., Авсянкина Е.В.

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

ПИРРОЛЛОХИНОЛИН ХИНОН: ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

В последние годы отмечается значительный рост заболеваемости болезнью Альцгеймера (БА). На 2018 г. зафиксировано около 35,6 млн человек, страдающих БА и эта цифра будет удваиваться каждые 20 лет. В последние годы, опираясь на данные своих исследований, ученые предлагают использовать в комбинированной терапии болезни Альцгеймера витаминоподобное вещество – пирроллохинолин хинон (PQQ).

Цель работы

Оценить возможность использования пирроллохинолин хинона в лечении болезни Альцгеймера.

Материал и методы.

Анализ результатов зарубежных исследований, проведенных в период с 2009 по 2018 г., которые посвящены возможностям использования PQQ в качестве нейропротектора для лечения БА.

Результаты и обсуждение

БА – прогрессирующее нейродегенеративное заболевание (НДЗ), патогенез которого связан с окислительным стрессом и сопровождается протеинопатией – накоплением в тканях мозга атипичных белков – тау-белка и бэта-амилоида (Аβ), являющегося фрагментом деструкции белка APP, который в свою очередь играет важную роль в регуляции роста нейронов и их восстановлении после различных повреждений. В дальнейшем формируются амилоидные бляшки и образуются нейрофибриллярные клубки за счет гиперфосфорилирования тау-белка. Все больше исследований свидетельствуют о том, что ключевым фактором развития этих нарушений может быть митохондриальная дисфункция, а восстановление этой функции может стать потенциальной терапевтической стратегией для лечения БА. Известно, что пирроллохинолин хинон является мощным индуктором митохондриогенеза, что способствует лучшему энерго-

обеспечению нейронов, снижению гиперполяризации внутренней мембраны митохондрий, что предотвращает разрушение внешней мембраны. PQQ снижает уровни активных форм кислорода, что способствует снижению общих и фосфорилированных форм тау-белка, а также, защищает нейроны от токсического действия Аβ. На модели клеток SH-SY5Y для исследования БА показано, что PQQ, как редокс-кофактор в митохондриальной дыхательной цепи, защищает их от цитотоксического действия ротенона, который блокирует перенос электрона с железосерного кластера в флавопротеине I на убихинон и вызывает избыток НАДН в матриксе митохондрий. PQQ предотвращает ротенон-индуцированный апоптоз в культивируемых нейронах среднего мозга, восстанавливая потенциал митохондриальной мембраны, уменьшая продукцию активных форм кислорода и деполимеризацию микротрубочек. Нейропротективная роль PQQ у лиц пожилого возраста была показана в рандомизированном, плацебо-контролируемом исследовании с использованием двойного слепого метода. На фоне введения испытуемым PQQ увеличивался мозговой кровоток в префронтальной коре. Пациенты, принимавшие пирроллохинолин хинон, имели более высокие показатели в сенсо-моторном тесте, у них были выявлены тенденции к улучшению вербальной памяти и повышению работоспособности. Изменение коэффициентов интерференции при выполнении теста Струпа также было значительно меньшим в группе пациентов, принимавших PQQ.

Заключение

Проведенный анализ исследований показывает эффективность и целесообразность применения в неврологической практике пирроллохинолин хинона в качестве нейропротектора в лечении болезни Альцгеймера.

Масенко В. В., Яковлева Э.Б., Скороход А. М.

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

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ АНЕМИИ У ЮНЫХ

Сложившиеся к настоящему времени на планете демографические, социально-экономические и природно-экологические реалии привели к тому, что более 1 млрд людей, по данным мировой статистики, имеют постоянный дефицит железа в организме, причем, во всех возрастных категориях населения и во всех природно-климатических зонах. Женская часть населения планеты, и особенно, в период беременности – наиболее уязвимый контингент развития железо-дефицитной анемии (ЖДА).

Цель работы

Изучить особенности течения беременности на фоне анемии у юных, родоразрешенных в Донецком республиканском центре охраны материнства и детства.

Материалы и методы.

Под наблюдением находилось 125 беременных в возрасте 15-17 лет.

Результаты и обсуждения. У юных беременных с ЖДА гестоз первой половины беременно-

сти наблюдался в 1,9 раза чаще, преэклампсия в 8,3 раза, признаки внутриутробной задержки развития плода – в 6,4 раза. Угроза прерывания беременности наблюдалась в 32,4% случаев, признаки хронической плацентарной недостаточности – в 22,1% случаев, наличие клинически стойкого синдрома анемической астении прослеживалось у 92,1% беременных. Преждевременные роды у юных беременных с ЖДА наблюдались в 4 раза чаще. Первичная слабость родовой деятельности наблюдалась в 1,8 раза чаще, ранние отхождения околоплодных вод в 2,3 раза, чем при отсутствии ЖДА.

Заключение

Вышеизложенное и опыт работы Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства представляют нам возможность аргументировать необходимость разработки системы гемоглобинового оздоровления беременных в комплексе общенациональной программы «Безопасное материнство».

Масюта Д.И., Зуева Г.В.

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

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА В ДОНБАССЕ

Цель работы.

Изучение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы у детей, проживающих в крупном промышленном Донбасском регионе Донбасса.

Материалы и методы.

Обследовано 160 детей в возрасте 7-14 лет, проживающих в Донбасском регионе. Мальчиков – 82, девочек – 78. Для оценки адаптации сердечно-сосудистой системы использовали метод А.В. Аболенской. Рассчитывался показатель качества реакции (ПКР) сердечно-сосудистой системы на нагрузку Б.Н. Кушелевского. Проводился фазовый анализ электрического цикла сердца по М.К. Осколковой.

Результаты и обсуждение.

Начало военных действий в Донбассе весной 2014 года привело к резкому изменению условий жизни детей нашего региона. Много-

численные обстрелы школ, больниц, детсадов явились мощнейшим стрессовым фактором не только для детского населения, но и для каждого жителя нашего города. Тяжелая экологическая ситуация в регионе, обусловленная большим количеством предприятий угольной и металлургической промышленности была отягощена еще и появлением в воздухе токсических продуктов, связанных с горением и использованием различных боевых снарядов во время бомбежек города. Влияние данных факторов не могло не отразиться на увеличении распространенности патологических состояний со стороны различных органов и систем, а в частности – функционировании сердечно-сосудистой системы, как системы интегрального реагирования на внешнее воздействие, у детей, проживающих на территории Донбасса.

Выявлено, что адаптационные возможности

сердечно-сосудистой системы, оцененные по А.В. Аболенской, были нарушены у 42,5% детей. У 35,0% детей регистрировался неудовлетворительный или плохой показатель качества реакции Б.Н. Кушелевского. Тип реакции сердечно-сосудистой системы на нагрузку был нарушен у 28,1% детей. У 29,4% детей по данным ЭхоКГ отмечалось нарушение функционального состояния миокарда. Преобладало снижение сократительной способности миокарда. Нормальный уровень систолического и диастолического давления в легочной артерии имели только 40,6% детей.

Показатели гемодинамики у обследованных

детей были изменены: повышались минутный объем, систолический объем, снижались общее периферическое сопротивление сосудов, «двойное произведение». Ухудшение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы проявлялось и изменениями фазовой структуры электрического цикла сердца, изученными по М.К. Осколковой. У 26,3% детей фаза прекращения возбуждения была продолжительней фазы возбуждения и только у 21,9% детей выявлено оптимальное состояние миокарда.

Выявленные особенности необходимо учитывать при проведении диспансеризации детей, проживающих в Донбасском регионе.

*Масюта Д.И., Чалая Л.Ф., Мацынина Н.И. **

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

*КУ «ГДКБ № 1 г. Донецка»

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МЕХАНИЗМАХ ФОРМИРОВАНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ

Цель работы.

Изучить современные представления о механизмах формирования иммунологической толерантности у детей.

Материалы и методы.

Анализ публикаций, посвященных механизмам формирования иммунологической толерантности у детей.

Результаты и обсуждение.

Проблема аллергии на сегодняшний день не теряет своей актуальности. Пищевая аллергия может иметь тяжелые клинические проявления. Поэтому важно предупредить ее развитие, а это и означает развитие иммунологической толерантности.

Процесс формирования иммунологической толерантности к пищевым антигенам начинается в эпителиальном слое желудочно-кишечного тракта. Через складчатые эпителиоциты, бокаловидные клетки, эпителиоциты и М-клетки, связанные с Пейеровыми бляшками, пищевые антигены передаются в подлежащие иммунные слои. Дендритная клетка, получив материал из просвета кишки, начинает двигаться в мезентериальный лимфатический узел под действием химических сигналов, поступающих из лимфатического узла. По пути в мезентериальный лимфатический узел дендритная клетка может превращаться в один из двух типов клеток.

Если на этом пути ее окружают интерлейкин (IL) – 10, трансформирующий фактор роста бета, то с большой долей вероятности дендритная клетка станет толерогенной. В мезентериальном

лимфатическом узле такая дендритная клетка продуцирует ретиноевую кислоту, трансформирующий фактор роста бета, и дает команду T0-хелперной клетке становиться T-регуляторной клеткой. И тот антигенный материал, который она принесет в мезентериальный лимфатический узел, будет распознаваться как не опасный, и к нему будет развиваться толерантность.

Если на пути в мезентериальный лимфатический узел дендритную клетку будут окружать провоспалительные цитокины (IL-1, IL-6, T-лимфоциты хелперы 17 типа), она реагирует на них воспалением и становится провоспалительной. В мезентериальном лимфатическом узле такая дендритная клетка дает команду на превращение T0-клетки в T-хелпер 2 типа с избыточной активацией продукции иммуноглобулина E и развитием системной аллергической воспалительной реакции.

Успешность формирования толерантности зависит от возраста контакта с аллергеном, места контакта с аллергеном, дозы аллергена и состояния кишечной микробиоты. Формирование иммунологической толерантности начинается внутриутробно и продолжается после рождения ребенка. Показано, что при контакте с большой дозой аллергена вместо толерантности развивается сенсibilизация. Толерантность формируется тогда, когда аллерген поступает в небольшой дозе. Наиболее оптимальным местом формирования иммунологической толерантности является иммунная система желудочно-кишечного тракта. При контакте аллергена с

кожными покровами чаще развивается воспаление, так иммунологический дизайн кожи создан таким образом, чтобы формировать воспаление. Кишечная микробиота является самым главным и мощным стимулом для развития иммунной системы ребенка. Поэтому, если состав кишечной микробиоты оптимален, то и шансов на форми-

рование иммунологической толерантности у ребенка гораздо больше. Наиболее оптимальным в этих условиях является грудное вскармливание ребенка.

Выявленные особенности необходимо учитывать при проведении диспансеризации грудных детей.

Махмутов Р.Ф., Шабан Н.И., Настобурко В.В.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ГДКБ № 2 г. Донецк*

СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОНБАССЕ

Согласно классификации Института гигиены детей и подростков Министерства здравоохранения РФ, часто и длительно болеющие дети ЧДБ относятся ко II группе здоровья (с отягощенным биологическим анамнезом, функциональными и морфологическими особенностями). Основной перечень заболеваний составляют повторяющиеся ОРВИ и бактериальные заболевания. В группе ЧДБ детей зачастую диагностируется лимфаденопатия локализованного или генерализованного характера и мононуклеозоподобный синдром.

Целью работы явилось изучение особенностей психоэмоционального статуса, агрессии, страхов, тревоги, депрессии при наличии мононуклеозоподобного синдрома у часто болеющих детей, постоянно проживающих в Донбассе.

Материалы и методы исследования.

Под наблюдением находилось 110 ЧДБ детей с мононуклеозоподобным синдромом (78) и без мононуклеозоподобного синдрома (32) в возрасте от 1 года до 17 лет. Дети первых 3-х лет жизни составили 11,8%, дошкольного возраста – 44,5%, школьного возраста 43,7%.

С целью изучения качества жизни у всех детей проведен опрос с помощью специально созданных стандартизованных анкет. Использовались рисуночные тесты, личностный опросник Айзенка (детский и подростковый вариант), шкала тревожности МДЛТУ, опросник страхов Захарова, метод цветowych выборов Люшера. Оценка уровня интеллекта осуществлялась путем использования теста Векслера.

Полученные показатели обработаны методом математической статистики с помощью компьютерного пакета обработки данных Statistica v.6 Windows (Statsoft, USA). Определены основные статистические характеристики: среднее арифметическое (M), ошибка среднего арифметического (m) и стандартное отклонение (g).

Результаты и обсуждение. Установлено, что ЧДБ дети с мононуклеозоподобным синдромом чаще в 1,7 раза (63,41%) имели синдром психоэмоционального напряжения по сравнению с ЧДБ дети без мононуклеозоподобного синдрома (37,7%). Для данных детей в большей степени характерны астенические реакции: повышенная утомляемость (85,8% против 68,7%), снижение психической (67,9% – 40,6%) и физической (75,6% – 53,1%) работоспособности. Вегетативные нарушения, в основном, чаще в 4,9 раза проявлялись в виде головокружения; 4,5 – гипергидроза; 2,3 – тахикардии и ощущения тяжести в голове. У ЧДБ детей с мононуклеозоподобным синдромом более выраженными были изменения, происходящие на психоэмоциональном уровне и характеризовались некоторым разнообразием по сравнению с часто болеющими детьми без мононуклеозоподобного синдрома. Ведущими синдромами среди нарушений со стороны нервной системы у всех детей приблизительно одинаково выявлялись: эмоциональная лабильность (89,7% – 71,8%) и страхи (65,3% – 56,2%); наиболее чаще – нейротизм (78,2% – 46,8%) и тревожность (87,1% – 68,7%).

Таким образом, комплекс показателей психоэмоционального состояния ЧДБ с мононуклеозоподобным синдромом и ЧДБ детей без мононуклеозоподобного синдрома, постоянно, проживающих в Донбассе, позволяет их определить прогностически в группу повышенного риска развития невротических реакций и пограничных состояний, так как у данных детей выявлены различной степени выраженности отклонения со стороны показателей психоэмоционального статуса – пограничное состояние, то есть относительно слабый уровень выраженности психического расстройства, не достигающий до уровня выраженной патологии.

Медведева В.В., Карпенко А.В., Киселева А.Ю.

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

ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ: ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) не имеет патогномичных клинических симптомов и характеризуется многообразием клинических проявлений от бессимптомного течения до тяжелых генерализованных форм. В условиях иммунодефицитного состояния быстрое прогрессирование ВИЧ-инфекции возникает у младенцев, не получавших лечение от ЦМВИ.

Цель исследования – проанализировать клиническую и лабораторную эффективность стандартного алгоритма лечения ЦМВИ у детей, основанного на включении ганцикловира (цимевена) и специфического антицитомегаловирусного иммуноглобулина (неоцитотект) в зависимости от клинической формы ЦМВИ.

Материал и методы. Выполнено клинко-лабораторное обследование детей с различными формами ЦМВИ в возрасте от 3 месяцев до 17 лет за период с 2017 по 2019 гг. и представлена история болезни ребенка, находившегося на лечении в 4-ом инфекционном отделении 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 последние годы в нашей практике за короткий период времени (3 года) цитомегаловирусная инфекция была подтверждена у 27 детей обнаружением маркеров активности: анти-СМV IgM методом ИФА и ДНК ЦМВ в крови, моче и слюне методом ПЦР (90,6%). По возрастному составу преобладали дети до 1 года – 11 (40,7%), дошкольного возраста с 3 до 7 лет – 6 (22,2%), детей от 1 года до 3 лет – 4 (14,8%), с 7 лет до 14 лет – 3 (11,1%), детей старше 14 лет было 2 (7,4%). Среди детей преобладали мальчики (84,4%). Анализ полученных данных показал, что у детей с ЦМВИ чаще отмечалась гематологическая форма (37,04%),

обращало на себя внимание резкое снижение тромбоцитов до единичных и развитие анемии. У 3 (11,1%) детей был диагностирован ЦМВ-гепатит, ЦМВ-энтероколит и панкреатит – у 2 (7,4%), у 6 (22,2%) детей ЦМВИ проявлялась интерстициальной пневмонией, энцефалит – у 2 (7,4%), генерализованная форма ЦМВИ с поливисцеритами встречалась у 6 (22,2%) детей. Мононуклеозоподобный синдром был частым проявлением ЦМВИ у старших детей. Врожденная ЦМВИ являлась причиной развития пороков у детей: интерстициальный нефрит – 7,4%, поражение поджелудочной железы – 7,4%, аномалии головного мозга – 11,1%, эпилепсия – 7,4%, нейросенсорная тугоухость – 7,4% и ретинопатия – 22,2%, фиброз печени, как исход врожденного гепатита – 3,7%. Инфицирование ЦМВ в антенатальном периоде, ввиду отсутствия специфического лечения, у 1 (3,7%) ребенка привело к тяжелому течению заболевания с летальным исходом. Назначение противовирусной терапии (неоцитотект совместно с ганцикловиrom) детям с активной генерализованной ЦМВИ позволило добиться значительного клинко-лабораторного улучшения: сокращение размеров печени, длительности лимфоаденита и частоты ОРВИ, купирование астеновегетативного, сокращение длительности периода активности заболевания. Назначение противовирусной терапии детям с гематологическими изменениями на фоне активной ЦМВИ приводило к более быстрой нормализации показателей крови.

Таким образом, проведенное нами исследование демонстрирует высокую клинко-лабораторную эффективность неоцитотекта и цимевена в составе комплексной терапии активной генерализованной ЦМВИ у детей. Антицитомегаловирусный иммуноглобулин неоцитотект может быть применен как при субклинической, так и при манифестной формах врожденной ЦМВ-инфекции. Применение ганцикловира показано в случаях тяжелого течения манифестной инфекции.

Медяникова Г.И.

ГПОУ «Донецкий медицинский колледж», г. Донецк

К ВОПРОСУ О МЕТОДАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СКОЛИОЗОМ

Актуальность. Одной из наиболее актуальных проблем в мировой практике является сколиоз или искривление позвоночника. Этому заболеванию подвержены все возрастные группы населения. Сколиоз является одним из самых распространенных ортопедических заболеваний, частота которого, по данным разных авторов, колеблется в значительных пределах – от 0,5 до 20%. С каждым годом увеличивается количество детей, особенно дошкольного и младшего школьного возраста, которым ставится диагноз «сколиоз». В большинстве случаев сколиоз, встречаемый у взрослых, это всего-навсего недолеченные проблемы в детском возрасте. Особенность заболевания у таких пациентов состоит в том, что позвоночник уже сформирован, а в пожилом возрасте вопрос осложняется еще и проблемой дегенеративных изменений. Исследования показали, что неуклонное прогрессирование сколиоза возникает у каждого третьего больного. Болезнь вызывает грубое многоплоскостное искривление позвоночного столба, что в свою очередь, обезображивает туловище, нарушает работу сердца и легких, приводит к инвалидности.

Материалы и методы. В эксперименте участвовали пациенты с диагнозом S-образный грудно-поясничный правосторонний сколиоз II степени в стадии ремиссии. Была проведена оценка исходного функционального состояния организ-

ма пациентки с правосторонним S-образным сколиозом. Функциональное состояние оценивалось по следующим тестам: подвижность позвоночника, пробы Штанге, Генчи, спирометрия, экскурсия грудной клетки. В результате исследования была составлена программа физической реабилитации, предположительно, способствующая коррекции сколиоза, а также улучшению дыхательной функции и общего укрепления организма. Программа включала ЛФК, курс массажа и метод физиотерапевтического воздействия – электрофорез с лидазой.

После комплексного лечения физиотерапевтическими методами у отмечается эффект улучшения настроения, нормализация сна, улучшение общего состояния, укрепление мышц спины, боковых мышц туловища и особенно мышц живота, нормализацию общего тонуса мышц, уменьшение ощущения усталости мышц, исчезновение боли в спине, облегчение дыхания, повышение выносливости к физическим нагрузкам. Объективно – улучшение осанки, уменьшение асимметрии плеч, талии и уменьшение перекоса таза.

Выводы. Сравнительный анализ данных обследования, до и после лечения, показывает, что большинство актуальных показателей улучшились, динамика положительная, что свидетельствует об эффективности выбранной методики.

Мельник В.А.¹, Беседина Е.И.¹, Демкович О.О.¹, Скрипка Л.В.², Калиберда С.В.²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора ГСЭС МЗ ДНР

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ УГРОЗЫ И ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА В 2019 ГОДУ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Вступление. Болезнь Лайма (БЛ) или клещевой иксодовый боррелиоз является опасным природно-очаговым заболеванием, который за последние 16 лет стал эндемичным для сельской местности и лесопарковой зоны в городах Донецкой Народной Республики (ДНР).

Цель. Проанализировать эпидемическую ситуацию по БЛ на территории ДНР за 9 месяцев 2019 году и оценить уровень эпидемической угрозы по этому заболеванию на 2020 год.

Материалы и методы. Была проанализирована эпидемическая ситуация по БЛ по материалам отдела особо опасных инфекций Республиканского центра санитарно-эпидемического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения (МЗ) ДНР за 9 месяцев 2019 г.

Результаты. В течение 9 месяцев 2019 года эпидемическая ситуация по БЛ в городах и районах ДНР осталась напряженной из-за большого

числа укусов людей клещами, инфицированными боррелиями.

Высокая активность переносчиков БЛ – иксодовых клещей и частота их контакта с людьми за изучаемый период была обусловлена рано установившимися среднесуточными температурами, достаточными для размножения.

За 9 месяцев 2019 г. на территории ДНР было зарегистрировано 107 случаев БЛ, что составило заболеваемость 4,67 на 100 тыс. населения. Из них в городах Горловка – 45 (17,19 на 100 тыс.), Донецк – 15 (1,59 на 100 тыс.), Енакиев – 12 (9,81 на 100 тыс.), Торез – 8 (10,40 на 100 тыс.), Снежное – 6 (8,89 на 100 тыс.), Харцызск – 4 (4,04 на 100 тыс.), Макеевка – 3 (0,80 на 100 тыс.), Дебальцево 3 (11,47 на 100 тыс.), Шахтерск – 3 (5,08 на 100 тыс.), в Ясиноватском районе – 4 (9,2 на 100 тыс.), в Амвросиевском районе – 3 (6,97 на 100 тыс.). В остальных городах и районах ДНР были зарегистрированы единичные случаи заболевания БЛ или они вообще не регистрировались.

За аналогичный промежуток 2018 г. по ДНР было зарегистрировано 114 случаев БЛ, что составило заболеваемость 4,93 на 100 тыс. населения.

Мельник В.А., Беседин И.Е., Мельник Ал.В., Мельник К.В., Лыгина Ю.А.

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

ПЕРСПЕКТИВЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВСПЫШЕК ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА В ЕВРОПЕ, РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛЬНОГО ПОТЕПЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ АНАЛИТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ, СВОБОДНО РАСПРОСТРАНЯЕМЫХ ПО ИНТЕРНЕТ-СИСТЕМЕ ЭПИДНАДЗОРА ЗА ВОЗНИКАЮЩИМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ «PROMED-MAIL»

Вступление. Заболевания человека, вызванные арбовирусами, широко распространены в мире и играют все большую роль в формировании инфекционной патологии животных и человека. В первую очередь, это относится к вирусной лихорадке Западного Нила (ЛЗН), которая в настоящее время достаточно широко встречается на территории США, Канады, стран Европы, Российской Федерации (РФ) и в виде спорадических случаев на территории Донецкой Народной Республики (ДНР).

Цель. Проанализировать перспективы возникновения вспышек ЛЗН в Европе, РФ на основе аналитических материалов, свободно распространяемых по интернет-системе эпиднадзора за возникающими инфекционными заболеваниями «Promed-mail» (РММ), а также изучить возмож-

ность обнаружения арбовирусных инфекций на территории ДНР и определить вероятность приобретения ими эндемичности.

Материалы и методы. Проведен анализ информационного материала, находящегося в базе РММ, а также ретроспективный анализ результатов лабораторного исследования материала от грызунов, членистоногих и больных людей с лихорадкой неясного генеза по материалам вирусологического отдела Республиканского Центра санэпиднадзора государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики за 1992 по 2018 гг.

Результаты. По материалам РММ по состоянию на конец октября 2019 г. в Европе зафиксировано 1317 случаев ЛЗН, из них погибли – 142

В территориальных лабораториях особо опасных инфекций методом ИФА были обследованы сыворотки крови более 100 человек с подозрением на БЛ.

Окончательный диагноз БЛ был подтвержден лабораторно у 9,2% обследованных на боррелии жителей ДНР, укушенных клещами.

Достаточно часто постановка окончательного диагноза основывалась только на изучении эпидемиологического анамнеза и клинического течения без лабораторного подтверждения, что связано с несоблюдением лечебно-профилактическими учреждениями требований нормативных документов по забору крови от больных с подозрением на БЛ.

Заключение. В 2019 году на территории ДНР эпидемическая ситуация по БЛ была напряженной, что требует и в 2020 году заранее подготовиться к клещевому сезону медицинскую службу для раннего выявления больных этим заболеванием. Кроме того следует интенсифицировать своевременную акарицидную обработку пораженных клещами территорий городов и сельских районов ДНР.

человека. Из них 495 – в Италии, 350 – в Сербии, 283 – в Греции, 256 – в Румынии, 197 – в Венгрии. Случаи заболевания ЛЗН регистрировались также в Хорватии, Франции, Австрии, Болгарии, Словении, Чехии, Косово и Израиле, впервые зарегистрирован случай ЛЗН у человека на территории Германии.

В течение 9 месяцев 2019 года на территории юга России, в непосредственной близости от границ ДНР, были зарегистрированы случаи заболевания ЛЗН среди местного населения: 46 – в Астраханской области, 24 – в Ростовской области, 7 – в Краснодарском крае. Рост заболеваемости ЛЗН в текущем году по мнению экспертов управления Роспотребнадзора связан с расширением ареала обитания комаров-переносчиков вируса на фоне глобального потепления. Примером этого служит выявленный в 2019 г. (первые за всю историю наблюдения) случай ЛЗН у человека в Крыму. В соседней с ДНР Ростовской области РФ ЛЗН свойственна для 29 административных территорий.

Проведенные лабораторные исследования биологического материала от пойманных на территории Донецкого региона грызунов, птиц, комаров, клещей позволили выделить антигены более 210 разновидностей арбовирусов: возбудителей клещевого энцефалита, геморрагических лихорадок Западного Нила, Крым-Конго и др.

Начиная с 2000 г. ЛЗН стала регистрироваться как заболевание у людей, сформировав природный очаг на территории Донецкого региона. При этом, причиной острых сезонных инфекций у примерно 25% больных могут быть арбовирусные инфекции, в первую очередь, ЛЗН и лихорадка Крым-Конго. В последние годы ЛЗН на территории ДНР вообще не регистрировалась.

Заключение. Учитывая близость природных очагов лихорадки ЛЗН на территории Ростовской области и Краснодарского края РФ, существует довольно высокая возможность миграции оттуда инфицированных переносчиков с высокой вероятностью в будущем формирования эндемичных очагов ЛЗН на территории ДНР.

Мельник А.В., Колесников А.Н.

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

СООТНОШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИЙ КОРТИЗОЛА, СЕРОТОНИНА И В-ЭНДОРФИНА ВО ВЗАИМОДЕЙСТВИИ СО СТРЕСС-АКТИВИРУЮЩЕЙ И СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ МОЗГА

Под воздействием стресса нарушаются гомеостатические механизмы в организме человека, что приводит к тому, что информация о стрессогенной ситуации поступает в мозг и изменяет активность его структур, обрабатывающих сенсорную информацию. После этого стрессогенные сигналы поступают в паравентрикулярное ядро гипоталамуса и активируют быстродействующую симпатoadреналовую систему.

Цель. Исследовать состояние стресс-активирующей и стресс-лимитирующей систем под воздействием стрессового фактора в виде черепно-мозговых травм.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 144 взрослых пациентов (без внутричерепной гипертензии (БВЧГ) – 31 пациент и с тяжелой черепно-мозговой травмой – 113 пациентов, прооперированных по поводу черепно-мозговой травмы различной локализации. У всех больных изучались показатели кортизола, серотонина и β-эндорфина в крови.

Результаты исследования. Стресс-система – это сложный регуляторный комплекс, который

помогает координировать гомеостаз в обычных условиях и играет ключевую роль в активации и координации всех изменений в организме, составляющих адаптивную реакцию на стрессоры. В соответствии с данными современных исследований эта система состоит из центрального звена и двух периферических ветвей, которые осуществляют связь.

Проведенное исследование было направлено на доказательство роли стресс-системы и стресс-лимитирующих систем в формировании иммунного ответа при исследовании влияния на иммунную реакцию предварительного введения гормонов и медиаторов этих систем.

В результате проведенного исследования было показано, что уровень кортизола позволяет судить о результирующем воздействии стресс-активирующих механизмов. Кортизол – это наиболее важный гормон, влияющий на иммунные реакции, который ингибирует большинство аспектов этих реакций. Средний уровень кортизола (нмоль/л) у всех обследованных составлял: $510,0 \pm 260,5$, $Me = 541,0$ (281,0-740,0).

В обследованной группе БВЧГ после проведения анестезии реакция стресс-лимитирующего звена стресс-системы выражалась в достоверном снижении до нормы уровня серотонина: $709,8 \pm 290,7$; $Me = 747,0$ ($112,0-999,0$) (пмоль/л) по сравнению с данными до проведения анестезии.

Уровень β -эндорфина у обследованных находился в пределах нормы у $65,4 \pm 5,4\%$. Тем не менее, нами было выявлено снижение до $0,5-0,6$ норм у $10,3 \pm 3,4\%$ обследованных первой группы и умеренное снижение до $0,7-0,8$ нормы – у $24,4 \pm 4,9\%$ у второй группы.

Таким образом, выявленное у пациентов БВЧГ умеренное снижение уровня β -эндорфина, с уме-

ренным «торможением» центральной стресс-лимитирующей реакции, является вариантом нормального течения стрессового ответа, когда необходима стимуляция стресс-активирующего звена стресс-системы для адекватного физиологического ответа.

Выводы. Проведенное исследование позволило установить, что стабильные показатели кортизола в крови у пациентов из группы БВЧГ наряду с имеющейся динамикой изменения уровня серотонина и β -эндорфина показывают изменения, характерные для нормального стрессового ответа, что проявляется в умеренном сдерживании стресс-лимитирующего ответа для наработки адекватного стресс-активирующего ответа.

Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Комиссаровская Н.В., Зятева А.П.

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

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА И ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮША

Коклюш в современном мире сохраняет свою значимость. Внедрение специфической иммунизации привело к снижению заболеваемости и частоты тяжелых осложнений у детей первых лет жизни. Однако, в последние годы из-за роста антипрививочных настроений в обществе наблюдается увеличение медицинских отводов и отказов от вакцинации, что приводит к снижению охвата детей прививками. Это способствует активизации эпидемического процесса коклюша. В настоящее время эпидемический процесс коклюшной инфекции реализуется в основном за счет непривитых детей (их удельный вес в общей структуре заболеваемости может достигать 70%).

Цель. Определить актуальные особенности эпидемического процесса коклюша в г. Донецке.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации заболеваемости коклюшем за период 2016-2018 гг. по данным Макеевского городского центра Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (РЛЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Microsoft Office 2016.

Результаты исследования.

В ходе проведенного исследования установлено, что на протяжении изучаемого периода

показатель заболеваемости коклюшем в среднем составлял $9,8 \pm 4,6$ на 100 тыс. населения. Следует отметить, что в 2017 г. наблюдался резкий рост заболеваемости этой инфекцией в 7,8 раз (с 4,4 до 29,1 на 100 тыс. населения).

При этом $42,6 \pm 7,1\%$ заболевших составляли привитые лица, а $57,4 \pm 4,3\%$ – непривитые. Среди привитых имели полный курс прививок – $56,5\%$, вакцинировано – $13,4\%$, в стадии вакцинации – $30,4\%$ от количества привитых. Удельный вес детей в общей структуре заболеваемости в течение изучаемого периода оставался на уровне $99,5\%$, преобладали неорганизованные дети – $82,4\%$. Наиболее пораженной заболеванием являлась возрастная группа 1-4 года ($49,1\%$).

Установленный диагноз коклюша в большинстве случаев был подтвержден главным образом серологически ($98,2 \pm 1,1\%$), при бактериологическом исследовании возбудитель был выделен только в $1,8 \pm 1,1\%$. Низкий процент обследованных бактериологическим методом объясняется тем, что диагноз выставлялся заболевшим на 3-4 неделе от начала заболевания.

Специалистами баклаборатории ежегодно обследовались на коклюш длительно кашляющие лица. Диагноз впоследствии был подтвержден у $8,3 \pm 4,4\%$ обследованных, однако во время обследования не выявлялось ни одной положительной находки. Среди изучаемой группы $35,1\%$ обследованы в сроки свыше 10 дней (2-3 недели) от начала заболевания.

Отмечался низкий охват детского населения вакцинацией и ревакцинацией против коклюша :

66,4 и 48,0% соответственно. Суммарное выполнение объемов иммунизации составило 42,9%, при оптимальном показателе не ниже 95,0%. Одной из причин невыполнения плана иммунизации является большое количество отказов от проведения профилактических прививок и перебои в поставке иммунобиологических препаратов.

Выводы.

Таким образом, наибольшее значение для поддержания эпидемического процесса коклюша имеют непривитые лица. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости повышения охвата населения вакцинацией против коклюша и поддержания коллективного иммунитета среди всех возрастных групп. Также следует проводить разъяснительно-просветительскую работу среди родителей для снижения числа отказов от вакцинации детей.

Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Комиссаровская Н.В., Зятева А.П.

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

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА И ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮША

Коклюш в современном мире сохраняет свою значимость. Внедрение специфической иммунизации привело к снижению заболеваемости и частоты тяжелых осложнений у детей первых лет жизни. Однако, в последние годы из-за роста антипрививочных настроений в обществе наблюдается увеличение медицинских отводов и отказов от вакцинации, что приводит к снижению охвата детей прививками. Это способствует активизации эпидемического процесса коклюша. В настоящее время эпидемический процесс коклюшной инфекции реализуется в основном за счет не привитых детей (их удельный вес в общей структуре заболеваемости может достигать 70%).

Цель. Определить современные особенности эпидемического процесса коклюша в г. Донецке.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации заболеваемости коклюшем за период 2016-2018 гг. по данным Макеевского городского центра Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (РЛЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Microsoft Office 2016.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования установлено, что на протяжении изучаемого периода показатель заболеваемости коклюшем в среднем составлял $9,8 \pm 4,6$ на 100 тыс. населения. Следует отметить, что в 2017 г. наблюдался резкий рост заболеваемости этой инфекцией в 7,8 раз (с 4,4 до 29,1 на

100 тыс. населения). При этом $42,6 \pm 7,1\%$ заболевших составляли привитые лица, а $57,4 \pm 4,3\%$ – не привитые. Среди привитых имели полный курс прививок – 56,5%, вакцинировано – 13,4%, в стадии вакцинации – 30,4% от количества привитых. Удельный вес детей в общей структуре заболеваемости в течение изучаемого периода оставался на уровне 99,5%, преобладали неорганизованные дети – 82,4%. Наиболее пораженной заболеванием являлась возрастная группа 1-4 года (49,1%).

Установленный диагноз коклюша в большинстве случаев был подтвержден главным образом серологическим методом иммуно-ферментного анализа ($98,2 \pm 1,1\%$), при бактериологическом исследовании возбудитель был выделен только в $1,8 \pm 1,1\%$. Низкий процент обследованных традиционным бактериологическим методом объясняется тем, что диагноз выставлялся заболевшим на 3-4 неделе от начала заболевания.

Специалистами бактериологической лаборатории ежегодно обследовались на коклюш длительно кашляющие лица. Диагноз впоследствии был подтвержден у $8,3 \pm 4,4\%$ больных, которым диагноз коклюша был установлен серологически, однако, во время обследования не выявлялось ни одного положительного результата при бакисследовании. Среди изучаемой группы лиц 35,1% обследованы в сроки свыше 10 дней (2-3 недели) от начала заболевания.

Отмечался низкий охват детского населения вакцинацией и ревакцинацией против коклюша: 66,4 и 48,0% соответственно. Суммарное выполнение объемов иммунизации составило 42,9%, при оптимальном показателе не ниже 95,0%. Причиной невыполнения плана иммунизации против коклюша является большое коли-

чество отказов родителей подлежащих детей от проведения профилактических прививок и перебои в поставке вакцин.

Выводы. Таким образом, наибольшее значение для поддержания эпидемического процесса коклюша имеют непривитые лица. Полученные результаты свидетельствуют о необходимо-

сти повышения охвата населения вакцинацией против коклюша и поддержания коллективного иммунитета среди всех возрастных групп. Также следует проводить разъяснительно-просветительскую работу среди родителей для снижения числа отказов от вакцинации детей.

Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Коцюмба А.Р.

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

АКТУАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОЛИОМИЕЛИТА В Г. ДОНЕЦКЕ В СВЯЗИ С МИРОВЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире значительно выросла заболеваемость диким полиовирусом (ДПВ) – с 17 случаев в 2018 г. до 73 случаев в 2019 г. Большая часть этого роста обусловлена продолжающимися вспышками в Пакистане. Появляются новые случаи международного распространения ДПВ из Пакистана в Афганистан, а также зарегистрирован завоз вируса в Иран (без дальнейшего распространения). Кроме того, после 5 лет вакцинации путешественников в качестве средства ограничения риска международного распространения, появляются свидетельства самоуспокоенности по этому аспекту программы, что снижает ее эффективность. Помимо ДПВ в мире регистрируются многочисленные вспышки заболеваемости вакцинальным штаммом полиовируса.

Цель работы: Оценить текущую ситуацию по заболеваемости и профилактике полиомиелита в г. Донецке в связи с современными мировыми тенденциями.

Материал и методы: Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ. Использованы отчеты о выполнении плана профилактических прививок, обеспеченности иммунобиологическими препаратами (ИБП) против полиомиелита лечебно-профилактических учреждений по г. Донецку за 2012-2018 гг. Статистическая обработка данных производилась при помощи пакета офисных программ Microsoft Excel 2016.

Результаты и обсуждение: За период наблюдения случаев полиомиелита в г. Донецке не зарегистрировано. В 2016-2017 гг. зарегистрировано по 2 случая острого вялого паралича (ОВП), показатель 4,1 на 100 тыс. детей до 14 лет. Выявляемость ОВП превышала уровень нормативного критерия (2,0 на 100 тыс. населения среди детей до 14 лет) в 2 раза.

План профилактических прививок в 2015 г. был выполнен на 30,6% – в основном, за счет

начала туровой иммунизации против полиомиелита. Имело место недостаточное выполнение объемов иммунизации против полиомиелита по причине недостаточного обеспечения иммунобиологическими препаратами (ИБП) против полиомиелита. Дефицит ИБП в последние годы для плановых прививок привел к снижению иммунной прослойки среди населения от полиомиелита. За 2014 год при необходимом показателе 100% по городу получили законченный вакцинальный комплекс только 37,3% детей в возрасте до 1 года и первичную ревакцинацию 34,0% в 18 месяцев из числа подлежащих вакцинации.

Подобная ситуация увеличивает вероятность возникновения случаев ОВП у не привитых детей, которые классифицируются ВОЗ как «горячие», то есть потенциально ассоциированные с полиомиелитом, что, в свою очередь, является негативным показателем качества эпиднадзора и требует срочных мер, направленных на максимальный охват детей, в первую очередь раннего возраста, прививками против полиомиелита.

С целью усиления эпидемиологического надзора за ОВП в городе ежемесячно проводится доставка материала для плановых вирусологических исследований на полио- и энтеровирусы (хозяйственно-бытовые стоки и стоки из инфекционных стационаров). План по отбору проб на полио- и энтеровирусы на протяжении изучаемого периода выполнялся в полном объеме, результаты проб – без отклонений.

Выводы: Таким образом, несмотря на отсутствие зарегистрированных случаев заболевания полиомиелитом на территории г. Донецка и проведенной туровой иммунизации, ситуация по профилактике этой инфекции остается неустойчивой. Необходимо усиление контроля за обеспеченностью лечебно-профилактических учреждений города ИБП против полиомиелита и повышение охвата населения вакцинацией.

Мельник Ал.В., Мельник А.В., Мельник В.А., Мельник К.В., Лыгина Ю.А.

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

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ТОКСОКАРОЗА В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Вступление. Токсокароз обоснованно считается наиболее часто встречающимся сопутствующим заболеванием у детей с различной степенью выраженности аллергологической патологией.

Цель. Определить возможности современных иммунологических методов диагностики токсокароза для подтверждения его этиологической роли в развитии кожных и респираторных проявлений аллергии у детей и разработке мер по предупреждению заражения детей токсокарами.

Материалы и методы. С 2010 г. по 2018 г. методом иммуно-ферментного анализа (ИФА) было обследовано на антитела к токсокаре – 1179 детей с кожными и респираторными проявлениями аллергии, направленных в отделение лабораторных исследований УНЛК (университетская клиника). Кроме этого, всем детям было проведено исследование общего анализа крови, мочи и определение общего IgE (ИФА).

Результаты. Для определения возможностей современных иммунологических методов диагностики токсокароза для подтверждения этиологической роли этого паразита в развитии кожных и респираторных проявлений аллергии у детей с 2010 г. по 2018 г. в отделении лабораторных исследований УНЛК (университетская клиника) методом ИФА было обследовано на антитела к токсокарам – 1179 детей (положительный результат у 53 человек) с кожными и респираторными проявлениями аллергии.

Обследование в ИФА проводилось с секреторно-эксcretорным антигеном личинок токсокар второго возраста. Диагностическим титром считался титр антител 1:400 и выше, титр антител 1:400 свидетельствовал о возможном заражении токсокарами, но не о начавшейся болезни, титр антител 1:800 и выше расценивался как уже реализовавшийся токсокароз.

Все обследованные дети имели разной степени клинические проявления кожной и респираторной аллергии. Согласно изученных нами клинических материалов, у всех обследованных детей прямая зависимость между уровнем антител к антигенам токсокар и тяжестью кожных и респираторных аллергических проявлений является не явно.

В то же время, наиболее характерным лабораторным показателем у всех обследованных детей отмечалось повышенное содержание эозинофилов в периферической крови. Высокий относительный уровень эозинофилии у них колебался в пределах 63 – 78%.

Заключение.

1. Наиболее характерными лабораторными показателями токсокароза у детей с кожными и респираторными аллергическими проявлениями является обнаружение специфических антител методом ИФА и повышенное содержание эозинофилов в периферической крови.

2. Возможность дополнительной сенсибилизации ребенка за счет сопутствующего заболевания токсокарозом врач-педиатр должен учитывать при проведении лабораторного обследования и назначении реабилитации детям с кожными и респираторными проявлениями аллергии перед профилактическими прививками.

3. Учитывая достаточно высокий уровень пораженности детей токсокарами, необходимо повышать настороженность населения по возможности заражения этим паразитом. Также необходимо активнее разрабатывать и проводить в жизнь организационные и противоэпидемические мероприятия, которые позволят санировать территорию детских садов, придомовую территорию, песочницы, детские площадки от яиц токсокар.

Мельник Ал.В., Мельник В.А., Мельник К.В., Беседин И.Е., Лыгина Ю.А.

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

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ И ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Вступление. Внебольничная пневмония (ВП) является одним из распространенных заболеваний человека и входит в число ведущих причин смерти от инфекционных болезней.

Цель. Проанализировать ситуацию по эпиднадзору за ВП и внутрибольничными пневмониями (ВБП) и оценить уровень эпидемической угрозы по этим заболеваниям.

Материалы и методы. Была проанализирована возможность проведения действенного эпиднадзора за ВП и ВБП в существующих условиях работы Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

Результаты. Существуют принципиальные отличия ВБП от ВП, которые заключаются в том, что первые развиваются у пациентов, госпитализированных более 48 часов в стационар либо у пациентов, имевших в недавнем прошлом инвазивные лечебно-диагностические вмешательства в амбулаторных условиях или при госпитализации. В свою очередь, ВП развиваются во внебольничных условиях или в первые 48 часов после госпитализации.

Для ВБП характерен разнообразный спектр возбудителей (в первую очередь «золотистый» стафилококк и клебсиелла), большая часть которых обладает резистентностью (полнорезистентностью) к антибиотикам. Этим обуславливается высокая летальность, частое развитие осложнений и длительная госпитализация заболевших.

Для ВП существует довольно ограниченный спектр возбудителей, в первую очередь, пневмококки, стрептококки, гемофильная палочка, вирусы гриппа и других респираторных инфекций. Как правило, микроорганизмы остаются чувствительными к воздействию современных антибактериальных средств.

Следует отметить, что этиологические факторы возникновения ВП могут варьировать от

одной страны к другой. Так, в сентябре 2019 года в штате Северная Каролина в США было зарегистрировано 82 случая ВП, причиной которой стала *Legionella pneumophila* серогруппы 1. Поэтому тестирование на легионеллез в США считается обязательным для пациентов, у которых диагностирована ВП. В Европейских странах, Российской Федерации (РФ) и ДНР основными причинами, вызывающими ВП чаще всего становятся пневмококки разных групп, а также вирусы гриппа.

Показатель заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в ДНР на протяжении 2013-2019 гг. колебался от 0,52 до 1,2 на 1000 госпитализированных, не превышая среднего многолетнего уровня. Собственно ВБП составляли от 54 до 69% от числа всех ИСМП. Учет ВП в эпидемиологических отделах центров санэпиднадзора ДНР в настоящее время не проводится, что не позволяет провести сравнение частоты заболеваемости ВП и ВБП, а также наметить меры борьбы и профилактики.

По данным Чучалина А.Г. и соавт., 2010 г. в РФ заболеваемость ВП в среднем составляет 14-15 на 1000 заболевших инфекционными заболеваниями, а общее число больных ежегодно превышает 1,5 млн. человек. Летальность при ВП оказывается наименьшей (1-3%) у лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний. Наиболее высокая смертность от ВП регистрируется у мужчин трудоспособного возраста. Одним из типичных факторов риска летального исхода является позднее обращение пациентов за медицинской помощью.

Заключение. Учитывая сложившуюся в ДНР ситуацию по учету ВП, заболеваемость которыми не анализируется эпидемиологическими отделами центров санэпиднадзора, резко ограничены возможности по прогнозированию и разработке эффективных мер борьбы против этой группы инфекций.

Мельниченко В.В.

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

РЕАЛИЗАЦИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ ПУТЕМ АКТИВАЦИИ ПРОЦЕССОВ САМООРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Цель работы. С помощью нетрадиционных интерактивных технологий обучения автономно активировать процессы самоорганизации деятельности преподавателя, и оценить качество реализуемых педагогических стратегий.

Материал и методы. На основании шести основных компонентов процессуально-деятельностной компетенции (самоорганизация деятельности, мотивация к обучению, компонент, связанный с коммуникативными способностями и социальным взаимодействием, рефлексия, контроль за действие, общая самоэффективность) нами была разработана анкета-опросник с 5-балльной градацией для выявления отношения студентов к мотивационным, коммуникативным, личностным и деятельностным способностям преподавателя.

Результаты и обсуждение. Обучение студентов 4 курса, общим количеством 40 человек, было разделено на два этапа: 1 этап (9 занятий) – обучение строилось преподавателем по традиционной технологической карте; 2 этап (10 занятий) – по интерактивной технологической карте. После каждого этапа обучающие заполняли анкеты-опросники.

На первом этапе занятия были организованы традиционным способом: изложение теоретического материала, опрос, оценка исходного и заключительного уровней освоения системы знаний. На втором этапе преподаватель формировал занятия в ключе компетентностного подхода с использованием интерактивных методов в учебном процессе: метод учебной групповой дискуссии, ролевые игры, «кейс-обучение», творческое эссе.

В ходе сравнительного анализа показателей: коммуникативные способности и эффективность деятельности преподавателя в выделенных по этапам группах были выявлены достоверные

различия ($p < 0,05$). Студенты склонны оценивать преподавателя как более отзывчивого, открытого, положительно взаимодействующего со студенческой средой, умеющего заинтересовать учебным материалом, в случае, когда последний активно вовлечен в процесс преподавания. Он в доступной форме передает свой положительный клинический опыт, обсуждает в студенческом коллективе трудности практической врачебной деятельности, обучает студентов эффективно справляться с ними. Исходя из этого, личностно-профессиональные качества преподавателя становятся своеобразным эталоном, мерилем для создания студентами модели своего будущего профессионального облика. Также к концу второго этапа студенты более охотно шли на контакт с преподавателем, не боялись высказывать свои мысли и предположения, в общем демонстрировали заинтересованность в новом качестве деятельностного подхода педагога.

Выводы. Умение преподавателя рационально планировать ход образовательного процесса, регулировать его эффективность, принимать верные решения, достигать поставленных целей зависит от двух вещей: уровня сформированности компонентов процессуально-деятельностной компетенции у преподавателя и способа построения учебного процесса, соответствующего целям и задачам компетентностного подхода в образовании.

Критерием для оценки квалификации преподавателя является его умение сочетать в методике преподавания теоретические знания и практические умения, вовлекать студентов в мир их собственного творческого самовыражения. Индивидуальность, педагогическое новаторство преподавателя позволяют ему с увлеченностью реализовывать педагогические стратегии, повышать качество учебно-воспитательного процесса.

Мельниченко В.В.

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

ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Цель работы. Определить ряд специфических феноменов личностной дезорганизации у больных с психическими расстройствами.

Материал и методы. Обследовано 70 респондентов в возрасте от 18 до 58 лет, с установленными диагнозами, которые соответствовали диагностическим критериям Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра: «параноидная шизофрения» (38 чел. – 54,0%), «смешанное тревожно-депрессивное расстройство» (24 чел. – 34,0%), «генерализованное тревожное расстройство» (8 чел. – 12,0%), проходивших лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице МЗ ДНР, г. Донецка в 2019 году. Среди обследованного контингента распределение по полу: мужчины (40 чел. – 57,0%) в сравнении с женщинами (30 чел. – 43,0%).

Результаты и обсуждение. В зависимости от уровня дезорганизации личности, исследуемые были разделены на 3 группы с помощью структурного интервью по О. Кернбергу: группа 1 – респонденты с невротическим уровнем дезорганизации личности – 23 чел. (32,0%); группа 2 – респонденты с пограничным уровнем дезорганизации личности – 13 чел. (19,0%); группа 3 – респонденты с психотическим уровнем дезорганизации личности – 34 чел. (49,0%). При сопоставлении клинического диагноза с предложенными уровнями дезорганизации личности было выявлено, что среди 38 пациентов с параноидной шизофренией: 34 человека имели психотическую личностную деструкцию, остальные – пограничную, у них сохранялась критика к своему психическому состоянию, тенденция адекватно воспринимать (тестировать) реальность. Среди 24 пациентов со смешанным

тревожно-депрессивным расстройством, у 9 человек собственно личностная идентичность приобрела пограничный диффузный характер: пациентов преследовало постоянное чувство пустоты, противоречия в восприятии самих себя, непоследовательность поведения, сниженная интеграция эмоциональной осмысленности с плоским, скудным пониманием других.

Выводы. Вне зависимости от регистра психических расстройств (непсихотический и психотический) генеральная совокупность респондентов обладает комплексом признаков тех или иных личностных нарушений, которые мы в процессе исследования определили, как уровни дезорганизации личности. Таким образом, можно выделить ряд феноменов дезорганизационного характера у больных с психическими расстройствами: 1) связанных с индивидуальными особенностями различных психических процессов (проблемы мыслительного и эмоционального регулирования, нарушения мотивационного компонента памяти, внимания, воли); 2) связанных с диффузией идентичности, «слипанием» Я-реального и Я-идеального; 3) связанных с актуализацией субъективно значимых, зачастую специфических, эмоционально заряженных признаков предметов и явлений; 4) связанных с нарушениями компенсаторных свойств личности (использование инфантильных примитивных механизмов психологической защиты); 5) связанных со способностью различать психические образы и внешние объекты, фантазию и внешнюю реальность; 6) связанных с поведенческой формой отклонений от социальных норм, которая препятствует гармоническому личностному развитию.

Мироненко Т.В., Пустовая О.А., Бахтояров П.Д.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

В настоящее время хроническая ишемия мозга (ХИМ) рассматривается как мембранно-дестабилизирующий процесс, обусловленный активацией перекисного окисления липидов

(ПОЛ), развитием оксидативного стресса, трансмембранными нарушениями, в которых участвуют не только свободные радикалы, но и мелатонин, серотонин, оксид азота и др. В этой связи,

определение роли оксида азота и мелатонина в патогенезе церебральной ишемии требует дальнейшего изучения.

Цель исследования

Оптимизация диагностики хронической ишемии головного мозга на основании изучения особенностей гормонально-метаболических изменений.

Материалы и методы исследования

В работе представлены результаты обследования 70 пациентов с ХИМ II ст., среди которых было 40 женщин и 30 мужчин в возрасте 49-75 лет (средний возраст – 62,1±10,3 лет). Исследование проводилось на базе неврологического отделения ЛРКБ ЛНР. Диагноз ХИМ II ст. был выставлен в соответствии с критериями Н.Н. Яхно (2003). Контрольную группу составили 20 пациентов аналогичного возраста без клинических признаков церебро-васкулярной недостаточности.

В процессе наблюдения были использованы традиционные клиничко-неврологические, нейропсихологические (MMSE -тест, объем краткосрочной памяти), инструментальные (СКТ, МРТ головного мозга), биохимические (определение в сыворотке крови уровня мелатонина, серотонина, активности каталазы, карбонильных белков), статистические (критерии Манна-Уитни, Вилкоксона) методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

В большинстве наблюдений этиологическими факторами ХИМ у обследованных были сочетание церебрального атеросклероза с артериальной гипертензией (81%), шейный остеохондроз (9%), ишемической болезнью сердца (ИБС) с периодическими дисритмиями, сахарный диабет (20%). Течение заболевания у них носило преимущественно перманентный характер (96%).

В неврологическом статусе пациентов наблюдались церебрастенический синдром (100%), снижение когнитивных функций (90%), рефлексы орального автоматизма (62%), умеренные вестибулярные расстройства (85%), пирамидная недостаточность (51%), гетерогенная цефалгия (77%).

Результаты нейропсихологического исследования подтвердили наличие у обследуемых дисмнестического компонента когнитивных нарушений (по шкале MMSE 26,1±0,1 баллов).

Структурные изменения мозгового вещества по данным нейровизуализации верифицировали изменения его плотности, наличие мелкоочаговых изменений перивентрикулярно (8%), в супратенториальных отделах (6%) размерами 3,1±1,5 мм, умеренное расширение подболобочных пространств в конвексальных отделах головного мозга (13%).

У пациентов с ХИМ установлено достоверное снижение в сыворотке крови уровня каталазы (33,2±0,88 мкат/л/час) на 36,7% ($p < 0,0001$) в сравнении с контрольной группой (51,5±1,33 мкат/л/час), повышение содержания в сыворотке крови содержания карболиновых белков (0,23±0,009 ммоль/л) на 29,6% в сравнении с контролем (0,18±0,014 ммоль/л, $p < 0,05$), коэффициента активности ПОЛ в 2,2 раза (0,55±0,021) в сравнении с контролем (0,24±0,031, $p < 0,0001$).

Содержание конечных продуктов метаболизма оксида азота в сыворотке крови пациентов с ХИМ II ст. превышало на 25,6% (17,4±0,63 мкмоль/л) данные контрольной группы (13,8±1,62 мкмоль/л, $p < 0,05$) и коррелировало с уровнем карболиновых белков ($R = 0,32, p < 0,01$).

Также установлено, что содержание в сыворотке концентрации мелатонина у обследованных пациентов оказалось повышенным на 50% и составило 0,82±0,013 нмоль/л (контроль 0,51±0,036 нмоль/л, $p < 0,0001$) при снижении уровня серотонина на 30% (0,33±0,012 мкмоль/л) в контрольной группе – 0,26±0,011 мкмоль/л, $p < 0,001$. Интенсификация синтеза мелатонина при ХИМ подтверждается достоверным увеличением коэффициента интенсификации биосинтеза мелатонина в 2,16 раза (2,73±0,081) в сравнении с контролем (1,26±0,127, $p < 0,0001$).

Проведенные клиничко-когнитивно-биохимические сопоставления обнаружили существование корреляционной связи между снижением общего балла и значением критерия «память» по шкале MMSE с повышением коэффициента активности ПОЛ ($R = 0,26, p < 0,05$; $R = 0,31, p < 0,01$) и увеличением содержания в сыворотке крови конечных продуктов метаболизма оксида азота ($R = 0,27, p < 0,05$; $R = 0,25, p < 0,05$), что доказывает отрицательное воздействие оксида азота и карболиновых белков на когнитивные функции обследованных с ХИМ.

Выводы

Облигатными клиническими проявлениями ХИМ II ст. выступают синдром умеренных когнитивных расстройств с доминированием дисмнестического компонента, наряду с церебральной очаговой микросимптоматикой.

У пациентов с ХИМ II ст. присутствуют выраженные гормонально – метаболические расстройства в виде активации процессов ПОЛ и истощения ресурсов антиоксидантных систем, способствующих прогрессированию у них когнитивного дефицита.

Мирошниченко А.А.

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

ПРИЧИНА КОНВЕРСИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) как наименее инвазивный вид операции является золотым стандартом лечения патологий желчного пузыря. Преимущества лапароскопии перед открытой операцией упомянуты в литературе: от уменьшения послеоперационной боли и рубцевания до сокращения времени. Несмотря на это, существуют ситуации, когда лапаротомия может быть более безопасным выбором, по сравнению с лапароскопиями и их ограничениями. В таких случаях переход на открытую операцию указывает на сложность процедуры, и вместо того, чтобы считать ее осложнением, решение о преобразовании должно рассматриваться как признак здравого смысла при наличии неблагоприятных условий. Ретроспективный анализ на основе проведенных операций позволит идентифицировать наиболее частые причины конверсий, что облегчит прогнозирование необходимости преобразования ЛХЭ в открытую операцию.

Статистически исследованы 960 случаев ЛХЭ в периоде с 2013 г. по 2018 г. Были исследованы пациенты в возрасте 17 лет и старше. Распределение тяжести было следующим: лёгкая степень тяжести наблюдалась у 441 пациента (45,9%), 468 пациентов поступили со средней степенью тяжести (48,7%), тяжёлые случаи наблюдались у 51 пациента (5,3%). Были составлены демографические данные пациентов, включая пол, возраст, индекс массы тела (ИМТ), предшествующий хирургический анамнез, интраоперационный диагноз, продолжительность и т.д. Проанализированы основные показатели, которые могут позволить определить предрасположенность к конверсиям. Дня нашего исследования общий коэффициент интраоперационных конверсий для лапароскопий составил 3,85%. У пациентов,

которые соответствовали одному из критериев – возраст старше 40 лет (n=136), интраоперационный диагноз острого или гангренозного холецистита (n=91) или мужской пол (n=65) процент открытой конверсии составил 5,15%, 8,33% и 9,23%, соответственно. Пациенты, которые соответствовали двум критериям – возраст и пол (n=39), возраст и диагноз (n=45), или пол и диагноз (n=28) – процент конверсии составил 12,82%, 13,04% и 21,43% соответственно. В подгруппе пациентов, которые соответствовали всем трём критериям (n=18), процент конверсии составил 27,78%.

Наиболее распространённой причиной конверсий была невозможность отличить анатомические ориентиры из-за образованных плотных спаек и фиброзного воспаления вокруг треугольника Кало, который присутствовал в 35% случаев. Кроме того, спайки и прилипание двенадцатиперстной кишки к печени, сальнику и передней части брюшной стенки делает треугольник Кало недоступным, что приводит к трудностям при его рассечении. Другие значимые причины были представлены: анатомическими аномалиями (n=1) 9,09%, расширенным пузырным протоком с неудовлетворительной холангиограммой (n=1) 9,09%, воспалениями и адгезиями (n=1) 9,09%, адгезиями и кровотечениями (n=3) 27,27% и нескрытыми абсцессами (n=1) 9,09%. Факторы, которые были признаны статистически незначимыми: ИМТ, лихорадка, количество лейкоцитов, уровень аспаратаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы, уровень общего и прямого билирубина, перенесённый панкреатит и др. Данное исследование может составить основу для рандомизированного контролируемого исследования для проверки и расширения результатов.

Мишина К.А.

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

К ВОПРОСУ О ХАЛАТНОСТИ ВРАЧА КАК ФОРМЕ ВИНЫ

Проблема уголовно-правовой оценки и определения неосторожности как формы вины при совершении преступлений была рассмотрена многими юристами XX и XIX веков. Различный подход к данной теме публиковали в своих

работах Сашко С.Ю., Кудачков А.В., И.Г. Минакова, Е.В. Царев, Б.С. Утевский и многие др. Подавляющее большинство авторов подошли к разрешению проблемы, в основном, с позиций квалификации должностных преступлений

и считают, что халатность – это неосторожное преступление, которое может быть совершено по легкомыслию или небрежности, которые в совокупности признаются неосторожностью. Именно такая позиция закреплена в статье 25 УК ДНР. Другие же обратили внимание на то, что указание в тексте уголовных кодексов на халатность как на небрежное или недобросовестное отношение к службе, повлекшее определённые последствия, некорректно и не позволяет однозначно определить форму вины в составе халатности, т. к. данные термины («небрежное отношение к службе», «недобросовестное отношение к службе») не полной мерой определяют отношение виновного к преступному деянию и его последствиям.

Уголовно-правового определения «недобросовестности» как отношения лица к своим деяниям УК ДНР не содержит. Соотношение применяемых в разных частях уголовного кодекса терминов «легкомыслие» и «недобросовестность» не определено, что является, по нашему мнению, существенным недостатком, препятствующим, как уже сказано выше, однозначному определению формы вины. Можем предположить, что термин «халатность» после устранения выявленной неопределённости допустимо применить к деяниям не только должностных, но и иных лиц, в частности, врачей, которые

при выполнении своих обязанностей могут действовать легкомысленно, небрежно, то есть совершать деяния, образующие при определённых уголовным законодательством случаях состав преступления, совершённого по неосторожности.

Что касается ситуаций, когда в деятельности медицинских работников имеет место халатное отношение к возложенным на них обязанностям по сохранению жизни и здоровья пациентов, что в свою очередь приводит к причинению смерти или различной степени тяжести вреда здоровью, то в УК ДНР¹ не содержатся нормы, которые раскрывают данное определение ненадлежащих действий медицинских работников и/или врачебную халатность.

Существует ряд статей Уголовного кодекса, которые указывают на деяния со стороны медицинских работников, повлекшие за собой смерть больного или ухудшения состояния его здоровья по неосторожности (ст.110, ст. 119, ст. 123 ч. 4, ст. 125, УК ДНР) Однако они являются лишь небольшой частью тех деяний, которые могли бы быть объединены в одной статье «Халатность медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности» в главе 16 «Преступления против жизни и здоровья» раздела VII «Преступления против личности» Уголовного кодекса.

Мозговой И.С., Храповицкий К.Д.

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

РАЗРАБОТКА МЕТОДИК ТРЕНИРОВОК С ПАВЕРМЕТРОМ

Цель исследования. Стимуляция энергетических зон, основанных на показателях мощности. Элевация адаптационных способностей к работе в условиях высокоинтенсивной работы и ацидоза.

Материал и методы. Проведение тестирования с использованием измерителя мощности stage и велокомпьютера garmin edge 500, Построение планов тренировок в зависимости от анализа адаптационных способностей организма.

Результаты. Подготовка спортсмена подразумевает сохранение баланса между работоспособностью организма и его восстановлением. Накопление лактата в тканях будет выражена при длительной работе за зоной ПАННО (максимальна характеристика аэробного обмена),

что обуславливается гиперпотребностью организма в атф, повышением отложения лактата в мышцах. На первую роль восстановления энергии выходит лактатная система восстановления. Как только организм проходит точку отклонения Конкони (зона ПАННО) лактат мгновенно откладывается в мышцах, что преводит к ацидозу, а в последствии к повреждению мышечной ткани за счет выхода ферментов.

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 ацидоза.

Мороз А.Б., Гонтарь Е.А., Хохлова Е.А., Хачатурова К.М.

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

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДВУХ РЕСТАВРАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА КОРНЯ

Одной из широко распространённых патологий твердых тканей зубов является кариес корня, который характеризуется вовлечением в патологический процесс не только эмали и дентина, а так же и цемента корня. Чаще всего заболевание встречается у людей имеющих атрофические процессы тканей пародонта, которые приводят к оголению корней зубов. Наиболее распространенным методом лечения данного заболевания является пломбирование реставрационными материалами, однако, не смотря на широкое использование современных пломбировочных материалов, частота нарушения краевого прилегания и выпадение пломб при кариесе корня остается высокой.

Цель работы

Клиническая оценка восстановлений зубов, выполненных из нанофотокомпозиционного материала и стеклоиономерного цемента с уплотненной структурой для реставраций светового отверждения при лечении кариеса корня.

Материал и методы

Объектом клинических исследований были 25 пациентов стоматологической поликлиники ЦГКБ №1 г. Донецка имеющих кариес корня возрастом от 35 до 50 лет, которым было восстановлено 30 зубов. Реставрацию зубов проводили по общепринятым правилам в соответствии с рекомендациями фирм-изготовителей для работы с реставрационным материалом. Все реставрации были разделены на две равные группы в зависимости от применяемого материала: в первой группе реставрации проводили нанофотокомпозиционным материалом Filtek Ultimate, 3M, во второй – стеклоиономерным цементом с уплотненной структурой для эстетических реставраций светового отверждения Riva LC, SDI. Контрольные исследования проводили сразу после восстановления и через 6 месяцев визуально-инструментальным методом по двум критериям Ryge (FDI) – «краевое прилегание» и «краевое окрашивание». Оценку проводили отдельно в эмали и цементе.

Результаты и обсуждение

Сразу после восстановления все реставрации у пациентов обеих групп по исследуемым критериям получили высшую оценку «А». Это означает, что между материалом и твердыми тканями зуба (эмалью и цементом) существовал плавный переход без краевого окрашивания. Через 6 месяцев все пациенты пришли на контрольный осмотр. Результаты исследования по критерию «краевое прилегание» свидетельствуют о том, что у пациентов первой группы краевое прилегание нанофотокомпозиционного материала к эмали было нарушено лишь в 2 реставрациях, при чем нарушения не распространялись ниже дентино-эмалевой границы, в результате чего была выставлена оценка «В». Краевое прилегание материала к цементу было нарушено в большем количестве случаев (4 реставрациях) и заслуживало оценку «С». Эти же неудовлетворительные реставрации имели краевое окрашивание по границе материала. Им была выставлена оценка «В». Худшим было состояние реставраций у пациентов второй группы, в которых краевое прилегание стеклоиономерного цемента к эмали было нарушено в 5 реставрациях, причем в 4 реставрациях до дентино-эмалевой границы (оценка «В»), а в 1 реставрации ниже нее (оценка «С»). Тогда как прилегание стеклоиономерного цемента к цементу зуба было нарушено в меньшем количестве случаев (3 реставрациях). В связи с тем, что эмаль в данном участке отсутствовала, реставрациям была выставлена оценка «С». Эти же неудовлетворительные реставрации имели краевое окрашивание по границе материала (оценка «В»).

Заключение

В результате исследования лучшая краевая адаптация с наименьшей краевой проницаемостью в зоне эмали была отмечена у наногибридного композита, а в зоне цемента – у стеклоиономерного цемента для эстетических реставраций светового отверждения.

Москаленко С.В.¹, Лепихов П.А.², Сушков Н.Т.¹, Моисеев А.М.², Гриненко Д.В.²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²РДКБ МЗ ДНР, г. Донецк

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

По данным Всемирной организации здравоохранения, внебольничная пневмония является причиной смерти 15% детей до 5 лет. Рентгенологические методы исследования являются «золотым стандартом» для верификации пневмонии и её осложнений, но из-за высокой лучевой нагрузки не могут быть использованы для частого наблюдения за динамикой воспалительного процесса. В такой ситуации ультразвуковое исследование (УЗИ) легких выступает альтернативным методом инструментального исследования.

Цель работы

Оценить возможность ультразвукового мониторинга течения тяжелой внебольничной пневмонии, ее легочных и плевральных осложнений.

Материал и методы

Случаи тяжелой внебольничной пневмонии у 87 детей в возрасте от 5 месяцев до 17 лет, находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии общего профиля РДКБ МЗ ДНР в 2016-2018 годах. УЗИ легких осуществляли аппаратами «SONOACE R3», «SonoScare 8 Exp» с использованием линейных и конвексных датчиков с частотой 3-12 МГц. Исследование проводили при госпитализации пациента и повторно через каждые 48 часов, а при ухудшении состояния – немедленно. За основу был взят BLUE протокол (Bedside Lung Ultrasound in Emergency – ургентная сонография легких при острой респираторной недостаточности).

Результаты и обсуждение

У всех пациентов были признаки альвеолярной консолидации. В 64,4% случаев (56 детей) пневмония носила полисегментарный характер, в 35,6% (31 ребенок) – лобарный. 23 больным (26,4%) в связи с экссудативным, гнойным плевритом проводились пункции плевральной полости, у 17 пациентов – повторные по результатам УЗИ. При этом минимальное количество плеврального выпота с сепарацией листков плевры от 2 мм наблюдалось у всех остальных больных.

В 11,5% случаев (10 детей) течение пневмонии осложнилось развитием пневмоторакса, потребовавшего продленного дренирования плевральной полости у 6 детей. Возможность извлечения дренажа подтверждалась после контрольного УЗИ.

Положительная динамика по данным УЗИ заключалась в уменьшении протяженности гипоэхогенного участка инфильтрации от периферии к центру, уменьшении эхогенности и распространенности «воздушной бронхограммы» на единицу площади, уменьшении или отсутствии количества В-линий, а также уменьшении плеврального выпота при его наличии.

Отсутствие ультразвуковых признаков положительной динамики, а также отрицательная динамика (увеличение размеров пневмонического инфильтрата, объема плеврального выпота, появление участков деструкции в ранее существовавшем инфильтрате или обнаружение новых фокусов пневмонии), наряду с данными физикального исследования, определили необходимость в замене антибактериальной терапии у 15 пациентов (17,2%). У 5 больных (5,7%), несмотря на регресс клинических признаков дыхательной недостаточности, через 6 дней после госпитализации не улучшалась ультразвуковая картина легочной ткани. Это явилось основанием изменения этиотропной терапии, не дожидаясь контрольного рентгенографического исследования.

Заключение

Преимуществом УЗИ легких перед рентгенографией является возможность проводить исследование непосредственно у постели пациента с оценкой структурных изменений в режиме реального времени. Точность диагностики повышает отсутствие суммационного эффекта. Исключение лучевой нагрузки позволяет многократно мониторить динамику пневмонии. УЗИ легких помогает оценивать эффективность проводимой антибактериальной терапии в ранние сроки.

Москалюк О.Н., Чалая Л.Ф., Масюта Д.И., Михалев С.В., Волоценко О.Ю., Архирейская О.В.

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

СОДЕРЖАНИЕ МАРКЕРНЫХ АМИНОКИСЛОТ И ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНОВ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Клинические проявления дисплазии соединительной ткани (ДСТ) являются отражением глубоких биохимических нарушений метаболизма соединительной ткани. Представляет интерес изучение содержания маркерных аминокислот (пролина и гидроксипролина), которые входят в состав коллагена и эластина экстрацеллюлярного

матрикса, а также гликозаминогликанов – структурных компонентов основного вещества соединительной ткани, у детей с ДСТ, имеющих пролапс митрального клапана (ПМК).

Цель работы

Изучить содержания пролина, гидроксипролина и гликозаминогликанов в моче у детей с диспластикозависимым пролапсом митрального клапана.

Материал и методы

На базе кардиоревматологического отделения КУ «Городская детская клиническая больница № 1 г. Донецка» обследован 81 ребенок в возрасте 7-17 лет с ДСТ и ПМК, которые составили основную группу. В контрольную группу вошли 50 здоровых детей. Для диагностики ДСТ использовали критерии Т.И. Кадуриной (2009). Содержание пролина, гидроксипролина и гликозаминогликанов в моче оценивали методом тонкослойной хроматографии.

Результаты и обсуждение

У детей с ДСТ экскреция пролина с мочой была достоверно повышена: $75,8 \pm 2,9$ мкМ/сут, в контрольной группе: $58,0 \pm 3,0$ мкМ/сут ($p < 0,01$). Содержание гидроксипролина с мочой у пациентов основной группы также было достоверно выше ($464,7 \pm 19,9$ мкМ/сут), чем в контрольной группе ($392,0 \pm 10,0$ мкМ/сут, $p < 0,01$).

При изучении содержания пролина и гидроксипролина в моче в зависимости от структурно-функциональных параметров ПМК выявлено, что экскреция гидроксипролина с мочой у пациентов с миксоматозом митрального клапана была достоверно выше, чем у пациентов без миксоматоза ($505,1 \pm 53,3$ мкМ/сут) и ($460,3 \pm 21,3$ мкМ/сут) соответственно ($p < 0,05$). У детей с ДСТ суточная экскреция гликозаминогликанов была достоверно выше ($70,8 \pm 3,3$ ед.ЦПХ/г. креат.), чем у пациентов без ДСТ ($49,9 \pm 1,4$ ед.ЦПХ/г. креат., $p < 0,001$). Самые высокие значения гликозаминогликанов по сравнению с показателями контрольной группы выявлены у пациентов с ПМК II степени ($82,7 \pm 2,9$ ед.ЦПХ/г. креат., $p < 0,05$) и регургитацией II степени ($74,8 \pm 3,8$ ед.ЦПХ/г. креат., $p < 0,05$). Установлена прямая корреляционная зависимость между содержанием пролина и гликозаминогликанов ($r = + 0,37$; $p < 0,001$).

Заключение

Таким образом, у детей с дисплазией соединительной ткани, имеющих пролапс митрального клапана, выявлено значительное повышение содержания пролина, гидроксипролина и гликозаминогликанов в моче. Выявленные изменения содержания аминокислот и гликозаминогликанов отражают нарушения их метаболизма в структурных компонентах соединительной ткани, что приводит к нарушению ее строения и функций. Поэтому более выраженные изменения биохимических показателей обмена соединительной ткани сопровождаются более значительными диспластикозависимыми изменениями тканей сердца и его структурно-функциональных параметров.

Мусаева М.Х.

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Владикавказ, Россия

ЧАСТОТА КРИТИЧЕСКИХ ИНЦИДЕНТОВ В ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У НЕКУРЯЩИХ, КУРЯЩИХ И БРОСИВШИХ КУРИТЬ ПАЦИЕНТОВ

В табачном дыме выделено около 4800 индивидуальных составляющих, среди которых хорошо известные – никотин и окись углерода, чье фармакологическое влияние хорошо известно, а также присутствуют оксид азота, летучие альдегиды, эфиры, токсичные цианиды водорода, которые также могут оказывать действие на функцию различных систем и органов. Одним из способов выявления побочных эффектов тех или иных субстанций на течение интраоперационного периода является регистрация критических инцидентов, возникающих во время проведения анестезиологического пособия или в ближайшем послеоперационном периоде.

Цель исследования: выявить частоту возникновения критических инцидентов со стороны легочной и сердечно-сосудистой систем у некурящих, курящих и бросивших курить пациентов во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде.

Материал и методы. Проведено рандомизированное проспективное открытое исследование, в которое включены 81 пациент мужского пола в возрасте от 20 до 60 лет ($43,2 \pm 2,4$ года). Пациенты разделены на 3 группы: 1 группа (контрольная) – некурящие лица (27 человек); 2 группа – курящие лица (27 человек); 3 группа – бросившие курить более одного года (27 человек).

Всем пациентам выполнялась операция лапароскопическая холецистэктомия. Введение в анестезию проводили болюсным введением пропофола, фентанила и круарона. Поддержание анестезии осуществляли постоянной инфузией пропофола и болюсным введением фентанила. Всем больным проводили интубацию трахеи и ИВЛ.

Во время проведения анестезиологического пособия у всех пациентов проводили мониторинг витальных функций: ЭКГ с подсчетом ЧСС, SpO_2 , неинвазивное АД, ЧД, капнографию, глубину утраты сознания с использованием БИС-спектрального монитора.

Регистрацию критических инцидентов (КИ) проводили во время проведения анестезии и в ближайшем послеоперационном (до 120 мин) периодах. Частоту КИ приводили в абсолютных

цифрах, а также рассчитывали % от количества анестезиологических пособий в группах пациентов. Также использовали понятие частоты критических инцидентов (ЧКИ) – отношение суммы зарегистрированных критических инцидентов к числу наблюдений в группе.

Результаты и обсуждение. Количественный анализ критических инцидентов. Зарегистрировано в 1-й группе 4 КИ (ЧКИ=0,15), во 2-й группе – 12 КИ (ЧКИ=0,45), в 3-й группе – 7 КИ (ЧКИ=0,26). Во время проведения анестезиологического пособия в 1-й группе – 1 (ЧКИ=0,04), после проведения анестезии – 3 (ЧКИ=0,11), во 2-й группе – соответственно 4 (0,15) и 8 (0,30), в 3-й группе – 2 (0,07) и 5 (0,19). Качественный анализ КИ. Число КИ, связанные с системой кровообращения во время операции и наркоза, чаще ($P < 0,05$) фиксировались у пациентов 2-й группы. В этой группе преобладали случаи тахикардии, колебания АД. В одном случае наблюдали подъем сегмента ST. В ближайшем послеоперационном периоде у курящих пациентов в 4 раза чаще регистрировались КИ со стороны системы дыхания. У курящих пациентов ЧКИ, связанные с системой кровообращения преобладала в 8,5 раза по сравнению с группой некурящих пациентов – в виде тахикардии, гипертензии, аритмии. В группе бросивших курить ЧКИ, связанные с системой дыхания и кровообращения были в 2 раза ниже, чем в группе курящих пациентов. В трех случаях регистрировались эпизоды депрессии или подъема ST, чего не отмечалось у некурящих пациентов. В общей сложности, частота возникновения КИ и, соответственно ЧКИ, у курящих пациентов была в 5,5 выше, чем у некурящих, у бросивших курить – в 2,3 раза чаще, чем у некурящих лиц. Полученные результаты позволяют рекомендовать анестезиологу-реаниматологу обращать внимание на сбор анамнеза (стаж курения, количество выкуриваемых сигарет в день) и быть настороженным у курильщиков в отношении возможных критических инцидентов как во время оперативного вмешательства, так и в ближайшем послеоперационном периоде.

Налетов А.В., Гуз Н.П., Карпенко Д.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
ООО «Медицинский центр «Гастро-лайн», г. Донецк»

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ТОНКОЙ КИШКИ СРЕДИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ АБДОМИНАЛЬНЫМИ БОЛЕВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

К функциональным абдоминальным болевым расстройствам (ФАБР) в педиатрической практике, согласно Римского консенсуса IV, относят функциональную диспепсию (ФД), синдром раздраженного кишечника (СРК), абдоминальную мигрень, функциональную неспецифическую абдоминальную боль (ФНАБ). Несмотря на широкую распространенность ФАБР в педиатрической популяции, отсутствует четкость понимания патогенетических механизмов и диагностических критериев данных заболеваний среди педиатров и детских гастроэнтерологов. Микробиотический дисбаланс кишечника рассматривается на сегодняшний день в патогенезе развития множества заболеваний пищеварительного тракта.

Цель работы

Изучение частоты встречаемости синдрома избыточного бактериального роста тонкой кишки (СИБРТК) среди детей старшего школьного возраста с различными ФАБР.

Материалы и методы

На базе КУ «Городская детская клиническая больница №1 г. Донецка» и ООО «Медицинский центр «Гастро-лайн» г. Донецк» обследовано 160 детей старшего школьного возраста (12-17 лет) с ФАБР: 60 пациентов с СРК с диареей, 50 – с ФД, 50 – с ФНАБ. Диагностика ФАБР основывалась на диагностических критериях, регламентированных в Римском консенсусе IV. Диагности-

ку СИБР проводили при помощи водородного дыхательного теста с нагрузкой лактулозой и использованием цифрового анализатора выдыхаемого водорода «Лактофан2» (ООО «АМА», Россия).

Результаты и обсуждение

При проведении водородного дыхательного теста с нагрузкой лактулозой для диагностики СИБРТК установлено, что ФАБР у большинства детей сочетались с развитием избыточной микробной контаминации тонкой кишки фекальной микрофлорой. При этом СИБРТК был диагностирован у 45 (75,0±5,6%) детей с СРК с диареей и у 37 (72,0±6,3%) пациентов с ФД, что было статистически значимо выше ($p < 0.05$) относительно пациентов с ФНАБ. Так, избыточная микробная контаминация тонкой кишки микрофлорой диагностирована у 20 (40,0±6,9%) пациентов с ФНАБ.

Выводы

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют, что развитие ФАБР у детей старшего школьного возраста ассоциировано с формированием СИБРТК. При этом частота возникновения повышенной микробной контаминации тонкой кишки выше у детей с СРК и ФД относительно пациентов с ФНАБ. Микробиотический дисбаланс тонкой кишки следует рассматривать в патогенезе формирования функциональных гастроинтестинальных расстройств.

Некрасов А.Д., Щербинин А.В., Музалев А.А., Бессонова А.Д.

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

ОСОБЕННОСТИ МАЛЬРОТАЦИИ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЁННЫХ

Мальротация является наиболее распространенной врожденной аномалией тонкого кишечника. По оценкам, у 1 из 200 живорожденных имеет место бессимптомная ротационная аномалия. Однако симптоматическая мальротация случается не так часто (1 на 6000 живорожденных).

Цель работы

Обобщить опыт лечения новорождённых с

мальротацией, проявившейся в виде врожденной кишечной непроходимостью.

Материал и методы

С 2007 по 2019гг. в клинике детской хирургии им. Н.Л. Куца на лечении находилось 22 ребенка с врожденной кишечной непроходимостью на фоне мальротации кишечника. Синдром Ледда наблюдался у 10 пациентов (45%). Другие аномалия фиксации и ротации кишечника диагно-

стированы в 12 случаях (55%). Гестационный срок находился в пределах 29-40 недель, среди них доношенных детей 13 (58%), недоношенных – 9 (42%). Масса при рождении составляла от 1300,0 до 4200,0.

Результаты и обсуждение

Всем больным выполнялось оперативное вмешательство, объем которого соответствовал нозологии. При различных вариантах мальротации кишечника выполнялась лапаротомия, разъединение спаек, скелетизация 12-перстной кишки и (при наличии) ликвидация заворота. В послеоперационном периоде у детей наблюдались различные сроки восстановления пассажа по ЖКТ, которые колебались в пределах от 4 до 17 суток. Это обусловлено тяжестью состояния детей, массой и гестационным возрастом, а также соматическим статусом. В послеоперационном периоде осложнения, обусловленные явлениями ранней спаечной кишечной непроходимости,

отмечались у 3(14%) больных. Во всех случаях выполнялась релапаротомия, разъединение спаек. За истекший период летальность составила 3 пациента, (14%) случаев. У 2 детей имела место подтвержденная внутриутробная инфекция. Что касается массы, то все умершие дети имели низкую ($m < 2500$) массу тела, а по гестационному сроку были недоношенными.

Выводы

1. При своевременной диагностике и хирургическом лечении мальротации кишечника у новорождённых имеет благоприятный прогноз.

2. Наиболее частым осложнением в послеоперационном периоде, требующим повторного оперативного вмешательства, является ранняя спаечная кишечная непроходимость.

3. Высокую летальность обуславливают тяжёлые сопутствующие пороки развития, внутриутробная инфекция, малый срок гестации и низкая масса тела.

Нестеренко З.В.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ ФЕНОТИПАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Актуальность: широкая распространенность дисплазии соединительной ткани (ДСТ) изменила клинику бронхиальной астмы (БА) у детей, что приводит к диагностическим и терапевтическим ошибкам.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения БА у детей с разными фенотипами ДСТ.

Материал и методы: под наблюдением находилось 64 больных с легким персистирующим (83,1%) и среднетяжелым персистирующим течением аллергической формы БА (16,9%) в возрасте от 3-х до 18 лет. Диагноз БА был установлен согласно положениям современного протокола GINA. У всех наблюдавшихся детей имели место разные фенотипические проявления ДСТ.

Результаты и обсуждение: по результатам исследования 56,3% детей имели проявления неклассифицированного фенотипа ДСТ (НКФ); 36% – элерсopodobного фенотипа (ЭПФ); 3,1% – марфаноподобного фенотипа (МПФ); 4,6% – симптомы повышенной диспластической стигматизации (пДС). У 41,5% детей была установлена внебольничная пневмония (ВП). Диа-

гностика ВП проводилось согласно принятым протоколам. Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) была причиной ВП и обострения БА у 68% больных; микоплазменная инфекция (МПИ) – у 40,0%; вирус Эпштейн-Барр (ВЭБ) – у 3,6%; полиэтиологичная пневмония (ПЭП-сочетание нескольких возбудителей) – у 66,7% пациентов. Осложненное течение БА у детей с ВП и ЭПФ, МПФ ДСТ имело место у 40% (выявлено формирование легочной гипертензии-ЛГ), у 30% из них установлено формирование пневмофиброза (ПФ). У всех детей с БА, ВП, МПФ отмечены симптомы ЛГ и ПФ, что достоверно чаще ($p < 0,001$) в сравнении с больными с ЭПФ, БА, ВП, у которых ЛГ выявлена у 34,8%; у 12,5% из них – ПФ. Пациенты, имевшие обострение БА в связи с ВП, для установления контроля БА получали не только необходимую базисную терапию ингаляционными глюкокортикоидами (ИГК), но и антибактериальную терапию (АБТ) с использованием макролидов.

Выводы: Отмечена тесная связь БА с проявлениями ДСТ у обследованных детей. 41,5% детей имели обострение БА, связанное с ВП,

вызванной ЦМВИ, МПИ, ВЭБ; у 66,7% больных установлена ПЭП. У 40% детей с БА, ВП, МПФ и ЭПФ ДСТ диагностирована ЛГ, у 30% из них – ПФ. Достоверно чаще ($p < 0,001$) формирование

ЛГ и ПФ наблюдалось у детей с БА, ВП и МПФ в сравнении с больными с БА, ПФ и ЭПФ. У больных с БА и ВП для установления контроля БА в базисную терапию ИГК был включен курс АБТ.

Нечипоренко В.В.

ГП «НИИ МЭП Донбасса и угольной промышленности МЗ ДНР», г. Донецк

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ВНУТРИСМЕННОГО ОТДЫХА РАБОТНИКОВ НА ОСНОВАНИИ МАТЕРИАЛОВ АТТЕСТАЦИИ РАБОЧИХ МЕСТ

В комплексе мероприятий по оздоровлению условий труда и сохранению здоровья человека важная роль отводится внедрению в практику работы предприятия рациональной организации и культуры труда, обеспечивающих его безопасность и высокую производительностью.

Цель работы

Увеличение периода активной трудовой деятельности благодаря полноценной защите временем работающего человека от негативного влияния производственных факторов.

Объекты и методы

Применялись методы исследования: информационно-аналитические, социологические, физиологические, математико-статистические.

Результаты и обсуждение

В условиях производства особенно выраженное влияние на развитие утомления оказывают следующие факторы: затрачиваемые в процессе труда физические усилия, нервное напряжение, темп работы, монотонность выполняемых операций, неудобное положение тела, загрязненность и загазованность воздушной среды, неблагоприятные микроклиматические условия, шум и вибрация на рабочем месте. Поэтому, при разработке внутрисменного режима труда и отдыха степень выраженности вредных факторов и особенности организации каждого конкретного вида работ должны иметь определяющее влияние как на величину общего времени на отдых, так и на распределение этого времени в течение смены (перерывы в работе и их продолжительность).

При нормировании времени, необходимого на отдых, принят комплексный подход. Общее необходимое время на отдых при этом рассматривается как интегральный показатель условий труда, отражающий характерные особенности трудового процесса на каждом рабочем месте. Исходными данными служат материалы, полученные при аттестации рабочих мест

по условиям труда, результат хронометражных наблюдений за длительностью и чередованием отдельных рабочих операций, психофизиологические показатели состояния организма рабочих в динамике трудового процесса. В расчет суммарного времени на отдых берется степень выраженности каждого неблагоприятного производственного фактора (микроклиматические показатели, уровни шума, вибрации, концентрация фиброгенной пыли и химических веществ в воздухе рабочей зоны), степень тяжести и напряженности трудового процесса.

Расчет необходимого времени на отдых исчисляется по факторам как сумма пофакторных величин с поправками на фактическую загруженность и время пребывания рабочих в конкретных условиях среды. В последующем к полученной величине добавляют 2% времени на естественные и личные надобности рабочих.

Результаты оценки труда по тяжести и напряженности труда, степени выраженности неблагоприятных и вредных для здоровья факторов производственной среды и трудового процесса сопоставляются с их нормативной оценкой. В зависимости от длительности рабочей операции и времени пребывания рабочего в конкретных условиях производственной среды определяется необходимое для отдыха при выполнении данной операции время в процентах ко времени всей смены. Время отдыха для отдельных рабочих операций суммируется и таким образом определяется общее за смену время регламентированного отдыха.

Выводы

Предлагаемая методика позволяет при помощи несложных расчетов по определению необходимого времени отдыха при различных видах труда на основании материалов аттестации рабочих мест разрабатывать рациональные режимы труда и отдыха без дополнительных санитарно-гигиенических исследований производственной среды.

Нещерет Е.Н.¹, Солод Т.В.², Берникова М.Г.¹

¹Донецкий городской центр РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР

²Республиканский центр СЭН ГСЭС МЗ ДНР

ГЛОБАЛЬНОЕ ВОЗРОЖДЕНИЕ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОСТЕЛЬНЫХ КЛОПОВ

После глобального возрождения в 21 веке постельные клопы будут оставаться социально вредным организмом в течение многих лет. В ближайшем будущем вряд ли будет разработана какая-либо эффективная технология, которая могла бы быстро победить это насекомое, как это было в случае с ДДТ (трихлорметилдихлорфенил, инсектицид) в 1950-х годах. Это означает, что люди будут по-прежнему подвергаться их воздействию. Для борьбы с этим вредным организмом необходимо реализовать междисциплинарные стратегии.

Цель работы: Оценить эпидемиологические и иные риски для здоровья населения, перспективы истребительных дезинсекционных мероприятий.

Материал и методы: анализ литературных источников, нормативных документов, обращаемости населения по поводу заселенности жилья постельными клопами.

Результаты и обсуждение:

С конца 1990-х годов постельные клопы видов *Cimex lectularius* и *Cimex hemipterus* претерпели мировое возрождение. Опрос австралийских специалистов по борьбе с вредителями в 2006 году показал, что число заражений в первые годы XXI века возросло более чем на 4500%, что сопоставимо с показателями, наблюдаемыми в других частях мира. Особой проблемой постельные клопы стали в Соединенных Штатах, в которых клопы имеются примерно у 1 из 5 американцев. Зарубежными исследователями описывается вспышечное распространение клопов в госпиталях, гостиницах, многоквартирных домах. В Донецке за 5 месяцев 2019 года зарегистрирован рост обращений жителей на заселенность жилья клопами (от 0 обращений до апреля 2019 года до 30 случаев к октябрю 2019 г.). Исследования об эпидемиологическом значении постельных клопов проводились преимущественно до начала

1960-х годов (около 75% были в период с 1911 по 1940 годы). Нынешняя пандемия постельных клопов вновь привлекла к себе внимание с точки зрения возможности передачи человеческих патогенов. В 2011 году был опубликован обзор П. Делоне и коллег (Франция), которые описали около 45 патогенных микроорганизмов, которые потенциально могут передаваться постельными клопами. Эти авторы также рассмотрели векторный потенциал этих патогенов. Постельные клопы были названы возможными переносчиками метициллин-резистентного золотистого стафилококка (MRSA) и ванкомицин-резистентного *Enterococcus faecium* (K.F. Lowe, Канада). Клопы могут быть причиной аллергических проявлений, включая анафилактический шок, бронхиальной астмы, железодефицитной анемии, особенно у детей, нарушений психического здоровья: дистресс, стыд, беспокойство, социальная изоляция и стигма, раздражение. На фоне имеющейся устойчивости к основным группам инсектицидов (пиретроидам, карбаматам, фосфорорганическим соединениям), отсутствии новых инсектицидов отмечается чрезмерное и неправильное использование инсектицидов для борьбы с постельными клопами.

Заключение:

Постельные клопы считаются одними из самых сложных для борьбы насекомых. Это связано с широко распространенной устойчивостью к инсектицидам, отсутствием в настоящее время эффективных инсектицидных продуктов и биологией вредного организма. Возрастает потребность в изучении эпидемиологического значения постельного клопа; разработке отраслевых стандартов, которые продвигают лучшие практики в борьбе с постельными клопами; исследовательской работе по созданию новых инсектицидов; взаимодействию эпидемиологов, дезинфекционистов, биологов.

Нижельская Е.Я., Потапов А.А.

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

ПРОЕКТ «ТВОЙ НОВЫЙ СТАРТ» – ПЕРВИЧНЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ В Г. ДОНЕЦКЕ

В настоящее время серьезно обостряется проблема распространенности неинфекционных заболеваний (НИЗ) среди населения. Ухудшение здоровья становится причиной изменений не только экономических, но и демографических показателей. При этом, обращает на себя внимание уязвимость для факторов риска НИЗ всех без исключения возрастных групп.

Опыт показывает, что осведомленность населения о вопросах здорового образа жизни (ЗОЖ) минимальна. Особо важными представляется еще и то обстоятельство, что большинство наших современников недооценивает ведущую роль образа жизни как фактора профилактики или формирования НИЗ. Поэтому, внедрение в сознание общества идей ЗОЖ стало целью нашей работы. Основным инструментом является социально-значимый проект, посвященный мотивации ЗОЖ. Название проекта – «Твой новый старт».

Содержание нашей работы предусматривает предоставление информации по основным направлениям ЗОЖ. А именно, гигиеническое значение свежего воздуха и солнечного света, рациональное питание, организация режима двигательной активности, а также физиологически полноценного отдыха и сна, оздоровительное значение воды и питьевого режима. Особое место, на наш взгляд, занимают вопросы доверия в отношениях и межличностных контактах, а также воздержания от никотина и алкоголя, которые стали весьма распространенными и модными в наше время. Принимая во внимание тотальное увлечение молодежи компьютерными технологиями и виртуально-электронными способами общения, навязчивость рекламы спиртных напитков и сигарет, можно констатировать не только медико-профилактическую, но и воспитательную направленность проекта.

Помимо информационной стороны, мероприятия проекта предусматривают антропометрические и физиометрические измерения. После

ознакомления с информационным материалом по вопросам ЗОЖ и прохождения всех этапов обследования, для каждого конкретного человека осуществляется определение биологического возраста и формирование рекомендаций.

Целевая аудитория нашего проекта – молодежь. Тем не менее, при проведении мероприятий, посвященных Всемирному дню здоровья, имел место ажиотажный интерес со стороны представителей всех возрастных групп. То есть можно констатировать наличие потребности в информации по вопросам ЗОЖ среди населения. При реализации проекта в вузах г. Донецка также был отмечен повышенный интерес не только в среде обучающихся, но также и представителей профессорско-преподавательского состава.

Из всего многообразия факторов риска НИЗ хотелось бы выделить то, что в нашем обществе принято считать признаком благополучия и успешности в жизни. Это избыточная масса тела.

Исследованиями, проведенными в разных возрастных группах, у 64% отмечена избыточная масса тела. Количество жира соответствующее физиологическим нормам – у 24%. Интересно также и то, что среди лиц, прошедших все этапы исследований, 57% оказались старше своего календарного возраста. Интересно отметить, что полученные результаты имели место у людей, среди которых большинство отрицали курение и употребление алкоголя.

Результаты, полученные в студенческой среде, также не позволяют оптимистично оценивать уровень здоровья современных молодых людей. А именно, в вузах г. Донецка избыточная масса тела отмечена у 34-43%, старше своего календарного возраста оказались 39-41%.

Таким образом, первичный опыт реализации проекта «Твой новый старт» показал острую необходимость дальнейшей работы по внедрению в сознание общества идей ЗОЖ.

Николенко О.Ю.

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

ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ПОЛИОКСИДОНИЕМ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ОКСИДАНТЫ-АНТИОКСИДАНТЫ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Цель исследования: выявление нарушений системы оксиданты-антиоксиданты и коррекция их с помощью полиоксидония в модели хронической обструктивной болезни легких на крысах.

Материал и методы: 1 группа самцы линии «Вистар» с массой тела 200-250 гр с моделью хронической обструктивной болезни легких (25 крыс), полученной путем интратрахеального введения взвеси угольно – породной пыли, растворенной в 40% растворе этилового спирта. Для создания аутоиммунных нарушений различного направления в организме крыс использовали адьювант Фрейнда, цитостатик и иммуностимулятор. 2 группа – (25 крыс) – самцы линии «Вистар» с массой тела 200-250 гр. с моделью хронической обструктивной болезни легких, которым вводили полиоксидоний в течение двух недель каждой из крыс в дозе 0,03 мг/кг.

Диеновые конъюгаты ненасыщенных жирных кислот определяли путем их экстракции гептан-изопропиловой смесью и измерением экстинции при 233 нм. Малоновый диальдегид определяли при помощи нагревания в кислой среде и взаимодействии с тиобарбитуровой кислотой, измеряли экстинцию при длине волны 532 нм. У крыс каталазу определяли методом, основанным на способности перекиси водорода образовывать окрашенный комплекс желтого цвета с раствором молибдата аммония. Интенсивность окраски пропорциональна содержанию перекиси водорода в растворе. Экстинцию измеряли при 410 нм.

Николенко О.Ю.

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

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПНЕВМОКОНИОЗА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНО БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ

Цель исследования: выявить основные показатели скрининговой диагностики пневмокониоза хронической обструктивной болезни легких у горнорабочих угольных шахт.

Материал и методы: Объем выборки составил 183 больных пневмокониозом (Пн) и 210

Результаты исследования. Показатели оксидантной системы – диеновые конъюгаты у крыс с моделью хронической обструктивной болезни легких ($3,68 \pm 0,22$) у.е./мл и после коррекции полиоксидонием ($2,96 \pm 0,18$) у.е./мл соответственно отличались ($S=2,56$, $p=0,013$) и малоновый диальдегид в модели хронической обструктивной болезни легких ($1,98 \pm 0,16$) мкмоль/г белка достоверно снижался у модельных животных с коррекцией полиоксидонием ($1,40 \pm 0,12$) мкмоль/г белка ($S=2,91$, $p=0,0054$).

Коррекция полиоксидонием влияла на уровень диеновых конъюгатов ($KW=6,46$, $p=0,011$) и малонового диальдегида ($KW=6,67$, $p=0,0098$) в модели хронической обструктивной болезни легких.

При исследовании антиоксидантной системы у животных с моделью хронической обструктивной болезни легких после коррекции полиоксидонием активность каталазы достоверно повышалась до ($10,34 \pm 0,48$) мкат/л в сравнении с моделью хронической обструктивной болезни легких ($7,94 \pm 0,68$) мкат/л ($S=2,89$, $p=0,0057$).

Коррекция полиоксидонием в модели хронической обструктивной болезни легких влияла на активность каталазы в сыворотке крови ($KW=5,84$, $p=0,016$).

Выводы. Коррекция полиоксидонием в модели хронической обструктивной болезни легких у крыс положительно сказывается на снижении оксидантных показателей, диеновых конъюгатов и малонового диальдегида, и повышает активность каталазы.

больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) горнорабочих угольных шахт. Больные Пн в возрасте от 40 до 70 лет, средний возраст ($56,54945 \pm 1,08557$ лет) и средний стаж ($24,31770 \pm 1,25304$ лет) не отличаются от контрольной группы ($53,38298 \pm 1,98057$, p -value –

0,745333 и $25,61124 \pm 1,14027$, p-value – 0,382753 соответственно). Больные ХОБЛ в возрасте от 36 до 70 лет, средний возраст ($52,64762 \pm 0,93324$ лет) и средний стаж ($21,59585 \pm 0,87785$ лет) не отличаются от контрольной группы ($53,38298 \pm 1,98057$, p-value – 0,684744 и $25,61124 \pm 1,14027$, p-value – 0,382753 соответственно). Расчеты проводили с помощью лицензионных пакетов «Statistica 7» (Start Soft Rus) и «Stadia 6.1» («Информатика и компьютеры», Москва). Построение моделей риска развития ПН и ХОБЛ у горнорабочих выполнено с помощью общего дискриминантного анализа (GDA). В 1 массив (M1) вошли такие показатели, как гигиенические, показатели спирографии, общий анализ крови.

Результаты исследования. В результате проведенного факторного анализа было выделено два фактора риска развития ПН. В состав Factor 1 вошли следующие показатели спирографии: форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), жизненная емкость легких на вдохе (ЖЕЛвд), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), средняя объемная скорость в интервале между 25% и 75% ФЖЕЛ (С2575), пиковая объемная скорость выдоха (ПОС), мгновенная объемная скорость после выдоха 25% ФЖЕЛ (МОС25), мгновенная объемная скорость после выдоха 50% ФЖЕЛ (МОС50), мгновенная объемная скорость после выдоха 75% ФЖЕЛ (МОС75). Factor 2 объединил в себе такие гигиенические параметры, как профессия, фактическая пылевая нагрузка (ПНфакт) и контрольная пылевая нагрузка (КПН). Два фактора объясняют 58,32% дисперсии показателя профессии, 68,22% дисперсии показателя ПНфакт, 72,98% КПН. Данные два фактора объясняют

≈ 38% дисперсии переменных Пн массива M1 (Factor 1 – 27,16% и Factor 2 – 10,82%).

В результате проведенного факторного анализа было выделено два фактора риска развития ХОБЛ. В состав Factor 1 вошли следующие показатели спирографии: форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), жизненная емкость легких на вдохе (ЖЕЛвд), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), средняя объемная скорость в интервале между 25% и 75% ФЖЕЛ (С2575), мгновенная объемная скорость после выдоха 25% ФЖЕЛ (МОС25), мгновенная объемная скорость после выдоха 50% ФЖЕЛ (МОС50), мгновенная объемная скорость после выдоха 75% ФЖЕЛ (МОС75). Factor 2 объединил в себе такие гигиенические параметры, как профессия, фактическая пылевая нагрузка (ПНфакт) и контрольная пылевая нагрузка (КПН). Два фактора объясняют 63,51% дисперсии показателя профессии, 69,62% дисперсии показателя ПНфакт, 63,00% КПН. Данные два фактора объясняют 39,26% дисперсии переменных ХОБЛ массива M1 (Factor 1 – 28,18% и Factor 2 – 11,08%).

Выводы. Выявлены основные гигиенические параметры (профессия, ПНфакт, КПН) и показатели спирографии (ФЖЕЛ, ЖЕЛвд., ОФВ1, С2575, ПОС, МОС25, МОС50, МОС75), объясняющие ≈ 38% дисперсии всех показателей риска развития ПН.

Выявлены основные гигиенические параметры (профессия, ПНфакт, КПН) и показатели спирографии (ФЖЕЛ, ЖЕЛвд., ОФВ1, С2575, МОС25, МОС50, МОС75), объясняющие ≈ 39,26% дисперсии всех показателей риска развития ХОБЛ.

Никонова Е.М., Шатохина Я.П., Кариков М.М.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск
ГУ «Луганская государственная многопрофильная больница № 3», г. Луганск

СМЕРТЬ НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ КАК НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ

Профессиональная деятельность медицинских работников характеризуется повышенным риском. С одной стороны, медицинские работники рискуют собственным здоровьем и жизнью, с другой – существует риск неблагоприятного исхода медицинской помощи для пациента. В процессе оказания медицинской помощи больному врач берет на себя как моральную, так и юридическую ответственность за качество и последствия своих действий. В медицинской практике мало найдется более трагических слу-

чаев, чем смерть на операционном столе – как для участников операционной бригады, так и для родственников умершего.

В сложной профессиональной деятельности медицинских работников может иметь место неблагоприятный исход лечебного вмешательства (не вмешательства), связанный со случайными обстоятельствами, при условии абсолютной правильности действий врача; врач не мог предвидеть развитие неблагоприятного исхода, а, следовательно, и предотвратить его при самом

добросовестном отношении к своим обязанностям.

Смерть от анестезии не наступает сама по себе, причины кроются в другом. Надо отметить, что причины смерти на операционном столе лежат вне организма больного. Вероятность летального исхода от анестезии очень сильно зависит от уровня развития системы здравоохранения, определяющего оснащенность медицинского учреждения всеми необходимыми лекарствами и наркозным оборудованием, а также от профессионализма всего медицинского персонала, в частности, врачей-анестезиологов и хирургов. Кроме того, риск смерти от наркоза зависит также от возраста и состояния здоровья пациента.

На сегодняшний день факты смерти на операционном столе собрать сложно, но приблизительно ситуация следующая: в Российской Федерации на 2500 операций приходится 1 смерть пациента. Статистика, которую приводят мировые специалисты: в европейских странах из 250-300 тысяч операций под наркозом случается 1 летальный исход (по разным причинам). В странах с высокоразвитой медициной относительно

здоровые пациенты имеют следующий риск летального исхода от анестезии: дети – 1 случай на 300 тысяч анестезий, молодые люди (до 45 лет) – 1 случай на 250 тысяч анестезий. А вот в странах Африки смертность во время операций в разы выше: приблизительно 1 из 350 операций заканчивается смертью на операционном столе.

Сопоставив все статистические данные можно получить вполне прозрачный и четкий вывод: риск смерти на операционном столе вполне реален. Таким образом, можно выделить несколько факторов влияющих на исход лечебного вмешательства:

- профессионализм медицинского персонала;
- уровень оснащенности медицинского учреждения;
- уровень развития здравоохранения в стране;
- наконец, определенное стечение обстоятельств, которые называют роковыми или просто роком.

Следует помнить, что смерть на операционном столе иногда влечет за собой определенные правовые последствия, и поэтому печальный опыт отдельных хирургов и анестезиологов должен быть предметом тщательного анализа.

Новицкая Ю.Е., Тюрина С.В.,

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

НАУЧНО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Большое значение в организации системы образования фармацевтического факультета в медицинском вузе имеет ведение учебного процесса таким образом, чтобы максимально сформировать интеллектуальные способности каждого студента, а также привить им самостоятельность. Для достижения этих целей необходим индивидуальный подход к каждому конкретному студенту, с целью выявления способностей к научно-исследовательской работе, необходимо создать мотивации для их поощрения. В связи с тем, что именно образование формирует отношение к науке в обществе.

Цель исследования-Разработать и утвердить методику формирования навыков учебно-исследовательской работы у студентов в рамках фармацевтического факультета медицинского вуза и проверить ее эффективность на успешной защите ВКР. Сформировать профессиональное научно-исследовательское мышление студентов, практически осуществлять экспериментальную работу в научной сфере в области фармации.

Материалы и методы исследования

Теоретический анализ, педагогическое наблюдение. Приобщение студентов к исследовательской и научной работе которую можно разделить на учебно-исследовательскую работу, которая проводится в учебное время согласно календарно-тематическому плану, и научно-исследовательская работа которой студенты занимаются во вне учебного времени со своим научным руководителем которая завершается защитой выпускной квалификационной работой в рамках государственной итоговой аттестации.

Результаты исследования и их обсуждение

Результатом отличной успеваемости могут стать: быстрое усвоение изложенного материала, самостоятельное развитие идей, подготовка и использование дополнительной помощи в виде литературных и интернет источников. Идентифицировать студентов, обладающих способностью к научной работе, возможно, в ходе учебно-исследовательской работы которая проводится во время занятий с первого по пятый

курс по дисциплинам, которые в последствии выносятся на государственный экзамен: фармацевтическая технология, фармацевтическая химия, фармакогнозия и управление и экономика фармацией [1].

Учебно-исследовательская работа студентов неразрывна с учебным процессом. На протяжении всего обучения на фармацевтическом факультете, является обязательной для всех студентов и входит в часть учебного процесса. Учебно-исследовательская работа проводится в учебное время, что имеет отражение в методических указаниях [3] с учетом специфики фармацевтического факультета. Целью научно-педагогического состава фармацевтического факультета является обеспечение последовательного приобретения студентами навыков самостоятельной творческой работы, умение пользоваться существующим на сегодняшний день материалом, организации научных исследований, что в результате будет отражено в ВКР.

На современном этапе развития системы высшего профессионального образования, научно-исследовательская деятельность студентов, приобретает все большую актуальность, данный вид деятельности студентов неразрывен с учебным процессом. Обязателен для всех обучающихся и является частью учебного процесса, проводится в учебное время, что имеет отражение в методических указаниях [2].

Научно-исследовательская деятельность является теоретической и практической базой для подготовки и защиты выпускной квалификационной работы (ВКР). Учитывая специфику фармацевтического факультета. Подготовка выпускной квалификационной (дипломной) работы (ВКР) является одним из обязательных этапов освоения основной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки 33.00.00 «Фармация», специальности 33.05.01 «Фармация» и осуществляется во время прохождения студентами преддипломной практики.

Целью подготовки ВКР является развитие способности самостоятельного осуществления научно-исследовательской работы, связанной с решением профессиональных задач в современных условиях.

В ходе выполнения и защиты ВКР решаются следующие задачи:

- формирование профессионального научно-исследовательского мышления студентов, умения решать основные профессиональные задачи;
- формирование умения использовать современные технологии сбора и обработки научной информации;
- самостоятельное формулирование и ре-

шение задач, возникающих в ходе научно-исследовательской деятельности и требующих углубленных профессиональных знаний;

- овладение современными методами исследований в области фармации;

- умение практически осуществлять экспериментальную работу в научной сфере в области фармации в условиях химической или аптечной лаборатории, обрабатывать и интерпретировать полученные экспериментальные и эмпирические данные.

Теоретической и практической базой для проведения экспериментальной части дипломной работы, подготовки и защиты выпускной квалификационной работы является научно-исследовательская работа студентов, которая выполняется на кафедрах факультета и на базах практики таких как Донецкий ботанический сад и др.

ВКР выполняется по темам профильных дисциплин – фармацевтическая химия, управление и экономика фармации, фармацевтическая технология (аптечная технология лекарств, промышленная технология лекарств), фармакогнозия, токсикологическая химия, стандартизация лекарственных средств. [2].

ВКР выполняется на соответствующих выпускающих кафедрах, преподающих данные дисциплины. Студентам предоставляется право выбора дисциплины темы, а затем и научного руководителя который в дальнейшем будет курировать ВКР.

Закрепление за студентом темы ВКР утверждается Ученым советом фармацевтического факультета и заносятся в протокол заседания.

Сроки защиты ВКР устанавливаются календарным учебным графиком (в период проведения Государственной итоговой аттестации).

После окончания преддипломной практики в период, установленный календарным учебным графиком, работа рецензируется двумя рецензентами, один из которых является сотрудником университета, а второй внешний рецензент. Также работа проверяется в системе антиплагиат в случае достаточно процента оригинальности (70%) подводятся итоги НИР и оформления ВКР, на научном заседании соответствующих выпускающих кафедр проводится предварительная защита (предзащита) выпускной квалификационной работы. В случае успешного прохождения предзащиты ВКР рекомендуется к защите с учетом исправления студентом всех замечаний.

К защите ВКР допускаются студенты, успешно выполнившие учебный план и прошедшие предварительную защиту.

Защита ВКР проводится публично на заседании Государственной аттестационной комиссии

по защите дипломных работ, результаты обсуждаются членами Государственной комиссии и записываются в протокол [3].

Выводы:

1. Научно-исследовательская работа студентов способствует формированию интереса к познавательной, творческой и практической деятельности, повышает учебную мотивацию.

2. НИР студентов сформировала профессиональное научно-исследовательское мышление студентов, умение решать основные профессиональные задачи, умение использовать современные технологии сбора и обработки научной информации, самостоятельно формулировать

и решать задачи, возникающих в ходе научно-исследовательской деятельности требующих углубленных профессиональных знаний, умение практически осуществлять экспериментальную работу в научной сфере в области фармации, обрабатывать и интерпретировать полученные экспериментальные и эмпирические данные.

3. Была разработана методика формирования навыков и умений учебно-исследовательской работы студента которая является теоретической и практической базой для подготовки и защиты выпускной квалификационной работы в рамках фармацевтического факультета медицинского вуза.

Носкова О.В., Чурилов А.В., Петренко С.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ

В современном акушерстве, несмотря на достигнутые в последнее время успехи на пути снижения перинатальных потерь, частота последних остается достаточно высокой. Синдром потери плода включает в себя один или более самопроизвольных аборт или неразвивающихся беременностей на сроке 10 и более недель; мертворождение; неонатальную смерть; три и более самопроизвольных абортов до 8-ми недель эмбрионального развития.

Цель работы

Изучить психоэмоциональное состояние женщин с замершей беременностью в анамнезе.

Материал и методы

Проведено обследование 52 женщин репродуктивного возраста в условиях института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, отдел восстановления репродуктивной функции. Средний возраст обследуемых составил $28 \pm 3,5$ года, с замершей беременностью в анамнезе. Было оценено психоэмоциональное состояние женщин в зависимости от особенностей темперамента характера, исследованного с помощью тест – опросник Айзенка, психоэмоциональное состояние исследуемых женщин оценивалось путем определения уровня реактивной тревожности (РТ) и теста «Дом. Дерево. Человек» (ДДЧ), тест Спилберга-Ханина позволил оценить уровень реактивной тревожности (РТ), как показатель уровня напряжения, беспокройства, нервозности.

Результаты и обсуждение

По итогам тестирования по опроснику Ай-

зенка из 52 женщин было отобрано 40 женщин, наиболее приближенных к «чистому» типу темпераментов. Они были разделены на 4 группы по 10 человек в каждой: группы сангвиников, холериков, меланхоликов и флегматиков. В каждой группе был определен уровень РТ, так средний бал у сангвиников составил 48, а у меланхоликов – 46, что соответствовало очень высокому уровню РТ; у холериков – 36, а у флегматиков – 31, что отражало средний показатель РТ. Далее был проведен тест ДДЧ. Сангвиники при интерпретации теста ДДЧ испытывают глубокую депрессию, но не могут/не хотят говорить о ней, избегают разговоров на эту тему, винят себя в произошедшем, часто возвращаются в тот день, когда был потерян ребенок, испытывают недостаток эмоциональной эмпатии. Холериков Айзенк описывал, как людей склонных к резким сменам настроения. Меланхолики известны как люди, склонные к саморазрушению, неуживчивые, эмоциональные. Эти женщины очень ярко переживают свои эмоции. Наиболее часто у них прослеживается множество окон в тесте ДДЧ, что отражает готовность к контактам. Во всех рисунках флегматиков наблюдается нехватка психологической теплоты дома. Анализ психоэмоционального состояния выявил, что все пациентки нуждаются в реабилитации психического состояния. Особенно остро нуждаются повторнобеременные женщины с группы сангвиников и меланхоликов, так как у них отмечен очень высокий уровень РТ – 48 и 46 соответственно, по сравнению с холериками и флегматиками (36 и

31 соответственно). При анализе теста ДДЧ во всех группах исследования отмечались психоэмоциональные изменения, такие как депрессивное состояние в группе сангвиников, у холериков подверженность к эмоциональным срывам, у меланхоликов склонность к саморазрушению. Флегматики с трудом приспосабливаются к новой обстановке.

Заключение

Потеря ребенка оставляет огромный отпечаток в психоэмоциональном состоянии женщины: 96% женщин «не перерабатывают стресс», скрывают свои эмоции, подавляют их, из-за чего у них выявляется высокий уровень тревоги, который в будущем может отягощать течение беременности или реализоваться в психосоматическую патологию.

Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Литвинова Е.В.

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

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Бронхиальная астма (БА) является достаточно распространенным заболеванием с тенденцией к неуклонному росту. Большое количество акушерских и перинатальных осложнений делает необходимым более глубоко заниматься изучением этой проблемы. На современном этапе не существует единого взгляда на роль беременности в течение бронхиальной астмы, о чем говорит одинаковая частота, со стороны многих исследователей, как в пользу улучшения, так и ухудшения течения бронхиальной астмы во время беременности.

Цель работы

Изучить особенности течения беременности и родоразрешения у женщин с бронхиальной астмой.

Материал и методы

Изучено 58 историй родов беременных с бронхиальной астмой разной степени тяжести, разделенные на 2 группы основную и контрольную по 24 человека. В зависимости от степени тяжести бронхиальной астмы основная группа подразделена на три подгруппы: в 75% наблюдений отмечалось легкое течение заболевания (18 чел. – 1-я группа), в 16,6% – течение средней степени тяжести (4 чел. – 2-я группа), в 8,3% – тяжелое течение (2 чел. – 3-я группа). Контрольную группу составило 24 здоровых беременных женщин без патологии органов дыхания. Средний возраст обследованных составил $28,6 \pm 1,3$. Длительность бронхиальной астмы составила $8,2 \pm 0,3$ года.

Результаты и обсуждение

Чаще всего обострения БА возникали при сроках беременности 12-13, 18-20, 25-28 и 35-36 недель. Ведущими факторами, способствующими утяжелению бронхиальной астмы были: наличие сопутствующей аллергической патологии других органов и систем, хронического бронхи-

та, ОРВИ, перенесенные во время беременности (особенно в III триместре), неоднократные обострения основного заболевания (особенно во II и III триместрах). Риск ухудшения течения БА был больше при среднетяжелом и тяжелом ее течении, а также при обострении данного заболевания накануне наступления беременности.

Частота возникновения бронхоспастических реакций напрямую зависит от степени тяжести бронхиальной астмы, спровоцированной ОРВИ во всех трех подгруппах и составляет 47,7, 72,6, 89,5% случаев. Наиболее часто ОРВИ регистрировались во II и в III триместрах, преимущественно у женщин со смешанной и неаллергической формами заболевания. Обострения астмы во время беременности зарегистрированы чаще всего во II и III триместрах беременности у 20 женщин (83,3%), при этом в 1-й группе – у 15 (75%), во 2-й группе – у 2 (10%) и в 3-й группе – у 2 (10%).

Осложненное течение беременности у женщин с БА наблюдалось в 2,9 раза чаще, чем в контрольной группе. В течение беременности у женщин с БА чаще всего присоединялся гестоз разной степени тяжести, угроза прерывания беременности, фето-плацентарная недостаточность. Развитие осложнений беременности находилась в прямо пропорциональной зависимости от степени тяжести бронхиальной астмы.

Преждевременные роды, переношенная беременность наблюдались только у больных астмой и отсутствовали в контрольной группе. Возникновение преждевременных родов, как правило, было связано с тяжелым течением бронхиальной астмы и повторяющимися приступами удушья, которые приводили к гипоксии. В условиях гипоксии в матке запускается специфический механизм, приводящий к гиперреактивности гладкой мускулатуры и прерыванию беремен-

ности (или преждевременным родам) Осложненное течение родов отмечено у 62,8% женщин с астмой, что в 2,7 раза превышало показатель контроля.

Заключение

В результате проведенного исследования вы-

явлено, что клиническое течение бронхиальной астмы у беременных характеризуется частыми обострениями, склонностью к утяжелению, что является дополнительным фактором перинатального риска в сочетании с осложнениями беременности и родов.

Омельченко О.Н.

ГПОУ «Донецкий медицинский колледж», г. Донецк

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Статистика ВОЗ беспощадна: 15% молодых семей не может завести желанного ребенка. Общеизвестно, что предотвращать проблемы гораздо легче, чем устранять их последствия, для этого нужно как можно раньше заняться профилактикой, наиболее эффективно осуществлять мероприятия, начиная с подросткового возраста.

Студентами медицинского колледжа была проведена исследовательская работа на протяжении 2017-2019 гг. с целью выяснения информированности подростков о возможных репродуктивных проблемах и методах их профилактики, а так же разработки на основании исследования консультативных материалов для повышения эффективности просветительской работы среднего медицинского персонала.

Методы исследования: анализ литературных источников, опрос, анкетирование, метод качественного описания; метод математико-статистического анализа.

Результаты: исследовалось две группы: первая (13-15лет) 42%, вторая (16-19) 58%; 64,7% девушек врача не посещают; у 69% подростков имеются расстройства менструального цикла; 2,7% делали аборт; иногда используют какой-либо метод контрацепции, заявило 91% подростков, живущих половой жизнью; среди средств контрацепции лидерство принадлежит презервативам, прерванному половому акту и календарному методу; около 2/3 опрошенных подростков не могут назвать свои знания в данном вопросе высокими; для 67% опрошенных подростков основным источником информации о контрацепции являются подруги и для 33% – СМИ; в мотивации использования средств кон-

трацепции первое место занимает предохранение от нежелательной беременности (65% опрошенных), максимальная защита своего здоровья была целью 18% опрошенных, профилактика инфекций значима для 33% опрошенных; уровень знаний подростков об аварийной контрацепции может быть расценен как неудовлетворительный – лишь 41% ориентируется, в каких ситуациях должна применяться аварийная контрацепция; 96,8% хотели бы чтобы проводилось консультирование и тренинг с использованием современных технологий.

Рекомендации: создан видео фильм «Неотложная контрацепция» (Лукьянчикова А.); обучающая игра (Ларина А.); информационные стенды «Профилактика бесплодия» (Гасица О.), «Методы контрацепции» (Цыплакова А.); мини-лекция для проведения занятий по вопросам контрацепции и сохранения репродуктивного здоровья; тематические буклеты, листовки.

Составленные рекомендации были использованы для проведения обучающих информационных мероприятий в средней школе №1 г. Еленовка в апреле 2019г., проведенных студентами группы А.Д.-17-2. После завершения мероприятия дополнительный опрос показал повышение информированности подростков по вопросам сохранения репродуктивного здоровья.

Список литературы: Гуркин Ю.А, Балансян В.Г. Контрацепция для подростков. Методические материалы. СПб 2016; Двинских Е.А. Современная контрацепция. Советы профессионала, Питер, 2016; Кусмарцева О.Ф., Оценка репродуктивного здоровья на основе изучения качества жизни подростков [Электронный ресурс] и др.

Онопко О.Б., Смирнова А.Ф., Голубов К.Э., Котлубей Г.В., Шевченко В.С.

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

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЧАСТИЧНОЙ АТРОФИЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ И КОРТЕКСИНА

Атрофия зрительных нервов является результатом всевозможных патологических процессов в зрительном нерве, сетчатке, центральной нервной системе, приводящих к необратимым изменениям зрительных функций. Лечение частичной атрофии зрительного нерва является одним из важных направлений в офтальмологии. При адекватном и своевременном лечении можно добиться стабильности зрительных функций или даже их повышения. Актуальным является поиск новых способов консервативное лечение частичной атрофии зрительных нервов.

Целью работы изучение эффективности разработанного нами комплексного способа лечения частичной атрофии зрительных нервов.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 42 пациента (50 глаз) с частичной атрофией зрительного нерва сосудистого генеза в возрасте от 35 до 70 лет. Пациенты прошли комплексное офтальмологическое обследование (исследование центральной остроты зрения, биомикроскопию, офтальмоскопию, периметрию, тонометрию, определение порогов электрической чувствительности и электрической лабильности). В зависимости от характера реабилитационных мероприятий выделено две группы пациентов: первая - 28 лиц (34 глаза), у которых на фоне традиционной медикаментозной терапии

использовался кортексин и проводилось физиотерапевтическое электромагнитное воздействие на зрительный нерв, вторая (контрольная) - 14 пациентов (16 глаз), которые получали только курс традиционной медикаментозной терапии. Для физиотерапии применялась стандартная методика отпуска процедуры с использованием аппарата АМТ-01 длительностью 20 минут в течение 10 дней. Кортексин вводился парабульбарно по 0,3 мл в течение 10 дней. Критериями эффективности лечения явилось состояние показателей визометрии, суммарной величины поля зрения, порога электрической чувствительности и электрической лабильности зрительного нерва по фосфену, которые изучались до, сразу после окончания курса лечения, через 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Положительная динамика исследуемых показателей по окончании курса лечения наблюдалась у 64,3% лиц основной и 43,8% контрольной группы. Эффект от проведенного курса лечения по прошествии 6 месяцев после его окончания сохранялся у 35,7% и 21,4% больных первой и второй группы.

Выводы: добавление в схему лечения частичной атрофии зрительного нерва кортексина и электромагнитного воздействия позволило улучшить и стабилизировать зрительные функции у больных.

Осипенкова Т.С., Коваленко Я.О.

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

АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ -СТОМАТОЛОГОВ В ИНТЕРНАТУРЕ

Сегодня остро стоит вопрос о полноценном овладении практическими навыками врачами-интернами в период первичной специализации для возможности дальнейшей самостоятельной профессиональной деятельности.

Цель работы: повышение эффективности овладения практическими навыками врачами-интернами в период обучения на кафедре Общей стоматологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО

Материалы и методы: Анализ особенностей

проведения практических занятий на кафедре общей стоматологии ФИПО для повышения эффективности освоения практическими навыками.

Результаты и обсуждение

На кафедре Общей стоматологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО интерны-стоматологи обучаются 4 месяца, согласно основной профессиональной программе подготовки специалистов в интернатуре. Она предполагает чтение комплексных лекций и проведение

практических занятий, на которых усовершенствуются методы диагностики, проходит освоение работы стоматологическими материалами, с использованием современных технологий, проводятся клинические разборы пациентов,

Обучение и контроль практических навыков и умений у интернов-стоматологов на кафедре проводится ежедневно, что является необходимым требованием к методологии учебного процесса в интернатуре: в виде приема тематических пациентов, используется тренажеры-модели челюстей и натуральные зубы, прицельные и панорамные рентгенограммы, база радиовизиографических снимков челюстей и зубов; данные лабораторных исследований (биохимические анализы крови, мочи, слюны, зубного налета; спектрометрические анализы твердых назубных отложений, мазки-отпечатки с участков СОПР, данные бактериологических исследований при различных заболеваниях органов полости рта и СОПР). Обязательным является участие врачей-интернов в консультациях пациентов, которые проводят доценты и профессор кафедры.

На каждом практическом занятии врачом-интерном заполняются амбулаторная карта стоматологического больного, формы -37, -39, журнал приема пациентов. После окончания цикла преподаватель суммирует выполненные врачом-интерном манипуляции, фиксирует их в

обобщенной форме, которую обязательно вклеивает в дневник очного обучения, заверяется подписью интерна и преподавателя.

Итоговый контроль усвоения практических навыков врачами-интернами проводится по окончании каждого из циклов обучения. У каждого врача-интерна оцениваются практические навыки во время приема пациента с обязательным заполнением медицинской документации. Преподавателем заполняется индивидуальный протокол приема практических навыков у каждого обучающегося, в котором преподаватель ставит окончательную оценку за освоение практических навыков по каждому смежному циклу. Итоговая оценка освоения практических навыков является ключевой составляющей в формировании оценки итоговой аттестации обучения в интернатуре.

Заключение

Такой подход в организации обучения на кафедре, на наш взгляд, способствует формированию клинического мышления у молодых специалистов и глубокому всестороннему освоению основополагающих практических навыков у интернов-стоматологов. Но целесообразно и важно дальнейшее усовершенствование учебного процесса на кафедре, для повышения эффективности освоения практических навыков интернами-стоматологами.

Осипов А.А.¹, Галь И.Г.¹, Плиев М.И.², Гаглоева Л.В.²

¹Российская медицинская академия непрерывного постдипломного образования МЗ РФ, г. Москва, Россия

²Республиканский многопрофильный медицинский центр Республики Южная Осетия Минздравсоцразвития РЮО, г. Цхинвал, Южная Осетия

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ЮЖНАЯ ОСЕТИЯ

Приказом №30.2/оп от 25 июня 2019 г. Министерства здравоохранения и социального развития РЮО «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “анестезиология-реаниматология” и мерах его реализации» закрепляется, что в РЮО интенсивное лечение новорожденных осуществляется в Группе неонатологии Центра анестезиологии-реаниматологии и интенсивной терапии (ГН ЦАРИТ) Республиканского многопрофильного медицинского центра (ГБУЗ «РММЦ РЮО», г. Цхинвал). ГН ЦАРИТ и Отделение новорожденных Филиала РММЦ «Цхинвальский родильный дом (ЦхРД)» находятся в едином оперативном управлении заведующего отделением новорожденных роддома. Ведение новорожденных на реанимационной койке осуществляется

лечащей бригадой врачей: врач-анестезиолог-реаниматолог и врач-неонатолог. С мая 2017 г. – с момента открытия современного педиатрического комплекса в составе РММЦ появилась возможность проводить интенсивное лечение новорожденных – на территории республики.

Цель работы

Сравнить показатели ранней неонатальной смертности в 2017 г. и 2018 г. со среднегодовым значением ранней неонатальной смертности за предшествующие 5 лет (2012-2016 гг).

Материалы и методы

Первичная медицинская документация ГН ЦАРИТ РММЦ и Отделения новорожденных ЦхРД за период 2012-2018 гг.

Результаты и обсуждение

В 2017 г. в ЦхРД родилось 332 ребенка (мерт-

ворожденных – 5). В 2017 г. показатель ранней неонатальной смертности составил 3,1 % (n=1). В 2018 г. в ЦхРД родилось 365 новорожденных (мертворожденные – 2). В 2018 г. показатель ранней неонатальной смертности составил 2,8%. В предшествующий период 2012-2016 гг. среднегодовое значение ранней неонатальной смертности составило 7,5%.

Заключение

Российская Федерация оказывает содействие социально-экономическому развитию РЮО путём реализации инвестиционных программ. В частности, проводятся структурные преобразо-

вания национальной системы здравоохранения, предусматривающие ввод новых медицинских объектов. В 2018 г. в структуре нового педиатрического комплекса развернуты специализированные реанимационные койки для новорожденных, что позволило расширить объем и качество оказываемой медицинской помощи новорожденным внутри страны и обозначить тренд на уменьшение показателей ранней неонатальной смертности. Кроме того, необходимо отметить целесообразность перехода РЮО на критерии жизнеспособности плода, рекомендованные ВОЗ.

Остренко В.В.

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

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПОЧВЫ ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ НА ИНФЕКЦИОННУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

Введение. За последние годы значительно увеличилось поступление в окружающую среду тяжелых металлов (ТМ), в связи со стремительным развитием промышленности, транспорта, индустриализацией и химизацией сельского хозяйства.

ТМ на сегодняшний день занимают второе место по степени опасности, уступая пестицидам. Есть высокая вероятность, что в будущем они могут стать более опасными, чем отходы атомных электростанций и твердые отходы.

Целью исследования явилось изучение роли влияния загрязнения почвы ТМ районов г. Донецка с максимальным и минимальным загрязнением, в «довоенный период 2010-2013г., период «период боевых действий» 2014-2017гг.

Материалы и методы. Для анализа была выбрана почва, в качестве наименее мигрирующего объекта окружающей среды окружающей среды. Для анализа были взяты материалы Института минеральных ресурсов по ранее выполненному картированию всей территории г. Донецка.

Наиболее загрязненным районом в городе является Буденновский (превышения ПДК по 5 ТМ, суммарная площадь загрязнения по 8 ТМ, 2-е ранговое место по остальным ТМ), наименее загрязненный район Ворошиловский (отсутствие в почве 4 ТМ, минимальная кратность превышения – по 3 ТМ.

В Буденновском районе показатели ГЭК ОКИ в 2-х рассмотренных периодах значительно превышают аналогичные показатели Ворошиловского р-н. Причиной высоких показателей является прероральный путь поступления ТМ. Также, можем предположить, что ситуация усугубляется загрязнением почвы ТМ.

Заболеваемость ВДП в 2-х рассмотренных периодах значительно преобладает на территории Буденовского района, причиной высокой показателей заболеваемости населения района в первую очередь является деятельность завода «Вторцветмет», предприятий коксохимической; химической и металлургической промышленности .

Вывод. Для снижения заболеваемости и распространенности ТМ необходимо разработать систему профилактических мероприятий по снижению риска здоровья населения. Наиболее перспективными путями является детоксикация почвы, (затрудняется наличием «букета» загрязнителей). Для выведения токсинов из организма необходимо как можно чаще употреблять в пищу кисломолочные продукты. Полезны витамины и антиоксиданты. Реализация проекта «Пептинопрофилактика в ДНР».

Павленко В.И., Сидун М.С., Лаврова А.И.

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

РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ПРЕПОДАВАНИИ КУРСА «ОБЩАЯ И НЕОРГАНИЧЕСКАЯ ХИМИЯ» НА МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Современное информационное общество ставит перед высшим учебным заведением задачу подготовки выпускников, способных ориентироваться в меняющихся жизненных ситуациях, самостоятельно приобретать необходимые знания, применяя их на практике для решения разнообразных возникающих проблем.

Компетентностный подход – одно из перспективных направлений развития современного образования. Под компетентностью понимается такое качество личности, которое характеризуется способностью решать проблемы, и типичные задачи, возникающие в реальных жизненных ситуациях, с использованием знаний, учебного и жизненного опыта, ценностей и наклонностей. Компетентностный подход является усилением прикладного, практического характера всего вузовского образования.

Между тем, большинство студентов основным мотивом своего обучения в вузе считают подготовку к сдаче модульных контролей.

Цель работы – определить основное направление развития компетенций студентов при изучении общей химии и химии элементов.

Задачи – изучить механизм формирования ключевых компетенций в процессе обучения: метод проектов, игровые методы, ситуационный семинар, решение ситуационных задач, представляет собой описание конкретной ситуации, требующей практического решения, проблемный семинар – представляет собой модель обучения на основе дискуссии.

Эффективность обеспечения химической грамотности студентов может быть достигнута, если образовательный процесс будет включать в себя формирование у студентов различного рода компетенций и отвечать следующим условиям:

- практический и ориентированный характер учебной информации (проблемная и исследовательская форма выполнения химического эксперимента);

- деятельные способы и формы ее освоения (занятие как практикум по решению задач, различные виды семинаров);

- обеспечения условий для развития способностей студентов (применение исследовательских методов, самостоятельной работы с различными источниками информации и базами данных, химическая олимпиада, конкурсы).

Реализация такой программы привела к следующим результатам:

- стабильное качество знаний студентов по химии;

- успешная адаптация;

- высокий уровень познавательной мотивации к предмету химия.

Использование элементов методики при изучении химии приводит к реализации принципа компетентностного обучения, что особенно важно в условиях модернизации современного образовательного процесса в вузе.

Павленко В.И., Сидун М.С., Лаврова А.И.

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

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ РАЗДЕЛА «ТЕПЛОВЫЕ ЭФФЕКТЫ ХИМИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ. ХИМИЧЕСКАЯ ТЕРМОДИНАМИКА» В КУРСЕ ХИМИИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Тема «Тепловые эффекты химических реакций. Химическая термодинамика» занимает особое место в курсе химии, изучаемом в медицинском вузе. Роль рассматриваемой темы заключается в формировании общих учебных навыков и

компетентностного подхода к обучению химии, воспитание лидерских качеств, умение работать в группах, в формировании мировоззрения.

Химическая составляющая данной темы связана с курсами физики (взаимным превраще-

нием различных видов энергии, возможность и направленность биохимических процессов); биологии (процессы обмена веществ в жизнедеятельности клеток живых организмов).

Цели и задачи данного занятия: сформировать понятие о химических и биохимических процессах с позиции тепловых эффектов, использовать термодинамические функции для определения направления процессов посредством самостоятельной проблемно-поисковой деятельности студентов на занятии; развивать умение сравнивать, обобщать, делать логические выводы. Совершенствовать умение студентов работать с учебными материалами, выделять главные и необходимые вопросы темы. Развивать познавательный интерес к предмету химия и процессу познания путем усиления его практической направленности.

Данное занятие состоит из двух этапов: мотивационно-ориентировочный и операционно-исполнительный. Первый этап заключается в выделении проблемы, которую необходимо решить, в формулировании предложений и гипотез;

в мотивации учебной деятельности студентов через обеспечение значимости изучаемых проблем. Операционно-исполнительный этап включает в себя проверку возможных решений проблемы путем лабораторного эксперимента, сбор данных, их интерпретацию, формулирование выводов, применение полученных знаний в новых условиях, обобщение. Занятие проводится в форме исследования.

Актуальность изучения этой темы заключается в том, что каждый студент в своей практической деятельности ежедневно сталкивается с химическими процессами, идущими в клетках живых организмов, поэтому изучение термодинамических основ физиологических явлений, процессы обмена веществ, преобразование энергии в клетках будет ему полезно и необходимо. Кроме того, в модульных тестах все больше заданий по химической термодинамике. В идеальном варианте предполагается выйти на умение студентов самостоятельно справляться с задачами по данной теме при помощи предложенной методики.

Павлюченко К.П., Мухина Е.В., Камнева А.С.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Проблема сосудистых заболеваний сетчатки и зрительного нерва в течение многих лет находится в центре внимания офтальмологов. Это обусловлено как неуклонно увеличивающейся их частотой, так и высоким процентом случаев инвалидности вследствие сосудистой патологии глаз.

Цель работы: повысить эффективность лечения сосудистых заболеваний глаз, обусловленных антифосфолипидным синдромом.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 44 пациентов с сосудистыми заболеваниями глаз, обусловленными антифосфолипидным синдромом. Эффективность лечения оценена по состоянию зрительных функций и показателям гемокоагуляционной системы.

Результаты и обсуждение

Тактика лечения пациентов была следующей: подавление образования аутоантител, профилактика рецидивов сосудистых заболеваний, восстановление кровотока в зоне ишемии. Лечение проводилось под контролем уровня активности антифосфолипидных антител (АФЛА), показате-

телей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Иммуносупрессивная терапия проводилась следующим образом: дексаметазон 8 – 16 мг внутривенно № 7 с последующим переходом на целестон 1-2,5 мг в сутки 7 дней с постепенным снижением дозы до 0,5 мг в сутки за 3-4 недели; плаквенил 155-200 мг в сутки прерывистыми курсами по 1 месяцу в течение 6 месяцев. Антикоагулянтная терапия: фраксипарин 0,3-0,6 мл 1 раз в день 7 дней; плавикс 75 мг 1 раз в день 3 месяца; варфарин под контролем международного нормализованного отношения (МНО) в пределах 2-3 до 3 месяцев. Дифференцированно, в зависимости от характера клинической картины, состояния глазного дна, стадии процесса проводилась метаболическая терапия лазеркоагуляция сетчатки, интравитреальные инъекции ингибитора вазопротрофиеративного фактора. Изучение динамики остроты зрения после лечения показало, что пациентов с остротой зрения до 0,04 стало – (31,81±6,95)%, что достоверно меньше, чем до лечения – (68,18±6,95)% (p<0,05). После лечения количество больных с остротой зрения 0,05-0,09 и 0,1-0,3 стало по 27,27%, в 13,64%

случаев острота зрения составила выше 0,3. Отмечены улучшения поля зрения: расширение периферических границ, уменьшение размеров скотом, переход абсолютных скотом в относительные в 77,4% случаев. На фоне проводимого лечения отмечено снижение уровня АФЛА. Через 3 месяца уровень Ig G антител колебался от 12,4 до 38,4 МЕ/мл, Ig M от 11,4 до 18,6 МЕ/мл. Проводимое длительное лечение антикоагулянтами и дезагрегантом тиклидом определило положительную динамику в состоянии сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. После лечения и через 3 месяца наблюдения удалось достоверно снизить время и степень агрегации тромбоцитов. Отмечена тенденция к увеличению тромбоцитов в периферической крови. Ни в одном случае нами не выявлено удлинения времени кро-

вотечения выше нормальных значений на фоне проводимой терапии. Состояние коагуляции контролировали показателями коагуляционного гемостаза, поддерживая его на уровне 2,0-3,0 по МНО.

Заключение

Предложенный способ лечения сосудистых заболеваний глаз, обусловленных АФС, позволяет улучшить зрительные функции, снизить уровень антифосфолипидных антител на 44%, нормализовать показатели системы гемостаза, сократить время свертывания в фосфолипидзависимых коагуляционных тестах на 25%. Полученные результаты дают основание рекомендовать проведение такого лечения у пациентов с сосудистой патологией глаз, обусловленных антифосфолипидным синдромом.

Павлюченко К.П., Олейник Т.В., Михальченко Е.А.

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

ПРИМЕНЕНИЕ БЕТАМЕТАЗОНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКУЛОПАТИЕЙ (НАБЛЮДЕНИЕ 24 МЕСЯЦА)

За последнее десятилетие в мире отмечен быстрый рост числа больных страдающих сахарным диабетом (СД). Среди наиболее частых и инвалидизирующих осложнений СД одно из первых мест занимает диабетическая ретинопатия (ДР). Одной из главных причин снижения зрения при ДР является поражение макулярной области – диабетическая макулопатия (ДМ).

Цель: оценить эффективность применения бетаметазона у пациентов с диабетической макулопатией.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 26 больных с диагнозом пролиферативная диабетическая ретинопатия в возрасте от 21 до 72 лет. Среди них сахарный диабет I типа отмечен у 12, II типа – у 14 больных. Длительность сахарного диабета в среднем составляет 17-18 лет. Всем больным было проведено исследование, включающее визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, периметрию, тонометрию, гониоскопию, оптическую когерентную томографию (ОКТ). Контрольную группу составило 13 человек, основную – 13 человек. Всем больным проводился стандартный курс лечения, включающий ангио-и ретинопротекторы, антиоксиданты. Помимо этого пациентам основной группы применялось эндовитреальное введение бетаметазона.

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе, которые получали консервативное лечение, острота зрения до лечения составила 0,005-1,0. Высота трансудативной отслойки пигментного эпителия сетчатки была в диапазоне от 105 до 770 мкм, протяженность трансудативной отслойки ПЭС – от 410 до 4545 мкм. Через 24 мес. острота зрения составила 0,01-0,7. Высота трансудативной отслойки пигментного эпителия сетчатки была 70-580 мкм ($p=0,01$), протяженность трансудативной отслойки ПЭС – 260-3175 мкм ($p=0,008$). В основной группе, до лечения острота зрения была 0,01-0,95. Высота трансудативной отслойки пигментного эпителия сетчатки была в диапазоне от 115 до 1200 мкм, протяженность трансудативной отслойки ПЭС – от 850 до 4660 мкм. Спустя 24 месяца острота зрения составила 0,01-1,0. Высота трансудативной отслойки ПЭС составила от 80 до 600 мкм ($p=0,07$), протяженность – от 475 до 1805 мкм ($p=0,18$). В 1 случае отмечалось полное прилегание трансудативной отслойки пигментного эпителия сетчатки.

Выводы: эндовитреальное введение бетаметазона приводит к полному прилеганию трансудативной отслойки ПЭС – 30% случаев, уменьшению трансудативной отслойкой пигментного эпителия сетчатки – 70% при сроке наблюдения 24 месяца стабилизацию остроты зрения.

Панина А.Д., Крутенкова Т.П.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*, *UREAPLASMA UREALYTICUM* И *UREAPLASMA VAGINALIS* У МОЛОДЫХ ДЕВУШЕК

Актуальность. Распространение инфекций передающихся половым путем является одной из актуальных современных проблем гинекологии. *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* и *Ureaplasma vaginalis*, как правило, являются причиной воспалительных процессов уретры, что, в свою очередь, приводит к различным нарушениям функционирования репродуктивной системы. Кроме того, актуальной является проблема вступления в половую связь в раннем подростковом возрасте, что, при условии заражения хламидиями или уреоплазмой, приводит к более серьезным последствиям.

Целью работы являлось изучение частоты встречаемости *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* и *Ureaplasma vaginalis* у девушек младше 19 лет.

Материал и методы исследования. Исследуемую группу составляли 25 девушек в возрасте от 15 до 18 лет. Проводили исследования на наличие *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* и *Ureaplasma vaginalis* у испытуемых.

Результаты исследования. Согласно полученным результатам исследования группу испытуемых составили 10 девушек в возрасте 15 лет (40%), 9 девушек в возрасте 16 лет (36%), 2 девушки в возрасте 17 лет (8%), 4 девушки в возрасте 18 лет (16%).

Наиболее часто отмечались случаи заражения *Ureaplasma urealyticum* – не менее 50% от общего числа исследуемых девушек в каждой возрастной группе. Частота встречаемости *Ureaplasma vaginalis*, в сравнении с *Chlamydia trachomatis* и *Ureaplasma urealyticum*, была ниже и не превышала 20%, а в возрастных группах 17 и 18 лет не была обнаружена.

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

Среди трех исследуемых возбудителей заболеваний мочеполовой системы наиболее распространенным является *Ureaplasma urealyticum*.

Большая частота встречаемости возбудителей заболеваний характерна для девушек в возрасте 15-16 лет, что также свидетельствует о раннем вступлении в половые отношения.

Парамонова Т.И.

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

О НЕОБХОДИМОСТИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ДИАЛОГА МЕДИКОВ С ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ГУМАНИТАРНЫХ ДИСЦИПЛИН ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ

Задача педагога на первых курсах медицинского вуза состоит в подготовке студентов к изучению клинических дисциплин, участию в их воспитании, формировании высоких моральных качеств и клинического мышления, повышению уровня культуры речи. В последние годы, на наш взгляд, отмечается наличие пробелов в школьной подготовке первокурсников, особенно отсутствие достаточных навыков владения устной речью.

Преподаватели латинского языка являются прямым участником процесса обучения как общей деонтологии (повышение общей грамотности, расширение кругозора студентов), так и частной (формирование культуры клинической

речи, правильного употребления профессиональных терминов, создание базы необходимых грамматических сведений для участия в работе с медицинскими терминами в перспективе и пр.).

Целью исследования является сбор информации и попытка междисциплинарного диалога по вопросам деонтологии, медицинской этики и биоэтики.

Осуществлен обзор учебной, справочной и научной литературы по медицинской этике, общей и частной деонтологии, биоэтике, разделу «деонтология» в учебниках по клиническим дисциплинам.

Использовались эмпирический и теоретический методы исследования.

Биоэтика как область междисциплинарных

исследований этических, философских и антропологических проблем полагает, что назрела необходимость междисциплинарного диалога медиков с представителями широкого круга гуманитарных наук и диалога медиков с пациентами и представителями общественности. Будущий врач должен быть готов к участию в широкой общественной дискуссии в условиях новой медицины и нового значения и звучания традиционных ценностей милосердия, благотворительности, нанесения вреда пациенту, недопущения ятрогении.

Для студентов I курса в разделе “Клиническая терминология” отобрано около 40 профессиональных клинических выражений (II семестр), в I семестре рекомендовано более 200 латинских крылатых выражений и пословиц. Для форми-

рования выборки латинских профессиональных и крылатых выражений желательное участие преподавателей-медиков.

В настоящее время нам не удалось установить существование современного толкового латинского деонтологического словаря за исключением небольших разделов в словарях клинических терминов, учебного пособия «Noli posere», изданного Полтавской стоматологической академией в 1995 году.

Мы предлагаем клиницистам и преподавателям медико-биологических дисциплин принять участие в создании толкового деонтологического словаря, куда могли бы войти клинические термины, общие понятия и устойчивые выражения, с учетом изменений в медицине и общественной жизни.

Пархомчук Д.С., Симонович А.П., Евдокименко А.А.

ГУ ЛНР «Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Луганск

АЛГОРИТМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Оказание помощи пострадавшим с жизнеугрожающими состояниями от бригады медиков на догоспитальном этапе (ДГЭ) нередко требует наличия навыков и оснащения из арсенала анестезиологии и реаниматологии. Неправильное ее выполнение чревато осложнениями и даже летальным исходом для больных.

Цель работы

Представлен наш опыт анестезиологического обеспечения пострадавших на ДГЭ.

Материал и методы

Анализ 55 карт вызовов специализированных бригад Луганского республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (ЛРЦЭМП и МК).

Результаты и обсуждение

Анестезиологическое обеспечение пострадавших на ДГЭ бригадами ЛРЦЭМП и МК проводится с использованием неингаляционных анестетиков. В салоне автомобиля СП должно быть обеспечено адекватное освещение и свободный доступ к голове и телу больного с трех сторон. Приготовлено все необходимое для проведения общей анестезии: препараты, инструменты (эластический буж для интубации, аспиратор), аппаратура для ингаляции O_2 , ИВЛ и мониторингования. Обеспечен адекватный венозный доступ (периферический и/или центральный); инфузионная терапия начинается с полиионных растворов. В обязательном порядке выполнена преок-

сигенация (O_2 100%) с использованием лицевой маски. Для предотвращения возможных осложнений (растяжения желудка, спонтанной регургитации, аспирации) поднимается головной конец носилок на 15-20°. Премедикация – атропин 0,3-0,5 мг, димедрол 0,2 мг/кг, ксефокам 8 мг или кетопрофен 100мг, фентанил 0,1 мг, ондасетрон 8мг в/в. Вводная анестезия, выбор препарата зависит от кровопотери, степени нарушения гемодинамики и т.д., включает: ГОМК, пропофол или сибазон и кетамин соответственно, а у пациентов с преимущественным поражением головного мозга (ОНМК) нами применяется «барбитуровая» анестезия. Вводный наркоз проводится по тем же правилам, что и в стационаре, но методика выполнения должна быть максимально простой. Достижение состояния миоплегии на ДГЭ и во время медицинской эвакуации обеспечивается использованием деполаризующих и недеполяризующих мышечных релаксантов. Во время транспортировки поддерживается анестезия и аналгезия; при необходимости – нейромышечная блокада. Мониторятся показатели функционирования жизненно важных органов (ЭКГ, АД, пульсоксиметрия, капнография). Поддержание адекватного кровообращения мы обеспечиваем путем инфузионной терапии, коррекции дисфункции миокарда (инотропная поддержка), управляемой гипотонии (ганглиоблокаторы и вазодилататоры).

Заключение

Применение внутривенной многокомпонентной анестезии на ДГЭ создает оптимальные условия для проведения ИВЛ, уменьшает токсическое влияние общих анестетиков на организм за счет использования малых доз препаратов с избирательным и кратковременным действием, более точной дозировки анестетиков и применения миорелаксантов. Многократное их использование минимизирует гемодинамические побочные эффекты. Это позволяет эффективно

проводить контроль и поддержание жизненно важных функций организма во время медицинской эвакуации, и при необходимости выполнять коррекцию данных нарушений.

Персонал специализированных бригад должен быть ознакомлен со всем оборудованием. Компетентность определяется не первичной специальностью, а владением практическими навыками, как в стационарных условиях, так и вне клиники.

Пархомчук Д.С., Удовика Н.А.

ГУ ЛНР «Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Луганск

СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ТРИГГЕР В ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ СОТРУДНИКОВ ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Экстренная медицинская помощь (ЭМП) – массовый вид медицинской помощи, качество и эффективность оказания которой является одним из приоритетных вопросов национальной безопасности государства. Чем быстрее и эффективнее оказана ЭМП, чем оперативнее произведена медицинская эвакуация, тем больше шансов выжить.

Цель работы – обобщение собственного опыта по последипломной подготовке медицинских работников службы ЭМП в ЛНР.

Материал и методы.

ЭМП на догоспитальном этапе в ЛНР оказывается медиками Луганского республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (ЛРЦЭМП и МК) (общепрофильные фельдшерские (72%) и врачебные бригады (21%), специализированные бригады (7%). Также работают специализированные выездные бригады отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации.

Результаты исследования и их обсуждение.

Последипломное обучение (усовершенствование) и переподготовка специалистов ЛРЦЭМП и МК осуществляется в собственном учебно-тренировочном отделе (Школа медицины катастроф). Обучение регламентируется Постановлением Совета Министров ЛНР и приказами Минздрава ЛНР. Лекции и практические занятия с фельдшерами и врачами проводят преподаватели соответствующих базовых кафедр профильного вуза, а также опытные врачи и фельдшеры Центра. Обучение проводится по очной форме на основании разработанных и утвержденных учебно-тренировочных про-

грамм. Так, определен перечень практических навыков, которыми должен владеть выездной персонал Центра. Экзамены включают практическую часть с отработкой навыков на фантомах и решение ситуационных задач, а также теоретическую часть, включая освещение вопросов по смежным специальностям. Учебные классы Школы медицины катастроф оснащены необходимыми манекенами и симуляторами для отработки базовой сердечно-лёгочной реанимации и специальных навыков оказания ЭМП. Компьютерная система контроля и регистрации навыков, а также программное обеспечение позволяют вести качественное управление процессом обучения. Для отработки навыков работы медиков скорой помощи в условиях, приближенных к реальным (салон автомобиля скорой помощи), оборудован так называемый учебный комплекс «на колесах» – «БОКС №7». Имеются тренажеры для отработки навыков внутривенных инъекций и эндотрахеальной интубации, наборы накладных муляжей и т.д. В учебном процессе используется учебный полигон, применяется тьюторство, что позволяет приблизить ситуацию к реальности. Механизм тренинга состоит в том, что преподаватель задает ситуационную задачу путем направления условной выездной бригаде конкретного вызова, как бывает в реальных условиях. И далее обучающиеся демонстрируют все свои действия на учебном комплексе «БОКС №7», либо полигоне. Разбор ошибок проходит открыто всеми участниками обучения. Это повышает ценность обучения. Сотрудниками ЛРЦЭМП и МК разработаны ряд методических пособий, созданы учебные filmy и видеоролики. Данные анкетирования слу-

шателей ЛРЦЭМП и МК показывают, что 90-96% респондентов последипломное обучение в ЛНР на сегодняшний день определяют как более продуктивное, профессиональное и результативное в сравнении с таким до появления Школы медицины катастроф и симуляционного обучения.

Пархомчук Д.С.¹, Удовика Н.А.², Василенко О.Н.³

¹ГУ ЛНР «Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Луганск

²ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

³ГУ «Луганская городская многопрофильная больница № 7», г. Луганск

ФАКТОРЫ И ЗАДАЧИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В ЛНР

Сегодня в мире прогрессируют негативные тенденции в динамике параметров здоровья людей. Поэтому, здравоохранение и подготовка медиков новой формации – одна из ведущих проблем XXI века и высокоразвитых и молодых государств.

Цель исследования. Изучение факторов и задач, способных определить тенденции в развитии здравоохранения и подготовке медицинских кадров в ЛНР.

Материал и методы. Проведен анализ доступной литературы и отчетной документации лечебно-профилактических учреждений ЛНР по изучаемым вопросам.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ показал, что генетически человек обязан думать о том, чтобы его общество выжило (продолжалось). Основным фактором, влияющим на здоровье человека, является его личная ответственность за сохранение исходного уровня здоровья и образ жизни. А мировой практикой доказано, чем ниже планка первичной медицинской помощи, тем более затратная и менее эффективна вся система здравоохранения. Опыт стран с высоким социально-экономическим развитием показал: на смену медицине болезнецентрической (возможность исцеления организма) приходит здравоцентрическая (здоровый старт жизни – возрождение здорового общества – сохранение исходного здоровья – здоровый образ жизни). Что сегодня с заболеваемостью людей ЛНР? Это рост болезней цивилизации, психических расстройств, низкий уровень репродуктивного здоровья, рост детской заболеваемости и инвалидизации. Но даже имеющиеся финансовые и материальные ресурсы ЛНР используются не эффективно (диспропорция в предоставлении медицинской помощи). Так, ввиду отсутствия врача в районе пациенты самостоятельно обращаются за помощью в республиканские больницы и диспансеры, которые должны оказывать специфическую помощь опреде-

Заключение Школа медицины катастроф ЛРЦЭМП и МК является симуляционным центром первого уровня, а обучение с использованием симуляционных технологий – это реальная перспектива медицинского образования.

ленным категориям пациентов. Повсеместна также утрата профилактической направленности медицины (финансирование преимущественно на лечение, причем в основе, которого лежат старые стандарты (койко-день, оборот койки) без учета доказательной медицины); отсутствие маркетинга и неудовлетворенность качеством медицинских услуг. Это ставит вопрос необходимости продуманной стратегии реформирования здравоохранения в условиях локального вооруженного конфликта. По нашему мнению, безотлагательным должно быть упорядочение коечного фонда, более широкое использование дневных форм пребывания пациентов в стационарах и необходимость создания межрайонных специализированных медицинских центров. Для качественного оказания медицинской помощи необходимо обеспечить непрерывность лечебно-диагностического процесса на всех этапах лечения. Работа по инновациям должна строиться на убеждении руководителей, потому что именно руководители, к сожалению, как показывает опыт, создают мощный протестный слой. Методами достижения указанных целей должны стать 1) работа по стандартам (клиническим протоколам), 2) честный ненаказательный аудит ошибок и 3) постоянные тренинги по оказанию помощи, особенно экстренной при жизнеугрожающих состояниях. В этой связи актуальным становится вопрос пересмотра специалитета – додипломного образования.

Заключение. Таким образом, задачи, стоящие перед организаторами здравоохранения ЛНР, касаются законодательного определения приоритетов этапности оказания медицинской помощи населению. Вслед за государственной политикой в здравоохранении вполне понятными станут цели профессионального образования. Первостепенным, по всей видимости, станет повышение требовательности к уровню практической подготовленности студентов-выпускников (специалистов).

Пасечник Т.А.

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

УСТРАНЕНИЕ РЕАКТИВНОГО АСТРОГЛИОЗА КАК ПУТЬ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Цель работы

Исследование молекулярных механизмов активации астроцитарной глиии как возможных путей влияния на развитие хронического болевого синдрома.

Материалы и методы

Результаты исследований процессов пролиферации и дифференцировки астроцитов при различных патологиях нервной ткани, отраженные в статьях ведущих специалистов в этой области за последние 5 лет.

Результаты и обсуждение

Хронический болевой синдром (ХБС) характеризуется наличием боли, явлений аллодинии и гипералгезии в течение более, чем 3 месяцев. В результате многочисленных исследований, было выявлено, что изменения в пролиферации и дифференцировке глиальных элементов приводит к нейропластическим процессам, которые и обуславливают развитие нейропатической боли – одной из составляющих ХБС.

Обнаружено, что под действием различных специфических сигнальных молекул, а также провоспалительных цитокинов клетки астроцитарной глиии (недифференцированный клон) дифференцируется в 2 типа клеток: А1-нейротоксичные, А2-нейропротективные, а также отмечается усиление синтеза глиального кислого фибриллярного белка (GFAP), участвующего в образовании глиальных рубцов.

Это явление получило название реактивного астроглиоза, предотвратив развитие которого, можно устранить дальнейшие нейропластические процессы, приводящие к развитию ХБС.

Таким образом, можно выделить 2 патогенетических пути решения данной проблемы:

Устранение нейровоспаления, сопровождающегося высвобождением цитокинов – активаторов реактивного астроглиоза (ИЛ-1 α , ФНО, ТФР- β). Осуществить данный путь возможно

при помощи противовоспалительных средств липофильной природы, проникаемых через ГЭБ (триамцинолон, дексаметазон, бетаметазон).

Избирательное влияние на определенные сигнальные молекулы, которые стимулируют пролиферацию и дифференцировку астроцитов, при помощи моноклональных антител или специфических антагонистов.

Среди возможных мишеней для фармакологической терапии могут послужить:

А) «киназа Януса»(JAK), ликвидация которой предотвратит образование глиальных рубцов и развитие нейропатической боли (клинические испытания проходят специфические ингибиторы JAK: тофацитиниб, руксолтиниб, ангацитиниб);

Б) ТФР- β , который является основным активатором реактивного астроглиоза (синтезированы моноклональные антитела против ТФР- β); экспериментально было определено, что блокаторы аденозиновых АТ1 рецепторов (Лозартан) противодействуют развитию реактивного астроглиоза, так как доказано влияние ТФР- β на АТ1 рецепторы.

Одним из возможных путей решения проблемы ХБС может послужить использование нейротрофинов – препаратов для защиты нейронов от действия А1-нейротоксичных астроцитов. Проходят клинические испытания проникающие через ГЭБ дегидроэпиандростерон (ДГЭА) и ДГЭА-сульфат.

Выводы

Развитие хронического болевого синдрома и реактивного астроглиоза связано единым патогенетическим путем. Воздействие на сигнальные молекулы, запускающие активацию недифференцированных астроцитов предотвратит возникновение боли. В настоящее время ведется поиск специфических ингибиторов данных сигнальных молекул.

Пацкань И.И., Новицкая Ю.Е., Тюрина С.В.

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

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРЕПОДАВАНИИ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН НА МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ

Высокий уровень информатизации и эффективности управления деятельностью фармацевтических предприятия становится одним из существенных факторов успешного экономического развития и конкурентоспособности. Автоматизация предприятий проникает сегодня во все сферы жизни общества, связанные с использованием и переработкой информации, начиная с производственной сфере, где давно существуют автоматизированные системы управления производством и технологическими процессами. В связи с этим важное значение приобретает и информатизация образования, которая органически связанная с процессом его модернизации. Современный провизор должен обладать такими компетенциями, как владение профессиональными навыками и умениями, а также уметь использовать информационно коммуникационных технологий для совершенствования профессиональной деятельности. То есть по требованию работодателя, современный провизор – компетентный профессионал, который должен обладать не только знаниями в области планирования и прогнозирования показателей работы предприятия, иметь практический опыт по ведению учета и документированию движения ресурсов, уметь мобильно перестраиваться на выполнение новых профессиональных задач, но и владеть компьютерной грамотностью. Для того, чтобы выпускники соответствовали таким требованиям, они должны, как можно чаще,

в процессе обучения использовать различные информационные технологии. В рамках реализации профессиональных качеств рекомендуем использовать программу 1С: «Предприятие», которая является универсальной системой для автоматизации деятельности предприятия, и программный продукт «1С: Управление торговлей и складом», позволяющий вести планирование, учет и контроль операций по движению ресурсов предприятия. На практических занятиях рекомендовано студентам выполнять задания, и учиться заполнять документы вручную и параллельно заполнять те же самые документы в программе. Такие занятия охватывают комплекс профессиональных умений и практического опыта, позволяют применить элементы ролевой игры, которая позволяет студентам представить себя в роли действующих провизоров и наглядно проследить весь цикл учетных работ на предприятии. Такие занятия прививают интерес студентов к будущей профессии.

Внедрение таких информационных технологий в образовательный процесс медико-фармацевтического факультета приведет к повышению качества образования, возможности индивидуализировать учебный процесс с учётом особенностей личности студентов, а также позволит активизировать мыслительную деятельность и преобразовать учебный процесс по подготовке конкурентоспособных провизоров более интересным.

Пацкань И.И., Новицкая Ю.Е., Тюрина С.В.

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

РОЛЬ ИНТЕРАКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ НА МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ

Процесс обучения на медико-фармацевтическом факультете своей целью ставит подготовку квалифицированных и компетентных специалистов, обладающих конкурентными способностями на рынке труда. Высокое качество знаний изучаемых профессий и практические навыки позволят выпускнику сократить процесс адаптации на производстве и в кратчайшие

сроки приступить к эффективной профессиональной работе, выполнению в полном объёме должностных обязанностей. Осуществление этих задач возможно при постоянном совершенствовании процесса обучения.

Приоритетное место здесь занимают педагогические новшества. Они позволяют разрабатывать инновационные формы и методы обучения

с применением в образовательном процессе современных образовательных и информационных технологий.

Правильным решением можно считать использование гибридных технологий, когда применяется совместное использование и традиционных методик и инновационных технологий. Это позволит выпускать специалистов с высоким уровнем теоретической подготовки, адаптированного к производственным условиям, способного к принятию самостоятельных решений. Преимуществами традиционной подготовки является направленность на объём и глубину теоретических знаний. Использование инновационных технологий привносит в процесс обучения достоинства, которые являются дополнением к существующей методике обучения. Побуждение студентов к целенаправленному обучению является интеллектуально-эмоциональным откликом на процесс познания. Потерю интереса к изучаемому предмету провоцирует некоторые

традиционные приёмы и методы обучения. Важным является совокупное использование существующих традиционных методик и инновационных технологий.

Использование гибридного варианта методик во время занятий позволит сосредоточить внимание студентов на изучаемом предмете, отвлечь от занятий посторонними делами, повысить качество восприятия студентами преподаваемого материала. Организованный таким образом учебный процесс развивает мыслительные способности студентов, стимулирует их к проведению анализа, выделению приоритетов, повышению активности во время занятий. Внедрение интерактивных технологий в профессиональном образовании показывает, что они являются составной частью методики преподавания, но занимают важное место в процессе подготовки высококвалифицированных специалистов, имеющих фундаментальные и прикладные знания.

Пенин А.С., Пенина Г.О., Ткалич В.Л.

ФГАОУ ВО «Санкт-Петербургский национальный исследовательский университет информационных технологий, механики и оптики», г. Санкт-Петербург, Россия
ФГБУ ДПО СПбИУВЭК г. Санкт-Петербург, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКЗОСКЕЛЕТОВ В ЦЕЛЯХ РЕАБИЛИТАЦИИ: ПАТЕНТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТКРЫТЫХ ИСТОЧНИКОВ

Целью данного исследования является попытка изучения возможностей и перспектив использования экзоскелетов в реабилитации на основании анализа данных открытых источников информации.

Объектами исследования в нашей работе являются патентные исследования, посвященные экзоскелетам. Патент – охраняемый документ, удостоверяющий исключительное право, авторство и приоритет изобретения, полезной модели, промышленного образца либо селекционного достижения. Глубина поиска по патентам составила 10 лет (2019-2009 гг.). В результате было выделено 10 патентов, которые затем разделены на 4 группы.

Первую группу составили экзоскелеты, предназначенные для увеличения мышечных усилий при подъеме и переносе грузов. Главным предназначением данных экзоскелетов является упрощение работы по подъему и переносу тяжелых грузов с места на место.

Для восстановления работоспособности конечностей предназначены экзоскелеты, включенные нами во вторую группу. Главным их предназначением является помощь в реабилитации

пациентов с ограниченными возможностями. В зависимости от модели подобные экзоскелеты могут помочь в восстановлении работоспособности рук или ног или обеих пар конечностей. Например, разработка ФГБОУ ВПО «Воронежский государственный университет» позволяет использовать искусственный таз произвольной конструкции, подстраиваемый под нужды конкретного пациента. Искусственные голени и бедра при этом остаются неизменными и позволяют пациентам с нарушенными функциями передвижения снова ходить. В отличие от этого комплексного решения для верхних и нижних конечностей, разработка Воробьева А.А. и Андрищенко Ф.А., в первую очередь, предназначена для реабилитации пациентов, имеющих затруднения при работе с верхними конечностями. Эта модель экзоскелета также обладает интегрированным опорно-двигательным элементом для крепления к жилету или инвалидному креслу и который может быть оснащен дополнительными опорами.

В третью группу мы объединили экзоскелеты, предназначенные для повышения физических характеристик носителя в условиях боевых

действий. Экзоскелеты данной категории, в первую очередь, применяются с целью снижения физических нагрузок на военных и повышения их физических характеристик, а как следствие – и повышения их трудоспособности в условиях боевых действий. И, наконец, в отдельную, четвертую категорию вошел экзоскелет для компенсации гравитационных воздействий Compact Exoskeleton Arm Support Device To Compensate For Gravity. Данный экзоскелет предназначен, в первую очередь, для работы в условиях наличия гравитационных отклонений и предназначен для их компенсации.

Таким образом, анализ данных открытых источников информации демонстрирует развитие экзоскелетов в области медицины, в частности реабилитация пациентов с ограниченными возможностями здоровья, и промышленности. Вместе с тем, без сомнения, ведутся разработки и в военной и космической сферах, однако большая часть информации, касающаяся подобных разработок относится либо к сфере информации ограниченного доступа, либо устарела, поэтому получение к ней доступа в рамках исследования было затруднено.

Первак М.Б.¹, Атаманова Л.В.², Пацкань И.И.¹

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г. Донецк

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В своей повседневной практике врач-рентгенолог нередко выявляет затемнение в переднем верхнем средостении, которое, помимо увеличенных лимфатических узлов, может быть обусловлено различными заболеваниями вилочковой железы. Дифференциальная диагностика последних зачастую представляет значительные трудности. Решение этой проблемы невозможно без применения лучевых методов.

Цель работы – повышение эффективности лучевой диагностики в обнаружении и дифференциации объемных образований вилочковой железы.

Материал и методы: обследовано 172 пациента с объемными образованиями вилочковой железы, находившихся на лечении в торакальных отделениях Донецкого клинического территориального медицинского объединения: Всем больным проводили полипозиционную рентгенографию и мультисрезовую компьютерную томографию (МСКТ) органов грудной полости. У 21 пациента с подозрением на вовлечение в процесс перикарда было выполнено ультразвуковое исследование средостения. Во всех случаях данные лучевых методов исследования были подтверждены результатами морфологического исследования операционного материала или биоптата, взятого при видеомедиастиноскопии.

Результаты и обсуждение: По результатам комплексного клиничко-лучевого исследования у всех пациентов были выявлены опухоли и кисты вилочковой железы: злокачественные опухоли эпителиального происхождения – у 35 пациентов, лимфомы – у 79, доброкачественные опухоли

ли – у 41, кисты – у 17, в том числе гигантского размера (более 15 см) – у 2 пациентов. Полипозиционная рентгенография органов грудной полости у всех обследованных больных позволила выявить объемные образования переднего верхнего средостения размером более 1,5 см в диаметре, определить их форму, размеры, контуры и наличие увеличенных лимфатических узлов. Последующее применение МСКТ с мультипланарной реконструкцией дало возможность точно установить связь между выявленным при рентгенографии объемным образованием и вилочковой железой, его характер и степень распространения в окружающие органы и ткани, а также состояние лимфатических узлов различной локализации, что было особенно важно при диагностике лимфом. У 58 больных МСКТ-признаки злокачественности процесса отсутствовали и для дальнейшей дифференциации были использованы стандартные программы компьютерно-томографической денситометрии, что позволило у 17 пациентов диагностировать кисты и у 41 – доброкачественные опухоли вилочковой железы. Ультразвуковое исследование средостения, проведенное до МСКТ у 21 пациента, во всех случаях не выявило связи объемного образования переднего средостения с перикардом, а также у 9 пациентов с крупными тимическими кистами позволило установить их жидкостное содержимое, что способствовало дифференциации с опухолями. Результаты эхографии в последующем были подтверждены при МСКТ.

Заключение: Применение полипозиционной

рентгенографии с последующей мультисрезовой компьютерной томографией органов грудной полости обеспечивает выявление и дифференциацию

различных объемных образований вилочковой железы и способствует выбору адекватной тактики лечения.

Первак М.Б.¹, Момот Н.В.², Пацкань И.И.¹, Соловьева Е.М.²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г. Донецк

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ

Цель работы – изучить возможности мультисрезовой компьютерной томографии (МСКТ) в выявлении различных форм буллезной эмфиземы легких.

Материал и методы: с помощью МСКТ обследовано 228 больных БЭЛ – 167 (73,2%) с локализованной и 61 (26,8%) с распространенной формой. Использовались методики постпроцессинговой обработки: денситометрия, режим виртуальной эндоскопии; количественная оценка буллезной трансформации с помощью встроенного программного обеспечения «lung emphysema», с формированием объемного изображения; 3-х мерная реконструкция в режиме MIP (minimum intensity projection) с построением объемного изображения воздушных полостей. Данные МСКТ были сопоставлены с результатами морфологического исследования операционного материала.

Результаты и обсуждение: при локализованной форме односторонняя локализация булл выявлена у 94 (56,3%) пациентов, двусторонняя – у 73 (43,7%). При распространенной форме одностороннее поражение обнаружено у 19 (31,1%), двустороннее – у 42 (68,9%) больных. Чувствительность МСКТ в диагностике локализованной формы БЭЛ составила 97%, распространенной – 96,7%, так как у 5 (3%) больных первой группы и 2 (3,3%) больных второй группы при исследовании было диагностировано односторон-

нее поражение, а мелкие буллы в другом легком были выявлены только торакаскопически или при операции. Режим виртуальной эндоскопии позволил изучить рельеф внутренней поверхности полостей. Анализ данных денситометрии показал, что прилежащие к булле участки имеют более высокую, по сравнению с нормальной легочной тканью, денситометрическую плотность за счет компрессии или рубцовой ткани после перенесенных воспалительных процессов. Использование автоматического программного обеспечения «lung emphysema» позволило получить объемные изображения с процентом пораженной легочной ткани для каждого легкого в отдельности и суммарно. У 157 (68,9%) пациентов реконструкции в режиме MIP обеспечили «объемное» представление о характере распространенности процесса и предоставили торакальному хирургу важную информацию для определения тактики и объема оперативного лечения.

Заключение: Мультисрезовая компьютерная томография является высокоинформативным чувствительным методом диагностики буллезной эмфиземы легких, позволяет определять распространенность процесса и выявлять различные формы данной патологии, изучать состояние перибуллезной ткани, тем самым способствуя выбору адекватной тактики хирургического лечения.

Перепадья М.В., Елагина А.М.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

К ОЦЕНКЕ ЗНАЧЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ, КАК КОМПОНЕНТА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

Цель исследования. Проанализировать метод регионарной анестезии и его применение в клинической практике.

Материалы и методы. Изучены литературные

источники, проанализированы и систематизированы научные труды разных специальностей по упреждающей анальгезии, материалы веб-сайтов.

Результаты. Региональная анестезия лишь в самые последние годы начинает занимать в нашей стране подобающее ей место, до сих пор не применяется систематически, как она преподается в резидентуре многих других стран. Применение регионарной анестезии в качестве компонента анестезиологического пособия имеет несколько достоинств:

1. Регионарная анестезия нередко бывает более надежной и менее опасной, чем общая.

2. Стрессогенные и шокогенные импульсы из операционной зоны не попадают при регионарной анестезии в центральную нервную систему, в отличие от того, что нередко наблюдается при общей анестезии. Что же касается психоэмоционального стресса, то при регионарной анестезии он должен быть заблокирован точно так же, как и при общей. Иначе говоря, анальгезия, выполняющаяся перед возникновением боли,

предупреждает сенситизацию путей проведения боли и болевых центров, благодаря чему сокращается последующее восприятие боли, а неболевые неблагоприятные импульсы не воспринимаются как боль. Это и является главной клиничко-физиологической основой упреждающей анальгезии.

Выводы. При некоторых оперативных вмешательствах, как кратковременных, так и длительных, иногда требуется сохранение сознания больного, а это может быть реализовано только с помощью двух методов: регионарной анестезии или суггестивной. Вероятно, последний метод должен занимать определенное место в анестезиологическом пособии. Он имеет свои достоинства и недостатки, показания и противопоказания, и его идеология детально разработана и проверена в довольно широкой клинической практике.

Першин С.В., Зенько Н.А.

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

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ИНФРАКРАСНОГО ДИАПАЗОНА В ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Заболевания слизистой оболочки полости рта занимают большой удельный вес среди патологии, диагностируемой у детей. В практике детского стоматолога встречаются вирусные заболевания СОПР, проявления детских инфекционных заболеваний, заболевания пародонта. Из всех заболеваний СОПР у детей 85% составляет острый герпетический стоматит (ОГС). У 80% детей ОГС переходит в хроническую форму, проявляющуюся периодическими рецидивами. Заболевания, вызываемые вирусом простого герпеса (по данным ВОЗ), находятся на втором месте в мире – 15,8%. Носителями вируса простого герпеса являются 90 – 97% населения земного шара.

При лечении патологии, вызванной вирусом простого герпеса, используется большое количество препаратов. Некоторые из них, особенно антибиотики и стероидные препараты, изменяют окислительно-восстановительный потенциал слюны, ослабляют активность лизоцима, обуславливают снижение резистентности организма к патогенным воздействиям. Эти факторы вызывают необходимость изыскания новых методов лечения – без применения лекарственных средств, или их минимизации в процессе лечения. Одним из них является физиотерапия,

а среди наиболее эффективных – низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ).

Появление лазеров, излучающих в красном диапазоне спектра, значительно расширило показания к их применению в стоматологии. Научные изыскания, проведенные на сегодняшний день, свидетельствуют о комплексном характере действия лазерного света, который при определенных условиях и параметрах, вызывает синхронную стимуляцию множества биохимических процессов в организме. Из безусловно установленных терапевтических возможностей НИЛИ инфракрасного диапазона, существенным является его активное стимулирующее воздействие на восстановительные процессы в тканях – улучшается кровообращение в области облучения, активизируются метаболические процессы, усиливается синтез белков и нуклеиновых кислот.

Лазерное излучение достоверно повышает пролиферативную активность клеток в 1,3 – 3,5 раза. НИЛИ оказывает на травматический дефект СОПР противовоспалительное действие, способствует ускорению эпителизации и органоспецифическому восстановлению СОПР в области дефекта. Установлено, что в момент облучения интенсивность кровоснабжения возрастает

на 20%. Оптимальная вазоконстрикторная доза облучения для гелий неоновый лазер (ГНЛ) составляла 100 мВт/см² при экспозиции 2 минуты (12 Дж/см²). Особенности импульсного инфракрасного излучения позволяют реализовывать методики лазерной терапии с более высокой эффективностью при значительно меньшей энергетической нагрузке. Перечисленные свойства лазерного излучения позволяют дифференцированно применять его в стоматологии при заболеваниях СОПР, которые сопровождаются деструкцией эпителия, замедленной регенерацией, воспалением, болевым синдромом, а также при поражениях вирусного генеза (фотодинамическое действие). Описанные выше методы применялись в основном у взрослых пациентов. У детей же применение этого метода до конца не исследовано, поэтому мы решили использовать НИЛИ для лечения патологии СОПР у детского населения.

Целью нашего исследования было изучение эффективности НИЛИ при лечении ОГС. Лечебные процедуры проводили с использованием диагностико-терапевтического комплекса SCORPION DO-405-7A. При проведении процедур в аппарате SCORPION DO-405-7A используются как непрерывный режим, так и импульсный. Несмотря на наметившиеся хорошие результаты при использовании лазерного излучения в импульсном режиме, еще предстоит длительная работа по утверждению методологий. Поэтому фирма-производитель совместно с коллективом ведущих специалистов, на данном этапе, рекомендует работу в непрерывном режиме.

Материал и методы.

Эффективность терапии зависит от длины волны лазерного излучения, времени проведения терапии на одном поле и применяемой плотности мощности. Параметр “длина волны” в аппарате SCORPION DO-405-7A фиксирован производителем – 635 nm. Нами применялось НИЛИ инфракрасного диапазона при лечении ОГС у детей 2 – 3 лет. За шесть месяцев в клинике кафедры стоматологии детского возраста наблюдалось 27 пациентов с диагнозом – острый герпетический стоматит средней степени тяжести, стадия высыпаний. Элементы поражения появляются на температурном пике, на фоне ги-

перемированной и отечной слизистой оболочки полости рта. В среднем элементов поражения – 10 – 20. В этом периоде усиливается саливация, слюна становится вязкой, тягучей. Учитывая отсутствие собственных наработок, мы руководствовались рекомендациями разработчиков диагностико-терапевтического комплекса при проведении процедур – выходная мощность 15 mW, время поля до 3-4 минут, частота 0 Hz, но этот вариант применяется в первые сутки после появления высыпаний. В более поздние сроки рекомендуется увеличить выходную мощность до 25 mW и соответственно уменьшить время проведения процедуры до 1-2 минут на поле. При проведении лазеротерапии использовались лобовые световоды. На выходе из световода плотность мощности составляет 200 mW/cm² на расстоянии 10 мм до элемента поражения. Лазеротерапия на каждое поле проводилась в течение одной минуты, соответственно, при наличии 10-20 высыпаний сеанс длился от 10 до 20 минут.

Результаты и их обсуждение.

Все пациенты были разделены на две группы. В первой группе было 13 пациентов, они получали общепринятое местное лечение – обезболивающие препараты, антисептики, противовирусные. Во второй группе было 14 пациентов. Им проводилась лазеротерапия без применения противовирусных препаратов. В течение 1-2 дней элементы приобретают “мраморную окраску”, края и центр их размываются, уменьшается болезненность. У 12 пациентов второй группы эпителизация афт началась на сутки раньше, по сравнению с пациентами первой группы. У двух пациентов второй группы сроки инволюции афт не отличались от первой. Полная инволюция афт у 12 пациентов второй группы произошла на сутки раньше, в отличие от пациентов первой группы.

Выводы.

Таким образом, сроки лечения пациентов инфракрасным лазером сокращены на 2 суток, по сравнению со сроками традиционного лечения. При этом следует учитывать отсутствие противовирусных препаратов при терапии. Нами планируется дальнейшее применение НИЛИ в лечении заболеваний СОПР у детей, как вирусной этиологии, так и иного происхождения.

Петренко А.Ю., Архипенко Н.С.

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

ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ – ОСТРАЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Цель работы

Осветить острую социально-экономическую и клиничко-эпидемиологическую проблему здравоохранения

Материал и методы

Анализ литературных источников.

Результаты и обсуждение

Гепатит – воспалительное заболевание печени, вызываемое вирусами, которые имеют ярко выраженные гепатотропные свойства, являющиеся причиной летального исхода заболевания. Вирусы гепатита – облигатные паразиты, т.е. отличительной особенностью является неспособность осуществления своего жизненного цикла без попадания в гепатоциты. Контагиозность обусловлена термоустойчивостью вируса и неустойчивость к воздействию на него кислой среды.

Например, патогенность вируса гепатита В сохраняется в течение нескольких недель при условиях комнатной температуры во внешней среде. Однако, в сыворотке крови при температуре +30С – в течение 6 месяцев, при условиях –20С около 10-15 лет, а наличие вируса гепатита в сухой плазме сохраняет свою контагиозность до 30 лет.

Инактивирование возможно при воздействии физических факторов, таких как: автоклавировании с промежутком времени в 30 минут, либо стерилизации сухим жаром при температуре 160С в течение 60 минут, а так же прогревании при 60С, воздействуя до 10-11 часов.

По опубликованным данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на момент

2015 г. из числа диагностированных лиц насчитывалось 257 млн человек, живущих с хронической инфекцией гепатита В (т.е. наличие положительного результата тестирования на поверхностный антиген гепатита В). В 2015 г. летальный исход заболевания гепатита В составил 887 000 человек, в следствии цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (первичного рака печени). На момент 2016 г. о наличии инфекции знали 27 млн инфицированных гепатитом (10% людей, предположительно живущих с гепатитом В), и 4,5 млн (16,7%) диагностированных лиц проходили лечение. В течение 2017 г. число новых инфицированных гепатитом составило 1,1 млн человек. По состоянию на 2016 г. о наличии у них инфекции знали 27 млн человек (10% людей, предположительно живущих с гепатитом В), и 4,5 млн (16,7%) диагностированных лиц проходили лечение.

Однако, на данный момент имеется глобальная стратегия сектора здравоохранения по причине заболевания вирусным гепатитом на период, включающий в себя 2016-2021 г. Целью стратегии является борьба со всеми пятью вирусами гепатита (А, В, С, D и E) и прежде всего с вирусами гепатита В и С, а так же предотвращения инфицирования людей вышеуказанными вирусами.

Заключение

Хронические гепатиты (ХГ) остаются острой социально-экономической и клиничко-эпидемиологической угрозой здравоохранения.

Петренко А.Ю., Ващенко А.В.

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

МР-ТРАКТОГРАФИЯ В НЕЙРОХИРУРГИИ

Цель работы

Изучить метод лучевой диагностики проводящих путей головного мозга.

Материал и методы

Анализ литературных источников.

Результаты и обсуждение

Магнитно-резонансная (МР) трактография – метод лучевой диагностики, позволяющий оце-

нить состояние проводящих путей головного мозга.

Актуальность методики заключается в том, что по результатам диагностики можно судить о направлении и степени дислокации проводящих путей и их деструкции.

Данное исследование проводится чаще всего для планирования нейрохирургической опера-

ции на головном мозге и для оценки сохранности проводящих путей после перенесенных заболеваний и травм головного мозга.

Как и для обычной МР-томографии, имеется ряд противопоказаний к данному методу диагностики:

- наличие металла в организме (за исключением изделий из титана), в частности – кардиостимуляторов либо других электронных несъёмных устройств (при отсутствии маркировки о МР-совместимости);

- первый триместр беременности;

- клаустрофобия.

В современной нейрохирургии появление высокопольных МР-сканеров (мощностью от 3 Тл) позволило внедрить МР-трактографию, что существенно снижает процент послеоперационных осложнений, а также послеоперационной

летальности и инвалидизации таких пациентов. Данный метод даёт более точную информацию о топографии опухоли (или иного объёмного процесса) головного мозга и позволяет выбрать оптимальную траекторию подхода к ней, в обход функционально значимых зон.

Заключение

МР-трактография информирует нейрохирурга о направлении, степени смещения либо деформации проводящих путей головного мозга, что в свою очередь даёт возможность выбора оптимального, наименее травматичного нейрохирургического доступа при удалении объёмных процессов головного мозга, а также – улучшения качества жизни пациента. Кроме того, МР-трактография позволяет прогнозировать восстановление пациентов после перенесенных заболеваний и травм головного мозга.

Петренко А.Ю., Ващенко А.В.

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

ДИФФУЗИОННО-ТЕНЗОРНАЯ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПЛОДА

Цель работы

Изучить особенности диффузионно-тензорной магнитно-резонансной томографии головного мозга плода.

Материал и методы

Анализ литературных источников.

Результаты и обсуждение

Нейроархитектоника головного мозга плода до 2002 г. изучалась только посмертно. Однако, магнитно-резонансная томография (МРТ) плода является мировым стандартом нейровизуализации, позволяющей подтвердить, уточнить либо отвергнуть какую-либо анатомическую патологию.

Диффузионно-тензорная магнитно-резонансная томография (ДТ МРТ) головного мозга плода – метод лучевой диагностики для оценки миелинизации белого вещества головного мозга. Данный метод исследования может выступать показателем развития и целостности проводящих путей с целью дифференцировки доношенных и недоношенных детей. Главным достоинством является пренатальное уточнение состояния белого вещества головного мозга, что непосредственно даёт возможность выявления патологии и механизма её развития.

Для проведения внутриутробной ДТ МРТ должны быть соблюдены следующие условия:

- положение беременной – на спине;

- 3-й триместр гестации (положение головы плода в малом тазу матери снижает риск возникновения двигательных артефактов на 90-95%);

- использование МР-сканеров с индукцией магнитного поля 1,5-3,0 Тл.

Помимо всех вышеуказанных преимуществ данный метод имеет и недостатки, поскольку несмотря на доказанную безопасность МРТ плода, ДТ МРТ до сих пор применяется только в исследовательских целях. В России метод используется достаточно редко, так как его место в алгоритме пренатальной диагностики законодательно не определено. Однако, МРТ плода в 75% случаях используется для проверки патологии головного мозга.

Заключение

ДТ МРТ головного мозга плода – новый безопасный, неинвазивный метод лучевой диагностики, дающий возможность получать важную специфическую нейроанатомическую информацию, имеющий перспективы развития и внедрения в широкую практику.

Пономаренко Т.В.

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

НОВЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Актуальность: обусловлена развитием бесплодия в следствие часто встречающихся нарушений менструального цикла ($68 \pm 9,39\%$ анкетированных женщин) и в связи со стрессовой ситуацией нашего региона, обусловленной военной обстановкой.

Цели и задачи:

- усовершенствовать патогенетическую диагностику нарушений менструального цикла с помощью построения диагностических алгоритмов, отображающих нормальные физиологические и патологические механизмы менструального цикла;
- построить схему патогенеза нарушений менструального цикла и выделить в ней ключевые звенья;
- провести анонимное анкетирование женщин Донецка;
- провести ретроспективный анализ историй болезней женщин с нарушениями менструального цикла;
- выявить корреляции между жалобами и данными инструментально-лабораторного исследования.

Материалы и методы: анонимное анкетирование 50 женщин и ретроспективный анализ 50 историй болезней женщин с нарушениями менструального цикла с последующей статистической обработкой полученных данных.

Результаты: В результате анкетирования мы получили следующие показатели, а именно: 72% женщин предъявляли жалобы на неправильный характер менструаций, на боль 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 периодические проявления жажды и 8% имели диспепсические расстройства. Среди этих 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.

Далее 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, $W = 0,774$, уровень значимости $p > 0,01$) мы установили, что $70 \pm 6,97\%$ [ДИ: 52-72] обследованных и опрошенных женщин 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 желёз ($R=0,635$) и отёками ($R=0,548$), повышенный уровень простагландинов положительно коррелировал с болями ($R=1$), нарушением менструации ($R=0,533$) и диспепсическими проявлениями ($R=0,475$), повышенный уровень Альдостерона положительно прокоррелировал с полиурией ($R=0,477$), жаждой ($R=0,546$), астенией ($R=0,457$) и повышением артериального давления ($R=1$).

Выводы:

В результате проделанной нами работы – мы с помощью проанализированных литературных данных и данных ретроспективного исследования – предлагаем новые патогенетические классификации. В их основу были взяты: пусковые механизмы, ключевые звенья патогенеза, видимые и косвенно указывающие клинические признаки, синдромы нарушений и лежащие в их основе процессы, степени тяжести нарушений и их компенсации.

Мы схематично изобразили физиологическое включение и/или выключение тех или иных звеньев, которые в своём большинстве прямо или косвенно усиливают или угнетают действие активности друг друга. Что и дало нам основание предположить теории нарушений менструального цикла: гипергидремическая (основное звено – повышенный Альдостерон), гормональная (основное звено – дисбаланс эстрогенов и

прогестинов), (ауто)имунная теория (основное звено – Ig G к продуктам распада прогестерона), гомеостатическая (дисбаланс витаминов и микроэлементов), пролактиновая (основное звено – повышенный Пролактин), нейромедиаторная (основное звено – дисбаланс нейромедиаторов), простагландиновая (основное звено – повышенные простагландины).

На основании выявленных ключевых звеньев, нами была создана единая патогенетическая схема, отображающая прямое или косвенное взаимовлияние основных звеньев патогенеза нарушений менструального цикла, которые при

активации обуславливают появление соответствующей клинической картины.

На основании жалоб, клинических и лабораторных исследований, что позволило нам описать патогенез нарушений менструального цикла, а также установленных корреляций, – нами были построены диагностические алгоритмы, позволяющие установить патогенетический диагноз. Мы предполагаем, что составленные нами алгоритмы позволят подобрать индивидуальную патогенетическую коррекцию нарушений менструального цикла.

Попивненко Ф.С., Иваненко А.А. Щербина С.Н.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ГИБРИДНЫХ И «ДВУХЭТАЖНЫХ» ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Введение: очень часто у больных с IV степенью ишемии (классификация А.В. Покровского) сочетается выраженный стеноз подвздошной артерии с окклюзией бедренной артерии. В такой ситуации возникает вопрос: какой объём оперативного вмешательства предложить больному. В нашей клинике мы предпочитаем выполнять гибридные вмешательства, однако, периодически приходится выполнять эндартерэктомию из подвздошных артерий с последующим бедренно-подколенным шунтированием или сочетание аортобедренного с бедренно-подколенным шунтированием.

Цель исследования: на основе имеющегося клинического материала сравнить непосредственные и отдалённые результаты гибридных операций и двухэтажных открытых реконструкций при сочетании поражения подвздошного и бедренного сегментов.

Материалы и методы: нами проанализирован опыт операций, произведенных в Донецком сосудистом центре за 2014 -2018гг. Из них 53 гибридных, 31 «двухэтажных» Все больные с IV ст. ишемии. (классификация А.В. Покровского). Обе группы сопоставимы по возрасту и тяжести заболевания.

Результаты: средний срок пребывания больного при гибридном вмешательстве составил 14,5 койко-дня. У больных с двухэтажной реконструкцией – 19,4 койко-дня. У всех больных сохранена конечность. У 78 (92,8%) больных восстановлен магистральный кровоток до стопы. У остальных ишемия регрессировала до II ст.

Обсуждение: Внедрение методики гибридного вмешательства помогает снизить объём операционной травмы, что значительно уменьшает периоперационный риск и осложнения. Соответственно сужаются и противопоказания к вмешательству, что в свою очередь даёт возможность выполнить реконструкцию у больных на фоне тяжёлой кардиальной, легочной патологии.

Выводы:

- непосредственный и отдалённые результаты гибридных вмешательств и двухэтажных открытых реконструкций сопоставимы.
- Многоэтажные открытые реконструкции в раннем послеоперационном периоде сопровождаются более тяжёлыми осложнениями и имеют более длительный срок пребывания.
- Гибридные операции позволяют значительно расширить операбельность больных с критической ишемией.

Потапов А.А., Нижельская Е.Я.

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

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

В условиях сложной демографической и экономической ситуации обостряются проблемы, связанные со здоровьем населения вообще, и с формированием репродуктивного здоровья молодежи, в частности. Общеизвестно, что вклад образа жизни в формирование здоровья индивидуума составляет более 50%. Поэтому формирование у молодежи потребности ведения здорового образа жизни (ЗОЖ) стало целью нашей работы.

Нами предприняты конкретные действия по доведению информации по вопросам организации ЗОЖ до представителей учащейся молодежи. А именно, с 2016-2017 учебного года в старших классах школ г. Донецка внедрен интеллектуально-оздоровительный проект основ ЗОЖ «Создай себя и будь здоров!». В основу материала положена концепция рационального режима дня. Курс прошел успешную апробацию в течение первого учебного года, и в дальнейшем был расширен на два учебных года. Однако, движение в направлении расширения курса прекратилось. Причины обусловлены не только административно-управленческими особенностями, но и финансовыми затруднениями. Тем не менее, предлагаемый материал сохраняет актуальность и продолжает вызывать интерес у старшеклассников и родителей. Несмотря на возникшие сложности, хотелось бы отметить, что наши воспитанники не только стали более серьезно относиться к своему здоровью, но и научились применять теоретический материал в повседневных житейских ситуациях.

В ноябре 2018 года на конкурс социально-значимых молодежных проектов на призы председателя общественного движения «Донецкая республика» Пушилина Д.В. был представлен проект «Твой новый старт». По решению жюри проект занял 2-е место.

Реализация проекта предусматривает предоставление информации по основным направлениям ЗОЖ. Некоторые из них оказывают прямое воздействие на состояние репродуктивного здо-

ровья. В частности, рациональное питание, двигательная активность и питьевой режим. Особое место, на наш взгляд, занимают вопросы доверия в отношениях и межличностных контактах, а также воздержания от никотина и алкоголя, которые стали весьма распространенными и модными в наше время. Принимая во внимание тотальное увлечение молодежи компьютерными технологиями и виртуально-электронными способами общения, навязчивость рекламы спиртных напитков и сигарет, можно констатировать не только медико-профилактическую, но и воспитательную направленность проекта.

Помимо информационной стороны, мероприятия проекта предусматривают антропометрические и физиометрические измерения. После ознакомления с информационным материалом по вопросам ЗОЖ и прохождения всех этапов обследования, для каждого конкретного человека осуществляется определение биологического возраста и формулируются рекомендации.

Первичный анализ результатов не позволяет однозначно оценивать здоровье наших студентов. Общеизвестно, что для разных вузов характерны существенные отличия в сложности и объемах учебных программ. Тем не менее, вне зависимости от места обучения примерно одинаковое количество молодых людей имели те или иные отклонения от физиологической нормы. Такие показатели как, распространенность вредных привычек (до 13% – курение, до 46% – употребление алкоголя), отставание календарного возраста от биологического (39-41%), избыточная масса тела (34-43%) свидетельствуют не только о проблемах, имеющихся в данный момент, но и определяют неблагоприятный прогноз по состоянию здоровья учащейся молодежи на ближайшую и отдаленную перспективу.

Таким образом, полученные результаты дают основания констатировать острую необходимость более широкой реализации мероприятий по внедрению ЗОЖ в повседневную жизнь современной молодежи.

Прилуцкий А.С., Лесниченко Д.А., Баранова О.В.

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

ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕТОРНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ ПРЕШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГИЕЙ

Важную роль в защите слизистых оболочек играет секреторный иммуноглобулин А (sIgA), который может нейтрализовать широкий спектр инфекционных возбудителей, предотвращать гиперчувствительность к различным аллергенам. Ряд работ, посвященных оценке иммунного статуса пациентов с atopическими заболеваниями, свидетельствует о нередком снижении содержания общего иммуноглобулина А в сыворотке или секретах данных больных. При этом, работы по исследованию уровня sIgA ротовой жидкости детей с аллергией немногочисленны, данные их противоречивы. Так, ряд исследователей указывают на снижение IgA в крови и секретах при atopии, полагая, что это снижение может быть одним из факторов, предрасполагающих к болезни и частым респираторным заболеваниями у таких больных. В то же время, в других работах не было отмечено достоверное снижение sIgA в секретах у лиц с atopией.

Цель работы

В связи с вышесказанным, целью работы было определение уровня sIgA в ротовой жидкости у детей дошкольного возраста, страдающих аллергией, и сравнение полученных данных с результатами обследования детей без аллергических реакций в анамнезе.

Материалы и методы

Исследован уровень sIgA ротовой жидкости 116 детей 3-6 лет, страдающих аллергическими заболеваниями и имеющих повышенный уровень общего иммуноглобулина Е (IgE). В качестве контрольной группы обследованы 24 ребенка аналогичного возраста без отягощенного аллергологического анамнеза, на момент обследования считающих себя здоровыми. Уровень общего IgE в сыворотке, а также sIgA в ротовой жидкости определяли с помощью разработанных сотрудниками кафедры клинической иммуноло-

гии, аллергологии и эндокринологии ГОО ВПО ДонНМУ им.М.Горького иммуноферментных тест-систем. В связи с непараметрическим характером распределения данных рассчитывались медиана и ошибка медианы, использовались непараметрические критерии сравнения (Уилкоксона). При анализе частот применялось угловое преобразование Фишера. При этом статистическом анализе также учитывалась поправка Йейтса.

Результаты и обсуждение

В результате работы было установлено, что для детей дошкольного возраста с аллергическими заболеваниями характерно достоверное ($p < 0,001$) снижение уровня секреторного IgA в ротовой жидкости в сравнении с детьми аналогичного возраста, не имеющими в анамнезе аллергических реакций. Кроме того, у детей 3-6 лет, страдающих аллергическими заболеваниями, зарегистрировано достоверное ($p < 0,001$) повышение частоты выявления обследуемых с уровнем исследуемого маркера < 100 мг/л, что не характерно для детей дошкольного возраста с неотягощенным аллергологическим анамнезом.

Заключение

Таким образом, для детей дошкольного возраста, страдающих аллергией, характерно достоверное снижение уровня sIgA в ротовой жидкости и высокий удельный вес обследованных с уровнем sIgA < 100 мг/л в сравнении со здоровыми детьми аналогичного возраста. Полученные результаты, в принципе, согласуются с данными отдельных работ, свидетельствующих о снижении концентрации sIgA в секрете ротовой полости у лиц с аллергическими заболеваниями, и могут быть использованы в практическом здравоохранении при обследовании, а также с целью коррекции лечебно-профилактических мероприятий в отношении их.

Прилуцкий А.С., Лыгина Ю.А.

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

ТЕРМОЛАБИЛЬНЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ ЛИМОНА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Пищевая аллергия (ПА) является одним из наиболее распространенных проявлений аллергических заболеваний. По результатам исследований, проведенных в разных странах мира, ПА выявляется у 6-8% детского населения и 1,5-2% взрослых. В зависимости от способности сохранять антигенные свойства при протеолизе и термической обработке выделяют 2 класса пищевых аллергенов: термостабильные и термолабильные. Согласно литературным данным, основными аллергенами лимона, определяющими развитие клинических реакций, являются гермино-подобный белок Cit 1 1, неспецифический белок-переносчик липидов Cit 1 3 и запасной глобулин семян цитрин. Следует отметить, что все перечисленные аллергены лимона являются термостабильными. Сведения о термолабильных антигенах лимона в мировой литературе отсутствуют.

Цель работы: описать случай сенсибилизации к термолабильным аллергенам лимона у пациентки с поливалентной сенсибилизацией к пищевым, бытовым и пыльцевым аллергенам.

Материалы и методы: Концентрацию общего IgE и специфических IgE к лимону и другим пищевым аллергенам определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью тест-систем, разработанных ООО «УкрмедДон» (г. Донецк). Кожные тесты проводились по методике прик-плюс-прик (прик+прик) теста с нативными аллергенами лимона (цедра, мякоть, косточка), как свежими, так и термически обработанными.

Результаты и обсуждение: Под нашим наблюдением находилась пациентка К., 45 лет. Срок наблюдения за пациенткой, включая врачебные

осмотры и иммуно-аллергологическое обследование (лабораторные исследования, кожные тесты), составил 4 месяца.

У пациентки наблюдались реакции (чихание, кашель, одышка) на бытовую пыль, пух, перо, плесневые грибки. С возраста 30 лет у нее появились жалобы на насморк, кашель, одышку во время цветения плодовых деревьев и амброзии. С 33 лет пациентка отмечает возникновение одышки, крапивницы, ангиоотека после употребления в пищу куриного яйца, с 40 лет – на уксус и чеснок, с 45 лет – на кукурузные палочки.

На лимон и другие цитрусовые пациентка реакций не отмечала. Лимон употребляет каждый день по 1 ломтику в чай. Пациентке проведено исследование специфических IgE (sIgE) к лимону, их уровень составил 0,27 МЕ/мл. Однако, несмотря на отсутствие превышения диагностического уровня sIgE, при проведении прик+прик-теста с нативными и термически обработанными аллергенами лимона, выявлена сенсибилизация к его мякоти, цедре и косточке. Установлено, что кожная реакция на свежие мякоть, цедру и косточку лимона была заметно сильнее, чем на термически обработанные. Следует отметить, что на аллергены косточки лимона (как нативные, так и термически обработанные) была зарегистрирована наиболее сильная реакция. Этот результат свидетельствует о преобладании в косточке термолабильных аллергенов.

Выводы: В ходе нашей работы было установлено возможное наличие термолабильных аллергенов в свежем лимоне. Для подтверждения их существования необходимы дальнейшие исследования, включающие выделение и изучение молекул термолабильных антигенов лимона.

Прилуцкий А.С., Ткаченко К.Е., Лыгина Ю.А.

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ДИЕТЫ, ОСНОВАННОЙ НА РЕЗУЛЬТАТАХ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ IGE-СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ЛИЦ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

В настоящее время накоплено множество данных о важной роли пищевых аллергенов в патогенезе атопического дерматита. Согласно международным рекомендациям определение уровня специфических IgE в сыворотке крови

является стандартом лабораторной диагностики аллергии. В то же время в настоящее время мнения относительно эффективности применения результатов данных тестов на практике неоднозначны и противоречивы.

Цель работы

Оценить эффективность индивидуально подобранной диеты, основанной на исследовании специфической IgE-зависимой сенсibilизации, у больных атопическим дерматитом.

Материал и методы

Нами проанкетировано и обследовано 84 пациента, страдающих атопическим дерматитом. У каждого пациента исследован индивидуальный профиль IgE-зависимой сенсibilизации. Выполнен расчет индексов тяжести атопического дерматита SCORAD. Оценены среднемесячные индексы использования пациентами топических глюкокортикостероидов и антигистаминных препаратов, а также среднемесячная продолжительность ремиссии заболевания. Расчет данных показателей проведен на момент обращения, а также через 3 и 6 месяцев от назначения индивидуально подобранной диеты, основанной на результатах специфической сенсibilизации.

Результаты и обсуждение

На фоне соблюдения пациентами индивидуальной диеты зафиксировано достоверное снижение индекса SCORAD и потребности пациентов в использовании топических глюкокортикостероидов через 3 и 6 месяцев от начала терапии, а также потребности в антигистаминных препаратах через 6 месяцев соблюдения рекомендаций. Также отмечена достоверная пролонгация ремиссии атопического дерматита.

Заключение

Включение в комплекс лечения атопического дерматита индивидуально подобранной диеты, основанной на результатах специфической IgE-сенсibilизации, достоверно снижает тяжесть течения заболевания, увеличивает продолжительность ремиссии, и снижает потребность пациентов в использовании топических глюкокортикостероидов и антигистаминных препаратов.

Провизион Л.Н., Радионов В.Г., Шварёва Т.И., Хайминов Е.М.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

О СОЧЕТАНИИ СИНДРОМОВ ПРОТЕЯ И НЕДЕРЖАНИЯ ПИГМЕНТА

Синдром Протея – редкое врождённое заболевание впервые описано М.Коэном и Хайдом в 1979 году. В 1983г. немецкий педиатр Ганс Рудольф Видеман назвал его «синдромом Протея» в честь древнегреческого бога Протея, который обладал способностью изменять форму своего тела. Это мультисистемное заболевание со значительным клиническим полиморфизмом, характеризующееся чрезмерным разрастанием тканей (костей, кожи, мышц, жировой ткани, кровеносных и лимфатических сосудов, центральной нервной системы). Умственная отсталость не характерна, однако разрастание нервной ткани может привести к вторичному повреждению нервной системы и к когнитивным нарушениям. Следует помнить, что разрастание тканей носит ассиметричный характер. Заболевание проявляется с самого рождения и характеризуется быстрым прогрессированием. Основное проявление синдрома Протея – избыточный рост какой-либо части тела. Именно этот признак появляется с самого рождения, в то время как другие могут возникать позже

(липомы или атрофия жировой ткани, капиллярные, артериальные и венозные мальформации, разрастания невусов, кисты легкого, повышенная складчатость кожи, утолщение подошв («симптом мокасин»). С возрастом наблюдается чрезмерно быстрый рост опухолей. К осложне-

ниям, приводящим к раннему летальному исходу, относятся: высокая степень малигнизации, тромбозы, кровотечения, эмболия легочной артерии.

Недержание пигмента – так же наследственное заболевание, тип наследования X- сцепленный доминантный. При этом мутация летальна для плодов мужского пола. Заболевание проявляется в первые дни, недели жизни и характеризуется последовательно сменяющимися тремя стадиями: буллезной, папуло-веррукозной и пигментной. Болеют преимущественно девочки (95%). Возможны атипичные варианты: сетчатый пигментный дерматоз Франческетти – Ядассона, синдром Асбо-Хансена и недержание пигмента (ахромичный невус Ито). Последнее проявляется с рождения участками депигментации по очертаниям и расположению идентичными участкам гиперпигментации классической формы недержания пигмента, где нет воспалительной и папуло-веррукозной стадии. Изменение кожи сочетается с аномалиями зубов, глаз, скелета, патологией ЦНС. Различают кожную и нейро-кожную формы. Последняя характеризуется нарушением пигментации в сочетании с умственной отсталостью, судорожным синдромом и костными аномалиями.

Приводим своё наблюдение. Ребёнок К., возрастом 1 год 3 месяца, рождён от третьей бере-

менности на фоне внутриутробной гипоксии плода. В первой и во второй половине беременности мать перенесла ОРВИ. Роды – стремительные. Вес при рождении ребёнка – 4100 г. Находился на искусственном вскармливании. На второй неделе жизни ребёнка мама заметила асимметрию правой половины туловища (увеличение в размерах правой ручки и ножки, подошвы, правой половины лица). В месячном возрасте на коже живота и верхней конечности, преимущественно справа, появились белые пятна.

Объективно : состояние ребёнка удовлетворительное. Самостоятельно не ходит, не разговаривает. При осмотре – асимметрия правой половины туловища и лица. Справа увеличены в размерах рёбра , верхняя и нижняя конечности,

подошва. На коже правой половины туловища и конечностей расположены участки депигментации в виде «брызг грязи» и полос. Консультирован смежными специалистами: невропатологом – задержка статокинетического развития; травматологом – правосторонняя гемигипертрофия; генетиком – факоматоз; гематологом – железодефицитная анемия алиментарного генеза I ст. На основании клинических проявлений и консультаций смежных специалистов выставлен диагноз: синдром Протея, недержание пигмента (ахромичный невус Ито).

Особенностью наблюдаемого случая является необычное сочетание у ребёнка двух редких наследственных заболеваний.

Провизион Л.Н., Шварёва Т.И., Шатилов А.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

К РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ

Отрубевидный лишай (разноцветный питириаз, хромофитоз, *tinea versicolor*, *tinea flava*) – поверхностный микоз кожи, встречается повсеместно, преимущественно в странах с жарким климатом. Болеют люди большей частью в молодом возрасте. Редко этот микоз регистрируется у детей и пожилых. Факторами риска могут быть повышенная влажность (потливость) кожи, гиперсекреция сальных желёз, нечистоплотность, отсутствие надлежащего гигиенического ухода за кожей и слизистыми оболочками, ношение чужой одежды , а так же гормональный дисбаланс (беременность, сахарный диабет, синдром Иценко-Кушинга) и тяжёлые соматические заболевания (туберкулёз, онкологические болезни).

Возбудителем отрубевидного лишая является диморфный липофильный дрожжеподобный грибок, который существует в трёх формах: округлой (*Pitirosporum orbiculare*), овальной (*Pitirosporum ovale*) и мицелиальной (*Malasseria furfur*). Если две первые формы -сапрофитные, то последняя – является патогенной.

Заражение происходит при тесном контакте с больными людьми, а также при ношении чужого белья.

Излюбленная локализация отрубевидного лишая – кожа шеи, верхних конечностей, груди, спины, живота, бёдер, волосистой части головы, крупных складок, а так же, хотя и редко, половых органов. Течение болезни длительное, встречаются клинические формы, сходные с проявлениями эритразмы, крапивницы, витилиго, а так же эритемо-сквамозные и лихеноидные варианты.

В качестве иллюстрации приводим наблюдение нетипичного клинического случая отрубевидного лишая.

Больной 25 лет, обратился к дерматологу с жалобами на наличие высыпаний на коже головки полового члена, сопровождающихся лёгким зудом. Заболевание ни с чем не связывал. Считал себя больным в течение 5-ти лет. По месту жительства был установлен диагноз -красный плоский лишай головки полового члена. Неоднократно лечился, постоянно применял кортикостероидные кремы. Отмечал временный эффект от проводимого лечения.

Объективно : на коже головки полового члена имелись резко ограниченные лихеноидные высыпания красноватого цвета и пятна от желтовато-розовой до коричневой окраски, а также белые псевдоахромичные пятна с неправильными фестончатыми очертаниями и периферическим ростом. Шелушение было очень скудным и практически не определялось.

Обследован комплексно: РМП – отрицательная; в лучах лампы Вуда высыпания люминесцировали зеленовато-золотистым цветом; проба Бальзера – положительная; при микроскопическом исследовании чешуек из очага поражения обнаружен мицелий гриба. Указанные данные объективного клинического и лабораторного обследования дали основание установить у больного диагноз – отрубевидный лишай.

Назначено местное лечение противогрибковыми препаратами, рекомендован комплекс санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий.

Приведенное клиническое наблюдение представляет интерес для дерматовенерологов редкой локализацией отрубевидного (разноцветного) лишая в области половых органов, а также нетипичностью классических клинических

явлений в виде лихеноидных высыпаний, наличием зуда, что может служить поводом для досадных диагностических ошибок и, как следствие, неадекватным лечением.

Пустовой А.Ю.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ДИНАМИКА ПРОСТАГЛАНДИНОВОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧМТ

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является наиболее распространенным видом травмы. В настоящий момент отмечается увеличение удельного веса и тяжести ЧМТ. Такие травмы сопровождаются высокой инвалидизацией и летальностью. Установлено, что с возникновением черепно-мозговой травмы, в крови пострадавших увеличиваются концентрации простагландинов (ПГ) классов E2, F2 α . При этом происходит нарушение баланса в системах ПГЕ2/ПГF2 α , который изменяется в динамике заболевания. На выраженность нарушений системы простагландинов оказывают существенное влияние тяжесть и вид черепно-мозговой травмы. Наибольшие негативные изменения в системе сывороточных простагландинов имеют место при тяжелой черепно-мозговой травме.

Целью нашего исследования было изучение содержания в сыворотке крови концентрации простагландинов классов E2, F2 α . Под нашим наблюдением было 22 больных с ЧМТ тяжелой степени, проходивших лечение в ГУ «ЛРКБ». Возраст пациентов колебался от 18 до 63 лет. Определение ПГЕ2, ПГF2 α в крови больных осуществляли иммуноферментным методом на автоматическом иммуноферментном комплексе производства фирмы «Awareness Technology Inc.» (США) с использованием коммерческих тест-систем производства фирмы «Gen-Probe Diaclone» (Франция), в соответствии с инструкциями о порядке проведения исследования для каждого из выше указанных медиаторов.

У пострадавших с тяжелой ЧМТ концентрация ПГЕ2 в сыворотке крови при поступлении в стационар составила в среднем $2,83 \pm 0,11$ нг/мл, что превысило показатель референтной нормы в 1,77 раза. Наряду с этим, увеличение концентрации ПГF2 α в сыворотке крови при поступлении в стационар составило 1,40 раза, относительно референтной нормы, при среднем значении $1,26 \pm 0,05$ нг/мл ($p < 0,001$). Коэффициент ПГЕ2/ПГF2 α у пострадавших с травмой тяжелой степени при поступлении из в стационар составил в

среднем $2,25 \pm 0,09$ у. ед., оказавшись тем самым выше аналогичного показателя референтной нормы в 1,26 раза.

На 5-й день лечения в стационаре исследования содержание ПГЕ2 в сыворотке крови составило в среднем $2,34 \pm 0,09$ нг/мл, что, оказалось в 1,21 раза ниже его исходного уровня при поступлении в стационар, но оставалось в 1,46 раза выше соответствующего показателя референтной нормы (в обоих сопоставлениях различия статистически достоверны). Содержание ПГF2 α у лиц с травмой мозга тяжелой степени на 5-й день пребывания в стационаре оказалось в среднем равно $1,77 \pm 0,07$ нг/мл, что было выше референтной нормы в 1,97 раза выше своего исходного уровня при поступлении в стационар в 1,4 раза. Вследствие указанных разнонаправленных изменений уровней ПГЕ2 и ПГF2 α у лиц с травмой мозга тяжелой степени тяжести, коэффициент ПГЕ2/ПГF2 α на 5-й день пребывания их в стационаре составил $1,32 \pm 0,05$ у. ед., оказавшись тем самым ниже референтной нормы в 1,35 раза, ниже своего исходного значения при поступлении пострадавших в стационар в 1,7 раза.

В группе реконвалесцентов после черепно-мозговой травмы тяжелой степени тяжести концентрация ПГЕ2 в сыворотке крови при выписке из стационара оказалась в среднем равна $1,94 \pm 0,08$ нг/мл, что было выше референтной нормы в 1,21 раза ($p < 0,01$). В тоже время уровень ПГF2 α в сыворотке крови указанных реконвалесцентов при их выписке из стационара составлял в среднем $1,09 \pm 0,04$ нг/мл, превышая соответствующий показатель референтной нормы в 1,21 раза ($p < 0,01$). Коэффициент ПГЕ2/ПГF2 α в группе реконвалесцентов, перенесших черепно-мозговую травму тяжелой степени, при выписке из стационара соответствовал референтной норме и значимо не отличался от таковых в группах реконвалесцентов с менее тяжелыми травмами.

Таким образом, у лиц, имевших черепно-мозговые травмы тяжелой степени к моменту

выписки из стационара полной нормализации концентраций ПГЕ2 и ПГФ2α не происходит, при сохранении физиологического баланса между указанными классами простагландинов. Наибольшие остаточные нарушения простагландинового статуса при этом имели у реконвалесцентов после черепно-мозговой травмы

тяжелой степени. Наличие остаточно повышенных уровней ПГЕ2 и ПГФ2α у лиц, перенесших черепно-мозговые травмы тяжелой степени, является основанием для разработки способа медикаментозной коррекции простагландинового статуса у данного контингента пациентов.

Пустовой Ю.Г., Баранова В.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ НА АМИНОГЛИКОЗИДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Туберкулез в настоящее время является национальной проблемой для многих стран, особенно это актуально для стран постсоветского пространства. Сохранение неблагоприятной эпидемической ситуации по туберкулезу сохраняется благодаря распространению ВИЧ-инфекции и микобактерий туберкулёза, устойчивых к противотуберкулезным препаратам. Химиотерапия в настоящее время остается одним из ведущих методов комплексного лечения больных туберкулезом. В настоящее время принципиально меняются подходы к назначению противотуберкулезных препаратов, их комбинации, длительности курса химиотерапии. Одной из причин неэффективного лечения туберкулеза является непереносимость больными химиотерапии. Частота побочных реакций во фтизиатрической клинике колеблется от 5% до 87% и имеет тенденцию к возрастанию.

Цель ретроспективного анализа оценить частоту встречаемости побочных реакций применения аминогликозидов - ототоксичности, срок развития, факторы, влияющие на её возникновение. Были ретроспективно проанализированы 68 историй болезней пациентов с мультирезистентным туберкулезом, находящихся на лечении в Луганском республиканском противотуберкулезном диспансере в 2018 году

Пациенты были в возрасте от 18 лет до 66 лет, медиана среднего возраста составила $37,86 \pm 1,12$. Соотношение по гендерному составу составило 1:2, женщин 33,8% и мужчин 66,2%. Среди клинических форм туберкулёза преобладала инфильтративная 60,3%, практически треть пациентов была с распространённым диссеминированным туберкулёзом легких – 27,9%. К сожалению, в 7,4% случаях регистрировались запущенные формы туберкулёза – фиброзно-кавернозный, указывающие на несвоевременное

выявление заболевания, и в единичных случаях были пациенты с минимальными изменениями в легочной ткани – очаговый туберкулёз (4,4%). При изучении лекарственной резистентности штаммов микобактерий к противотуберкулезным препаратам, следует отметить, что устойчивость к канамицину была зафиксирована лишь в 13,2% случаях. Побочные реакции лечения туберкулёза были зафиксированы в 75% случаях. Только четвертая часть пациентов удовлетворительно переносили химиотерапию (25,0%). Стоит отметить, что только в 45% случаях была зафиксирована одна вид побочной реакции, в остальных случаях у больных регистрировались две и более токсические реакции. У 5 больных (7,3%) развитие побочных реакций стало причиной снятия с программы лечения. Развитие побочной реакции - ототоксичность была зафиксирована у трети пациентов – 30,9%. Причём, чаще регистрировались данные проблемы у пациентов после полученных первых 90 -120 доз канамицина - с обратимыми изменениями. Продолжение приёма препарата аминогликозидной группы - канамицина приводило к усугублению поражения слуха и к 6-му месяцу применения регистрировалось развитие уже хроническая нейросенсорная тугоухость различной степени тяжести.

Выводы. Таким образом, канамицин – аминогликозид с низкой частотой лекарственной резистентности МБТ (13,2%), в связи с этим может быть сохранён как эффективный препарат в схеме лечения мультирезистентного туберкулёза. Фармакологическое действие максимально на внелеточно расположенные МБТ, в т. ч. в казеозном некрозе туберкулёзного воспаления, поэтому обосновано активен в начале лечения. Развитие побочной реакции - ототоксичности чаще регистрируется после полученных первых

90 доз канамицина - с обратимыми изменениями и усугубляются к 6-му месяцу применения препарата с развитием необратимых изменений – хронической нейросенсорной тугоухости различной степени. Данный факт доказывает безо-

пасное применение канамицина более коротким курсом до трёх месяцев лечения пациентов с мультирезистентным туберкулёзом в интенсивной фазе основного курса химиотерапии.

Пшеничная Е.В., Лимаренко М.П., Бордюгова Е.В., Тонких Н.А.

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

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ ФИПО КАК КОМПОНЕНТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Известно, что интернатура – первый шаг к самостоятельной работе врача, поэтому важно, начиная именно с этого этапа, направлять усилия молодого специалиста к самосовершенствованию. Этому в большей мере способствует научно-исследовательская деятельность.

Главной целью научно-исследовательской работы является повышение уровня профессиональной подготовки будущих врачей педиатров на основе развития их аналитических и креативных способностей, формирования научного системного мышления. Основные задачи научной работы включают подготовку квалифицированных врачей по специальности, выявление талантливых и одарённых молодых учёных, способных и желающих заниматься научно-исследовательской деятельностью с последующим переходом их на обучение в ординатуру и аспирантуру. Участие врачей-интернов в научно-исследовательской работе на кафедре педиатрии ФИПО является добровольным. Преподаватели кафедры активно привлекают молодых специалистов к данному виду деятельности во время проведения лекций и практических занятий. Под руководством заведующего кафедрой, вместе с преподавателями каждый врач-интерн выбирает интересующую его тему. Научно-исследовательская работа интерна определяется научными направлениями кафедры и выполняется под руководством и совместно с сотрудниками кафедры.

Научная деятельность врача-интерна заключается в решении конкретных задач выбранной темы. В процессе работы интерн учится работать с литературой, в том числе с отечественными и зарубежными электронными базами данных, анализировать её, извлекать необходимую информацию. Кроме того, молодой исследова-

тель определяет перечень современных методов диагностики и лечения пациентов, статистической обработки полученных результатов, учится чётко и лаконично формулировать свои мысли, публично выступать.

Под контролем педагога-наставника интерны проходят все этапы исследования, начиная от изучения литературы и составления обзора по проблеме, формулирования цели и задач работы, осуществления набора материала, заканчивая статистической обработкой полученных данных, написанием научной публикации, подготовкой доклада и презентации, выступлением на конференции. На нашей кафедре на протяжении последних 15-ти лет наиболее одарённые врачи-интерны принимали активное участие с выступлениями в секционном и пленарном заседаниях ежегодного конгресса молодых учёных «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины», г. Донецк, в 2016 году – с докладом на XIX Международной медико-биологической конференции молодых исследователей «Фундаментальная наука и клиническая медицина – человек и его здоровье», г. Санкт-Петербург, на протяжении последних 2-х лет – с докладами в конкурсе «Лучший молодой учёный Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького», г. Донецк.

В заключение, научная деятельность интернов позволяет сделать научно-исследовательскую работу кафедры более насыщенной и плодотворной, повысить печатную активность её коллектива. Кроме того, совместная творческая работа преподавателей и интернов позволяет выбрать среди последних наиболее талантливых и рекомендовать их в будущем для работы на кафедре уже как сформировавшихся молодых специалистов и учёных.

Радионон В.Г., Провизион Л.Н., Шварёва Т.И., Хайминов Е.М.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ФИКСИРОВАННОЙ ЭРИТЕМЫ

Клинические синдромы лекарственной аллергии очень разнообразны. Они могут быть системными, кожными, с избирательным поражением органов (лёгких, печени, почек и др.), гематологическими. Теоретически почти все лекарственные препараты могут вызывать токсико-аллергическую реакцию, однако практические наблюдения показывают, что лекарственная лихорадка, как единственное проявление аллергии, встречается очень редко. Характерно её появление на первой или второй неделе от начала лечения пенициллинами, цефалоспоридами, реже – сульфаниламидами, барбитуратами, хинином и др.

Среди кожных проявлений лекарственной аллергии особое место занимают фиксированные эритемы (ФЭ), проявляющиеся единичными и множественными округлыми, отёчными пятнами размером от 1-2 см до 3-5 см и более, красного или тёмно-красного цвета. Иногда на их поверхности могут появляться везикулы или пузырьки, что указывает на степень выраженности токсико-аллергической реакции. При повторных назначениях лекарственных препаратов группы риска элементы сыпи возникают на прежних местах (фиксированная эритема). Локализация ФЭ может быть разнообразной, включая слизистые оболочки. Описано более 50-ти лекарственных препаратов, являющихся причиной ФЭ. Превалирующее значение в возникновении ФЭ отводится сульфаниламидам, а также нестероидным противовоспалительным средствам, анальгетикам, барбитуратам, тетрациклинам.

Различают лёгкую, средней тяжести и тяжёлую формы ФЭ. Для средней тяжести заболевания характерны распространённые высыпания, повышение температуры тела до субфебриль-

ных цифр, лихорадка, озноб. Тяжёлая форма ФЭ характеризуется острым генерализованным поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, выраженной интоксикацией.

Мы наблюдали пациентку 42 лет, которая обратилась к дерматологу с жалобами на повышение температуры тела до 38 градусов с последующим появлением пятен на коже туловища и верхних конечностей.

Из анамнеза установлено, что в течение многих лет по поводу головной боли после перенесенного менингита самостоятельно принимала обезболивающие таблетки. При тщательном опросе выяснено, что в разные сроки (2-4 дня) от приёма анальгетиков вначале повышалась температура тела, а затем появлялись пятна на одних и тех же участках кожи. С каждым последующим приёмом таблеток пятна увеличивались в количестве и в размерах. Субъективно пациентку беспокоило жжение кожи в местах высыпаний. С нормализацией температуры тела пятна постепенно разрешались, оставляя пигментацию.

При осмотре больной на коже туловища и верхних конечностей отмечено наличие множественных пятен с чёткими границами, застойно-красно-бурого цвета, размером 5-6 см и более. Установлен диагноз фиксированной эритемы, средней степени тяжести как проявление токсидермии на анальгетики.

Интересным в наблюдаемом нами случае явилась необычность клинических проявлений ФЭ, где ведущим и первичным симптомом была лихорадка, после которой через несколько дней появлялись воспалительные пятна с дальнейшим их разрешением вслед за падением температуры тела.

Радионон В.Г., Провизион Л.Н., Шварёва Т.И., Шатилов А.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Атопический дерматит (АД) – заболевание, в развитии которого значительную роль играет наследственная предрасположенность к сенсибилизации. Промежуток времени между родами

и развитием клинических признаков наследственного заболевания служит своеобразным латентным периодом, при котором особенности генотипического характера не проявились фено-

типически в результате взаимодействия генотипа с окружающей средой. Это означает, что для возникновения заболевания необходимо объединение дисфункциональных предрасполагающих изменений макроорганизма с определёнными условиями окружающей среды.

Обычно аллергия манифестирует у детей в возрасте до 4-5 лет. С возрастом спектр причинно-значимых аллергенов изменяется. Так, в раннем возрасте превалирует сенсibilизация к пищевым аллергенам, в дошкольном и младшем школьном – к аэроаллергенам жилищ и эпидермальным аллергенам. Установлено, что риск развития АД от здоровых родителей может достигать до 20%. При наличии атопии у одного из родителей риск возникновения АД у ребёнка составляет 50%, а при наличии её у обоих родителей – до 80%.

Первичную профилактику АД у детей должны проводить педиатры поликлинических отделений в тесной связи с гинекологами женских консультаций. Беременным женщинам в «школах будущих матерей» необходимо объяснять важность соблюдения противоаллергической диеты во время беременности с целью предупреждения сенсibilизации ребёнка, особенно

в семьях, где есть наследственная предрасположенность к аллергическим заболеваниям.

Вторичная профилактика основывается на предупреждении манифестации заболевания или его обострений у сенсibilизированных детей. Чем выше риск развития атопии у ребёнка, тем более жёсткими должны быть элиминационные меры.

Профилактика состоит также в адекватном лечении детей с начальными проявлениями заболевания. В период вакцинации детям, страдающим АД, для предупреждения обострения заболевания необходимо назначать антигистаминные препараты в течение 7-10 дней и 10-14 дней после введения вакцинных препаратов. У детей первых лет жизни с отягощённым аллергологическим анамнезом вакцинацию рекомендуется проводить на фоне приёма антигистаминных препаратов в течение 5-7 дней и 3-5 дней после вакцинации.

Таким образом, для улучшения качества жизни детей, страдающих АД, необходима заинтересованность врачей разных специальностей всех лечебно-профилактических медицинских учреждений.

Радионон Д.В., Радионон В.Г., Провизион Л.Н.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск
 ГУ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер», г. Луганск

ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ И СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

Актуальность

Пока в мире нет общепринятого определения состояния серорезистентности (СР) возникающей после проведенного полноценного лечения сифилиса, что нередко приводит к длительному, порой необоснованному серологическому контролю и назначению больным дополнительных специфических курсов антибиотикотерапии.

Надежды на то, что только антибиотики могут решить проблему лечения СР, возникшей после проведенной полноценной антибиотикотерапии не оправдываются, а общепринятые комплексные аллопатические методы, порой не приносят желаемого результата. Раньше было отмечено, что сифилитическая инфекция может ассоциироваться с острыми и хроническими (чаще) гепатитами В и С или с носителями этих вирусов. Инфицирование больного сифилисом вирусами гепатитов или наоборот, а возможно и не выявленных гепатитов на фоне вторично-

го иммунодефицита – возможно одна из причин формирования СР.

Целью нашего исследования явилась разработка и усовершенствование методики комплексного лечения СР, развившейся после проведения полноценного лечения сифилиса, с использованием озono- и пенициллинотерапии.

Материал и методы

Нами изучено состояние клеточного иммунитета у 79 пациентов 1 группы с СР и 23 человек второй (СР и хронические гепатиты) группы с сохраняющейся серопозитивностью после лечения сифилиса. До начала лечения у пациентов 1 и 2 групп отмечались четко выраженные изменения со стороны иммунной системы, которые можно охарактеризовать как вторичный иммунодефицитный статус с относительно супрессорным состоянием, то есть с дефицитом циркулирующих Т-хелперов/индукторов (CD4+) и снижением показателя CD4/CD8.

Всем больным на фоне пенициллинотерапии

параллельно проводилась озонотерапия. Методика проведения заключалась в следующем. Пациентам вводили внутривенно озонированный физиологический раствор (ОФР) капельно в течение 20-30 минут со скоростью 80-120 кап/мин. В течение всей процедуры из устройства «Озоностат» во флакон с ОФР через иглу поступала озонкислородная смесь (ОКС) за счет образующегося разряжения во флаконе. При этом, объем ОКС поступающей во флакон и замещающей уменьшающееся количество ОФР, в каждый момент времени равен объему физиологического раствора (ФР) введенного в вену. Этот поступающий объем чистой ОКС, дополнительно барботирует остающийся во флаконе ОФР, препятствуя распаду озона и сохраняя заданную исходную концентрацию озона в ОФР (4,4 мг/л) на протяжении всей процедуры. Процедуры проводили 3 раза в неделю, курс лечения составлял 10-12 вливаний на фоне проводимой пеницилли-

нотерапии. Пациентам 2 группы, после консультации врача инфекциониста, дополнительно назначались курсы противовирусных препаратов и гепатопротекторы.

После завершения курса комплексного лечения иммунологические исследования у пациентов 1 группы свидетельствовали о значительном улучшении иммунологических показателей, характеризующих состояние клеточного иммунитета. У больных 2 группы после завершения лечения количественные и функциональные показатели клеточного иммунитета оставались достоверно ниже как нормы, так и относительно пациентов 1 группы.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о необходимости включения озонотерапии в комплекс лечебных мероприятий пациентов как с СР, так и при сочетанных состояниях: сифилис и вирусные гепатиты.

Радионон В.Г., Радионон Д.В., Хайминов Е.М., Пищикова Е.В.

ГУ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер», г. Луганск

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫХ ЛУЧЕЙ (UVB-311 NM) В ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

Актуальность

Псориаз – один из наиболее распространенных и тяжело протекающих хронических дерматозов. По данным различных исследований, им страдает от 3 до 7% населения. Среди дерматологических больных доля пациентов с псориазом составляет 5%. Увеличивается количество тяжелых форм, таких как псориагическая эриродермия и псориагическая артропатия с поражением как мелких, так и крупных суставов. Сегодня можно считать доказанным, что псориаз представляет собой генетически обусловленный хронический дерматоз, в основе которого лежат гиперпролиферация и нарушение дифференцировки эпидермальных кератиноцитов.

Одним из современных методов лечения является узкополосная средневолновая УФ-терапия (311 нм). Фототерапия оказывает противовоспалительное, иммуносупрессивное и антипролиферативное действие. Противовоспалительный и иммуносупрессивный эффекты опосредованы подавлением активации и индукцией апоптоза Т-клеток, снижением количества клеток Лангерганса в коже и нарушением их морфофункционального состояния, изменением экспрессии цитокинов, факторов роста, молекул адгезии, нейропептидов и клеточных рецепторов к ним.

Антипролиферативный эффект связывают с ингибированием в клетках кожи синтеза ДНК.

Целью данного исследования явилась клиническая оценка эффективности лечения больных псориазом легкой и средней степени тяжести методом узкополосной средневолновой фототерапии.

Материал и методы

Под нашим наблюдением в течение года находилось 54 больных (29 женщин и 25 мужчин) псориазом в возрасте от 16 до 54 лет с длительностью заболевания от 1 года до 14 лет. В качестве оценки степени тяжести псориаза использовался индекс PASI.

Всем больным в качестве монотерапии был назначен курс узкополосной средневолновой UVB-фототерапии (311 нм), с режимом отпуска процедур 3 раза в неделю. В среднем, на курс лечения было рекомендовано от 20 до 30 процедур. В качестве вспомогательной терапии использовались кератолитики и официальные эмолиенты. Фототерапия проводилась на оборудовании фирмы «Daavlin» (которая нами используется уже в течение 15 лет), с внесением в компьютерную базу данных МЭД пациента и фототипа кожи. Среднее время процедуры составляло 12.32 ± 5.24 мин. Контроль качества те-

рапии определялся с применением индекса PASI, соответственно на 10, 20 и 30 дни лечения.

Среднее значение индекса PASI на базисном уровне составило 24,2 единицы. Через 10 процедур среднее значение индекса PASI было равно 20,26, после 20 процедуры индекс соответствовал 10,42, а после завершения полного курса фототерапии составил 2,47. Пациенты с ладонно-подошвенным псориазом получали параллельно фототерапию используя специальный фототерапевтический блок для рук и ног той же фирмы Daavlin M-Series UVB 311nm/UVA 320-400nm.

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о том, что узкополосная средневолновая UVB-монофототерапия является высокоэффективным методом при лечении больных псориазом различной степени тяжести и может быть рекомендована к широкому использованию не только на базе республиканских, областных или крупных городских диспансеров, а и при возможности в амбулаторно-поликлиническом звене лечебно-профилактических учреждений под контролем врачей дерматовенерологов.

Радионов В.Г., Торба А.В., Рябцева О.Д., Радионов Д.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКОВ И РАКОВ КОЖИ

Актуальность

Терапия злокачественных новообразований кожи (ЗНК) предусматривает сегодня значительное количество всевозможных методов оперативного и консервативного лечения, включая подкожное введение рекомбинантного α_2 – интерферона, фотодинамический с использованием специфических фотосенсибилизаторов, хирургический, радиоволновой, лазерный (включая вапоризацию), иссечение как первичной опухоли, так и остаточной после гамма-терапии, комбинированный (лучевой, хирургический, медикаментозный, фотодинамический), а также криодеструкцию. Учитывая положительные результаты использования различных методов лечения, необходимо указать и на все еще имеющие место рецидивы ЗНК, в особенности в труднодоступных местах кожи головы, таких как внутренний угол глаза, нижнее веко, ушная раковина и др.

С этой целью мы в последние десятилетия используем вначале консервативный метод лечения с применением рекомбинантного α_2 -интерферона (интрона А, альфарекин, реаферон, эберон и др.), а при отсутствии желаемого результата (крайне редко), удаляем с помощью криодеструкции, лазерной или радиоволновой хирургии. Иммуномодулирующая терапия с использованием рекомбинантного α_2 -интерферона позволяет получать не только положительный терапевтический эффект, но и профилактировать появление ЗНК.

Материал и методы

Наблюдаемые нами только за последние 2 года 57 больных в возрасте от 38 до 70 лет, среди которых было 39 женщин, имели типичные кли-

нические формы узелковой, узелково-язвенной и нодулярной базалиомы, размером не превышающие 12-15 мм в диаметре. Препараты вводили не подкожно, а перифокально внутрикжно, обкалывая очаг в 2-3 точках, а также и интрафокально, 3 раза в неделю. Дозу препарата рассчитывали в зависимости от размеров и клинического состояния опухоли. В порядке динамического наблюдения при необходимости дозу удваивали. В начале лечения общая температурная реакция до 38° отмечалась практически у всех больных, в процессе ее проведения у 20-25% пациентов. Осложнений при проведении консервативной терапии не было отмечено ни в одном случае. Полный курс лечения закончили 54 человека, 2 не долечились и на контроль не явились, а одному больному после завершения интерферонотерапии была дополнительно проведена лазерная деструкция базалиомы. Полное клиническое разрешение опухолевого процесса у всех больных отмечалось в сроки от 2 до 4 месяцев.

Таким образом, изложенное свидетельствует, что серьезной проблемой состояния дерматоонкологической помощи населению является не только своевременно проведенное лечение, но и организация системы ранней диагностики, которая сегодня абсолютно не соответствует современным требованиям медицины, поэтому около 30% опухолей выявляется на поздних сроках опухолевого процесса, когда практически спасти пациентов уже не представляется возможным, преимущественно с верифицированной меланомой кожи.

Нами, совместно с врачами-онкологами республиканского диспансера разработан четкий алгоритм в работе дерматологической и онко-

логической служб республики на всех этапах оказания специализированной помощи больным с предраками и раками кожи. Считаем, что это наиболее реальный путь повышения качества

оказания дерматоонкологической медицинской помощи и, в конечном счете, сохранения многих жизней и улучшения здоровья нашего населения.

Радионов В.Г., Шатилов А.В., Русина Е.Н.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ДЕРИВА С» В ЛЕЧЕНИИ АКНЕ

Актуальность

Акне – угревая болезнь (УБ) до настоящего времени продолжает оставаться одной из актуальных проблем дерматологи из-за широкой распространенности дерматоза, чаще среди молодых людей, склонности к хроническому рецидивирующему течению, нередко с формированием рубцов, что значительно снижает качество жизни пациентов, особенно негативно влияя на психологическую и социальную его составляющие. Повышение эффективности лечения больных УБ, особенно среднетяжелых и тяжелых форм, продолжает оставаться актуальной проблемой дерматологии и дерматокосметологии, несмотря на разнообразие существующих методик лечения. На современном этапе важно не только правильно поставить диагноз, но и подобрать эффективную комплексную терапию, задачами которой является максимальное воздействие на механизмы патогенеза дерматоза. Именно этим требованиям в полной мере отвечает применение ретиноидов. Последние являются универсальными ингибиторами липогенеза кожи не только при системном, но и при наружном их применении.

Цель исследования – оценка клинической эффективности официального препарата «Дерива С» в комплексной терапии больных акне, в состав которого входят адапалены и антибактериальные средства.

Материалы и методы исследования

Имеющий место на фармрынке препарат «Дерива С» в виде геля, представляет собой уникальное сочетание адапалена – топического ретиноида 4-го поколения и клиндамицина (в 1г геля содержится адапалена 1 мг, клиндамицина в виде клиндамицина фосфата 10 мг), который нами был применен в комплексной терапии больных УБ.

В динамике наблюдения было обследовано 27 пациентов (10 мужчин – 37% и 17 женщин – 63%) со средней (68%) и тяжелой (32%) степенью УБ, в возрасте от 15 до 35 лет, с давностью

заболевания от четырех месяцев до девяти лет (средняя продолжительность заболевания составила $5,2 \pm 2,7$ лет). Все пациенты в качестве системной терапии перорально получали далацин (150 мг) в суточной дозе 600-900 мг сроком 7-10 дней (в зависимости от тяжести и распространенности процесса). В качестве наружной терапии использовали гель «Дерива С» который наносился тонким слоем 1 раз вечером на сухую очищенную кожу. Оценка эффективности проведенной терапии проводилась на основании выраженности динамики регресса и сроков инволюции проявлений воспалительного процесса на коже.

Вследствие проведенной терапии у всех пациентов наблюдалась позитивная динамика в течении заболевания, что проявлялось активным уменьшением количества элементов угревой сыпи и снижением островоспалительной реакции кожи вокруг очагов поражения уже со 2-й недели лечения, замедлением появления новых полиморфных высыпаний и продолжалась от визита к визиту. Максимальный терапевтический эффект был отмечен на 6-8 неделе от начала лечения. Важно отметить, что после применения препарата отмечалось мягкое разглаживающее действие на кожу, старые атрофические мелкие рубцы становились менее заметными. Пациенты старшей возрастной группы отметили также лифтинговый эффект.

Побочные эффекты на фоне использования геля «Дерива С» наблюдались у 6 (22,2%) пациентов, что проявлялось сухостью и шелушением кожи лица, а также ее незначительной эритемой. Для их устранения пациентам было рекомендовано использование увлажняющего крема физиогель 1-2 раза в день.

Таким образом, выраженный кератолитический и комедонолитический эффекты, хорошая переносимость, низкое раздражающее действие препарата «Дерива С» позволяют рекомендовать данное лекарственное средство для лечения УБ любой степени тяжести.

Рачкаускас Г.С., Булкина Н.Э., Кондуфор О.В., Радионова С.И., Ромашова Т.И.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ РАЗЛИЧНЫЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Выраженность клинических симптомов органического поражения мозга при болезнях зависимостей колеблется от легких до тяжелых нарушений. Наличие мозговой дисфункции, даже в минимальных объемах, может значительно видоизменять клинические проявления и динамику зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), а кроме того, мозговая дисфункция является фактором риска развития более тяжелых церебральных расстройств и отягощает прогноз заболевания. Целью нашего исследования являлось изучение когнитивных нарушений у лиц, употребляющих различные психоактивные вещества, с учетом времени начала аддикции и длительности употребления вещества. Обследовано 90 пациентов, проходивших лечение в наркологическом стационаре, в возрасте от 25 до 38 лет. В анамнезе отмечено систематическое употребление психоактивных веществ больными в течение от 2-х до 20 лет (средний стаж 7). В исследование включались мужчины, страдающие зависимостью от алкоголя, опиоидов и употребляющие несколько психоактивных веществ (опий, конопля, алкоголь, синтетические психостимуляторы) – либо одновременно, либо чередовали их прием. Когнитивные функции определялись с помощью таблиц Шульте и теста Мюнстерберга. Оценка аффективных и поведенческих расстройств проводилась с помощью количественной (бальной) оценки, предложенной М.А. Винниковой, где эти расстройства рассматриваются как варианты проявления патологического влечения к психоактивному веществу. Полученные данные анализировались с использованием стандартных методов вариационной статистики. У основной массы обследуемых первая проба психоактивного вещества произо-

шла в юношеском возрасте (67%), в 23% случаев первая проба была старше 21 года, в 10% случаев знакомство с психоактивными веществами произошло в подростковом возрасте. Лица, начавшие употреблять психоактивные вещества в подростковом возрасте, в большинстве случаев (70%) принимают несколько ПАВ одновременно или чередуют их прием, заменяя одно вещество другим. У всех больных было выявлено ослабление памяти в виде снижения способности к запоминанию, колебания внимания. Следует отметить, что при проведении тестов всем больным требовались дополнительные инструкции и пояснения. При оценке кратковременной памяти у 70% обследуемых отмечалось умеренное снижение, в 30% случаев – снижение. У всех больных низкий уровень избирательности, концентрации и помехоустойчивости внимания. Наиболее выражены когнитивные нарушения у лиц, употребляющих несколько ПАВ, и у лиц с большим стажем употребления ПАВ и наиболее ранним началом аддикции. В группе лиц, употребляющих несколько ПАВ, отмечается наиболее высокий уровень аффективных и поведенческих расстройств, который свидетельствует о выраженности патологического влечения к психоактивным веществам. У лиц, употребляющих алкоголь, отмечается низкий и средний уровень как аффективных, так и поведенческих расстройств. У опийных наркозависимых в основном средний уровень аффективных и поведенческих расстройств. Учитывая вышеизложенное, при коррекции когнитивных нарушений следует учитывать уровень аффективных и поведенческих расстройств, выраженность которых зачастую мешает проведению дальнейшего лечения и реабилитации больных.

Рачкаускас Г.С., Радионова С.И., Булкина Н.Э., Кондуфор О.В., Бобык О.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПИРОГЕНАЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ ШИЗОФРЕНИИ

Результаты современных исследований свидетельствуют о распространении резистентных форм шизофрении, течение которых сопрово-

ждается частыми рецидивами, развитием временной и стойкой утраты трудоспособности. Вопрос о повышении эффективности психофар-

макотерапии стал особенно актуальным в связи с затруднениями при стремлении в повторных курсах лечения добиться результата первых курсов лечения.

В настоящем сообщении приводятся данные по изучению эффективности препарата «Пирогенал» у 26 больных с резистентными формами шизофрении, получавших комплексное лечение (9 мужчин, 17 женщин).

Распределение больных по возрасту на момент лечения было следующим: до 20 лет – 6 человек (мужчин – 3, женщин – 3), от 21 до 30 лет – 9 (мужчин – 5, женщин – 4), от 31 до 40 лет – 6 (мужчин – 2, женщин – 4), от 41 до 50 лет – 5 (мужчин – 2, женщин – 3).

По возрасту начала заболевания больные распределились: до 20 лет – 6 (мужчин – 2, женщин – 4), до 30 лет – 14 (мужчин 6, женщин 8), до 40 лет – 6 (мужчин 1, женщин 5).

Длительность заболевания к моменту проведения исследования была следующей: до 1 мес. – 3 больных (мужчин – 1, женщин – 2); до 1 года – 8 больных (мужчин – 4, женщин – 4); до 5 лет – 12 больных (мужчин – 4, женщин – 8); до 10 лет – 3 (мужчин – 1, женщин – 2).

В исследуемой группе в 23 случаях основное заболевание протекало приступообразно, в 3 случаях непрерывно.

Методы оценивания эффективности лечения с использованием Пирогенала осуществлялось при помощи клинико-психопатологического и психометрического методов. Количественная оценка динамики психопатологической симптоматики проводилась с использованием психоме-

трических шкал: шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS) и стандартная шкала оценки функционирования (GAFS).

Оценивание проводили перед назначением Пирогенала и после курса терапии. Пирогенал вводили внутримышечно через день, начиная с 25-50 МПД (где МПД – минимальная пирогенная доза), при следующей инъекции дозу Пирогенала увеличивали на 25 МПД. Максимальная доза составляла 800-1000 МПД. Для достижения лучшего гипертермического эффекта Пирогенал можно вводить внутривенно (от 25-50 до 200-250 МПД на 40% растворе глюкозы или физиологическом растворе).

Было выявлено улучшение по общим показателям психопатологического исследования (по шкале PANSS). Во всех случаях в течение недели после курсового лечения Пирогеналом отмечено уменьшение позитивных симптомов было статистически достоверным (по шкале GAFS).

По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

1. Использование Пирогенала при проведении основной психофармакотерапии позволяет снизить темп и остановить развитие приступа на ранних стадиях заболевания.

2. Назначение Пирогенала эффективно у пациентов с тяжелым течением шизофрении при отсутствии терапевтического эффекта на медикаментозное лечение.

3. Применение Пирогенала для преодоления терапевтической резистентности при шизофрении дополняет терапевтический ответ на фоне основной психофармакотерапии.

Рачкаускас Г.С., Ромашова Т.И., Кондуфор О.В., Радионова С.И., Булкина Н.Э.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ

Тревожные расстройства являются одной из наиболее встречаемой психической патологией, а в пожилом возрасте развивается примерно в каждом четвертом случае. Исследования распространенности тревожных расстройств в различных вариациях проводились учеными разных стран мира и показали, что данная патология встречается до 0,1% в сельских районах и до 9,6% в урбанизированных регионах. Симптомы тревоги являются факторами риска развития кардиоваскулярных, церебрально-сосудистых заболеваний и когнитивных нарушений. Ввиду своей устойчивости тревожные расстройства

оказывают существенное влияние на повседневную жизнь и в целом на социальное функционирование человека, вызывая тем самым состояния физического и психического дискомфорта, выраженного в той или иной степени. Клинические проявления при тревожных расстройствах имеют высокий уровень коморбидности, как в психиатрическом аспекте, сочетаясь с депрессивной симптоматикой, так и в соматическом аспекте, часто сопутствуя сердечно-сосудистой патологии, что в свою очередь оказывает значительное влияние на продолжительность жизни.

Целью нашей работы являлось выявление

ние причин и оптимизация диагностических и дифференциально-диагностических критериев тревожных расстройств в исследуемой группе.

Нами было обследовано 65 пациентов, проходивших лечение в психиатрическом стационаре или находившихся под наблюдением в диспансерном психиатрическом учреждении, в возрасте от 55 до 76 лет (из них 49 женщин и 36 мужчин), у которых были диагностированы разные типы тревожных расстройств. Учитывались анамнестические и клинические данные, уровень тревоги оценивался по шкале Гамильтона (HAM-A), личностной и ситуационной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина, депрессии по шкале MADRS. Полученные данные анализировались с использованием стандартных методов вариационной статистики.

Среди выявленных расстройств в данной группе: у 13 человек (20%) выявлено генерализованное тревожное расстройство (F41.1); у 8 человек (12%) паническое расстройство (F41.0); у 24 человек (37%) фобическое тревожное расстройство (F40.0); у 4 человек (6%) обсессивно-компульсивное расстройство (F42.0); у 16 чело-

век (25%) смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2).

В результате полученных данных у исследуемых лиц были выявлены как первичные, так и вторичные тревожные расстройства, которые усиливаясь под влиянием жизненных условий, приобрели патологическую форму и качественно влияли на все сферы деятельности, усугубляя течение сопутствующих заболеваний. Клиническая картина тревожных состояний у исследуемых лиц с одной стороны была представлена полиморфным сочетанием симптомов тревоги с астенической, аффективной и сенестопихондрической симптоматикой, а с другой – в каждой из диагностированных нозологических единиц имела характерную для них структуру развития. Депрессия являлась облигатным компонентом психопатологии тревожных состояний пожилого возраста. Таким образом, недооценка тревожного расстройства у пациентов пожилого возраста может создавать трудности в коррекции симптомов и формировании нейродегенеративной патологии.

Рачкаускас Г.С., Ромашова Т.И., Радионова С.И., Булкина Н.Э., Кондуфор О.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОФЛАВИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Длительное воздействие стрессовых факторов на организм человека вызывают состояние психоэмоциональной напряженности, общую дестабилизацию функционирования, а в связи с этим – проблемы психического здоровья, которые представлены различными расстройствами невротического спектра. Возникает необходимость поиска дополнительных лекарственных средств при проведении терапии таких расстройств с целью построения наиболее эффективных, нестандартных подходов, направленных на ускорение процессов восстановления организма человека, а также улучшения качества жизни в целом.

Широкий выбор антидепрессантов с различным механизмом действия и профилем клинической активности дают возможность достаточно эффективно осуществлять психофармакотерапию невротических расстройств. Однако, введение в терапию дополнительных средств, оказывающих антистрессовое и адаптогенное действие, могут позволить улучшить состояние больных в более короткие сроки. Мы обратили внимание на возможность использования ком-

плексного препарата «Цитофлавин», который представляет собой субстратную композицию из двух метаболитов – янтарной кислоты и рибоксина, и двух коферментов – рибофлавина и никотинамида. Было обследовано две группы пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами: 20 пациентов составили основную группу, которая получала дополнительно «Цитофлавин» по 2 таблетки (по 25 мг каждая), 2 раза в сутки внутрь, за полчаса до еды, не разжевывая, запивая 100 мл воды. Продолжительность курса – 25 дней. Пациенты группы сопоставления (19 человек) получали только стандартную терапию. Группы были сопоставимы по основным клиническим характеристикам. Экспериментально-диагностическое исследование проводилось по шкале Гамильтона (оценка тяжести депрессии), по шкале Спилбергера-Ханина (оценка уровня тревожности), по опроснику САН (самочувствие, активность, настроение) – оценка качества жизни. Из обследуемых нами 39 пациентов: 20 (51,3%) со смешанным тревожно-депрессивным расстройством, 14 (35,9%) с соматоформной

дисфункцией, 5 (12,8%) с расстройством адаптации. По шкале Гамильтона легкое депрессивное расстройство определено у 19 пациентов (48,7%), депрессивное расстройство средней степени тяжести – у 20 пациентов (51,3%). По шкале Спилбергера-Ханина у 19 пациентов (48,7%) определена низкая тревожность, у 11 пациентов (28,2%) – умеренная, у 9 пациентов (23,1%) – высокая тревожность. По опроснику САН качество жизни снижено 97,2% случаев, причем выраженное снижение самочувствия и активности в группе пациентов с соматоформной дисфункцией, а пониженное настроение у лиц со смешанным тревожно-депрессивным расстройством и расстройством адаптации.

После проведенного лечения было установлено, что скорость наступления антидепрессивного и анксиолитического эффектов терапии отличалась в основной группе и группе сопоставле-

ния: статистически достоверное редуцирование выраженности депрессивной симптоматики и тревожных расстройств было выявлено при дополнительном применении «Цитофлавина»: редуция баллов по шкале Гамильтона в основной группе составила 63,2%, у пациентов группы сопоставления – 56,4%; степень редуции тревожных расстройств в основной группе составила 65,7%, у пациентов группы сопоставления – до 57,8%. По опроснику САН качество жизни улучшилось по показателям самочувствия и активности у 68,3% пациентов основной группы, в группе сравнения – у 52,8%. Таким образом, по результатам проведенного исследования можно сделать вывод, что использование препарата «Цитофлавин» в комплексной терапии разнообразных расстройств невротического спектра клинически перспективно и оправдано.

Рачкаускас Г.С., Ромашова Т.И., Радионова С.И., Бобык О.А., Кондуфор О.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ

Рекуррентное депрессивное расстройство – это расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессий различной степени тяжести, без анамнестических данных об отдельных эпизодах приподнятого настроения или гиперактивности, которые отвечают критериям мании, гипомании или смешанного состояния.

Несмотря на то, что доказана биологическая теория возникновения рекуррентной депрессии, усугублять данное расстройство могут личностные особенности, стрессовые и другие факторы, поэтому система лечебно-реабилитационных мероприятий должна быть комплексной и кроме обязательной фармакотерапии, включать психотерапию и психологическую коррекцию.

В свете вышеописанного, целью нашего исследования явилось изучение и сравнительная характеристика использования личностно-ориентированной терапии в лечении рекуррентной депрессии. Нами было обследовано 15 пациентов, из них 6 мужчин и 9 женщин, в возрасте от 25 до 45 лет с диагнозом: «Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод умеренной степени тяжести с соматическими симптомами». В клинической картине у всех пациентов присутствовали сопутствующие личностные дисфункции или перенесенные психотравмирующие факторы. Основным методом исследования был

клинико-психопатологический, включающий опрос больного, анализ субъективного и объективного анамнеза. Из экспериментально-психологических методик применялись: шкала Спилбергера-Ханина, шкала Бека, личностный опросник Айзенка, шкала оценки тяжести воздействия травматического события (Impact of Event Scale-Revised, IOES-R).

Пациенты были разделены на 2 группы по 7 и 8 человек. Пациенты первой группы получали комплексную фармакотерапию депрессии. С пациентами второй группы наряду с фармакотерапией проводились психотерапевтические занятия 3 раза в неделю по 1,5 часа в виде личностно-ориентированной терапии.

Математическая обработка динамики исследуемых показателей пациентов первой и второй групп выявила значительные положительные сдвиги после прохождения месячного курса лечения. У пациентов первой и второй группы произошло снижение уровня тревожности, улучшилось настроение, купировались соматические симптомы, обусловленные депрессией. Однако, у пациентов первой группы, не получавших психотерапевтического лечения, сохранялся достаточно высокий уровень личностной тревожности, раздражительность; у 4 пациентов после месячного курса лечения сохранялась субдепрессивная симптоматика. По шкале

Спилбергера-Ханина получены лучшие показатели на 10-15 баллов и по шкале Бека – на 6-9 баллов у пациентов 2 группы.

Таким образом, проведенное исследование показало, что личностные особенности и стрессовые факторы могут оказывать влияние на развитие затяжных и резистентных к терапии рекуррентных депрессий. Поэтому, наиболее эффективным в лечении данной патологии яв-

ляется комплексный подход с использованием фармакотерапии и различных видов психотерапевтических методик, в частности – личностно-ориентированной терапии, способной уменьшить проявления депрессии и сделать личность, готовой к разрешению внешних и внутренних конфликтов путем реорганизации системы её отношений.

Резниченко Н.А.¹, Адуниц А.Г.²

¹Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь, Россия

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г. Донецк

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ

Остеопороз – это хроническое системное прогрессирующее метаболическое заболевание скелета, которое характеризуется снижением минеральной плотности костной ткани и нарушением ее микроархитектоники, вследствие чего повышается риск возникновения переломов. Основной причиной постменопаузального остеопороза (ОП) является уменьшение продукции эстрогенов. ОП является мультифакторным заболеванием и риск его развития на фоне снижения эстрогенов у женщин в постменопаузе зависит от широкого спектра факторов (выраженность дефицита эстрогенов, витамина D, кальция и т.д.). Изменения биохимических показателей сыворотки крови могут отражать патогенетические механизмы заболевания костной системы, прямо или опосредованно оказывать влияние на скорость снижения минеральной плотности кости у женщин в постменопаузе.

Цель работы

Установить изменения биохимических параметров сыворотки у женщин с постменопаузальным ОП.

Материал и методы

В сыворотке крови 86 женщин в постменопаузе (возраст 51-73 года) определяли показатели аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), глюкозы натощак, креатинина, мочевины, кальция общего (Ca), магния (Mg), железа (Fe), натрия (Na), калия (K), фосфора (P), цинка (Zn), меди (Cu). Исходя из результатов остеоденситометрии (DEXA) женщины были распределены в 2 группы – с наличием (n=31) и без ОП (n=55). При статистической обработке вычислялись медиана (Me) и интерквартильный размах (Q1-Q3). Для сравнений центров двух независимых выборок использовался U-тест Манна-Уитни.

Статистически значимыми отличия считались при $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Выполненные исследования показали, что по большинству изученных биохимических параметров (АЛТ, АСТ, глюкоза натощак, креатинин, мочевины, Mg, Fe, Na, K, P, Zn, Cu) две выделенные группы существенно не различались между собой ($P > 0,05$). Вместе с тем, женщины с ОП характеризовались более высокой активностью ЩФ и сниженными уровнями в сыворотке крови Ca ($P < 0,05$). Так, значения ЩФ и Ca (Me; Q1-Q3) у больных с ОП составили соответственно 79,6 (58,0-86,6) Ед/л и 2,25 (2,14-2,34) ммоль/л, тогда как у остальных обследованных пациентов – 60,4 (44,1-68,0) и 2,36 (2,24-2,48).

Полученные результаты соответствуют современным представлениям о патогенезе ОП и согласуются с выводами, сделанными в других исследованиях. Повышенные сывороточные показатели ЩФ отражают усиленное ремоделирование костной ткани, что может сочетаться с увеличением резорбции костной ткани. Поэтому нарастание активности ЩФ может быть одним из признаков развития ОП. Риск развития заболевания также повышается при недостаточном потреблении с пищей Ca и/или сниженными его сывороточными показателями.

Заключение

Таким образом, установлено, что у женщин, имеющих постменопаузальный ОП, увеличена активность в сыворотке крови щелочной фосфатазы и снижены концентрации кальция ($P < 0,05$). Полученные данные целесообразно использовать для определения риска развития ОП у женщин постменопаузального возраста, оценки активности резорбции костной ткани, коррекции схем терапии заболевания.

Романенко Т.А.¹, Михайлова Т.В.¹, Романенко Р.Н.², Сихарулидзе А.Г.²

¹ ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г. Донецк

РОЛЬ ГОСПИТАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ПЕРСОНАЛА

В работе определены современные представления о биологической безопасности (ББ) и биологических угрозах (БУ) в сфере здравоохранения, обобщен опыт работы крупного лечебного учреждения по обеспечению ББ пациентов и персонала.

ББ – это многогранная проблема, решение которой требует государственного подхода. В широком понимании ББ охватывает всю сферу санитарно-эпидемиологического благополучия, смежные с ней области ветеринарно-санитарного, фитосанитарного обеспечения, экологической безопасности, среду обитания и осуществляется в целях предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций биологического характера. Вопросы ББ актуальны для многих областей народного хозяйства, в том числе для здравоохранения.

Современные биологические угрозы для человека обусловлены факторами и процессами, происходящими в природе и обществе. Наиболее важные из них – это вновь появляющиеся инфекции, возникновение лекарственно-устойчивых патогенов, неконтролируемое распространение живых микроорганизмов, особенно генетически модифицированных, с неустановленным механизмом влияния на экосистемы. Развитие антимикробной устойчивости сейчас угрожает превращению ранее излечимых заболеваний в неизлечимые. Биологическую опасность представляют биотехнологии, которые все чаще используются в здравоохранении при производстве лекарств, вакцин, средств диагностики; в решении проблем репродукции человека (искусственное оплодотворение, ранняя диагностика наследственных заболеваний и т.д.); при развитии генной терапии, ксенотрансплантологии.

При оказании медицинских услуг в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) всегда есть определенные риски, представляющие БУ здоровью пациентов и персонала. Эти риски связаны с тесным контактом людей в ЛПУ и обменом микрофлорой, нерациональным использованием антимикробных, антисептических, дезинфекционных средств, развитием резистентности и распространением устойчивых штаммов

микрофлоры, отсутствием или несоблюдением безопасных алгоритмов выполнения медицинских манипуляций, низким уровнем знаний по гигиене рук персонала, влиянием человеческого фактора при обработках ручным способом, приготовлении рабочих растворов.

Нами проведен анализ организации санитарно-эпидемиологического мониторинга инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), и влияющих на них факторов в крупном лечебном учреждении города Донецка. С 2003 г. ведется учет ИСМП у пациентов и персонала по отделениям ЛПУ и по нозологическим формам, анализ высеваемости и резистентности к антибиотикам микрофлоры от больных и с объектов внешней среды, контроль качества стерилизации. Оцениваются результаты медосмотров и состояние здоровья сотрудников, анализируются аварийные ситуации у медицинских работников при оказании помощи пациентам. Основной причиной возникновения аварийных ситуаций было несоблюдение правил безопасности по защите кожи и слизистых оболочек при контакте с биоматериалами, нарушение стандартов технологии проведения процедур. Оценить истинную заболеваемость ИСМП нет возможности в связи с низким уровнем их регистрации во всех отделениях ЛПУ и нежеланием практикующих врачей информировать о данных случаях. Единичные случаи ИСМП выявлялись госпитальным эпидемиологом при ретроспективном анализе историй болезни пациентов, находившихся на лечении. В такой ситуации затруднительно выявить причины ИСМП и определить рациональные мероприятия по предотвращению их возникновения. Имеются и другие проблемы в обеспечении ББ пациентов и персонала ЛПУ: несовершенные режимы работы вентиляции, бактерицидных облучателей, нерациональное использование дезинфицирующих средств. Нарушение канонов госпитальной гигиены и эпидемиологии приводит к трансформации качества госпитальной среды, которая становится более агрессивной по отношению к пациентам и персоналу и требует глубокого изучения.

Ряполова Т.Л.

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

ПРОТОТИПИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Развитие психиатрической науки, отражая общие редуccionистские тенденции развития общества, сопровождается изменением диагностических подходов к распознаванию психических расстройств от нозологических принципов к категориальным, а затем – операциональной и операционально-динамической диагностике. Создание новых классификаций, опирающихся на тот или иной подход, отражают стремление исследователей к повышению надежности психиатрической диагностики, что будет способствовать, по их мнению, развитию эпидемиологических, нейробиологических, социологических исследований и, соответственно, на основании новых данных об этиопатогенезе психических расстройств позволит разрабатывать новые психофармакологические и психотерапевтические подходы к оказанию помощи больным с психическими расстройствами. Однако данные тенденции вызывают ряд критических замечаний: во-первых, нонсенс психиатрии состоит в том, что не новые данные о механизмах развития патологии ведут к созданию новых классификаций, а предложение новых диагностических категорий и критериев предполагает прогресс психиатрической науки; во-вторых, на сегодняшний день не получено достоверных, полностью объясняющих развитие того или иного психического расстройства, генетических, нейрофизиологических или биохимических данных, все они носят гипотетический характер (исключение, возможно, в ближайшем будущем составит болезнь Альцгеймера); в-третьих, если операциональный подход является удобным для исследовательских целей, то абсолютизация его использования в повседневной клинической практике вызывает сомнения, поскольку как DSM-IV (и V), так и МКБ-10 (и 11) предлагают изменить традиционный подход к диагностическому поиску и перейти клиницистам к размерной оценке признаков психического расстройства. Однако психиатру в еже-

дневной практике сложно проверять у каждого пациента наличие каждого из ряда симптомов и выставлять диагноз, основанный на количестве выявленных симптомов. Спонтанный диагностический процесс, скорее, включает проверки соответствия пациента одному из шаблонов психических расстройств, которые сформировались в сознании клинициста в процессе обучения и приобретения клинического опыта.

В качестве альтернативы операциональному и размерному подходам D. Westen (2012) предложен метод прототипического соответствия (prototype matching), который объединяет диагностические критерии в стандартные прототипы. В данном подходе прототипом является клиническое отражение основных признаков различных категориальных (синдромальных) болезненных проявлений, указанных в системе МКБ, которое согласуется с размерными диагностическими принципами DSM. Так, предлагаемая шкальная оценка признака, равная «1», подразумевает отсутствие соответствия с клинической картиной, а «5» – подразумевает значительное соответствие клинической картине). Использование прототипического соответствия, то есть оценки степени соответствия каждого клинического случая конвенционально-размерному «прототипу» конкретного психического расстройства достаточно прочно противостоит доминантности псевдоточных современных размерных классификаций. Однако критиками данного подхода совершенно справедливо выдвигаются требования создания предельно «точных», детализированных прототипов психических расстройств. При этом нет гарантии того, что психиатры сменят уже имеющиеся у них целостные, обобщенные, проверенные опытным путем клинические образы психических расстройств на другие, пусть даже эмпирически более обоснованные и несложные в использовании диагностические модели.

Ряполова Т.Л., Абрамов В.А., Бойченко А.А.

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

ПСИХОДИАГНОСТИКА КУЛЬТУРНО-ЭТИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Основой государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования, принятого в Донецком национальном медицинском университете им. М. Горького, является компетентностный подход. Он предполагает целостный опыт решения жизненных проблем, выполнения профессиональных и ключевых функций и социальных ролей. Одним из важнейших аспектов использования компетентностной модели является психометрическая оценка ключевых компетентностей как необходимых индикаторов адекватной организации и индивидуализации обучения в медицинском университете.

Стратегической целью высшего медицинского образования является формирование этической компетентности как готовности использовать усвоенные знания, практические умения и навыки в области этики (науки о должном и справедливом, социально значимых нравственных идеалах, профессионально-этических требованиях к работнику), то есть адекватных способов деятельности в решении практических и теоретических задач, сопряженных с ситуациями морального выбора. Культурная компетентность означает достаточную степень социализированности индивида в обществе, которая позволяет ему свободно понимать, использовать и вариативно интерпретировать всю сумму обыденных и специализированных знаний, составляющих норму общесоциальной эрудированности человека в данной среде. Культурно-этическая компетентность будущего врача представляет собой систему профессионально важных нравственных ценностей, ставших внутренними убеждениями личности. В иерархии врачебных ценностей наиболее высокий ранг имеют этически значимые качества, так как именно в них проявляются сущностные личностно-профессиональные характеристики врача. К таким качествам относятся общительность, доброжелательность, тактичность, толерантность, справедливость, стремление понять другого, любознательность, стремление к самосовершенствованию в личном и профессиональном планах, уверенность в себе,

своих знаниях и действиях, целях и принципах деятельности, принципиальность, решительность, чувство меры, творческая активность. Все они оказываются производными от уровня развития прогностических, коммуникативных, креативных, эмпатийных, интеллектуальных, рефлексивных способностей, то есть культурно-этическая компетентность обусловлена рядом феноменов личностного потенциала, составляющих основу и других ключевых компетентностей (информационно-коммуникативной, рефлексивно-деятельностной, ценностно-смысловой, учебно-познавательной).

В рамках культурно-этической компетентности мы рассматриваем возможность исследования эмпатии и толерантности как ее основных составляющих. Соответственно, диагностический комплекс исследования культурно-этической компетентности представлен методикой диагностики уровня эмпатических способностей (В.В. Бойко), экспресс-опросником «Индекс толерантности» (Г.У. Солдатова, О.А. Кравцова, О.Е. Хухлаев, Л.А. Шайгерова), методикой диагностики общей коммуникативной толерантности (В.В.Бойко). Процесс количественного и качественного оценивания культурно-этической компетентности и ее структурных компонентов осуществляется на основе результатов тестирования студентов на первом, третьем, пятом и шестом курсах. В качестве критериев используются интерпретационные характеристики количественных показателей (баллов) исследования с выделением базового, высокого и низкого уровней культурно-этической компетентности. Полученные данные позволяют оптимизировать личностные ресурсы студентов, могут быть использованы в различных сферах учебно-воспитательного процесса, например, для оптимизации преподавания дисциплины «Медицинская психология», а также предусматривают внедрение целевых индивидуальных и групповых обучающих тренинговых программ для студентов с низким уровнем культурно-этической компетентности.

Ряполова Т.Л.¹, Студзинский О.Г.², Громов А.П.², Альмешкина А.А.¹

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Республиканская клиническая психиатрическая больница, г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ

В настоящее время продолжают появляться новые противэпилептические препараты (ПЭП), в связи с чем необходимо унифицировать подходы к оказанию помощи больным эпилепсией. Для начала лечения пациентов с эпилепсией важно установить причину и характер того или иного пароксизмального состояния. С целью определения характера припадков необходимы: углубленное клинико-неврологическое обследование, электроэнцефалография, транскраниальная доплерография, сканирование головного мозга, контроль артериального давления, онко-неврологическое, углубленное эндокринологическое и нейропсихологическое обследования. При наличии двух и более эпилептических припадков необходимо назначение ПЭП. Для лечения эпилепсии у взрослых линию выбора препарата принято определять исходя из типа припадков. Монотерапия проводится препаратом первой линии выбора (вальпроат, ламотриджин, топирамат при первично генерализованных тонико-клонических, тонических и клонических припадках; вальпроат при миоклонических припадках; вальпроат, этосуксимид при абсансах; вальпроат, ламотриджин, карбамазепин, топирамат при парциальных припадках; вальпроат, ламотриджин, карбамазепин, топирамат при вторично генерализованных и вальпроат, топирамат при недифференцированных припадках). Оценка эффективности лечения производится в течение минимум трех месяцев после достижения терапевтической дозы ПЭП. При определении эффективности на протяжении меньшего периода времени нельзя оценить эффективность ПЭП, что чревато многократной их сменой и формированием вторичной фармакорезистентности. При выборе ПЭП первой линии, нужно не забывать о регулярно встречающихся побочных эффектах, ухудшающих качество жизни пациентов с эпилепсией. Если первое назначение ПЭП эффективно, то его применяют продолжительно в терапевтических дозах на протяжении 2-3 лет, если неэффективно, то используют дру-

гой препарат первой линии выбора, сперва доводя его до терапевтической дозировки, а после этого постепенно отменяют первый неэффективный ПЭП. Если терапевтические дозировки второго ПЭП являются эффективными, то его тоже рекомендуют применять продолжительно постоянно в течении минимум 2-3 лет. При развитии припадков у пациента, частота и тяжесть которых заметно ухудшает качество функционирования в социуме, когда был назначен один препарат первой линии выбора и он оказался неэффективным, то возможен переход на лечение двумя ПЭП. Если монотерапия вторыми ПЭП оказалась неэффективной, то обращение к приему следующего препарата возможно только при очень редких припадках и, как правило, переходят на терапию двумя ПЭП. Из первых двух препаратов предпочитают тот, который был более эффективен и лучше переносился больными. К нему присоединяют препарат первой или второй линии выбора, при этом не забывая учитывать их фармакокинетические и фармакодинамические взаимодействия. Дозы должны быть не ниже терапевтических. Если терапия двумя ПЭП все еще неэффективна, то продолжают подбор схемы лечения из двух, затем из трех ПЭП, которые эффективны для лечения определенного типа припадков. В данной комбинации необходимо присутствие одного из следующих препаратов: топирамат, атипичные бензодиазепины при первично генерализованных тонико-клонических, тонических и клонических припадках; фелбамат, атипичные бензодиазепины при миоклонических припадках; топирамат, атипичные бензодиазепины при абсансах; топирамат при парциальных припадках; топирамат, атипичные бензодиазепины при вторично генерализованных и при недифференцированных припадках. Так как не представляется возможным оценить взаимодействие и неминуемую сумму побочных эффектов комбинаций из более трех ПЭП, то их считают неэффективными.

Ряполова Т.Л., Титухин Н.В.

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

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ АУТОСТИГМАТИЗАЦИИ

В силу особенностей депрессивной симптоматики больные с аффективными расстройствами нередко принимают и примеряют на себя сложившиеся в обществе стереотипы и предубеждения о людях с психическими расстройствами, то есть у них развивается процесс аутостигматизации. Переживание стигмы является более тяжелым нарушением, привнося специфические изменения или усугубляя имеющиеся симптомы. Поэтому преодоление стигмы или ее «смягчение» является одним из важнейших аспектов оказания помощи больным с аффективными расстройствами.

Цель исследования – определение феноменологической структуры депрессии у пациентов с различным уровнем самостигматизации.

Материал и методы исследования. Было обследовано 116 больных с аффективными расстройствами (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, депрессивная фаза биполярного аффективного расстройства). Для стандартизованной количественной оценки депрессии была использована Шкала Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression – HAM-D, M. Hamilton, 1960), для оценки уровня аутостигматизации – Шкала оценки уровня самостигматизации (В.А. Абрамов и соавт., 2011). Метод математической обработки результатов предусматривал статистическую обработку с использованием лицензионного пакета «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

Результаты исследования. Распределение пациентов в соответствии с оценкой степени тяжести депрессивной симптоматики по шкале HAM-D было следующим: легкая степень – 39 чел. (33,6%), средняя степень тяжести – 77 чел. (66,4%). Анализ распределения больных с различной степенью выраженности депрессии по уровням самостигматизации выявил статистически значимое ($p=0,005$) преобладание больных с легкой депрессией среди пациентов с низким уровнем самостигматизации (8 чел. – 20,5%),

пациентов с умеренной депрессией – со средним (40 чел. – 51,9%) и высоким (31 чел. – 40,3%) уровнями самостигмы. Феноменологический анализ депрессии в группе больных с низким уровнем самостигмы выявил статистически достоверное ($p<0,05$) преобладание при умеренной депрессии таких проявлений как сниженное настроение, чувство вины, суицидальные тенденции, бессонница, снижение работоспособности, заторможенность, тревога, ипохондрические симптомы, расстройства сексуальной сферы. У больных с умеренной депрессией и средним уровнем самостигмы определялось статистически достоверное ($p<0,05$) преобладание большего количества и более выраженных депрессивных симптомов (помимо выше перечисленных, ранние пробуждения, дереализация-деперсонализация, элементы бредовых идей самообвинения и самоуничтожения), а при высоком уровне аутостигмы – статистически достоверно ($p<0,05$) меньшее количество проявлений депрессии умеренной степени (сниженное настроение, чувство вины, бессонница, заторможенность, тревога, ипохондрические симптомы, расстройства сексуальной сферы, отсутствие критики к своему состоянию).

Таким образом, состояние больных с умеренным уровнем самостигмы характеризовалось наибольшим количеством симптомов умеренной депрессии. Неравномерность распределения депрессивных симптомов в группах пациентов с разным уровнем самостигматизации может свидетельствовать об относительно независимых механизмах формирования аутостигмы. Полученная феноменологическая картина депрессии у больных с разным уровнем самостигматизации позволяет предположить активизацию защитных механизмов по мере нарастания симптомов самостигмы, что приводит к вытеснению суицидальных тенденций и возможности осознания болезненности состояния.

Савенко А.Ю.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НАУКА И ВЫМЫСЕЛ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ: УСТОЯВШИЕСЯ ПОНЯТИЯ С ДОКАЗАТЕЛЬСТВАМИ И БЕЗ НИХ

Цель исследования. Проанализировать пять устоявшихся догм в интенсивной терапии. Пересмотреть догмы в сторону исключительно индивидуального назначения или вовсе исключить их пользу индивидуальных терапевтических стратегий.

Материалы и методы. Изучены литературные источники, проанализированы и систематизированы научные труды анестезиологов разных стран, материалы веб-сайтов.

Результаты. Догма №1. Необходимо введение изотонических растворов, диуретиков и вазопрессоров при снижении диуреза(олигоурии). Многие авторы предлагают не использовать ни жидкостную терапию вне лечения гиповолемии, ни диуретиков для лечения ОПН. Одновременное применение вазопрессоров с диуретиками также не будет эффективно в данном случае.

Догма №2. Лечение синдрома длительного сдавления способом агрессивной жидкостной реанимации. Парентеральное введение большого количества раствора может привести к таким осложнениям как отёк лёгких, абдоминальному синдрому. Использование физ. раствора увеличивает нагрузку на почки и усугубляет травму.

Догма №3. Пациентам после пересадки почки назначается физиологический раствор. Физ. раствор влияет на кислотно-щелочной баланс и

большие объемы физ. раствора могут вызывать гиперхлоремический ацидоз, истощение буферного механизма с последующим выходом калия из клеточного пространства, усугубляя гиперкалиемию.

Догма №4. Энтеральное питание не подходит пациентам с большим остаточным объемом желудка. Невозможно определить порог БООЖ, показательный для увеличения риска аспирации, нет связи между случаями аспирационной пневмонии и частотой регургитации.

Догма №5. Все пациенты на механической вентиляции лёгких в отделениях интенсивной терапии нуждаются в седации. Но этот метод имеет и нежелательные последствия, осложнения: препараты этой группы могут вызвать дыхательную депрессию, гемодинамическую нестабильность, метаболический ацидоз и в долгосрочной перспективе увеличить продолжительность механической вентиляции и пребывания пациента в отделении интенсивной терапии.

Выводы: на сегодняшний день в медицине много догм, которые могут быть подвержены пересмотру исходя из новых знаний, полученных в той или иной области. Также экспертное мнение не всегда является верным, так как при своих заключениях они опираются на постулаты, которые могут быть не всегда верны.

Савченко В.С., Скрипка Л.В., Пекач А.И., Филиппова Т.И.

Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора ГСЭС МЗ ДНР

ОБ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КОРИ СРЕДИ ЛИЦ РЕЛИГИОЗНОЙ ОБЩИНЫ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

На сегодняшний день в Донецкой Народной Республике (далее – ДНР) эпидемическая ситуация по кори продолжает оставаться напряженной. Эпидемическому неблагополучию по кори способствуют необоснованные отказы населения от прививок, недостаточная иммунная прослойка среди населения, занос кори мигрирующим населением из сопредельных территорий.

Цель работы

Установить причины подъема заболеваемости корью среди лиц религиозной общины в г. Х.

Материалы и методы

Проведен эпидемиологический анализ заболеваемости корью лиц религиозной общины по данным оперативных донесений и сводных отчетов по заболеваемости корью по административно-территориальным единицам г. Х.

Результаты и обсуждение

В период с 01.07.2019г. по 27.07.2019г. зарегистрировано 36 случаев кори среди лиц религиозной общины. Первые случаи заболевания были зарегистрированы среди лиц, находившихся в

период с 01.07.2019г. по 04.07.2019г. на территории временного палаточного городка в г. Х. на культовом мероприятии. Заболевания корью регистрировались среди жителей г.Х. (24 случая), г.М. (10 случаев) и г.Д. (2 случая). 22 случая заболевания были подтверждены лабораторно (сериологически). Все заболевшие были непривиты против кори, иммунизация контактных лиц по эпидемическим показаниям не проводилась из-за отказов по религиозным убеждениям.

Вероятным источником инфекции явился

житель г.Х., который заразился корью во время пребывания на территории Украины и в prodromальном периоде заболевания контактировал с не привитыми против кори членами религиозной общины во время съезда.

Заключение

Основной причиной возникновения вспышки кори среди лиц религиозной общины является контакт лиц, не привитых против кори с источником инфекции, который находился в prodromальном периоде заболевания.

Сажнева И.А.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, г. Донецк

КРАНИОПУНКТУРА В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ

Актуальность. С развитием речи связано формирование как личности в целом, так и всех основных психических функций. С ростом психоневрологической патологии у детей проблема речевых нарушений приобретает все большую актуальность и их частота по данным различных авторов составляет 45-80%. Поэтому определение направлений терапии речевых расстройств у детей относится к числу важнейших задач.

Цель. Целью исследования является оценка эффективности краниопунктуры при лечении детей с речевыми нарушениями.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 50 детей в возрасте от 3 до 15 лет с речевыми нарушениями, из них с задержкой речевого развития (ЗРР)-32, алалией-8, дизартрией-10 человек. Всем детям проводилась оценка неврологического и речевого статуса с использованием шкалы оценки тяжести речевого дефекта (по С.К. Евтушенко, О.А. Дубовцевой, 1998г.) в динамике.

При восстановлении речевых функций на фоне применения ноотропных (кортексин, пантогам) и вазоактивных (мексидол, никотиновая кислота) препаратов более специфическое действие оказывает метод скальп-терапии, основанный на воздействии акупунктурными иглами на классические зоны краниопунктуры. Воздействие проводится на три симметричные зоны речи. Первая составляет нижние 2/5 моторной зоны; вторая расположена параллельно медиальной установочной линии и на 2 см ниже теменного бугра; третья расположена ниже вестибулокохлеарной зоны над ушной раковиной. При различных формах дизартрии используются нижние 2/5 зоны торможения хорей и гиперкинезов, нижние 2/5 сенсорной и психомоторной зон, зоны равновесия и вестибулокохлеарная.

Воздействие осуществляется акупунктурными иглами, которые проводились по апоневрозу по всей длине зоны или необходимой ее части с экспозицией 7-20 минут.

При тяжелых формах расстройств речи назначалась электрокраниопунктура на фоне внутримышечного введения 1% р-ра никотиновой кислоты с постепенным повышением дозы от 0,5 мл-1,0 мл до максимально переносимой (2-5 мл в зависимости от возраста ребёнка).

У детей раннего возраста и с повышенным эмоциональным фоном возможно воздействие на зоны скальпа инфракрасным лазерным излучением. Под действием лазерного излучения изменяется энергетическая активность клеточных мембран, активизируется ядерный аппарат клеток, активность ферментов и окислительно-восстановительные процессы, увеличивается синтез глутаминовой кислоты. Кроме того, лазерное воздействие активизирует биоэлектрическую активность головного мозга, улучшает микроциркуляцию в тканях и способствует их регенерации.

Воздействие лазерным излучением проводится на 4-6 зон скальпа в область доминантного полушария с экспозицией 2-10 минут в зависимости от возраста.

Результаты. Использование комплексных методов в лечении речевых нарушений у детей с применением краниопунктуры, в том числе на фоне введения никотиновой кислоты, способствовало улучшению состояния больных в виде увеличения речевой продукции, появлении простой фразы (55%), улучшении понимания обращённой речи (20%), уменьшении дизартрии (6%).

Выводы. Применение краниопунктуры показало положительную динамику в восстановлении речевых функций у детей. Дети стали более эмоциональными, активнее вступали в контакт.

Самусь Е.С., Узун Ф.Ф., Чередниченко К.А.

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

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕПРЕССИЙ

Цель исследования

Поисковые исследования новых методов лечения депрессивных состояний при помощи комбинации препаратов из групп антидепрессанты, церебропротекторы и других новых групп.

Материалы и методы.

Систематический обзор и анализ публикаций по использованию инновационных средств диагностики и лечения депрессий.

По данным ВОЗ более 300 миллионов человек из всех возрастных категорий, страдают от депрессии – одного из распространенных психических заболеваний. Основные симптомы заболевания: стойкое снижение настроения, утрата интереса к жизни, отсутствие переживания чувства радости, утомляемость, нарушение аппетита, ангедония, тревога, снижение либидо, что может заканчиваться суицидом. В основе патогенеза на молекулярном уровне лежит дефицит моноаминов, которые выполняют нейрорегуляторную роль. Молекулярным субстратом являются глутаматные рецепторы – N-метил-D-аспартат (NMDA) участвующие в системе передачи сигналов контролирующих настроение. На клеточном уровне наблюдается уменьшение числа дендритов, обеспечивающих связь между собой и специализированными образованиями мозга; повреждение и даже гибель нейронов в результате чрезмерной продукции возбуждающих нейромедиаторов (глутаминовой кислоты); торможение процессов формирования новых нейронов, развитие нейровоспаления и нарушение нейрональной пластичности, связанные с нейродегенеративными процессами. На МРТ у взрослых пациентов с большим депрессивным расстройством выявлено утончение серого вещества в различных областях головного мозга, либо уменьшение площади серого вещества.

Первоочередными препаратами в современной терапии депрессии являются средства направленные на нормализацию уровня моноаминов. Это антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) в пресинаптической мембране: цитопрам, сертралин, флуоксетин, пароксетин. Так как идут нейродегенеративные изменения в мозге, то становится обоснованным назначение цере-

бротекторных препаратов: пираретама, цитиколина. Доказано, что сочетанное применение лекарственных веществ, влияющих на отдельные патогенетические звенья заболевания, потенцирует эффективность терапии и дает достоверный эффект. Идет разработка препаратов нового поколения – комбинации антидепрессанта и нейропротектора. Проводятся клинические исследования препаратов, которые содержат лиганды глутаматных рецепторов. Мемантин – неселективный блокатор NMDA-рецептора, кетамин – неселективный блокатор каналов NMDA-рецептора.

Развиваются новые виды терапии – тераностика – диагностически управляемая терапия, то есть при помощи проверочных алгоритмов можно будет быстро и однозначно оценить эффективность ответа на лечение определенного пациента на подобранную ему лекарственную терапию. Для этого нужно будет использовать «омиксные» маркеры – названы по суффиксу омик – геномика, транскриптомика, протеомика, и другие науки, которые на молекулярном уровне изучают реализацию генетической информации. По изменению содержания м-РНК и нейротрофического фактора мозга (BDNF) можно оценить характер и динамику нейрональной пластичности мозга на медикаментозную терапию антидепрессантами и нейропротекторами и другими средствами, проявляющими подобную активность. Разработка предикторов (предсказателей) риска возникновения депрессии и чувствительности к лекарственной терапии. Альтернативой может стать и немедикаментозное лечение при помощи навигационной транскраниальной стимуляции головного мозга (ритмическая магнитная стимуляция, стимуляция постоянным или переменным током). При помощи системы точного позиционирования катушку можно разместить над определенными участками коры.

Вывод

Результаты поисковых исследований позволяют увидеть перспективы для своевременной диагностики депрессии, подбора индивидуального лечения с контролем эффективности терапии. Близка возможность получения новых более эффективных комбинированных препаратов.

Сапронова Н.Г., Светова Э.В., Канцуров Р.Н.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, Россия

МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Многие годы бытовало мнение, что для цирроза печени (ЦП) характерны нарушения гемостаза по типу гипокоагуляции. В последние годы в литературе всё чаще встречается информация о наличии у таких пациентов гиперкоагуляционного синдрома. Его своевременная диагностика затруднена, так как он редко выявляется «базисными» тестами гемостаза, оценивающими отдельно взятые его компоненты, а не их совокупность. Имеющийся у пациентов с портальной гипертензией на фоне ЦП риск развития жизнеугрожающих послеоперационных тромботических осложнений определяет необходимость и важность тщательного изучения у них системы гемостаза. Альтернативным и наиболее информативным для пациентов изучаемой категории является Тест «Тромбодинамика», позволяющий одномоментно оценивать качество функционирования отдельных компонентов и всей системы плазменного гемостаза в целом. Мы провели исследование на базе хирургической клиники Ростовского государственного медицинского университета с 2016 по 2019 года, в котором приняли участие 31 пациент (17 мужчин и 14 женщин, средний возраст – 50,3 лет) с ЦП вирусной этиологии (вирусные гепатиты В и С), осложнённым портальной гипертензией, на фоне хронической печеночной недостаточности класса «В» (по классификации Child-Turcotte-Pugh). Длительность основного заболевания составила в среднем 8,2 года (от 3 до 11 лет). Всем больным было выполнено оперативное лечение в объёме трансъюгулярного интрапеченочного портосистемного шунтирования (TIPS). Оценку состояния свертывающей системы крови мы проводили с помощью базисных и «глобальных» тестов гемостаза. Базисная оценка определила наличие у всех пациентов признаков гипокоагуляции. Применение Теста «Тромбодинамика» позволило выявить гиперкоагуляционные отклонения у 20 исследуемых нами пациентов, при этом у 5 из них был диагностирован тромбоз шунта в послеоперационном периоде, подтвержденный результатами выполненного ультразвукового исследования сосудов портальной зоны с оценкой качественных и количественных параметров кровотока. Анализ данных литера-

туры и проведённое нами исследование позволили нам сделать вывод о наличии у больных с портальной гипертензией на фоне ЦП ряда информативных показателей, позволяющих оценивать риск развития в послеоперационном периоде гиперкоагуляционных осложнений. Учитывая полученные результаты, мы разработали информативный и удобный в использовании прогностический метод (Патент РФ на изобретение №2665118). Значимые, на наш взгляд, параметры мы поместили в таблицу, где значению каждого показателя соответствует 0 или 1 балл, суммируемые в итоге. К ним мы отнесли: 1) сроки, прошедшие с момента последнего эпизода кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка; 2) класс тяжести ЦП в соответствии с классификацией Child-Turcotte-Pugh; 3) результаты Теста «Тромбодинамика» (скорость формирования кровяного сгустка, задержка роста кровяного сгустка, начальная скорость роста кровяного сгустка, стационарная скорость роста кровяного сгустка, размер сгустка через 30 минут, плотность сгустка, время появления спонтанных сгустков); 4) уровень D-димера; 5) уровень фибрин-мономерных комплексов; 6) результаты триплексного сканирования сосудов портальной области (линейная скорость кровотока в воротной вене, характер кровотока в воротной вене, диаметр воротной вены и скорость кровотока в шунте). После подсчета баллов, пациента относят к одной из сформированных и предложенных нами групп риска развития гиперкоагуляции, среди которых мы выделили: А – риск развития гиперкоагуляции отсутствует; В – риск умеренный, требующий медикаментозной коррекции; С – риск высокий, необходимо назначение и проведение адекватной комбинированной корректирующей терапии. Используя предложенный способ, мы рассчитали прогноз для принимавших участие в исследовании 31 пациента. В итоге, 12 пациентам была установлена группа А (риск отсутствует), 11 – группа В (риск умеренный) и еще у 8 больных – группа риска С (риск высокий). 5 пациентов, у которых был диагностирован тромбоз шунта, были определены в группу риска С. Эффективность предложенной нами прогностической ме-

тодики подтверждается изучением течения послеоперационного периода и катamnестическим анализом. Преимуществами разработанного метода являются неинвазивность, лёгкость при

осуществлении расчёта, отсутствие идентичных моделей прогноза тромботических осложнений у больных изучаемой категории.

Саркисян А.С., Хижный Д.С., Мосягина Н.А., Труфанова М.С.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ЖИТЕЛЕЙ В ГОРОДАХ С НАСЕЛЕНИЕМ МЕНЕЕ 150 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (АНКЕТИРОВАНИЕ)

На сегодняшний день, несмотря на большой объем материалов о профилактике стоматологических заболеваний, и открытый доступ к ним, в ходе различных исследований обнаруживается низкий уровень стоматологической осведомленности населения. Очень острым является вопрос низкой осведомленности будущих родителей, молодых родителей, опекунов малолетних детей. Именно они участвуют в обеспечении профилактики стоматологических заболеваний у несамостоятельного ребенка.

Цель работы

Целью исследования стало определить уровень стоматологической осведомленности жителей Ростовской области Российской Федерации (с населением менее 150 тысяч). Провести анкетирование среди жителей данных городов. В ходе анализа анкет, выбрать анкеты респондентов т.н. «фертильного возраста» (возрастная группа 16-45 лет). Сравнить уровень осведомленности мужчин и женщин в возрастной группе 16-45 лет.

Материал и методы

Проведение анкетирования (анкеты содержат 8 вопросов в тестовой форме, с пятью вариантами ответа, в которых всего один- правильный, а также поля для указания пола и возраста). Подсчет результатов в форме таблиц Microsoft Excel. Результаты указывались в баллах (от 0 до 8, где каждый бал соответствует одному правильному ответу в анкете-тестировании)

Результаты и обсуждение

Анкетирование было проведено при инициативе студентов ЛГМУ им. Святителя Луки, и

проводилось в таких городах Ростовской области, как: Донецк, Каменск-Шахтинский, Шахты, Новошахтинск, Миллерово в период с мая по июль 2019 года. В анкетировании приняли участие респонденты из вышеперечисленных городов. Всего были получены 292 анкеты. В качестве респондентов выступили 186 женщин и 104 мужчины возрастом от 14 до 62 лет. Две анкеты оказались испорченными. Из всех анкет (n=292) – 280 были собраны у лиц т.н. «фертильной возрастной группы», т.е от 16 до 45 лет (95,89% от всех). В этой возрастной группе участниками анкетирования стали 182 женщины и 98 мужчин. Было посчитано число правильных ответов в каждой анкете данной возрастной группы. Средний результат количества правильных ответов у всех опрошенных составил ~4.1 балла. Средний результат у женщин составил ~4,2 балла (n=182) и у мужчин (n=98) ~4 балла (p=0,1).

Заключение

По результатам анкетирования результаты у респондентов т.н. «фертильной возрастной группы» от 16 до 45 лет, средний показатель составил 4,2 балла, т.е. более 50%, но ниже 59%, и можно расценивать как неудовлетворительный (по системе ABCDF) Инициативная группа студентов, участвовавшая в проведении анкетирования планирует проведение подобных акций в других регионах России и соседних стран, а также организацию бесед по профилактике стоматологических заболеваний с жителями своих городов, с целью повышения уровня стоматологической осведомленности и снижению показателей стоматологической заболеваемости населения.

Свищунова Н.А.

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

ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛЛЕРГИИ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Распространенность патологических состояний, связанных с нарушением толерантности к пище с каждым годом имеет тенденцию к увеличению. Наиболее актуальной проблемой у детей первого года жизни является аллергия к белкам коровьего молока (АБКМ), которая в ряде случаев проявляется в виде гастроинтестинальных нарушений. Аллергические поражения желудочно-кишечного тракта не имеют специфичности и могут развиваться на любом его участке, начиная с ротовой полости и заканчивая толстым кишечником. Поэтому диагностировать гастроинтестинальные проявления аллергии у детей достаточно затруднительно.

Цель работы

Изучить основные гастроинтестинальные проявления АБКМ у детей первого года жизни.

Материал и методы

На базе КУ «Городской детской клинической больницы № 1 г. Донецка» обследовано 105 детей в возрасте от 1 месяца до года, страдающих АБКМ. Диагностика АБКМ основывалась на данных анамнеза, объективного обследования, результатах диагностической элиминационной диеты. У всех пациентов были рассмотрены клинические проявления пищевой аллергии. Особый акцент был сделан на изучении ее гастроинтестинальных проявлений.

Результаты и обсуждение

Установлено, что у 73 (69,5±4,5%; 95% ДИ 60,6 – 78,5%) пациентов были выявлены частые срыгивания, которые родители отмечали либо после каждого кормления, либо через

кормление, а в некоторых случаях – между кормлениями. Младенческие колики регистри-

ровали у 72 (68,6±4,5%; 95% ДИ 59,5 – 77,6%) детей. При этом колики характеризовались приступами беспокойства или безутешного плача, возникающие и завершающиеся без очевидных причин, которые длились от 3 до 7 часов в сутки. Практически у каждого ребенка с АБКМ имели место изменения характера стула: диарея отмечалась у 82 (78,1±4,0%; 95% ДИ 70,1 – 85,1%) обследованных детей, у 18 (17,1±3,7%; 95% ДИ 9,8 – 24,4%) пациентов регистрировали запор. Кровь в стуле на фоне диареи отмечалась у 23 (21,9±4,0%; 95% ДИ 13,9 – 30,0%) пациентов. При этом кровь в большинстве случаев была обнаружена в виде прожилок либо перемешанной с жидким калом. При изучении анамнеза было установлено, что появление крови в стуле у ребенка в большинстве случаев – 16 (15,2±3,5%) пациентов, было ассоциировано с введением молочного продукта либо смене молочных смесей.

Заключение

У детей первого года жизни клиническими проявлениями АБКМ в большинстве случаев являются гастроинтестинальные проявления: частые срыгивания, упорные колики, диарея с примесью крови. Основным направлением лечения таких пациентов является длительная элиминационная безмолочная диета с использованием лечебных смесей на основе высокогидролизованного молочного белка или казеина, а при их неэффективности – аминокислотных смесей при искусственном либо смешанном вскармливании ребенка, а при грудном вскармливании – исключение употребления молочных продуктов из рациона матери.

Седаков И.Е.^{1,2}, Мотрий А.В.^{1,2}, Смирнов В.Н.¹, Скочиляс Т.Л.¹, Резниченко Л.П.¹, Мотрий М.О.¹, Кольчева О.В.^{1,2}, Башеев А.В.^{1,2}

¹Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря МЗ ДНР, г. Донецк

²ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПЕРСОНФИКАЦИЯ АДЪЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Введение.

Ведущее значение для определения тактики адекватного лечения рака молочной железы имеет концепция клинико-биологического тече-

ния опухолевого процесса. Иммуногистохимия (ИГХ) используется для характеристики внутриклеточных белков или различных клеточных поверхностей во всех тканях.

Цель работы.

Цель этого исследования состояла в оценке влияния неоадьювантной терапии на молекулярно-биологические подтипы рака молочной железы (РМЖ) и изменения иммуногистохимического статуса опухоли (ИГХ).

Материалы и методы.

Было проведено проспективное клиническое исследование 345 пациенток женского пола стадии T4N0-2M0 в возрасте от 28 до 84 лет (средний возраст 57 ± 10 лет), проходивших лечение в Республиканском онкологическом центре имени профессора Г.В. Бондаря (РОЦ). Пациентки были поделены на две группы: исследуемую (182 пациентки) и контрольную (163 пациентки) и были классифицированы на 5 биологических подтипов рака молочной железы (РМЖ): «Люминальный А» (высокодифференцированные раки ER+PR+HER2-Ki67<20%), «Люминальный В HER2-негативный» (низкодифференцированные раки ER+PR±HER2-Ki67>20%), «Люминальный В HER2-позитивный» (ER+PR±HER2+Ki67любой), тройной негативный рак (ER-PR-HER2-Ki67любой), «Нелюминальный HER2-позитивный» (ER-PR-HER2+Ki67любой), определяемые по статусу иммуногистохимического исследования образцов опухоли. Всем исследуемым было выполнено определение ИГХ статуса опухоли, проведена неоадьювантная химиолучевая терапия и радикальная мастэктомия (РМЭ) по Маддену. В контрольной группе адьювантная терапия назначалась с учетом ранее определенного ИГХ статуса опухоли, а в исследуемой – адьювантное лечение назначалось с учетом повторно определяемого после

лечения ИГХ статуса опухоли.

Результаты. В исследуемой группе в 44% случаях (81 пациентка) наблюдалось изменение молекулярно-биологического подтипа РМЖ, в 22,53% (41 пациентка) было произведено изменение схем адьювантного лечения, у 9,34% (17 пациентов) зарегистрирован полный патоморфологический ответ опухоли на проведение неоадьювантной терапии. Вследствие этого, изменения в молекулярно-биологическом статусе опухоли РМЖ определить не представилось возможным. На основе полученных результатов, произведена коррекция схем проведения адьювантной терапии пациенток исследуемой группы. В исследуемой группе рецидивы не наблюдались в 147 случаях (80,8% (95% ДИ 74.3-87,9), $p=0,034$), тогда как в контрольной группе этот показатель не превышал 66,2% (95% ДИ 55.8-78.5, $p=0,034$) (120 пациенток).

Заключение.

В данном исследовании отчетливо видна необходимость изучения ИГХ статуса после проведения неоадьювантной терапии для выявления изменений молекулярно-биологических подтипов рака молочной железы. Изучение закономерностей изменений в каждом молекулярно-биологическом подтипе представляет важную прогностическую информацию, поскольку определение тактики дальнейшего лечения рака молочной железы становится более персонализированным. Это позволяет радикально изменить тактику дальнейшего адьювантного лечения, что в свою очередь, может положительно сказаться на ближайших и отдаленных результатах лечения больных РМЖ.

Седаков И. Е.^{1,2}, Садрицкая Я.В.², Фролков В.В.^{1,2}

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря, г. Донецк

ПРОФИЛЬ И ЛАТЕРАЛИЗАЦИЯ РАННЕГО ТРИЖДЫ НЕГАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуальность

Трижды негативный рак молочной железы (ТНРМЖ) в последние годы является одним из наиболее изучаемых подтипов в связи с агрессивностью клинического течения.

Цель

Определение клинических особенностей ТНРМЖ у пациенток с I стадией в группах с поражением правой и левой молочных желез.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ данных 18 историй болезни, амбулаторных карт пациенток с ТНРМЖ

I стадии, проходивших лечение в РОЦ им. проф. Г.В. Бондаря в период 2008-2018гг. Диагноз верифицирован с помощью трепан-биопсии и тонкоигольной биопсии с иммуногисто(cito)химическим и цитологическим исследованием. Определение рецепторов эстрогенов – ClonEP1, рецепторов прогестерона – ClonPgR 636, Her-2/neu- PolyclonalRaDDit, Ki 67 – ClonMIB-1. Выполнялась маммография, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости для исключения отдаленных метастазов.

Результаты

Пациентки составили 2 группы: с локализацией первичной опухоли в правой молочной железе – 1-я группа (n=11), левой – 2-я группа (n=7). Средний возраст 1-й группы составил 41,3±1,97 лет, 2-й группы – 52,14±4,77 лет. В 1-й группе сохраненная менструальная функция – в 81,1%, во 2-й – менопауза у пациенток – в 71,4%. В 1-й группе показатель абортот составил 2,3, родов – 0,8, во 2-й группе – 1,0 и 1,5 соответственно. По данным патогистологического исследования в 1-й группе преобладала протоковая карцинома (91%), средней степени дифференцировки, G2 (60%), во 2-й группе протоковый рак встречался в 42,85%, чаще со степенью дифференцировки G3 (66,6%). У 72% пациенток выявлена патология, свидетельствующая о гормональном дисбалансе: миомы матки, кисты яичника, диффузные изменения щитовидной железы. У 44,4% отмечается патология гепатобилиарной системы.

Длительность достоверного наблюдения 1-й группы составила 46,2±9,25 мес. Выживаемость без прогрессии (ВБП) – 31,36±7,3 мес. 1 случай летального исхода от продолжения болезни, общая выживаемость (ОВ) составила 71 мес. Во 2 группе преимущественное число пациенток поступили на лечение в 2017-2018гг. – 5 (71,4%), длительность достоверного наблюдения 2 группы составила 9±2,64 мес., 1 случай летального исхода от продолжения болезни.

Выводы

Учитывая возможную гиперандрогенемию, вызванную абортотами, у пациенток с поражением правой молочной железы, целесообразно исследование статуса андрогеновых рецепторов в сочетании с уровнем андрогенов в крови, с целью получения дополнительных молекулярных мишеней для фармакотерапевтического воздействия. Сопутствующая патология требует тесной кооперации с врачами первичного звена.

Седаков И.Е.^{1,2}, Семикоз Н.Г.^{1,2}, Попович А.Ю.^{1,2}, Ладур А.И.^{1,2}, Совпель О.В.^{1,2}, Заика А.Н.^{1,2}, Аль Баргути А.А.¹, Лисаченко И.В.¹, Глотов А.В.¹, Кондаков М.Д.¹, Аль Баргути Р.А.²

¹Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря, г. Донецк

²ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

НЕОАДЬЮВАНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Основным способом лечения рака желудка по-прежнему остается хирургическое вмешательство, однако для повышения эффективности лечения больных, улучшения непосредственных и отдаленных результатов лечения применяются комбинированные методы лечения, в том числе и неоадьювантное лечение.

Цель работы

Оценить эффективность неоадьювантного химиолучевого лечения больных раком желудка.

Материалы и методы

Способ осуществляется следующим образом: выполняют рентгенологическую разметку зоны облучения и катетеризацию лимфатического сосуда верхней трети бедра, после чего на протяжении 5 дней пациент получает лучевую терапию на эпигастральную область РОД 4 Гр до СОД 20 Гр с 12-часовой внутриллимфатической инфузией 5-фторурацила в дозе 750 мг/м². Через 24-48 часов выполняется оперативное лечение. По данному способу с 2017 года по настоящее время пролечено 16 пациентов. Среди них мужчин 10, женщин – 6. Средний возраст пациен-

тов составил 60,6 лет. С II стадией заболевания в стационар поступило 8 пациентов, с III – 8 пациентов. Осложнения опухолевого процесса наблюдались в 5 случаях. Сопутствующие заболевания отмечены у 12 пациентов. Чаще всего встречались сердечно-сосудистые заболевания.

Результаты

Осложнений после неоадьювантного лечения и после операций не было отмечено ни в одном случае. Частота резекции R0 составила 100%. Лечебный патоморфоз после неоадьювантного лечения изучался у всех 12 пациентов по методу Г.А. Лавниковой. Патоморфоз I степени отмечен у 2 пациентов, II степени – у 8 пациентов, III степени – у 6, IV степени – не наблюдался.

Выводы

Предлагаемый способ неоадьювантного лечения больных раком желудка позволяет добиться регрессии первичной опухоли желудка и ее регионарных метастазов, увеличить число радикальных (R0) резекций, повысить абластичность операции. При этом позволяет использовать данный способ у ослабленных больных и снизить частоту осложнений.

Селезнев К.Г., Андреев П.В., Долженко С.А., Климов З.Т., Харьковский А.В.

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

КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛИТОВ

В современной оториноларингологии происходит парадоксальное явление - с увеличением количества работ по тонзиллярной тематике происходит размывание четких нозологических определений. В современной литературе в одном значении употребляются такие термины как тонзиллит и тонзиллофарингит. В следствии этого перед врачом-практиком встает проблема отсутствия четких критериев для разделения разных по этиологии и патогенезу процессов. Основным проявлением декомпенсации процесса является вовлечение в патологический процесс соединительной ткани (Плюжников М.С., и соавт., 2001, Крюков А.И. и соавт 2015). Наибольшее количество метатонзиллярных осложнений связано с β -гемолитическим стрептококком группы А. Существующие критерии развития осложнений (титр АСЛО, С-реактивный белок, ревмофактор) либо не являются специфичными, либо проявляются при уже развившемся осложнении.

Цель работы: повышение эффективности диагностики и лечения больных с различными формами острых и хронических тонзиллитов.

Материал и методы. Исследование основано на анализе историй болезни 347 пациентов с острыми воспалительными заболеваниями глотки 604 пациентов с различными формами хронических тонзиллитов находившихся на лечении в клиниках кафедры оториноларингологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО с 2005 по 2019 гг. Возраст больных колебался от 10 до 25 лет.

Результаты и обсуждение. После четкой верификации этиологии процесса проведенной на основании бактериологического исследования, экспресс-тестов на БГСА, серологической диагностики пациенты разделены на две группы. Первая - пациенты с неспецифической бактериальной этиологией. Вторая - пациенты со специ-

фической этиологией (вирусная, грибковая, бактериальная (дифтерия)). Для оценки степени вовлечения в патологический процесс соединительной ткани проводилось исследование суточной экскреции оксипролина с мочой как маркера повреждения соединительной ткани. Выявлено статистически значимое различие между уровнем оксипролина в моче в первой и второй группах. Но наиболее важное отличие — отсутствие повышения уровня оксипролина выше нормы в группе специфических инфекций и повышение его уровня в 79,7% случаев неспецифической бактериальной инфекции.

При анализе уровня оксипролина у больных с различными формами хронического тонзиллита установлено, что при компенсированной форме процесса поражения соединительной ткани не наблюдается, а при декомпенсированной форме наблюдается стойкое повышение уровня экскреции оксипролина.

Выводы:

1. Степень изменений в соединительной ткани коррелирует с этиологическим фактором и течением (повторяемостью) процесса
2. Специфические тонзиллиты не приводят к изменению в соединительной ткани и должны быть отнесены в особую группу (вторичные тонзиллиты)
3. Местные изменения в миндалинах (как фарингоскопические, так и выявляемые другими методами) не определяют изменения в соединительной ткани.
4. Стойкие накопительные изменения в соединительной ткани являются ведущим признаком декомпенсации хронического тонзиллита .
5. Сохраняющаяся повышенная экскреция оксипролина после проведенного лечения является показанием к тонзиллэктомии

*Селезнев К.Г., Долженко С.А., Андреев П.В., Климов З.Т.,
Окунь О.С., Романов А.В., Буштрук А.А.*

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

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОТОСКЛЕРОЗА

Несмотря на распространение современных методов аудиологической диагностики заболеваний уха диагностика и лечение отосклероза представляет определенные трудности (Гаров Е.В. и соавт. 2018, Борисенко О.Н. и соавт. 2015). Окончательный диагноз нередко устанавливается только во время оперативного вмешательства.

Цель работы: повышение эффективности диагностики и лечения пациентов с различными формами отосклероза.

Материал и методы. На базе клиники кафедры оториноларингологии ГОО ВПО ДОННМУ им.М.Горького за период 2005-2019 год пролечено 132 пациента с различными формами отосклероза. Мужчин было 34 (25,7%), женщин – 98 (74,3%). Диагноз устанавливали после анализа жалоб и анамнеза, осмотра ЛОР-органов, аудиометрии, акустической импедансометрии, конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ).

Результат и обсуждение. Основными диагностическими критериями установления диагноза было сочетание костно-воздушного разрыва более 15-20дБ во всем диапазоне частот с характерной тимпанометрической кривой типа «Ас» и отсутствием регистрации типичной формы акустического рефлекса как при ипси-, так и контралатеральной стимуляции. Данное сочетание симптомов наблюдалось у 119 пациентов (88,8%). У 15 пациентов зарегистрирован тип «А» тимпанометрической кривой. Следует отметить, что среди пациентов со сроком заболевания менее двух лет у 11 пациентов из 17 (64,7%) регистрировался реверсивный тип акустического рефлекса. Данный феномен не регистрировался ни у одного из пациентов со сроком заболевания

более 2 лет и после проведения курса консервативной терапии. В качестве дополнительного диагностического приема использовали денситометрию по результатам КЛКТ.

Всем пациентам проведена поршневая стапедопластика с использованием тefлонового/флюоропластикового протеза стремени. Результаты хирургического лечения больных по всем критериям были удовлетворительными. Так, через неделю после операции, после удаления тампонов наблюдали сокращение костно-воздушного разрыва на $18,4 \pm 9,4$ дБ. При контрольном осмотре через месяц улучшение слуха достигало $23,3 \pm 6,7$ дБ. Следует отметить что в группе со сроками заболевания менее 2 лет, результаты улучшения слуха были статистически ниже.

Использование денситометрии по данным КЛКТ в предоперационной подготовки не выявило существенных различий среди групп пациентов. Однако использование КЛКТ позволило оценить анатомические особенности строения барабанной полости (в частности лицевого синуса), что позволило облегчить планирование операции

Выводы: 1. «Золотым стандартом» диагностики отосклероза в настоящий момент является сочетание тональной пороговой аудиометрии и акустической импедансометрии.

2. Использование имеющихся в ДНР аппаратов КЛКТ не позволяет диагностировать различные формы отосклероза, однако проведение исследования необходимо при планировании оперативного вмешательства;

3. Регистрация реверсивного типа акустического рефлекса в сочетании с ранним сроком заболевания требует проведения предварительно курса консервативной терапии.

Семенихина А.А., Шуленина А.А., Лифантова А.А., Андреев Р.Н.

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

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Атопический дерматит может крайне пагубно влиять на жизнь человека. Подобное влияние данного заболевания очень недооценивается в современных реалиях. У людей, страдающих

атопическим дерматитом, очень часто в значительной ухудшается качество жизни, которое сказывается на активных процессах, которые происходят с человеком каждый день, а именно

– в работе, учебе, приеме ванны, сне, надевании одежды и тому подобном.

Цель работы

Изучение проблемы своевременной диагностики и профилактики атопического дерматита и его влияния на жизнь пациентов в современных условиях.

Материал и методы

Нами изучены материалы, полученные путем проведения полисомнографии, анкетирования пациентов и их родителей, актиграфии и видеомониторинга больных во время сна, социальные исследования, общая статистика.

Результаты и обсуждения

Доказано, что каждую ночь, больные затрачивают примерно 11 – 84 минуты для того, чтобы устранить неприятный зуд на коже, а с дальнейшим увеличением тяжести болезни и ухудшается качество и длительность сна. При проведении клинических испытаний, у 100 детей с диагнозом атопический дерматит, при помощи аппликационного теста, было установлено, что у 47% испытуемых активно начала развиваться контактная аллергия. Исходя из классических представлений, считается, что атопическим дерматитом – в большей степени страдают дети. Однако, благодаря современным исследованиям, стало понятно, что это не совсем так. Ученые установили, что атопический дерматит сохраняется у 34,1% лиц зрелого возраста. Статистика показала, что ментальное здоровье очень серьезно подвержено влиянию атопического дерматита. В детстве

пациенты становятся излишне застенчивыми на фоне влияния данного заболевания. В зрелости данные комплексы могут сохраниться и перейти в полноценную депрессию. На сегодняшний день, своевременная и грамотная профилактика атопического дерматита будет влиять на снижение появления заболевания, а также уменьшать риск формирования сопутствующих дальнейших осложнений, таких как – артрит, аллергический ринит, бронхиальная астма, аллергический дерматит. Доказано влияние приема пробиотиков беременных до и сразу после родов на снижение риска заболевания атопическим дерматитом новорожденных. При этом, качественный состав пробиотиков никак не влияет на степень снижения риска развития атопического дерматита и связанных с ним дальнейших осложнений. Наиболее важные составляющие профилактики атопического дерматита – это улучшение экологической обстановки и устранение внешних факторов, пагубно влияющих на окружающую среду, дабы не вызывать повторных возникновений и дальнейших рецидивов данной патологии у взрослых и детей.

Заключение

Следовательно, профилактические меры, способствующие максимальному ограничению возникновения такого заболевания, как атопический дерматит, должны ориентироваться в первую очередь, на главные звенья патогенеза изучаемой нами патологии.

Семикоз Н.Г., Тараненко М.Л., Бондарь А.В.

Республиканский онкологический центр им. Г.В. Бондаря, г. Донецк
 ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПАЛЛИАТИВНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Актуальность. Продолжительность жизни больных после установления диагноза метастатического поражения печени при отсутствии лечения составляет, как правило, не более 6 месяцев. Поэтому исследования, направленные на улучшение выживаемости этой группы пациентов, представляются весьма актуальными.

Цель исследования проанализировать результаты лечения больных с метастазами в печень, которым была проведена паллиативная лучевая терапия

Материал и методы В основу настоящего исследования были положены сведения о 111 больных с метастатическим поражением печени, при злокачественных опухолях различной локализации. В исследуемую группу включены 67 боль-

ных, паллиативное лечение которых включало 2-4 курса полихимиотерапии с последующей дистанционной лучевой терапией (через 3 недели) по разработанной нами программе с применением суперфракционирования дозы и использованием радиосенсибилизации.

Лучевую терапию метастазов в печени проводили по следующей методике: в режиме суперфракционирования дозы облучения с радиосенсибилизацией: 2 раза в день с РОД-1 Гр, через 4 часа до СОД-30-40 Гр.

Схема проведения лучевой терапии: утром с переднего поля печень облучалась в дозе- 0,1 Гр, затем – 3-х минутный перерыв и с того же поля – 0,9 Гр. С заднего поля – 1 Гр.

Через 4 часа облучалось заднее поле в дозе-

0,1 Гр, 3-х минутный перерыв и с того же поля – 0,9 Гр. С переднего поля – 1 Гр.

Через 2 месяца после окончания курса лучевой терапии проводилась оценка результатов лечения.

Контрольную группу составили 44 больных, которым проводилась системная полихимиотерапия

Результаты Средняя продолжительность жизни в исследуемой группе наблюдения составила $1,37 \pm 0,17$ года. Одногодичная выживаемость составила $34,5 \pm 4,27\%$, двухлетняя – $14,7 \pm 7,3\%$ и трехлетняя выживаемость – $10,5 \pm 8,1\%$.

Средняя продолжительность жизни в контрольной группе наблюдения составила $0,84 \pm 0,14$ года. Одногодичная выживаемость составила $14,8 \pm 4,27\%$, двухлетняя – $6,9 \pm 7,3\%$ и трехлетняя выживаемость – 0% .

Заключение Таким образом, лучевая терапия больных с метастазами в печень при опухолях различных локализаций по разработанной методике с применением суперфракционирования дозы излучения и радиосенсибилизацией, позволяет добиться повышения качества жизни и достоверного увеличения продолжительности жизни пациентов с данной патологией.

Семикоз Н.Г., Тараненко М.Л., Личман Н.А., Куква Н.Г., Бондарь А.В.

Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В. Бондаря, г. Донецк
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СКЕЛЕТА

В структуре онкологической заболеваемости мужского населения в России доля злокачественных новообразований предстательной железы, по статистическим данным, составляет $10,7\%$. Если в странах с развитой системой скрининга количество пациентов с метастатическим раком предстательной железы (РПЖ) выявляется в менее 5% случаев, то на постсоветском пространстве таких больных большинство.

Кости позвоночника, таза, ребер и кости рук и бедер являются наиболее распространенными местами возникновения метастазов. К моменту установления диагноза $60-70\%$ больных уже имеют отдаленные метастазы в скелет.

Цель. Оптимизировать методики лечения больных РПЖ с костными метастазами.

Материалы и методы. С 2006 г. в РОЦ было пролечено на линейных ускорителях 109 больных РПЖ с метастазами в кости таза. По разработанной в клинике методике на первом этапе в объем облучения включались предстательная железа, нижний этаж костей таза а также верхняя треть бедренных костей – РОД 3 Гр, СОД 30 Гр, затем последовательно верхний этаж костей таза РОД 3 Гр, СОД 30 Гр. Лечение проводилось на линейных ускорителях VARIAN Clinac

DBX600 и Clinac 2100 с использованием сочетания динамических клиньев, встроенных полей, ротационных методов. После трехнедельного перерыва на втором этапе проводилось облучение предстательной железы до изоэффективных СОД 70-74 Гр классического фракционирования. При необходимости проводилось облучение внетазовых костных метастазов.

Результаты. В процессе лечения наблюдались лучевые реакции: энтероколит в 16% случаев, цистит в 11% . Лучевой эпидермит у пациентов получавших конформное облучение не отмечался. Все реакции имели обратимый характер и корректировались медикаментозной терапией.

По истечению трех недель после лучевой терапии болевой синдром полностью купировался у 22% пациентов, уменьшение болевого синдрома отметили 54% больных, в 22% случаев отмечена стабилизация.

Выводы. Методика поэтажного последовательного облучения костей таза с применением конформного облучения позволяет подвести более высокую дозу к объему облучения и избежать выраженных реакций и осложнений со стороны критических органов и окружающих тканей.

Семинихина А.А.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПРИ КИСТОЗНОМ ФИБРОЗЕ (МУКОВИСЦИДОЗЕ) У ДЕТЕЙ

Цель исследования. Проанализировать особенности и роль питания при кистозном фиброзе.

Материалы и методы. Изучены литературные источники, проанализированы и систематизированы научные труды разных специальностей по проблематике питания при муковисцидозе, материалы веб-сайтов.

Результаты. Специальной диеты при муковисцидозе не назначают. Ребенка просто кормят больше и чаще. Родители детей с муковисцидозом часто находят, что рекомендованное питание не соответствует общепринятым представлениям о здоровой пище.

Но потребности больного и здорового человека очень различны. При муковисцидозе нужно как можно больше белков и энергии, главным источником которой становятся жиры, поскольку они в два с лишним раза калорийнее прочих питательных веществ.

Кроме того, жиры необходимы для усвоения витаминов А, D, Е и К. Благодаря ферментным препаратам, обеспечивающим переваривание достаточного количества белков и жиров, муковисцидоз перестал быть смертельным. Если у больного нет диабета, ограничивать потребление сахара не следует. Простые углеводы усваиваются легче сложных, особенно при недостатке поджелудочного сока. Важно не перебивать сладкими блюдами аппетит, чтобы не страдало потребление белков, являющихся строительным материалом для роста и восстановления тканей, а также образования различных секретов и компонентов иммунной системы.

Есть больше и чаще. Грудным детям можно давать питательные смеси с уже расщепленными жирами. Больше белков. Это относится прежде всего к быстро растущим детям старшего возраста. Им нужно получать как можно больше

мяса, птицы, рыбы, яиц и молока. Потребность организма в энергии удовлетворяют в основном жирами, которых дают столько, сколько выдерживает кишечник.

Часто требуются витаминно-минеральные добавки, но принимать их нужно только под наблюдением врача.

Больше соли. При муковисцидозе потовые и слюнные железы выводят слишком много соли, поэтому важно компенсировать ее потери, особенно в жаркую погоду и при физических нагрузках. В прочих ситуациях достаточно умеренно солить пищу.

Пищевые добавки. Если, несмотря на прием ферментов поджелудочной железы, пищеварение неэффективно, назначают прием заранее расщепленных белков, а иногда и высококалорийных коктейлей. Обычно эти добавки просто глотаются, но в тяжелых случаях приходится вводить их через зонд. Внутривенное кормление требуется редко; его можно проводить в домашних условиях. У некоторых больных из-за поражения поджелудочной железы нарушается выработка в ней гормона инсулина, необходимого для усвоения клетками растворенного в крови сахара. В результате развивается диабет. В таких случаях назначают инъекции инсулина. При муковисцидозе часто наблюдаются запоры и даже непроходимость кишечника, поэтому необходимо пить больше воды и других жидкостей. Однако пищевые волокна не рекомендуются. Для предупреждения запора врач может назначить слабительное.

Выводы. Правильное питание при муковисцидозе жизненно важно, поэтому больной должен находиться под наблюдением опытного диетолога. Страдающему этим заболеванием ребенку для нормального роста требуется гораздо больше калорий, чем его здоровому сверстнику.

Серажим А.Г.

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

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОГО АЭРОГЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ТЕХНОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Высокие темпы урбанизации, увеличение числа автотранспорта, несоответствие производственных очистных сооружений санитарно-гигиеническим требованиям создают проблему негативного влияния загрязняющих агентов, прежде всего находящихся в атмосферном воздухе, на состояние здоровья населения.

Цель исследования – оценить динамику заболеваемости болезнями органов дыхания у взрослого населения, проживающего в условиях комбинированного аэрогенного воздействия за период 2015-2017 гг.

Влияние загрязнения воздуха на здоровье человека проявляется через сокращение средней продолжительности жизни, увеличение количества преждевременных смертей, рост заболеваемости и негативное влияние на развитие подрастающего поколения. Для Макеевки и Донецка, как промышленных городов, вопросы загрязнения воздушной среды особенно актуальны так как, они занимают одни из первых мест по количеству валовых выбросов вредных веществ в атмосферу от стационарных источников на территории Донецкой Народной Республики (ДНР).

Загрязнение атмосферного воздуха исследуемых городов приоритетными загрязнителями оценивались с учетом кратности превышения показателей загрязнения (ПЗ) их нормативного значения (ПДЗ) и включали определение уровня

загрязнения и степени опасности территорий. Уровень загрязнения воздушного бассейна исследуемых городов относится к недопустимому, а степень опасности – слабо опасный (г. Макеевка ПЗ/ПДЗ -1,9, г.Донецк соответственно ПЗ/ПДЗ – 1,1).

Изучение динамики по отдельным нозологиям за период исследования установлено, что заболеваемость пневмонией, хроническим бронхитом и бронхиальной астмой по городам имеют свою особенность. Для города Донецка увеличилась заболеваемость хроническим бронхитом в 1,1 раза (с 22,0 в 2015 г. до 24,1 в 2017 г. на 1000 населения), и бронхиальной астмой в 1,2 раза (с 1,4 в 2015 г. до 1,7 в 2017 г. на 1000 населения). По городу Макеевки увеличилась заболеваемость хроническим бронхитом в 1,2 раза (с 7,4 в 2015 г. до 8,6 в 2017 г. на 1000 населения), и бронхиальной астмой в 1,4 раза (с 0,5 в 2015 до 0,7 в 2017 г. на 1000 населения).

Таким образом, уровень загрязнения воздушного бассейна исследуемых городов относится к недопустимому, а степень опасности – слабо опасный. За период 2015-2017 гг. уровни химического загрязнения атмосферного воздуха по приоритетным веществам снижаются, при этом показатели заболеваемости населения болезнями органов дыхания г. Донецка и г. Макеевки увеличиваются.

Сергеев Я.О.

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

ИЗМЕРЕНИЕ ОСТАТОЧНОГО ОБЪЕМА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЭНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ

Цель. Рассмотрение и опровержение факта повышения риска аспирационной пневмонии при увеличении остаточного объема желудка.

Материал и методы. Обзор литературы, посвященной проблемам лечения и ухода в интенсивной терапии.

Результаты. Считается, что у пациентов находящихся на энтеральном питании, необходимо проверять остаточный объем желудка (ООЖ) перед введением очередной порции смеси путём

аспирации желудочного содержимого большим шприцом. Практические рекомендации предписывают назначать препараты стимулирующую моторную функцию, если после второго измерения ООЖ составляет 250 мл и более. Если после второго измерения ООЖ составляет более 500 мл, необходимо остановить энтеральное питание и оценить переносимость принятого алгоритма, включающего: физикальную оценку, оценку желудочно-кишечного тракта(жкт), ди-

намику контроля гликемии, минимизацию обезболевания, и рассмотреть назначения препарата для улучшения моторики ЖКТ, если он еще не назначен.

Большой ООЖ увеличивает риск гастроэзофагиального рефлюкса, что может привести к аспирационной пневмонии. Однако на сегодняшний день нет достоверных данных, подтверждающих данное утверждение, но есть исследования, утверждающие обратное.

MacClave с коллегами в ходе исследований установили, что невозможно установить ООЖ, повышающий риск аспирации. Также они не смогли установить корреляции между частотой регургитации, аспирации вызванной большим ООЖ и аспирационной пневмонией. Исходя из этого, можно заключить, что ООЖ не является критерием риска при энтеральном питании. Также отмечается, что пропорция пациентов, получающих 100% от рассчитанной калорийной нормы, была существенно выше в группе где не проводилось измерение ООЖ. Это связано с тем, что энтеральное питание в этой группе прерывалось менее часто, чем в группе с измерением ООЖ.

Полноценное раннее энтеральное питание улучшает клинический результат, и его следует считать стандартом лечения. При отказе от энтерального питания или неполноценном в плане калорийности энтеральном питании следует оценивать общие риски, так как это может являться одним из факторов более длительного выздоровления пациента.

Сергеев Я.О.

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

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕБНУЮ ТАКТИКУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЛИГОУРИИ ВНЕ ГИПОВОЛЕМИИ

Цель. Ознакомиться с современным взглядом к подходу в лечении олигоурии вне гиповолемии.

Материал и методы. Обзор литературы, посвященной проблемам лечения в интенсивной терапии.

Результаты. Олигоурия связана со снижением фильтрационного давления в почечных клубочках. Это ведет к ишемии паренхимы почки, что, в свою очередь, повышает риск развития острой почечной недостаточности (ОПН).

На сегодняшний день общепринятыми тактиками лечения олигоурии является применение инфузионной терапии, в частности изотоническим раствором натрия хлорида, вкупе с диуретиками и вазопрессорами вместе с диуретиками.

Однако, как считают авторы исходной статьи, проведение мониторинга ООЖ может быть важным для пациентов после операций на гастроэнтеринальном отделе ЖКТ и с тяжелыми нарушениями моторики желудка и кишечника.

Часто оценкой ООЖ, энтеральным кормлением занимаются медсестры. Но врачу также очень важно оперативно получать информацию о степени усвоения энтерального питания. Точное и своевременное знание значений ООЖ, при суммации с другими критериями, дает врачу возможность оценить состояние пациента, и в случае необходимости перевести его на парентеральное питание, увеличить или уменьшить объем вводимой смеси.

Вывод: исходя из представленных данных, можно заключить, что нет обоснований повсеместного применения мониторинга ООЖ. По мнению автора, нет доказательств связи между ООЖ и аспирационной пневмонией. Вместе с тем, частый мониторинг ООЖ может привести к получению пациентом неполноценного в плане калорийности рациона. Однако следует учитывать, что есть категории пациентов, которым необходимо проводить контроль ООЖ для исключения осложнений. Следовательно, подходить к необходимости определения остаточного ООЖ необходимо индивидуально, рассматривая каждый конкретный случай отдельно, не применяя данную манипуляцию повсеместно.

Инфузионная терапия и вазопрессоры применяются для повышения почечного кровотока, улучшения доставки кислорода к почкам и, как следствие, устранения ишемии. Диуретики применяются для снижения осмолярности и улучшения фильтрационного давления.

Эти тактики лечения применяются при олигоурии любого генеза. Но, как утверждает автор статьи, применение данных тактик лечения олигоурии вне гиповолемии не только не улучшит состояние пациента, но и ухудшит его, так как большой объем инфузий повышает интракапсулярное давление, что, в свою очередь, еще больше снизит диурез. Образуется порочный круг, который только усугубляет гипергидратацию. Также автор считает, что при повреждении по-

чек (ишемией, например) лечение диуретиками и большими объемами жидкостей только снизят функцию почек.

The kidney disease: Improving Global Outcomes – организация, разрабатывающая рекомендации для лечения ОПН- предлагает отказаться от использования инфузионной терапии вне гиповолемии и от использования диуретиков для лечения ОПН, обосновывая это тем, что нет клинических доказательств увеличения диуреза или повышения почечного кровотока при использовании этих групп препаратов. Но, напротив, беспорядочное назначение инфузионной терапии увеличивает риск перегрузки почек и еще большего снижения диуреза, что может вызвать полиорганные нарушения.

Сероштан Е.Ю., Безкаравайный Б.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

СОСТОЯНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ПЕРВОКЛАССНИКОВ Г. ЛУГАНСКА

За последнее десятилетие отмечено значительное ухудшение здоровья школьников, что связано с действием ряда неблагоприятных факторов в социально-экономическом развитии и с реальным уменьшением объема профилактической деятельности в здравоохранении и образовании. Статистические исследования проведенные в различных московских школах в 2010-2011гг., показали, что 90% учащихся в той или иной степени страдают нарушениями опорно-двигательной системы и нуждаются в коррекционной или профилактической помощи (С.А. Сухая, 2011).

Цель работы

Оценить состояние опорно-двигательного аппарата первоклассников на основании углубленного профилактического осмотра и определить основные направления профилактики и коррекции работы с ними.

Материалы и методы

Осмотрено 149 первоклассников, обучающихся в ГУ ЛНР «Луганское общеобразовательное учреждение школа №17 им. В. Брумеля» и «Луганское общеобразовательное учреждение гимназия №30 им. Н.Т. Фесенко». Оценку осанки проводили из учета положения головы, состояния плечевого пояса, выраженности изгибов позвоночника, наклона таза и оси нижних конечностей.

Результаты и обсуждение

Как показали результаты нашего обследования, только 62 (41,61%) ребенка имели осанку,

Повсеместно применяемые сегодня тактики лечения олигоурии вне гиповолемии инфузионными растворами с диуретиками или вазопрессорами с диуретиками не поддерживаются ни одним рандомизированным контролируемым исследованием.

Вывод: в данной статье обсуждаются стратегии лечения олигоурии. По мнению автора исходной статьи, нет достоверных данных о том, что лечение инфузиями олигоурии вне гиповолемии улучшает почечный кровоток и доставку кислорода к почке. Напротив, солидные исследования показывают, что положительный водный баланс будет иметь отрицательные последствия и может привести к перегрузке почек с последующими осложнениями.

которую можно признать отвечающей норме. Сочетанные деформации опорно-двигательного аппарата были выявлены у 87 (58,39%) первоклассников. Одно из самых распространенных проявлений нарушений осанки – вальгусное положение одной или обеих пяток, выявили у 42 (48,28%) первоклассников. В этой группе обнаружено нарушение осей нижних конечностей у 40 (95,23%), изменение положения ягодиц и асимметрию подъягодичных складок у 23 (54,76%) детей.

Изменение физиологической кривизны позвоночника обнаружено у 35 (40,23%) детей. Данный вид нарушения опорно-двигательного аппарата сочетался с чрезмерным выпячиванием живота у 17 детей, неравенством треугольников талии у 13, асимметрией при наклонах туловища в бок и поворотах в сторону у 9 детей.

Асимметричное расположение плеч выявлено у 25 (16,78%) первоклассников. Сочетание несимметричного расположения плеч и лопаток было у 22 (25,29%) школьников и вальгусной деформации стоп – у 3 (3,45%) детей. Комбинация асимметрии плечевого пояса с неравенством треугольников талии было выявлено у 9 (10,34%) детей.

Неравенство треугольников талии, наблюдалось у 26 (29,89%) детей и встречалось в комбинации с такими нарушениями осанки: нарушение физиологической кривизны позвоночника – 13(50%) детей, вальгусная деформация стоп – 13(50%) детей.

Сочетание асимметрии верхнего плечевого пояса, нарушения осанки в поясничном отделе позвоночника, а также нарушения осей нижних конечностей с вальгусной деформацией стоп было выявлено у 3 (3,45%) детей.

Выводы

Нарушение осанки выявлено у 87 (58,39%) обследуемых первоклассников.

Выявленная патология диктует необходимость тщательного медицинского осмотра в дошкольных учреждениях с целью ранней диагностики и коррекции их нарушений.

Сигитова Е.В., Стафинова Е.А., Гольнева А.П.

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

СПЕКТР НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И СИНДРОМОМ ЛЕПТИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Цель работы. Определить спектр когнитивных нарушений у пациентов в сочетании дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) и метаболического синдрома (МС) при условии лептинорезистентности.

Материалы и методы. За период с января 2017 по февраль 2019 г. обследовано 58 пациентов (из них женщин – 39 (67,2%), мужчин – 19 (32,8%)), проходивших лечение в условиях 2 неврологического отделения ДоКТМО с ДЭП и МС с синдромом лептинорезистентности в возрасте от 48 до 85 лет. Больных разделили на три возрастных группы: 45 – 59 лет – средний возраст (n = 10), 60 – 74 – пожилой возраст (n = 28), 75 – 89 лет – старческий возраст (n = 20). Диагноз дисциркуляторной энцефалопатии устанавливали по общепринятым критериям (Шмидт Е.В., 1985; Вейн А.М., 1998). МС и синдром лептинорезистентности диагностировали согласно критериям рекомендаций экспертов российского кардиологического общества по диагностике и лечению метаболического синдрома. Всем пациентам выполнены исследования: определение антропометрических показателей (массы тела и роста для расчета ИМТ); регистрация электрокардиограммы; общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, липидограмма, определение в крови содержания гормонов щитовидной железы и лептина; консультаций кардиолога, эндокринолога, окулиста, гинеколога и уролога); определение неврологического статуса; проведение нейропсихологического (мини-тест ментального обследования (Mini Mental State Examination (MMSE), батарея тестов на лобную дисфункцию (Frontal Assessment Battery (FAB)); тест заучивания 10

Несвоевременная коррекция выявленных нарушений опорно-двигательного аппарата может приводить к прогрессированию патологии, поэтому приоритетным направлением профилактических мероприятий у первоклассников является внедрение здоровьесберегающих технологий.

Эффективность реализации успешных профилактических мероприятий может быть достигнута при взаимодействии педиатров, врачей по гигиене детей, педагогов и родителей.

слов; таблицы Шульте) и нейровизуализационного обследования (магнитно-резонансной или компьютерной томографии головного мозга).

Результаты. Во время обследования у пациентов основными жалобами были: нарушение концентрации внимания (95%), нарушение ночного сна (81,3%), шаткость при ходьбе (92,5%), онемение конечностей (57,6%). Во время неврологического осмотра у больных обнаружены глазодвигательные нарушения, субкортикальные рефлексы, признаки пирамидной недостаточности, дисфункция экстрапирамидной системы, координаторные и чувствительные нарушения. Согласно результатам магнитно-резонансной томографии головного мозга у большинства пациентов (87,8%) выявлено мультифокальное поражение белого вещества, участки лейкоареоза перивентрикулярно и в субкортикальных отделах головного мозга, префронтальной коре. Лептинорезистентность выявлена у 40% пациентов среднего возраста, 36% – пожилого возраста и 24% – старческого возраста. У пациентов среднего возраста с лептинорезистентностью выявлены легкие когнитивные нарушения (КН) у 9% пациентов, умеренная когнитивная дисфункция – у 78%, деменция – у 13%. У пациентов пожилого возраста с лептинорезистентностью соответственно – у 5, 57 и 38% больных. В когнитивном статусе пациентов старческого возраста с лептинорезистентностью преобладали деменция (57%) и умеренные КН (43%).

Выводы. Таким образом, лептинорезистентность, а также увеличение возраста пациентов с ДЭП и МС приводят к значительному ухудшению когнитивных функций.

Сидун М.С., Павленко В.И., Цыб К.А.

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

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКСИАПАТИТА КАЛЬЦИЯ В СИНТЕЗЕ КОМПЛЕКСНЫХ УДОБРЕНИЙ – СТИМУЛЯТОРОВ РОСТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ

Комплексные минеральные удобрения пролонгированного действия на основе гидроксипатитов кальция могут быть использованы с целью стимуляции роста лекарственных растений (на примере фиалки трёхцветной) и увеличения их урожайности с дальнейшим их применением в качестве сырья для производства лекарственных форм. Ранее в фармацевтической промышленности метод стимуляции роста лекарственных растений путём применения данных удобрений не применялся.

Целью данной работы является синтез комплексных минеральных удобрений на основе гидроксипатита, модифицированного магнием, медью и цинком, а также исследование эффективности их применения как стимуляторов роста фиалки трёхцветной. Изучение возможностей применения этих веществ в качестве комплексных минеральных удобрений открывает новые перспективы в агрохимии, фармации и медицине.

На основе гидроксипатита, модифицированного магнием, медью и цинком осуществлялся синтез комплексных минеральных удобрений. Для синтеза гидроксипатитов состава $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$, $\text{Ca}_9\text{Mg}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$, $\text{Ca}_9\text{Cu}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$, $\text{Ca}_9\text{Zn}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$ в качестве исходных веществ использовались следующие соединения:

- карбонат кальция CaCO_3 (квалификация «х.ч.»);
- гидрофосфат аммония $(\text{NH}_4)_2\text{HPO}_4$ (квалификация «ч.д.а.»);
- оксид магния MgO (квалификация «о.с.ч.»);
- оксид меди (II) CuO (квалификация «х.ч.»);
- оксид цинка ZnO (квалификация «ч.д.а.»).

Синтез образцов осуществлялся, используя «полукерамическую» методику синтеза гидроксипатитов. Исследование образцов проводилось методами рентгенофазового анализа. Рентгенофазовый анализ проводили на модер-

низированном дифрактометре ДРОН-3М (CuK_α -излучение, Ni-фильтр) с электронным управлением и обработкой результатов.

Согласно результатам рентгенофазового анализа, фаза структуры апатита образуется для каждого синтезируемого образца определённого состава, состав их согласуется с предполагаемым составом. Следовательно, синтезируемые образцы согласуются с предполагаемым нами составом и имеют структуру апатита. Полученные образцы можно отнести к классу фосфорных удобрений, модифицированных такими добавками как магний, медь, цинк, что является эффективным в условиях кислой реакции среды почв Донбасса.

В качестве тест-объекта для оценки влияния удобрений на рост растений использовалась лекарственная фиалка трёхцветная (*Saintpaulia*), характеризующаяся быстрым ростом, хорошей всхожестью, а также высокой чувствительностью к воздействующим факторам. Результаты оценивали по всхожести новых листьев в каждой серии, состоянию и цвету листьев, наличию цветения. Полученные данные сравнивали относительно контроля. Обнаружено, что все изученные удобрения на основе гидроксипатита кальция проявляют повышенные ростостимулирующие свойства по отношению к лекарственным растениям и обладают пролонгированным действием. Установлено, что наиболее выраженное увеличение показателей роста, а также усиление цветения относительно контроля и других образцов наблюдались при применении удобрения состава $\text{Ca}_9\text{Mg}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$. Таким образом, при помощи «полукерамической» методики синтеза получен ряд удобрений на основе гидроксипатита кальция, которые проявляют повышенные ростостимулирующие свойства и обладают пролонгированным действием по отношению к лекарственным растениям.

Симрок В.В.¹, Попова И.А.²

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону

² ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНО-ГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Введение. Актуальность проблемы сохранения репродуктивного потенциала населения подтверждается увеличением числа женщин, страдающих различными формами бесплодия, причинами которого чаще всего бывают воспалительные заболевания органов малого таза.

Целью исследования было определение основных диагностических критериев ультразвукового исследования при аппендикулярно-генитальном синдроме у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Для решения поставленной задачи проведен детальный анализ результатов ультразвукового исследования органов малого таза и брюшной полости у 375 пациенток с аппендикулярно-генитальным синдромом, с благоприятным исходом заболевания и точной верификацией топики источника болевого синдрома.

Результаты исследования и их обсуждение. На основании проведенного исследования авторы пришли к выводу, что дифференциальная диагностика аппендикулярно-генитального синдрома с помощью метода ультразвуковой диагностики является достаточно информативной в плане визуализации и топирования источника острых болей в животе. Доступность, экономичность и высокая информативность позволяют считать УЗИ скрининговым методом при АГС. Авторы считают, что составляющей алгоритма у всех пациенток с АГС должно быть проведение влагалищного исследования, а также исключение острого аппендицита с помощью УЗИ.

Заключение. С целью сохранения репродуктивного здоровья женщин с АГС, ведение таких пациенток должно быть бригадное, с участием и хирурга, и акушера-гинеколога, а УЗИ динамичное, как при поступлении в стационар, так и после постановки диагноза и операции.

Сироид Д.В., Антипов Н.В., Жиляев Р.А.

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

РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ В САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Самоподготовка является важнейшим элементом в процессе обучения врача, особенно при изучении фундаментальных дисциплин, каковой является «Топографическая анатомия и оперативная хирургия». При изучении этой дисциплины формируются исходные умения, необходимые для обучения на кафедрах не только хирургического, но и терапевтического профиля. В условиях интенсификации учебного процесса, наличия многочисленных и разнообразных источников информации, является актуальной правильной ориентация студентов в процессе их самостоятельной подготовки к практическим занятиям. Именно эту задачу выполняет информационная образовательная среда (ИОС), основным условием которой является доступность для всех студентов соответствующего курса и специальности.

На кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО» полностью наполнены 7 курсов ИОС: для студентов 2-ого курса специальностей «Лечебное дело» (19 тем), «Педиатрия» (19 тем), «Медико-профилактическое дело» (9 тем), «Стоматология» (16 тем) и студентов 3-его курса специальностей «Лечебное дело» (18 тем), «Педиатрия» (18 тем) и «Медико-профилактическое дело» (18 тем). При подготовке к каждой теме практического занятия студенты на ИОС имеют возможность ознакомиться с актуальными методическими указаниями, воспользоваться интерактивной лекцией, прохождение которой определяется ответами на поставленные вопросы, пройти пробное тестирование, предусматривающее ознакомление обучаемых с результатами тестирования и допущенными ошибками.

Кроме того, к каждой теме практического занятия на ИОС имеется перечень формируемых и оцениваемых на практическом занятии умений. Эти умения затем проверяются в середине модуля в ходе проведения «промежуточного контроля», на итоговом модульном контроле (ИМК) и на экзамене, который сдают студенты специальностей «Лечебное дело» и «Педиатрия». Для студентов, сдающих экзамен, на ИОС имеются материалы для повторения предыдущего модуля, включая лекции и учебные фильмы, а также 50% экзаменационных тестовых заданий с указанием правильных вариантов ответов. Важное значение имеет размещение на ИОС мультимедийных презентаций лекций и учебных фильмов, что дает возможность студентам более эффективно подготовиться ко всем видам контроля. На ИОС выложены все лекции, предусмотренные календарно-тематическими планами: по 10 лекций для специальностей «Лечебное дело» и «Педиатрия», 11 лекций для специальности «Медико-профилактическое дело» и 2 лекции для специальности «Стоматология». На ИОС имеются также учебные фильмы, посвященные формированию основополагающих умений: 9 фильмов для специальности «Стоматология» и по 15 фильмов для специальностей «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Медико-профилактическое дело». Кроме того, ИОС обеспечивает доступ всех студентов к сборникам тестовых заданий и учебным пособиям, написанным сотрудниками кафедры и ориентированным на формирование умений. Поддержание ИОС диктует необходимость ее постоянного обновления: замены методических материалов новыми, более совершенными, наполнения новыми учебными фильмами (в перспективе учебные фильмы будут охватывать все умения, выносимые на ИМК и экзамен). Постоянное обновление ИОС и наполнение ее новыми материалами объясняет улучшение результатов экзамена: среди студентов, своевременно допущенных к сдаче экзамена, качественная успеваемость (процент студентов, получивших «4» и «5») возросла с 60% в 2018 году до 68% в 2019 году.

Вывод

Поддержание, обновление ИОС и наполнение ее новыми материалами является необходимым условием улучшения качества подготовки специалистов на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии.

Сиротченко Т.А., Сопко А.В., Заливная Л.А., И.Г Рачкаускаене, Сульженко М.Ю.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск
Республиканская детская клиническая больница, г. Луганск

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПОДРОСТКОВ, ПОСТОЯННО ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Даже через 100 лет слова известного канадского патолога и философа Уильяма Ослера являются актуальными, «...при бронхиальной астме имеется сильный невротический компонент, многие рассматривают это заболевание как невроз...», но исследований особенностей течения данного заболевания у детей в условиях военного конфликта крайне мало. В этой связи необходимо уточнить и на новом уровне знаний осмыслить роль таких постоянно действующих стрессовых факторов, как проживание в зоне военного конфликта, на течение бронхиальной астмы (БА) у подростков.

Целью работы было установить особенности течения впервые выявленной БА у подростков, которые постоянно проживают в зоне военного конфликта.

Материалы и методы. Исследование проводило на клинической базе кафедры педиатрии ФПО в период с 2016 по 2018 гг. (пульмонологическое отделение Республиканской детской кли-

нической больницы). В исследование включили 116 подростков в возрасте 10-15 лет (52 девочки и 64 мальчика) с впервые установленным диагнозом БА (длительность заболевания не более года) согласно критериям Global Initiative for Asthma (GINA, 2016) с оценкой степени контроля БА и показателей функции внешнего дыхания. Наследственная отягощенность атопическими заболеваниями была выявлена у 18,1% подростков, сопутствующая аллергопатология – у 22,4% обследуемых подростков. Гендерных различий отмечено не было. Все пациенты прошли адаптированное нейропсихологическое исследование по методике Э.Г. Симерницкой. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы «Statistica 12».

Результаты и их обсуждение. Связь с психотравмирующими событиями была отмечена у всех обследуемых (100%), так как все подростки постоянно проживали в зоне военного конфликта на Донбассе с 2014 года. К дополнительным

психотравмирующим факторам нами были отнесены: гиперопека родителей, бедность эмоций, тревожность, склонность к истерическим реакциям, особенно у подростков с прифронтовых территорий. С целью дифференциальной диагностики БА и панических атак с одышкой или гипервентиляционного синдрома все пациенты проконсультированы психоневрологом.

Оценивая степень тяжести проявлений основного заболевания, мы отмечали, что не отмечалось случаев интермиттирующей БА, а средняя степень тяжести персистирующей БА (ПБА) была выявлена у 58,6% пациентов, у 2 подростков (1,7%) с отягощенным аллергоанамнезом и сопутствующей аллергопатологией была тяжелая форма БА, у остальных подростков (39,7%) отмечалась легкая форма ПБА. Сенсibilизация к аэроаллергенам была выявлена у большинства пациентов с ПБА. В спектре аллергенов преобладала сенсibilизация к бытовым (90%), пыльцевым (50%) и грибковым (50%) аллергенам. У всех подростков была выявлена сенсibilизация одновременно к двум и более группам аэроаллергенов. Из бытового спектра преобладала сенсibilизация к клещам домашней

пыли и шерсти кошки, из пыльцевого – микст сорных и пыльцевых трав.

Важным нам представлялось то, что у 53,4% пациентов с ПБА отмечались церебральные явления, у 66,9% подростков выявлены тревожно-фобические, тревожно-депрессивные состояния, у 18,1% – неврозоподобные состояния, которые никогда до этого не отмечались в ходе жизни пациента (заикание, энурез, энкопрез, диссомнии). Интерес представляет тот фактор, что данные нарушения не были традиционно связаны с учебными нагрузками (конец учебной четверти или года), временем года (осенне-зимний период) Практически у всех (87,06%) подростков с ПБА после нейропсихологического исследования обнаружены множественные зоны топических корковых и подкорковых повреждений, свидетельствующие о несформированных нейропсихологических функциях с преобладанием заторможенности и утомляемости.

Заключение. Особенности течения БА у подростков в условиях затяжного постоянно действующего стресса требуют разработки комплекса эффективных мер лечения не только БА, но и сопутствующих расстройств.

Скоруход А.М., Масенко В.В.

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

АТИПИЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА – СУДОРОЖНЫЕ ПРИСТУПЫ

Мозговой инсульт, в настоящее время становится основной социально-медицинской проблемой неврологии. Ежегодно в мире регистрируется приблизительно 12 миллионов инсультов. Так же, он занимает 2 место во всём мире по причине смертности.

Цель. Изучить и проанализировать одно из атипичных проявлений мозгового инсульта – судорожные приступы.

Материалы и методы. Современные источники литературы, научные доклады и клинические наблюдения, посвященные данной тематике.

Результаты. Мозговые инсульты имеют ряд атипичных клинических проявлений, одним из них являются – судорожные припадки.

Судорожный синдром может проявиться как в раннем постинсультном, так и в восстановительном периоде заболевания.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения эпилептические приступы в остром периоде мозгового инсульта встречаются с частотой от 1,6 до 5,8%. Данные пароксизмы, как дебют мозгового инсульта, чаще наблюдаются у

лиц молодого возраста. Локализация очага в височных долях у больных проявляется сложными парциальными эпилептическими приступами с психотическим расстройством.

Судороги являются крайне опасным проявлением мозгового инсульта и могут свидетельствовать об обширном повреждении тканей мозга. Судороги после перенесенного инсульта рассматривают как: обширный очаг поражения мозга; наличие опухоли или кисты в зоне поврежденного участка; развитие инфекционно-воспалительных процессов.

Часто при наличии непроизвольных, периодических гиперкинезов конечностей врачи диагностируют парциальные моторные эпилептические приступы и упускают из виду, что это могут быть проявлением мозгового инсульта. Малые очаги инсульта в области основания моста клинически могут проявляться непроизвольными тоническими судорогами и контралатеральным гемипарезом. Клонические или тонические движения в конечностях, напоминающие судороги, наблюдаются при глубинных инсультах с

локализацией в области ствола головного мозга и зрительного бугра. Подобные двигательные расстройства иногда наблюдается у пациентов с синдромом поражения дистального отдела базилярной артерии и нередко ошибочно трактуются как эпилептический приступ. В подобных случаях наличие сопутствующих глазодвигательных расстройств, чаще двусторонних, отсутствие типичных волн «судорожной готовности» на электроцефалографии во время пароксизмов служат направляющими критериями в постановке правильного диагноза. Важно дифференцировать двигательный дефицит, вызван-

ный мозговым инсультом и сопровождающийся судорогами в начале.

Возобновление симптоматики свидетельствует о развитии повторного нарушения мозгового кровообращения.

Выводы: Судорожные приступы хоть и являются атипичным проявлением мозгового инсульта, всё же несут важное диагностическое значение в определении обширности либо локализации очага поражения. Знание подобных атипичных проявлений моторных расстройств несомненно улучшит своевременную диагностику и обеспечит проведение адекватной терапии.

Скрипка Л.В.

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

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ТУЛЯРЕМИИ У ЛЮДЕЙ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ

В Донецком регионе имеются природные очаги туляремии. Эпидемический уровень заболеваемости регистрировался в 1946 и 1949 гг. Тогда было выявлено наибольшее количество заболевших – 106 случаев в Тельмановском, Артемовском, Волновахском районах в 1946 г. и 90 случаев в Красноармейском и Старобешевском районах в 1949 г. Начатая в 1947 г. плановая вакцинация населения энзоотичных территорий живой вакциной, содержащей штамм *Francisella tularensis* 15 НИИЭГ (производство Российской Федерации), привела к формированию высокоиммунной прослойки среди населения, несмотря на высокий эпидемический потенциал очагов туляремии. После внедрения мероприятий по специфической профилактике на энзоотичных территориях заболеваемость туляремией не регистрировалась в течение 38 лет. С 1993 г. объемы иммунизации были резко снижены в связи социально-экономическим кризисом после распада СССР. Это привело к осложнению эпидемической ситуации: с 1993 г. туляремия начала регулярно регистрироваться на спорадическом уровне.

Нами проанализировано состояние вакцинопрофилактики туляремии у людей в Донецком регионе за последние 19 лет (2000-2018 гг.). Анализ проводился по данным официальных отчетных форм Донецкой областной санэпидстанции в среднемноголетних показателях по пятилетним периодам (2000-2004 гг., 2005-2009 гг., 2010-2014 гг., 2015-2018 гг.).

В 2000-2004 гг. вакцинации против туляремии ежегодно подлежало от 800 до 1730 человек, а ревакцинации – от 350 до 2672 человек, прожи-

вающих в энзоотичных районах и относящихся к группе риска. Среднемноголетний показатель выполнения плана вакцинации составил 44,2%, ревакцинации – 24,7%. В 2005-2009 гг. объемы запланированной вакцинации колебались от 795 до 1394 доз туляремийной вакцины ежегодно, а ревакцинации – от 750 до 2081 дозы. Исключение составил 2009 г., когда не было запланировано и выполнено ни одной прививки против туляремии. Средний показатель выполнения плана вакцинации в этом периоде составил 44,4% и не отличался от показателя предыдущего периода. Выполнение плана ревакцинации было в 1,4 раза выше – 35,4%.

С 2010 г. уровень охвата иммунизацией против туляремии значительно уменьшились. На вакцинацию планировалось ежегодно лишь 213-485 человек, на ревакцинацию – 302-351 человек. При этом выполнение плана вакцинальных прививок достигало только 16,7-18,8% ежегодно, а ревакцинальных прививок – 11,7-19,9%. В среднем за пять лет (2000-2004 гг.) эти показатели были еще ниже (вакцинировано 9,0% от запланированного количества, ревакцинировано 8,4%). С 2012 г. по 2016 г. в Донецком регионе прививки против туляремии не проводились. Последствием такого подхода явилось возникновение в 2016 -2017 гг. очагов с множественными случаями заболевания туляремией людей в Новоазовском и Ясиноватском районах.

В 2017-2019 гг. в ДНР иммунизация населения энзоотичных территорий была возобновлена, вакцинации подлежало 2093 человека, план выполнен на 68,1%. Прививки проводились с использованием штамма *Francisella tularensis*

15 НИИЭГ. Планирование и отбор контингентов, подлежащих вакцинации, специалистами учреждений здравоохранения и санэпидслужбы осуществлялся дифференцировано, с учетом эпидемиологического анамнеза и противопоказаний к вакцинации. В ходе эпидемиологического надзора за поствакцинальными реакциями и осложнениями каких-либо непредвиденных событий после иммунизации туляремийной вакциной не выявлено. Однако, учитывая то, что данную вакцину не вводят лицам, страдающим вторичным иммунодефицитом, остается актуальной разработка вакцин против туляремии нового поколения.

Слайковский Е.А.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк

К ВОПРОСУ О СООТНОШЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ЮРИДИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА

Актуальность поставленного вопроса состоит в том, что на сегодняшний день разработка и правоприменение медико-социальных программ для населения Донецкой Народной Республики (далее – ДНР) и отдельных его социально-незащищенных категорий является одним из приоритетных направлений по реализации государством продекларированных Конституцией ДНР социально-обеспечительных функций, в том числе, по здравоохранению, обеспечению условий нормального развития, охране и защите материнства и детства. В связи с этим, надлежащее законодательное и правоприменительное обеспечение медико-социальной помощи, реабилитации и оказание юридической помощи и услуг в пределах обозначенных категорий приобретают статус инструментов реализации данных функций, что выделяет их в особый предмет дискуссии.

Цель исследования заключается в глубоком анализе правовой природы категорий «медико-социальная помощь», «медико-социальная реабилитация», «услуги юридического характера» посредством анализа действующего законодательства Республики и определении наиболее приемлемого, на наш взгляд, соотношения представленных определений с целью оптимизации законодательного урегулирования медико-социальных функций государства.

Материал и методы. Эмпирическая база исследования построена на внутринациональном нормативно-правовом материале Российской

Федерации, отдельных случаях в юридической, медицинской и в правоприменительной практике (т.е. решениях судов). В работе применены методы сравнительного анализа, систематизации и обобщения, сравнительного правоведения.

Результаты исследования. Закон ДНР от 24.04.2015 г. № 42-ІНС «О здравоохранении» апеллирует термином «медико-социальная помощь», который включает мероприятия медицинского, социального, психологического, педагогического и юридического характера. Однако, ни представленная законодателем терминология, ни последующее содержание положений анализируемого Закона не дают представления о медико-социальной реабилитации. Кроме того, в настоящий момент единый отечественный подход в соотношении медико-социальной помощи и мероприятий по медико-социальной реабилитации отсутствует, вследствие чего возникает вакуум в правоприменительной практике по реализации социальных программ помощи и реабилитации. Анализируя опыт Российской Федерации, мы приходим к выводу, что законодатель избегает прямого определения медико-социальной помощи и медико-социальной реабилитации. Примечательным является включение медико-социальной реабилитации в структуру медико-социальной помощи, притом, медико-социальная реабилитация включена в структуру института общеобязательного государственного и частного-договорного страхования. Касательно соотношения с медико-социальными мерами по

реабилитации, отсутствие в их структуре услуг юридического характера, на наш взгляд, также дискредитирует реализацию в должной мере процесса медико-социальной адаптации.

Заключение. В процессе рассмотрения предмета исследования, мы приходим к выводу, что соотношение исследуемых категорий целесообразно в следующем порядке: медико-социальная помощь является шире медико-

социальной реабилитации, а потому необходимо включить на законодательном уровне последнюю категорию в структуру первой. При этом, услуги юридического характера автоматически войдут и в структуру медико-социальной реабилитации как их неотъемлемая часть, что способствует более качественному осуществлению медико-социальных программ.

Слепушкин В.Д., Гасиев З.Т., Цориев Г.В., Кривошеин В.В.

ФГБОУ ВО «Северо-осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Владикавказ, Россия

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ, УРОВЕНЬ НЕЙРОПЕПТИДОВ И ОБЕЗБОЛИВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Цель исследования: выявить влияние транскраниальной электростимуляции на уровень нейропептидов и количество обезболивающих препаратов у пациентов в послеоперационном периоде.

Материал и методы. Проведено проспективное обследование 36 пациентов, которым выполнялись оперативные вмешательства высокой травматичности (абдоминальные – 7, торакальные – 6, ортопедические – 23). Транскраниальная электростимуляция (ТЭС) проводилась аппаратом «Электростимулятор ТРАНСАИР-04» в течении 30 минут через 1-3 часа после выполнения хирургического вмешательства. До и спустя 14-16 часов после сеанса ТЭС в крови пациентов определяли уровень нейропептидов (НП): лей-энкефалина, мет-энкефалина, бета-эндорфина. За контрольные цифры содержания НП в крови принимали значения, полученные при определении НП у 10 здоровых лиц. Рассчитывалось суммарное количество вводимых опиоидов (промедол), НПВС (кеторолак, дексалгин), необходимых для обезболивания пациентов в первые сутки после оперативного вмешательства. Анальгетические препараты назначались при болевом синдроме более 6 баллов по шкале ВАШ.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от количества суммарно назначаемых анальгетиков пациенты разделены на 3 группы.

1 группа – исходные величины НП ниже контрольных величин на $12,3 \pm 1,6\%$. После сеанса ТЭС уровень НП в крови возрастал на $14,8 \pm 1,9\%$ от исходного уровня. Суммарное количество анальгетиков в 1 сутки послеоперационного периода составило $4,5 \pm 1,0$ мл на пациента.

2 группа – пациенты, у которых исходные величины НП определялись на уровне контрольных величин. После сеанса ТЭС содержание НП возрастало на $14,9 \pm 2,0\%$. Суммарное количество необходимых для полноценного обезболивания анальгетиков составило $2,3 \pm 0,7$ мл на одного пациента ($P > 0,05$ по сравнению с группой 1).

3 группа – пациенты, исходное значение НП регистрировали на $12,6 \pm 1,5\%$ выше контрольных значений. Количество анальгетиков в послеоперационном периоде составило $1,4 \pm 0,2$ мл на одного пациента ($P < 0,05$).

Таким образом, на основании относительно небольших полученных данных можно сделать следующие предварительные выводы:

Транскраниальная электростимуляция увеличивает уровень нейропептидов – лей-энкефалина, мет-энкефалина, бета-эндорфина в крови в среднем на 15%.

Количество необходимых анальгетиков для полноценного обезболивания пациентов в послеоперационном периоде зависит от исходного уровня НП в крови: чем выше уровень НП, тем меньше требуется анальгетиков.

Слизовский В.А.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: СТАНОВЛЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ В ДНР

Актуальность исследования. Право гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь – это конституционно закреплённое право, которое является оберегаемой государством общественной ценностью. Это право обеспечивает его физиологическое бытие и является условием обеспечения воспроизводства всех других неотъемлемых, естественных прав человека и соответственно воспроизводства человеком подобных себе. Вопросы охраны здоровья общества и услуг, направленных на сохранение и укрепление здоровья (т.е. профилактику заболеваний) и собственно их лечение, требуют постоянного внимания со стороны государственной власти. Обеспечение принципов законности в здравоохранении признается одним из ведущих направлений государственной политики и одним из основных аспектов безопасности нации, развития государства в плане сохранения и защиты здоровья граждан.

Целью данной работы является исследование и анализ перспектив развития нового направления правовой науки – медицинского права, как новой комплексной, самостоятельной отрасли права в Донецкой Народной Республике (далее – ДНР).

Материал и методы. Методы исследования исходят из предмета научной работы, эмпирическая база исследования построена на нормативно-правовом материале, отдельных случаях в юридической, медицинской и в правоприменительной практиках (т.е. решениях судов). В работе применены методы сравнительного анализа, систематизации и обобщения, историко-правовой анализ.

Результаты исследования. Законодательное регулирование общественных отношений в области здравоохранения требует усовершенствования, а сами нормы с ним связанные, систематизации (возможно, и скорее более, чем предпочтительно, по пути кодификации законов о здравоохранении, то есть речь идёт о созда-

нии Медицинского кодекса наряду с другими кодексами в государстве). Действующая база нормативно-правовых актов (далее – НПА) не отвечает требованиям сегодняшнего дня и не может должным образом урегулировать новые общественные отношения, всё увеличивающееся количество конфликтов в сфере здравоохранения, которые происходят естественным путём, с течением времени и развитием новых медицинских технологий, стремлением человека улучшить качество и продолжительность жизни, в том числе и качество предоставляемых ему медицинских услуг. Излишняя теоретизация и отсутствие рекомендаций по использованию международного опыта в сфере становления медицинского права на постсоветском пространстве делает этот вопрос еще более актуальным и значимым. Учитывая универсальный характер права, встал вопрос о необходимости адекватного юридического обеспечения медицинской деятельности, так как роль этой деятельности в обществе с каждым годом растёт. Решать конфликты в данном направлении мешает отсутствие квалифицированных кадров и базы НПА в данном направлении. Вследствие этого возникает вопрос о создании новой отрасли правовой науки – медицинского права и начале подготовки новой категории кадров – юристов, специализирующихся в этой области законодательства (т.е. в медицинском праве).

Заключение

Проблемами развития медицинского права в ДНР являются отсутствие должной базы законодательства и его систематизации, неподготовленность необходимых юридических кадров, которые специализировались бы в сфере медицинского права.

Медицинское право как юридическая наука и отрасль права активно развивается за рубежом, где применяются различные инновации, которые могут стать фундаментом для реформирования этой отрасли законодательства в ДНР.

Смеричевский Э.Ф., Коржова Д.А.

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

ГЕЙМИФИКАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ИСТОРИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Актуализированные ФГОС исходят из концепции компетентностного подхода и требуют применения в образовательном процессе вуза новых педагогических технологий. Современные педагогические инновации в высшей школе связаны как с совершенствованием традиционных моделей обучения, так и с внедрением новых, поисковых педагогических технологий.

Цель работы

Прежде всего, педагогической целью гуманитарной кафедры в медицинском вузе является создание игрового состояния – специфического эмоционального отношения субъекта к исторической действительности. Таким образом, достигается эффект сопереживания и рефлексии.

Материал и методы

Сегодня интерес к развивающим и обучающим играм по истории растет. Опыт проведения таких школьных уроков регулярно освещается в многочисленных трудах по методологии, сущности, классификации игровых технологий, передовым методикам их применения. Анализ литературы показывает, что игровыми технологиями занимаются в основном школьные педагоги, а преподаватели медицинских вузов обращаются к этой педагогической новации, как правило, по профильным дисциплинам.

Результаты и обсуждения

Актуальность обращения к новым педагогическим технологиям определяется и особенностями профессорско-преподавательского состава кафедр гуманитарного профиля в негуманитарных вузах. В условиях заметного возрастания аудиторной нагрузки за последние годы многие преподаватели стремятся вести семинары с наименьшей для себя эмоциональной и физической отдачей. Как правило, они используют пассивные обучающие формы – презентации и доклады студентов, в ходе которых большинство слушателей на практических занятиях откровенно скучает или занимается своими делами, их разум «спит». Отсюда на занятиях по истории Отечества особо значимую роль приобретает личность педагога, который может пробудить интерес к изучению исторического наследия

Донецкой Народной Республики, организовать обсуждение насущных проблем отечественной истории на основе диалога.

Присущая игре состязательность способствует выработке у студентов ориентации на положительный результат. Кроме того, большое значение имеет и формирование культуры рефлексивного мышления обучающихся, разумеется, при условии нацеливания их на выявление и оценивание собственных успехов и неудач.

Использование игровых технологий требует от самих преподавателей определенных навыков и педагогического мастерства. Переход к использованию инновационных, в том числе и игровых методов проведения семинаров, для преподавательского состава кафедры представляет определенные сложности. Игровое моделирование требует интенсификации труда преподавателя. При использовании игровой модели обучения преподаватель, расставаясь с традиционным (преимущественно авторитарным) подходом, принимает на себя функции не только разработчика и организатора игровой деятельности, но и своего рода тренера, партнера в сотворчестве и, одновременно, арбитра. На педагоге лежит специальная разработка эмоционально-личностной стороны учебно-игровой деятельности, связанной с ее ролевыми компонентами, эмоциональная и интеллектуальная рефлексия хода обучения.

Заключение

Студенческая аудитория заметно различается по уровню знания истории, желанию заниматься этой дисциплиной, загруженностью другими предметами. Иными словами, в каждой студенческой группе игра по одной и той же теме будет проходить по-разному. Задача преподавателя – учесть индивидуально-групповые особенности аудитории, провести определенную подготовительную работу в каждой группе студентов, поскольку существует опасность, что ряд студентов, в ходе игры потеряет к ней интерес и превратится из участников в слушателей. В худшем случае может возникнуть групповое противодействие игре.

Смирнова П.Н.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

L-ОРНИТИН-L-АСПАРТАТ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЖИВОТА

Печеночная недостаточность (ПН) – патологическое явление, при котором возникает значительное нарушение биотрансформации эндотоксических субстанций. Как следствие этих нарушений в гепатоцитах повреждаются механизмы обезвреживания аммиака, что влечет за собой развитие одного из проявлений ПН – печеночной энцефалопатии (ПЭ). Обезвреживание аммиака осуществляется двумя механизмами: синтезом мочевины в печени и образованием глутамина. Орнитин стимулирует синтез мочевины, аспаратат – образование глутамина, следовательно, уменьшению токсического действия аммиака будет способствовать активация нормальных процессов его утилизации, что возможно путем введения орнитина и аспартата.

Цель исследования – изучить эффективность L-орнитина-L-аспартата в лечении ПН у больных с неотложной хирургической абдоминальной патологией.

Материалы и методы. В исследование включены 127 пациентов с различной острой хирургической абдоминальной патологией: обтурационная желтуха (ОЖ), острый небилиарный панкреатит (ОНП), диффузный перитонит (ДП), острое кровотечение в просвет пищеварительного канала (ОКППК). Все больные разделены на две группы. В контрольную группу включены 60 пациентов с вышеперечисленной патологией – по 15 наблюдений каждого заболевания. Основную группу составили 18 больных с ОЖ, 12 пациентов с ОНП, 16 больных с ДП и 21 пациент с ОКППК. В основной и контрольной группах на первые, третьи и пятые сутки оценивалось содержание общего белка крови, аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспаратаминотрансферазы (АсАТ), мочевины. В основной группе, в схему лечения у каждого больного был включен L-орнитин-L-аспартат. Препарат вводился в суточной дозе 40 г на протяжении 5 суток.

Результаты и обсуждение. Анализируя клинические данные ПЭ выявлена у 8 больных с циррозом печени и у 4 больных с ОЖ контрольной группы, а также у 7 пациентов с ОЖ, 12 больных

с ОКППК и у 3 больных с ДФ. Энцефалопатия полностью регрессировала в основной группе у больных с перитонитом и ОЖ, а также у 7 больных с циррозом и ОКППК к третьим суткам терапии. Уровень энцефалопатии сохранялся на прежнем уровне у пациентов контрольной группы. К пятым суткам лечения энцефалопатия регрессировала у всех больных основной группы, у всех пациентов с ОЖ и у 3 больных с циррозом печени контрольной группы. В 5 наблюдениях пациентов с циррозом и ОКППК энцефалопатия легкой степени сохранялась и после 5 суток проводимой терапии. На фоне проводимой терапии к третьим суткам лечения наибольшие изменения отмечены в изменении содержания общего белка и аминотрансфераз. К пятым суткам лечения в обеих группах больных отмечено достижение физиологического содержания белка крови у пациентов с ОНП, ДП и ОЖ, в основной группе у пациентов с циррозом печени данный показатель вплотную приблизился к нижней границе нормального содержания, чего не было в контрольной группе. Нормализация уровня АлАТ и АсАТ зафиксирована у больных с ОНП и перитонитом обеих групп. При этом содержание трансаминаз оставалось повышенным у больных с ОЖ и ОКППК на фоне цирроза в контрольной группе, а в основной группе эти показатели достигли нормальных значений. Несмотря на то, что содержание мочевины нормализовалось в обеих группах, отмечено, что существеннее ее уровень снизился у пациентов основной группы.

Заключение. При использовании L-орнитина-L-аспартата при лечении неотложной абдоминальной хирургической патологии отмечена нормализация биохимических показателей – АлАТ, АсАТ, мочевины и содержание общего белка. Более выражен данный эффект при ОКППК на фоне цирроза печени, ОЖ. Учитывая полученные данные, применение L-орнитина-L-аспартата необходимо у пациентов с острой хирургической патологией живота при выявлении биохимических признаков нарушения белок-синтетической функции печени.

Смирнова А.Ф., Голубов К.Э., Котлубей Г.В.

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

КЛИНИКО-БАКТЕРИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ КОНЬЮНКТИВИТА НОВОРОЖДЕННЫХ

В структуре инфекционных заболеваний периода новорожденности одно из первых мест занимает острый конъюнктивит, который чаще всего имеют бактериальный характер.

Целью исследования явилось изучение клиничко-бактериальных особенностей конъюнктивита новорожденных.

Материалы и методы.

Под наблюдением находилось 62 ребенка в возрасте от 5 до 28 дней с острым конъюнктивитом. Осмотр детей проводили с помощью ручного офтальмоскопа со щелевой насадкой. До и после окончания лечения производилось бактериальноеологическое обследование детей.

Результаты и обсуждение.

У новорожденных заболевание развилось в течении первых двух недель после рождения, причем в большинстве случаев поражался один, а через два-три дня и парный глаз. Монокулярный характер заболевания был отмечен в 37.1% случаев. У детей наблюдался отек век, сужение глазной щели, обильное, вначале слизистое, а за-

тем гнойное отделяемое, гиперемия и отек конъюнктивы.

Бактериальное обследование новорожденных, проведенное в первые сутки заболевания до начала лечения, позволило установить этиологию конъюнктивитов: стафилококковая (эпидермальный или золотистый)-37,1%, хламидиозная- 17,7% и др.). В 24,1% наблюдений установить этиологию заболевания не удалось.

Анализ клинической картины наблюдаемых нами больных подтвердил мнение Долматовой И.А.(1986), что независимо от природы возбудителя, конъюнктивиты у новорожденных имеют сходную картину, что обуславливает целесообразность антимикробной монотерапии препаратами широкого спектра действия.

Заключение

Проведенное исследование позволило установить особенности течения конъюнктивита новорожденных. Бактериальные исследования показали, что наиболее часто гнойные конъюнктивиты вызваны стафилококками различных видов.

Смирнова А.Ф., Голубов К.Э., Котлубей Г.В., Шевченко В.С., Голубов Т.К., Чубарь С.В.

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

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ТОКСИЧЕСКИХ НЕВРИТОВ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Вопросы лечения острых токсических невритов алкогольной этиологии в последнее время приобретают особую значимость в связи с тяжестью диагностики, дистрофического характера изменений и клинического исхода заболевания. Сохраняется актуальность разработка методов диагностики и лечения острых токсических невритов, связанных с острой алкогольной интоксикацией.

Целью исследования явилось выявление адекватных способов и рациональной терапии острых токсических невритов алкогольной этиологии.

Материал и методы исследования.

Под наблюдением находилось 43 больных с первой стадией токсического неврита алкогольной этиологии. У всех пациентов тщательно изучался анамнез, проводилась визометрия,

квантитативная периметрия, периметрия на цвет, кампиметрия, определение положительной скотомы по методике Weeskens, тонометрия, офтальмобиомикроскопия. На кафедре офтальмологии ФИПО разработан и внедрен комплекс мероприятий, включающих консервативные, хирургические и физиотерапевтические методы лечения. На первом этапе из них все больные получили дезинтоксикационную терапию, гепатопротекторы, сосудорасширяющую терапию, антигипоксанта(неотон), кортикостероиды. На этом фоне проводили катетеризацию поверхностной височной артерии с введением сосудорасширяющих и антиагрегатных препаратов. После удаления катетора переходили на следующий этап, включающий использование антиоксидантов, препаратов тауриновой кислоты, комплекса препаратов повышающих утили-

защиту кислорода тканями, тканевую терапию, витаминотерапию с обязательным включением витаминов группы В. В зависимости от процесса восстановления зрительных функций данный этап продолжается в течение 15 – 25 дней. На заключительном этапе больные получали магнитотерапию и терапевтическую лазеростимуляцию, проводимых по стандартным методикам. Результаты лечения были сопоставлены с исходами заболевания 24 пациентов (контрольная группа), получивших по стандартной схеме терапии данного заболевания.

Результаты и обсуждение. Все больные отметили резкое снижение зрения на оба глаза на следующие сутки после употребления алкоголя. К врачу впервые обращались в сроки от 24 до 48 часов. Острота зрения у всех больных колебалась от 0,01 – 0,1 и не корригировалась. Периферические границы поля зрения на белый цвет и цвета, квантитативно были нормальными. При квантитативной периметрии и кампиметрии в 74% случаях были обнаружены точечные парacentральные скотомы. У всех больных диагностировался симптом положительной скотомы Weeckers. При биоофтальмоскопии у 26% больных отмечены явления ангиопатии, у 59% больных была выявлена легкая деколорация височной половины диска зрительного нерва, у 15% больных глазное дно оставалось нормальным.

Изменений со стороны зрачковых реакций на свет не выявлено.

В результате проведенного комплексного лечения у 29,2% больных острота зрения повысилась до 0,6 – 0,8 у 40,8% до 0,2 – 0,5 у 30,2% больных осталась практически без изменений. Надо отметить, что у 70% больных первоначально ухудшение протекало с последующим улучшением, у 25% больных – без признаков улучшения, у 5% – отмечалось кратковременное улучшение с наступившим затем ухудшением. Ухудшение наблюдалось через 1,5 – 2 месяца. Острота зрения больных контрольной группе 0,3 – 0,1 получена у 11,8% больных, у остальных пациентов осталась практически без изменений..

Заключение

То. лечение токсических невритов алкогольной этиологии должно быть ранним, комплексным, включая ургентную катетеризацию поверхностной височной артерии. Учитывая возможность ухудшения зрительных функций через 1 – 1,5 мес. после начала лечения, необходимо проведение длительной (в течение 3 -х мес.) консервативной терапии в сочетании с магнитотерапией и лазеростимуляцией. Предложенная комплексная терапия является эффективной у больных с токсическими невритами алкогольной этиологии

Смирнова А.Ф., Голубов К.Э., Котлубей Г.В., Шевченко В.С., Голубов Т.К.

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

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛАЗНОГО ДНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ НОРМАЛЬНЫХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РОДАХ

Учитывая морфо-генетическую связь кровоснабжения сетчатки и базальных отделов головного мозга, состояние глазного дна может служить объективным критерием многих неврологических изменений.

Целью работы явилось изучение состояния глазного дна у новорожденных детей при нормальных и патологических родах.

Материал и методы.

Под наблюдением находилось 220 новорожденных. Все дети родились на 37- 40 недели беременности с массой тела 2800 – 4200г. В течение первых суток жизни была произведена офтальмоскопия глазного дна после предварительной инстиляции в конъюнктивальную полость 0,5% раствора мидриацила, при наличии изменений повторные исследования глазного дна проводились спустя 72 часа после рождения ребенка и при выписке из роддома.

Результаты обсуждения.

Среди осмотренных детей у 155 (70,4%) офтальмоскопической патологии глазного дна не было выявлено, роды протекали без осложнений. При патологических родах у 65 новорожденных при осмотре глазного дна диагностированы различные изменения. В 39 случаях (60,0%) на глазном дне отмечались явления ангиопатии (расширение вен (56,4%), отек сетчатки (25,6%)), которые носили двусторонний характер (89,7%). В 24 случаях (36,9%) на глазном дне на фоне ангиопатии наблюдались различные по размерам, величине и количеству кровоизлияния. У детей с единичными кровоизлияниями на глазном дне их полная самостоятельная резорбция наступала через 72 часа после родов, у новорожденных с множественными кровоизлияниями – к 6-7 дню. У одного ребенка диагностировано обширное кровоизлияние, расположенное в об-

ласти диска зрительного нерва. Кровоизлияния на глазном дне в обоих глазах отмечались в 18 (75,0%) случаях, на одном – в 6 (25,0%). При двухсторонних изменениях у 8 из 18 детей отмечена асимметрия в окраске диска зрительного нерва, более выраженный сероватый оттенок его наблюдался на глазах, где регистрировалось большее число кровоизлияний. В двух случаях (3,1%) на глазном дне наблюдались застойные изменения диска зрительного нерва.

Выявлена прямая корреляционная связь между изменениями на глазном дне и характером течения родов ($r = 0,31$).

Заключение

Проведенные исследования глазного дна у новорожденных указывают на то, что наличие изменений на глазном дне может служить одним из критериев ранней диагностики внутричерепной родовой травмы.

Смирнова А. Ф., Ештушенко В.А., Ештушенко О.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
КУ ЦГКБ № 20 г. Донецка

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ИСПРАВЛЕНИЯ КОСОГЛАЗИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Цель работы. В нашей работе мы изучили особенности исправления косоглазия у взрослых людей. Обычно косоглазие рассматривают как проблему детского возраста, однако клинический опыт свидетельствует об ее актуальности и у взрослого населения. Во-первых, у взрослых нам предоставляется возможность наблюдать и оценить отдаленные результаты лечения косоглазия, проведенного в детстве. Во-вторых, с возрастом появляется достаточно большая группа вторичного сенсорного косоглазия в связи с потерей зрения одного из глаз. В-третьих, повзрослев, пациент может самостоятельно принимать решение обратиться за помощью к окулисту. Однако, в изучаемой литературе мы встречали мало работ посвященных косоглазию у взрослых пациентов.

Материалы и методы.

Проанализированы истории болезни 400 взрослых больных в возрасте от 17 до 69 лет ($25,0 \pm 5,4$ года) с различными видами косоглазия, подвергшихся хирургическому исправлению косоглазия в нашей клинике в течение 12 лет.

Все больные до и после операции были обследованы согласно общепринятой схеме. Для измерения угла косоглазия использовали различные методы: на периметре, синоптофоре, с призмой Меддокса и призматическими линзами из набора, с призмами Френеля, по Гиршбергу (при низком зрении = 0.04 или слепоте одного из глаз).

В зависимости от угла косоглазия применяли различные виды операций. Первой всегда выполняли тенотомию или рецессию на одном или обоих глазах. Затем, при недостаточном эффекте, через 1-2 месяца делали тенорафию или резекцию мышцы антагониста.

Хирургическое исправление косоглазия у взрослых мы проводили всегда под местной анестезией инстилляциями алкаина, дикаина или лидокаина, что было вполне достаточно для обезболивания. Это позволяет после отдельных этапов по ходу операции посадить больного, перепроверить состояние угла косоглазия и внести поправку в планируемую схему дозирования. Сроки наблюдения до 12 лет.

Результаты и обсуждение. Удельный вес операций, производимых по поводу косоглазия в общей хирургической активности клиники за последние 12 лет составил 1,5%.

30 (7,5%) больных оперировали на вертикаломоторах, во всех остальных случаях операции производились на мышцах горизонтального действия. Основную массу -75% составили больные с расходящимся косоглазием. Величина девиации колебалась от 15° до 60° ($24^\circ \pm 5^\circ$). Среди них обратное содружественное косоглазие (расходящееся после операции по поводу сходящегося косоглазия в детстве) было у 19% больных. 8% пациентов были нами прооперированы т.к. после консервативного и оперативного лечения в детстве был получен гипоеффект. 22% больных в детстве лечились только консервативно, казалось бы успешно, по поводу расходящегося косоглазия, но постепенно со временем, по мере взросления стало все чаще проявляться отклонение глаз кнаружи. 33% взрослых с расходящимся косоглазием ранее вообще никогда не обращались к окулисту по этому поводу. 18% составила группа больных со вторичным (сенсорным) содружественным косоглазием.

В результате проведенного нами хирургического лечения у 30% больных достигнута ортопротия. У 55% больных угол косоглазия умень-

шился и был в пределах $1^\circ - 5^\circ$. У 15% остаточный угол составлял $6-10^\circ$. Во всех случаях мы не наблюдали никаких осложнений, в том числе и со стороны слепых и слабовидящих глаз.

Выводы.

1. Во всех случаях хирургического исправления косоглазия у взрослых был достигнут хороший косметический эффект, даже больные с остаточным углом были вполне удовлетворены, так как он стал намного меньше и визуально на бытовом уровне не был заметен. Это способ-

ствовало улучшению психосоциального функционирования больных.

2. Учитывая большой процент (19%) обратного расходящегося косоглазия у взрослых, оперированных в детстве по поводу сходящегося косоглазия, целесообразно более тщательно отбирать детей на операцию, более длительно проводить атропинизацию, более настойчиво проводить консервативное лечение, используя постоянную полную коррекцию дальности зрения и даже гиперкоррекцию.

Смирнова А.Ф., Евтушенко В.А., Евтушенко О.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
КУ ЦГКБ № 20 г. Донецка

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО СЕНСОРНОГО СОДРУЖЕСТВЕННОГО КОСОГЛАЗИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Цель работы. Изучение причин сенсорного косоглазия и эффективности его лечения у взрослых. Сенсорное содружественное косоглазие является следствием ранее перенесенных заболеваний глаз, которые привели к потере зрения.

Материал и методы.

Нами проанализированы истории болезни 59 взрослых больных со вторичным сенсорным содружественным косоглазием, подвергшихся хирургическому исправлению косоглазия в клинике. Все больные до и после операции были обследованы согласно общепринятой схеме: исследовали светоощущение, где было возможно определяли остроту остаточного зрения, исследовали подвижность глазных яблок до и после операции. Угол косоглазия исследовали на периметре и по Гиршбергу. Проводили биомикроскопию переднего отрезка и офтальмоскопию глазного дна. Если среды были непрозрачными, делали УЗИ глаз.

Результаты и обсуждение.

Причинами низкой остроты зрения и даже полной необратимой слепоты косящего глаза были: глубокая амблиопия в 39%, помутнение роговицы в 12%, помутнение сред вследствие перенесенного в детстве увеита в 5%, глаукоматозная и простая атрофия зрительного нерва в 20%, травматическая катаракта в 3%, центральная дистрофия и старая отслойка сетчатки в 21%. Никогда ранее эти больные по поводу косоглазия не оперировались.

Сомнения при решении вопроса о хирургическом исправлении вторичного сенсорного косоглазия отмечали все больные. Причинами такой нерешительности были: боязнь ухудшения

остроты зрения лучшего глаза, предостережения родственников и знакомых, недостаточно убедительные рекомендации амбулаторных врачей о целесообразности оперативного вмешательства, рекомендации не рисковать и не оперироваться, т.к. слепой глаз может «уйти в другую сторону». В то же время мотивацией к операции было достижение хорошего косметического эффекта, необходимого для решения различных социальных вопросов.

По возрасту больные распределились следующим образом: минимальный – 19 лет, максимальный – 74 года. Средний возраст составил 39 лет. У мужчин и женщин сенсорное косоглазие встречалось с одинаковой частотой. У всех больных косоглазие было горизонтальным расходящимся. Величина углов косоглазия колебалась от 15° до 60° . В зависимости от величины угла косоглазия применялись различные виды операций. Первой всегда выполняли операцию, ослабляющую действие мышцы – тенотомию на одном или обоих глазах. Затем, при недостаточном эффекте, через 1-2 месяца делали резекцию мышцы антагониста. Полная тенотомия интактной наружной прямой мышцы позволяла уменьшить угол косоглазия на $10^\circ \pm 2^\circ$.

В результате проведенного хирургического лечения у 10% больных достигнута

ортотропия. У 24% больных угол косоглазия уменьшился и был в пределах $1^\circ - 5^\circ$. У 66% пациентов остаточный угол составлял $6-10^\circ$. Во всех случаях со стороны слепых и слабовидящих глаз не наблюдали никаких осложнений. Подвижность глазных яблок в сторону действия тенотомированной мышцы сохранялись в доста-

точном объеме, вследствие того, что тенонова оболочка по краям мышцы оставалась фиксированной к главному яблоку. Отдаленные результаты (от 1 года до 15 лет) свидетельствуют о стабильности достигнутого эффекта.

Заключение.

Во всех случаях был достигнут хороший косметический эффект. Даже пациенты с остаточным углом были вполне удовлетворены, так как он стал намного меньше и визуально на быто-

вом уровне не был заметен. Это способствовало улучшению психосоциального функционирования больных.

Таким образом, хирургическое лечение вторичного сенсорного содружественного косоглазия у взрослых актуально и вполне оправдано, что позволяет более настойчиво рекомендовать пациентам хирургическое исправление данного вида косоглазия

Соколова О.В.

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

ВЛИЯНИЕ ПОВЕРХНОСТНОГО НАТЯЖЕНИЯ ВОДЫ НА КЛЕТочНУЮ СИСТЕМУ ОРГАНИЗМА

Свойства воды, которые определяют ее структуру, изучаются уже многие годы, такие как диэлектрическая поляризация и релаксация, электропроводность, самодиффузия и т.д. Однако такое свойство как поверхностное натяжение менее изучено, хотя как показало ранее проведенные исследования на волонтерах «действие изменённого питьевого режима на поверхностное натяжение сыворотки крови», потребление в течение месяца природной фасованной или свежетапой воды, соответствующей гигиеническим нормативам приводит у 78% испытуемых к достоверному улучшению адаптивного иммунитета – как клеточного, так и гуморального, а также к снижению поверхностного натяжения сыворотки крови, что свидетельствует о выходе из клеток «отработанной» воды. Следует отметить, что соотношение поверхностного натяжения питьевой воды и сыворотки крови коррелирует ($r = 0,75$) с уровнем приобретенного специфического иммунитета.

Исходя из полученных результатов нами было исследовано поверхностное натяжение типичных образцов питьевой воды, потребляемой населением ежедневно. Было отобрано 14 образцов природной воды, из них 10 природной бутилированной воды (не газированная), 1 об-

разец родниковой воды г. Донецк, водопроводная вода и водопроводная вода, пропущенная через фильтр обратного осмоса. Исследования проводились на базе стандартного компьютерного тензиометра МРТ2-Launda (Германия). Для определения поверхностного натяжения жидкости (в данном случае, вода) использовался метод максимального давления в пузырьке (Русанов А.И., Прохоров В.А., 1994).

Исходя из данных исследования, лучшие показатели поверхностного натяжения за 50000с (13 часов 52 мин.) определялись у тех 7 образцов воды, где снижение не превышало 0,1- 0,3 mN/m, что определяет силу сцепления между молекулами жидкости и свидетельствует о высокой биологической ценности исследуемой питьевой воды. Изменения площади межфазной поверхности нарушают адсорбционное равновесие и инициируют процессы, которые ведут к восстановлению равновесного состояния системы. Таким восстановительным процессом в данном случае являются, диффузионный перенос вещества из объема к поверхности капли. Для оценки значимости исходного показателя поверхностного натяжения воды необходимо проведение дополнительных исследований.

Солиева М.Х., Мирзаева М.М., Пулатов М.Д., Тургунов У.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

МНЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ

Актуальность: Врач является пропагандистом здорового образа жизни, от его уровня знаний и умений зависит во многом отношение к здоровью населения. Уровень гигиенических знаний студентов медицинского института имеет большое значение в дальнейшей практической деятельности врача. Эти знания сыграют существенную роль в профилактической деятельности среди населения.

Цель исследования: Изучить уровень знаний в вопросах здорового образа жизни у студенческой молодёжи.

Материалы и методы: Нами анкетированы студенты АГМИ. Анализ показал, что первые гигиенические знания респонденты почерпнули в основном от родителей – 91,1%, 5,4% – из литературы и телевидения и 3,5% – от взрослых, разница статистически существенно ($P < 0,05$).

Результаты: Информацию о половой жизни студенты получили в 35,7% случаев от друзей, т.е. на стороне, на втором месте – из литературы (14,3%), от школьных учителей – 10,7%, из телевидения – 8,9%, от преподавателей института – 7,2% и 14,3% – не знает о половой жизни, разница статистически существенно ($P < 0,05$). Знания о поведении, культуре, этике респонденты получили в основном от отцов – 41,0%, 21,4% – от матерей, от обоих родителей – 16,1%, от взрослых – 10,9%, в школе – 8,8%, от друзей – 1,8%. Многие студенты (97%) отмечают, что учась в ВУЗе к этим знаниям добавились еще, т.е. институт оказал положительное влияние на их поведение и мораль. На вопрос откуда респонденты почерпнули знания о контрацепции, 37,5% ответили – у преподавателей ВУЗа, на 2-ом месте – из литературы и телевидения (23,2%), на 3-ем месте – у друзей, 5,4% – у взрослых, одинаково часто у родителей и школьных учителей (по 3,4%). Необходимо отметить, что 16,4% этих знаний не имеет. 78,6% респондентов считает, что кормить

грудью ребенка надо от 1,5 до 3 лет, 14,3% считает – до 4 лет, до 1 года считает – 5,4% и не знает – 1,5%. Основная масса студентов медицинского института хорошо осведомлена, что кормить младенца надо только грудным молоком, так считает 82,1% респондентов, 14,5% считают, что лучше кормить хорошей смесью и 3,4% – не знает, что лучше – грудное молоко или смесь, разница статистически существенно ($P < 0,05$). 44,6% студентов знает, что продолжительное кормление грудью способствует естественному противозачаточному эффекту, а 55,4% – не знает ($P < 0,05$). 92,9% респондентов не знает, что в период кормления грудью у матери наступает альгодисменорея, что препятствует беременности и лишь 7,1% разбирается в этих вопросах, разница существенно ($P < 0,05$). В воспитании ребенка ведущую роль играет мать, так считают большинство респондентов – 42,9%, на 2-ом ответ – родители (23,2%), далее – отец (10,7%), взрослые – 5,4%, воспитатели яслей-садов – 34%, школьные учителя- 1,5% и все вместе взятые – 12,9%. Необходимо отметить, что гигиенические знания студенты-медики черпают в основном в семье, а знания об интимной жизни чаще узнают на стороне – от друзей и знакомых.

Выводы: Исследования показали, что студенческая молодёжь обладает недостаточными знаниями о репродуктивном здоровье. Для того, чтобы молодёжь обладала лучшими жизненными навыками и возможностями сделать здоровый выбор, необходимо проводить всеобъемлющую пропаганду здорового образа жизни.

Данные исследования показывают, что опыт, приобретаемый в семье, детском саду, школе, связанный с охраной здоровья, играет немаловажную роль в том, чтобы молодые люди получали правильную информацию и формировали свои возможности и навыки по преодолению проблем, стоящими перед ними.

Солиева М.Х., Холмирзаева С.С., Мирзаева М.М.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

РОЛЬ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОЛОСТИ РТА

Цель исследования: Одной из важнейших стратегий в сохранении здоровья полости рта является правильное питание: то, что едим и как часто принимаем пищу. Кроме ежедневной гигиены полости рта необходимо придерживаться особой стоматологической диеты.

Материалы и методы: Главное требование – ограничение частоты потребления углеводов. Количество приемов пищи не должно превышать 5-6 раз в день, включая 3 основных приема пищи и 2 перекуса. Наиболее важные вещества для здоровья ваших зубов и десен это – белки, кальций, фосфор, цинк, антиоксиданты, витамины А, В, С, D, омега-3 жирные кислоты. Молочные продукты без добавления сахара способны укреплять зубы. Например, кальций, содержащийся в сыре, делает зубы более крепкими. В то же время сыр нейтрализует pH ротовой полости, что является профилактикой развития кариеса. Молоко и йогурты обеспечивают организм фосфатами, и витамином D, которые особенно необходимы для лучшего усвоения кальция в организме человека.

Орехи. Многие сорта орехов (арахис, миндаль, кешью, лесной орех) обеспечивают зубы кальцием, витамином D, витамином B6, железом и цинком, что особенно важно для укрепления зубов. Наибольшее количество кальция, необходимого для восстановления минеральной структуры эмали зубов, содержится в миндале и бразильских орехах.

Твердые сорта фруктов и овощей. Данную группу продуктов питания еще называют «стоматологическими детергентами». Во-первых, они стимулируют слюноотделение, снижающее количество бактерий в ротовой полости. Во-вторых, они обладают так называемым эффектом скраба для зубов, обеспечивая тем самым дополнительное очищение зубов от остатков

пищи. Клубника и киви. Клубника и киви содержат наивысшую концентрацию витамина С, необходимого для здоровья ваших десен. Именно витамин С является одним из самых важных веществ для сохранения структуры коллагеновых волокон ваших десен. Чай. Зеленый и черный чай содержат такие вещества как полифенолы, которые препятствуют отложению зубного налета на зубах. В свою очередь полифенолы снижают активность кариесогенных бактерий. Катехины, содержащиеся в зеленом чае, сохраняют ваши десны здоровыми. Вода. Вода обеспечивает ополаскивание полости рта от остатков пищи и сладких напитков. Фторированная вода способствует дополнительному укреплению эмали зубов.

Результаты: Наиболее опасными для здоровья зубов являются: конфеты и шоколад (особенно жевательные конфеты), сухофрукты, пища с большим содержанием углеводов. Газированные сладкие напитки. Алкогольные напитки. Цитрусовые соки и напитки.

Использование фторидов. В качестве носителя добавок фторидов всему населению рекомендуется пищевая йодированно-фторированная соль, которую следует добавлять к пище в процессе ее приготовления. Фторид содержащие зубные пасты рекомендуются для постоянного ежедневного двукратного применения при чистке зубов всему населению (с возрастными ограничениями по концентрации и расходу пасты для детей).

Вывод: Необходимо посещать стоматолога не менее одного раза в год. Лечение кариеса зубов на ранних стадиях безболезненно и наиболее эффективно, в то время как в запущенных случаях зуб нередко приходится удалять. Соблюдение этих простых правил поможет сохранить зубы здоровыми.

Соловьёва М.А.

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

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОГО УРОВНЯ

В современном обществе все большее распространение приобретают различные донозологические невротические расстройства,

обусловленные высокой стрессонаполненностью жизни и профессиональной деятельности. Наиболее представленные из них – различные нару-

шения адаптации, проявляющиеся тревожными, тревожно-депрессивными и депрессивными реакциями. В связи с вышесказанным, актуальным является вопрос их психопрофилактически, в том числе с использованием психотерапевтической помощи, прежде у профессиональных групп, ответственных за социальное благополучие населения.

С целью изучения данного вопроса нами было проведено исследование клинических проявлений и динамики показателей невротизации, личностной и реактивной тревожности и депрессии у сотрудников ряда финансово-кредитных учреждений, в частности, Управления пенсионного фонда г. Донецка до и после проведения психотерапевтических мероприятий. В данной структуре в исследовании принял участие 61 сотрудник. Все исследуемые были женщинами, их средний возраст составил $33,3 \pm 1,1$ года. В проведение психотерапевтических мероприятий были включены сотрудники с донозологическим уровнем невротических расстройств. До проведения психотерапевтического вмешательства средний показатель невротизации у данного контингента по методике экспресс-диагностики невроза (шкала жалоб BFB, К. Нёкк, Н. Несс, 1975) составил $25,1 \pm 0,7$ балла, показатель реактивной тревожности – $46,0 \pm 0,6$ балла, личностной тревожности – $49,2 \pm 0,7$ баллов (методика самооценки Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (1978)), показатель депрессии (Zung self-rating depression scale, 1965, в адаптации Т. И. Балашовой, 1998) – $52,4 \pm 0,8$ баллов.

В процессе проведения психотерапевтических мероприятий акцент ставился на выработке оптимальных личностных стратегий по преодолению негативного воздействия психогенных факторов. Ведущими являлись методы, обеспечивающие необходимую мотивацию и готовность к изменениям психического состояния, достаточный уровень коррекции невротических симптомов. Сочетание методов определялись структурой невротических расстройств (соотно-

шения эмоционального, когнитивного, поведенческого и соматовегетативного компонентов), использовались следующие виды психотерапии: рациональная, когнитивно-поведенческая психотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение на фоне музыкотерапии, групповая психотерапия с элементами гештальт-терапии. Особенностью проведения психотерапии был перенос акцента от индивидуальных форм психотерапии к групповым, от поддерживающих методов к адаптивным и стабилизирующим, повышающим психическую продуктивность.

Клинический эффект характеризовался редукцией невротической симптоматики, прежде всего эмоциональных и вегетативных нарушений, формированием более адаптивных когнитивных и позитивных поведенческих стратегий, что в свою очередь способствовало повышению уровня производительности и социальной активности.

По результатам психодиагностического обследования также отмечалась положительная динамика показателей, что подтверждало данные клинического интервью. По методике экспресс-диагностики невроза (шкала жалоб BFB, К. Нёкк, Н. Несс, 1975) показатель снизился до $24,1 \pm 0,5$ баллов. Показатели методики самооценки тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (1978) составили: для реактивной тревожности – $44,5 \pm 0,5$ балла, для личностной тревожности – $46,4 \pm 0,6$ баллов, показатель депрессии (Zung self-rating depression scale, 1965, в адаптации Т. И. Балашовой, 1998) – $49,8 \pm 0,8$ балла.

Таким образом, своевременное включение лиц, имеющих донозологический уровень невротических расстройств в систему психотерапевтических мероприятий, позволяет своевременно предупредить их дальнейшее развитие, способствуют стабилизации психического состояния, повышению личностной и социальной адаптации.

Сохань Д.А., Евтушенко С.К., Фомичева Е.М.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, г. Донецк

ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ НЕЙРОСОНОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НА 1-М ГОДУ ЖИЗНИ

Актуальность: Лечение и реабилитация детей с последствиями перинатального гипоксически-ишемического поражения головного мозга

(ПГИПГМ) является одной из важных тем современной нейропедиатрии. В литературе недостаточно представлены научные исследования с

оценкой прогрессирования или обратного развития клинических и нейросонографических симптомов поражения мозга у детей в течение первого года жизни при разной степени тяжести церебральной ишемии.

Цель. Изучить динамику клинических и нейросонографических проявлений перинатальной энцефалопатии под влиянием лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с церебральной ишемией.

Материалы и методы. Обследованы 128 детей с перенесенной неонатальной церебральной ишемией I и II степени от 1 месяца до 1 года в период за 2017-2019 год. Церебральная ишемия I степени отмечалась у 58 детей, церебральная ишемия II степени отмечалась у 70 детей. Мальчики составили 67%, девочки-33%.

Результаты. Динамика наиболее важных сонографических признаков поражения мозга при церебральной ишемии I степени позволила установить наиболее значимые изменения ликворо-проводящих путей: В возрасте 1 месяц – это превышение размеров субарахноидальных пространств и межполушарной щели. В 3-месячном возрасте – сохранение расширения межполушарной щели и субарахноидальных пространств. И уже с 6 месяцев у детей, перенесших церебральную ишемию I степени изменений в размерах субарахноидального пространства и межполушарной щели не регистрировались, но отмечалось увеличение среднего размера большой цистерны, сохраняющееся до окончания наблюдения (до 1 года). Следует отметить, что нарастание размеров боковых желудочков моз-

га регистрировалось у 15 детей (30%) с последствиями ишемии I степени, как самостоятельный ультразвуковой признак, отмечался к концу первого года жизни.

Особенностью нейросонографии в оценке последствий церебральной ишемии II ст. по сравнению с группой детей перенесших ишемию I степени, отнесены – превышение размеров субарахноидального пространства, межполушарной щели, и ширины тел задних рогов боковых желудочков. В 3-х месячном возрасте сохранялись увеличенные средние показатели субарахноидального пространства, и межполушарной щели, а также присоединилось расширение ретроцеребеллярного пространства. В 6 месяцев у этих пациентов размеры субарахноидального пространства составили 5-8 мм, против 3,2-4 мм у детей с ишемией I ст, показатели межполушарной щели 4-5 мм, против 2,3-3,8 мм в сравниваемой группе. При этом отмечалось нарастание средних размеров затылочных рогов боковых желудочков в 9 и 12 месяцев 16-19 мм, против незначительного увеличения в контрольной группе до 13-15 мм.

Выводы. Представленные данные позволяют осуществлять динамическую оценку наиболее важных клинических и ЭХО признаков, характеризующих данную патологию, сопоставлять темпы обратного развития ведущих неврологических синдромов и ультразвуковых параметров поражения головного мозга и, соответственно, оптимизировать реабилитационные мероприятия за детьми (ПГИПГМ).

Спиридонова В.С., Скляренко Р.Т., Омаров М.А., Чурзин О.А., Абдуллаев А.А.

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов», г. Санкт-Петербург, Россия

РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С АМПУТАЦИОННЫМИ КУЛЬТЯМИ ВСЛЕДСТВИЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Реабилитация была определена ВОЗ как «Использование всех средств, направленных на уменьшение влияния нарушенных функций и неблагоприятных условий, для достижения оптимальной социальной интеграции людей с ограниченными возможностями». Главная цель реабилитации – дать возможность инвалидам с ограниченными возможностями вести жизнь, которую они хотели бы, учитывая различные ограничения активности, которые получены в результате болезни [1]. Основной причиной инвалидности пациентов, страдающих обли-

териюющим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК), является высокий риск потери конечности или ее сегмента, что ведет к тяжелым нарушениям мобильности, снижению социальной активности и общения [2]. Уровень ампутации конечности определяет во многом успех последующей реабилитации пациентов. Трудности в реабилитации после ампутаций и протезирования у многих больных отрицательно влияют на отдаленные результаты и качество их жизни.

Целью настоящего исследования явилась

оценка реабилитационных возможностей инвалидов с ампутационными культями конечностей.

Материал исследования. Нами были изучены экспертные документы 66 инвалидов, перенесших ампутацию конечностей на фоне ОАСНК. Средний возраст обследованных составил $62,6 \pm 12,9$ лет. В структуре групп инвалидности отмечено: первая группа инвалидности установлена в 24 (36,4%) случаях, вторая группа – 36 (54,5%), третья группа – 6 (9,1%). По уровню ампутаций конечностей: на уровне бедра – 41 человек; на уровне голени – 18 человек; обеих нижних конечностей – 7 человек. Был применен опросник «Индекс Реинтеграции в Нормальную Жизнь». Каждый второй обследованный отмечал неудовлетворенность своей ролью в семье, низкую социальную активность, дискомфорт во взаимоотношениях с окружающими, неудовлетворенность своей социальной ролью независимо от наличия или отсутствия протеза. Первичное протезирование получили только 7 человек. Наибольшее число отрицательных ответов было получено в утверждениях о передвижении на дальние расстояния (77,3%) и чувстве дискомфорта из-за частой или постоянной потребности в помощи посторонних лиц (68,2%). На качество

жизни и реинтеграцию большинства пациентов влияли сопутствующие заболевания и болезни культы, возвращение болей в конечностях и значительные ограничения подвижности. Социальная изоляция, психо-эмоциональные расстройства инвалидов также являются основным препятствием для реинтеграции этих больных в нормальную жизнь. Полученные ответы на вопросы примененных опросников позволяют выявить конкретную социальную проблему, что должно служить основанием для разработки соответствующих реабилитационных мероприятий для больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.

Заключение. Восстановление ходьбы является лишь одним из аспектов реабилитации лиц, подвергшихся ампутации. На возможности реабилитации влияют медицинские, социальные и психологические факторы, лучше всего это достигается путем сочетания мер преодоления или сглаживания функциональной недостаточности, и устранения или уменьшения барьеров для деятельности в среде, которую выбирает сам пациент. Два основных результата реабилитации, которые должны быть достигнуты: это благополучие человека и его возвращение к социальной или профессиональной деятельности.

Стафинова Е.А., Сигитова Е.В., Бубликова А.М., Гольнева А.П.

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

УЧЕБНЫЕ ПРОЕКТЫ ПО ПЕДАГОГИКЕ В ПОДГОТОВКЕ ОРДИНАТОРОВ-НЕВРОЛОГОВ

Ординатура является частью многоуровневой структуры высшего медицинского образования и формой непрерывного профессионального образования врачей, проводимого с целью подготовки или переподготовки специалистов, а также повышения их квалификации. Рекомендации Всемирной федерации медицинского образования, представленные в Глобальных стандартах по улучшению качества медицинского образования ориентируют на внедрение в медицинское и фармацевтическое образование программ обучения, способствующих вовлечению молодых специалистов в научные исследования.

Целью программы ординатуры по специальности «Неврология» является подготовка квалифицированного врача-специалиста невролога, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности преимущественно в условиях: первичной медико-санитарной помощи; неотлож-

ной; скорой, в том числе специализированной медицинской помощи; а также специализированной помощи в условиях профильного стационара. Помимо основных задач ординатуры, направленных на формирование фундаментальных и специальных медицинских знаний по специальности, существует необходимость в создании новых учебных проектов для реализации навыков и умений в освоении новейших технологий и методик в сфере профессиональной деятельности. Среди значительного количества методических приемов включения элементов новых технологий в учебный процесс ординаторов в качестве ведущего выбран практико-ориентированный метод. Учитывая, что общепринятые компетенции (ПК-3) предусматривают готовность ординатора к участию в педагогической деятельности разработка эффективных практических заданий является практико-ориентированной целью. Разработка рабочих программ, методических рекомендаций для ординаторов по под-

готовке к практическим занятиям – основные виды организационно-методического обеспечения в педагогике. Однако сознательная активная вовлечённость в педагогический процесс предусматривает наглядность и доступность. Данным принципам соответствует учебное пособие, содержащее описание клинических случаев – кейс (в переводе с англ. case – описание конкретной ситуации или случая в какой-либо сфере). В них представлены материалы организационного и теоретического спектра в качестве примера, а также задачи в виде блоков, таблиц и схем, в

которых нужно выполнить задания, используя исходные данные (жалобы, анамнез, неврологический осмотр и результаты исследований). На практических занятиях предусмотрено обсуждение дискуссионных вопросов с использованием стендовых докладов, демонстрация навыков и работа в исследовательских группах.

Таким образом создание подобного учебного пособия является обоснованным решением с учетом особенностей изучения ординаторов не только профильной дисциплины, но и педагогики.

Степанова М.Г., Жижек А.П., Мехова Л.С., Мехова Г.А.

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

ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА К ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОЙ БИОЛОГИИ

Из года в год адаптация первокурсников к университетской жизни остается актуальной и значимой проблемой. Задача педагога на первом курсе состоит не только в доступном донесении информации и поэтапном введении студента в новую дисциплину, но и направлении обучающихся максимально правильно организовывать свое время, что является ключевым фактором в профессиональном и личностном становлении будущего специалиста.

Цель работы

Изучить трудности, которые испытывают студенты первого курса при подготовке к практическим занятиям по дисциплине «Биология» и рассмотреть возможные пути решения.

Материал и методы

Изучены и проанализированы результаты успеваемости и опросник студентов первого курса стоматологического, фармацевтического, лечебного и медицинского факультетов ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО.

Результаты и обсуждение

Нами проведен сравнительный анализ качества и выживаемости знаний по дисциплине «Биология» у 277 студентов первого курса стоматологического, фармацевтического, лечебного и медицинского факультетов.

Учебный материал первых занятий по дисциплине «Биология» на первом курсе базируется на школьных знаниях цитологии, организации наследственного аппарата клетки, зоологии, анатомии. Эти знания являются фундаментом для дальнейшего успешного усвоения дисциплины на университетском уровне. Результаты устного

опроса и тестовых заданий по данным темам показали, что средний бал успеваемости составил:

2.0-19,5%, 2.5-27,39%, 3.0-31,95%, 3.5-2,9%, 4.0-11,2%, 4.5-2,07%, 5.0-0,41% соответственно. Для выяснения причин низкой успеваемости были проанализированы результаты опросника студентов, включавшего 10 вопросов открытого типа. Полученные данные показали, что 70,54% обучающихся испытывают трудности при подготовке к предмету. Наиболее значимым для трети студентов (33,2%) был большой объем новой информации и терминов, а также неумение выделить главное, хотя к каждому занятию имеется граф логическая структура и терминологический словарь, что указывает на неумение обучающихся пользоваться методическими указаниями к самостоятельной работе и использовать материалы информационной образовательной среды; не хватило времени на подготовку 17% респондентов, что косвенно свидетельствует о неумении правильно организовать время и расставить приоритеты; недостаточный уровень базовых знаний отметили лишь 20,3% студентов. Не сумели указать конкретные причины 29% студентов, что можно трактовать как растерянность и пребывание в стрессе (деадаптацию). Большинство студентов (90%) отметило трудности в организации времени, недосыпание, отсутствие нормального питания и повышенную утомляемость, из них 22% респондентов задумываются о правильности выбора вуза.

Заключение

Таким образом, успеваемость студентов первого курса определяется умением пользоваться

базовыми школьными знаниями, правильно расставлять приоритеты, рационально организовывать свое личное время, включая режим питания и сна. Для повышения эффективности обучения и облегчения адаптации студентам первого

курса необходимы тренинги с использованием интерактивных методов по развитию навыков управления временем в учебной деятельности, с привлечением студентов старших курсов, имеющих опыт успешной адаптации.

Стрельченко Ю.И.

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

КЛИПОВОЕ МЫШЛЕНИЕ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ: РАЗМЫШЛЕНИЯ

Современные технологии и объём информации ставят вызов перед системой медицинского образования. Большие объёмы текста (учебники) сейчас у слабоуспевающих студентов вызывают скуку, тревогу, сложность и неприятие. Также сказывается и дефицит времени. Навык работы в сети интернет – так называемый «заппинг», постоянное перескакивание со страницы на страницу, с броскими иллюстрациями и гиперссылками, просмотр короткометражных видеороликов и анимаций, вот то, к чему привыкли и стремятся современные студенты. Но их можно понять. Во-первых, это всё проявление нашего основного инстинкта – любопытства. Во-вторых, такой объём информации не возможно ни запомнить, ни переработать. Поэтому понятийное мышление отходит на второй план и уступает свои позиции клиповому восприятию (образов, картинок, анимаций, схем и видеороликов). Сейчас важно знать, где искать и как искать. По моему мнению, с этим не нужно «воевать», а необходимо активно применять информационно-образовательную среду для достижения целей обучения. Ведь можно пустить инстинкт любопытства на пользу. Представлять информацию не сплошным текстом, а дозированно, гиперссылочными блоками, желательными иллюстрациями, анимациями и видеороликами.

Например, необходимо отказаться от устаревших полнометражных советских кинофильмов, рассчитанных на полный академический час и перейти на короткометражные видеоролики длительностью не более пяти-семи минут. Такие ролики уже необходимо либо снимать

самим преподавателям, либо искать в интернет (Youtube, ВКонтакте). Обновлять учебные рисунки и схемы с использованием ярких цветов и, возможно, современных мемов (символов). Активно использовать анимации и компьютерные симуляторы, тренажёры. Презентации должны содержать реальные мультимедиа: звук, видеоряд, анимации. Там где это возможно отказаться от больших объёмов текстовой информации с переходом на гиперссылки на достоверные статьи в интернет, возможно, их будет необходимо создавать или редактировать самим. Большинство статей в Википедии вполне сносны для слабоуспевающего студента и не будут его отпугивать, в отличие от многостраничных глав учебников. Всё что написано в учебниках, надо попытаться представить интерактивно. Да, это сложно, и потребует времени. Многим преподавателям придётся самим переучиваться, например, вести курс дисциплины в интернет, делать качественные мультимедиа, анимации, видеоролики и прочее.

В будущем клиповое восприятие позволит врачу быстро реагировать и принимать решения, подстраиваться под новые условия больших объёмов медицинской информации (мониторы, датчики, анализаторы), которую придётся поглощать и перерабатывать в динамичной форме через символы, образы и схемы.

На самом деле, я являюсь ещё молодым преподавателем (мой педагогический стаж чуть более пяти лет), но опыт последних лет натолкнул меня на написание этой статьи, которая, надеюсь, послужит пищей для размышлений!

Стрионова В.С., Щербинин А.В., Вакуленко М.В., Rogовой А.Н.

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

ОЗОНОТЕРАПИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Цель работы: обоснование применения озонотерапии в комплексном лечении детей с гнойно-септической патологией.

Гнойно-септические заболевания являются одной из серьезных проблем в детской хирургии, поскольку являются наиболее массовыми и служат основной причиной летального исхода. Более остро становится вопрос быстро меняющегося патоморфоза гноеродной инфекции с нарастающей антибиотикорезистентностью, что делает необходимым поиск дополнительных эффективных методов лечения. Одним из таких методов является применение медицинского озона или озонотерапия.

В последние десятилетия на передний план вышли методы, связанные с парентеральным введением терапевтических доз озона. Для внутривенного введения используется озон, растворенный в физиологическом растворе или в крови пациента. Терапевтические дозы озона, введенные парентерально, существенно усиливают микроциркуляцию и улучшают трофические процессы в органах и тканях, влияют на реологические свойства крови, обладают выраженным иммуномодулирующим эффектом, способствуют резкой активизации детоксикационной системы защиты организма. Согласно данным литературы, в педиатрической практике медицинский озон применяют при: атопическом дерматите, распространенном перитоните, спячной болезни и др.

В качестве иллюстрации эффективного применения медицинского озона можно привести клинический пример из нашей практики: в РДКБ поступил мальчик Б., 5 лет, с открытыми (укушенными) ранами промежности.

При первичном осмотре: на промежности имеет место рана размером до 7 см, левее от шва промежности от корня мошонки, доходящее до анального отверстия, края раны неровные, умеренно кровоточат. На левой ягодице имеют место 2 раны размерами 2,0 и 0,5 см с неровными краями. Дно их представлено подкожно-жировой клетчаткой. Также отмечались множе-

ственные гематомы промежности. Ребенок был взят в операционную, была произведена ревизия ран, наложение наводящих швов. Назначена антибактериальная, противовоспалительная, симптоматическая терапия. Несмотря на проводимую терапию, на 2-е сутки состояние ребенка ухудшилось, нарастали симптомы общей интоксикации: присоединилась лихорадка до 37,8°C, общая слабость, снизился аппетит вплоть до полного отказа от пищи. Ребенку была назначена инфузионная терапия. При перевязке раны обращало на себя внимание: нарастание отека, гиперемия, расхождение краев раны, по краям – отложение нитей фибрина. На фоне проводимой терапии на 4-е сутки было отмечено улучшение общего состояния ребенка, однако при осмотре раны положительная динамика была незначительная. В связи с этим было принято решение в качестве дополнительного метода местного лечения применить озонотерапию для обработки раны. На 2-е сутки после начала применения медицинского озона была отмечена положительная динамика. При осмотре раны: отек и гиперемия окружающих тканей значительно уменьшились, отделяемое из раны – скудное серозное. На 6-е сутки озонотерапии рана очистилась, появились грануляции.

Пациент получил полный курс антибактериальной, противовоспалительной, симптоматической терапии и озонотерапию в течение 10 дней. Ребенок был выписан на 22 сутки в удовлетворительном состоянии с раной в стадии эпителизации под наблюдением педиатра, детского хирурга по месту жительства.

Выводы. Одним из дополнительных эффективных методов в комплексном лечении гнойно-септической патологии у детей может быть использована озонотерапия. В данном клиническом примере показана положительная роль медицинского озона в комплексе с антибактериальной и противовоспалительной терапией при лечении открытой (укушенной) раны промежности у ребенка.

Студзинский О.Г., Ляшенко Ю.О., Лепшина Е.А., Бойко М.А., Зиновие М.С., Лубенская О.А.

Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ ДНР, г. Донецк

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Цель исследования. Определить гендерные различия по нейрокогнитивному дефициту среди пациентов отделения № 3 Республиканской клинической психиатрической больницы МЗ ДНР.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 95 пациентов (мужчины – 63 чел. (66%), женщины – 32 чел. (33%)) с диагнозом параноидная шизофрения в возрасте от 18 до 50 лет. Для оценки степени выраженности когнитивного дефицита использовались: методика последовательности соединений (Trailmakingtest), тест беглости речевых ответов (Verbalfluencytest), тест «Сложная фигура Рея-Остерица», таблицы Шульте-Горбова, таблицы Шульте, субтесты «Кубики», «Шифровка», «Повторение цифр» методики Векслера, тест на запоминание 10 слов, стандартные прогрессивные матрицы Равена, пиктограммы. Для быстрой оценки психопатологических симптомов использовалась краткая психиатрическая оценочная шкала (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS). Статистическая обработка полученных данных производилась с помощью программы Statistica 10.

Результаты исследования. У женщин оказались выше такие показатели, как вербальная ассоциативная продуктивность и запас семантической памяти, исполнительные функции и контроль над действиями, темп и уровень психической деятельности при выполнении простой умственной работы, показатели концентрации, переключения, устойчивости внимания и его объем. Кроме того, женщины показали более высокие показатели обучаемости. Мужчинам с параноидной шизофренией требовалась большая подготовка к основной работе. Оперативные функции памяти, переход следов в долговременную память были более сохранены у женщин. Конструктивное мышление, пространственный анализ и синтез, вербальное абстракт-

ное мышление не имели достоверных различий в показателях ($p > 0.05$). У мужчин определялся более выраженный недостаток контактности, они недооценивали (или не понимали) ситуации интервью, у них был снижен интерес к беседе в большей степени, чем у женщин. Степень разорванности и дезорганизации мышления были достоверно ($p < 0.05$) больше выражены у женщин.

Выводы. Мужчины с шизофренией уступают женщинам в визуальной перцепции, зрительно-моторной координации, скорости образования навыка, психической устойчивости и переключении внимания, конструктивном праксисе, снижении исполнительных функций, зрительной памяти и запасе семантической памяти. Вследствие более выраженных когнитивных нарушений мужчины в большей степени испытывают сложности в повседневной деятельности, они менее успешно преодолевают жизненные трудности, выдерживают внутренние и внешние нагрузки. У мужчин прослеживается тенденция к более выраженному истощению. У них преобладают более тяжелые нарушения краткосрочной памяти и внимания, в отличие от женщин, у которых наблюдается большая глубина шизофренических изменений мышления. При исследовании искажений мышления у женщин легкий уровень был выявлен у 6 (0,6%), умеренный у 14 (45%) и выраженный у 53 (17%). У мужчин легкий уровень искажения обнаруживали 3 (5%), умеренный 36 (57%) и выраженный 24 (38%). Таким образом, дальнейшее изучение роли гендерных различий при шизофрении является ценной парадигмой не только для понимания взаимодействия биологических и социальных факторов и патогенетических механизмов психопатологических проявлений, но и для выработки терапевтических подходов к лечению шизофрении.

Сухарева Г. Э.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского, г. Симферополь, Россия

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Болезни сердечно-сосудистой системы (ССС) относятся к одной из наиболее частых патологий, осложняющих течение беременности, родов и послеродового периода. В настоящее время, в связи с улучшением диагностики врожденных аномалий ССС и оказанием своевременной кардиохирургической помощи, увеличивается количество женщин, у которых беременность и роды протекают на фоне прооперированных ВПС. Однако, встречаются единичные случаи отказов родителей девочек от операции и тогда, в последствии, беременность и роды у них протекают на фоне естественного течения ВПС и/или тяжелых нарушений сердечного ритма (НСР). Мы наблюдали 2 беременных с врожденной патологией ССС: 1) Беременная П., 33 лет с диагнозом: ВПС (тетрада Фалло), поставлен сразу после рождения. В возрасте 3 лет была прооперирована в НИИССХ им. Н.Амосова – наложен правосторонний подключично-легочный анастомоз Блелока-Тауссиг. От радикальной коррекции порока родители категорически отказались. Из акушерского анамнеза: первые роды в «ОХМА-ДЕТ» (г. Киев). Ребенку в настоящее время 12 лет, здоров. Вторые роды: преждевременные, в 28 недель, ребенок родился с массой 2550 гр., ростом 50 см, по шкале Апгар – 7-8 баллов, кричал сразу. Девочке в настоящее время 4,5 года, несколько отстает в физическом развитии. Обе беременности закончились самостоятельными родами. Дети здоровы. Больная П. неоднократно направлялась в НИИССХ им. Н. Бакулева (г. Москва) для проведения радикальной коррекции ВПС, однако от операции отказалась. 2) На протяжении 12 лет (с 9 лет до 21 года) под наблюдением сначала детских, а затем взрослых кардиологов находилась больная В. с тяжелым НСР, частыми пресинкопальными, а затем и синкопальными состояниями. Диагноз: аритмогенная дисплазия правого желудочка (АДПЖ), аритмическая форма с частыми приступами желудочковой тахикардии. У больной часто возни-

кали синкопальные состояния, что потребовало имплантации кардиовертера-дефибриллятора (ИКД) в возрасте 14 лет. Семейный анамнез отягощен – у матери девочки также было тяжелое НСР с частыми пресинкопальными и синкопальными состояниями. В возрасте 17 лет больная В. вышла замуж, и, несмотря на предупреждения врачей о нежелательности беременности, в 18 лет наступила беременность. На учет встала в 22 недели гестации. ЭхоКГ плода выявила у него тяжелый ВПС (синдром гипоплазии левых отделов сердца). Во время консультации в ГУ «НПМЦ ДКК» МОЗ Украины помимо ВПС у плода была диагностирована полная атриовентрикулярная блокада (АВБ) с ЧСС плода 40-45 уд/мин. От предложенного прерывания беременности родители отказались. В сроке 28 недель гестации больной В. было проведено перепрограммирование ИКД, даны рекомендации родоразрешения в специализированном родильном доме, т. к. это был первый и единственный в Украине опыт родов с ИКД. Роды в срок. В 2 часа жизни ребенок был переведен в ГУ «НПМЦ ДКК» МОЗ Украины с диагнозом: умеренный клапанный аортальный стеноз (ГСД 54 mmHg). Гипоплазия дуги аорты с критической коарктацией аорты (КоА). Гипоплазия митрального клапана и левого желудочка. ОАП. В первые сутки ребенку выполнена рентгенэндоваскулярная баллонная ангиопластика критической КоА. ГСД снизился, однако у ребенка усугубилась полная АВБ, что на фоне ВПС в течение нескольких суток привело к летальному исходу. Больная В. умерла в возрасте 21 года из-за категорического отказа от замены выработавшего свой ресурс ИКД.

Таким образом, недооценка родителями девочек тяжести сердечно-сосудистой патологии, не выполнение ими врачебных рекомендаций, отказ от лечения – все эти факторы впоследствии являются предикторами неблагоприятного прогноза как для жизни молодой женщины, так и для новорожденного ребенка.

Сухина И.В., Зорина М.Б.

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

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ОЖОГАМИ РОГОВИЦЫ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НА АЭРОЗОЛЯ ИЗ ГАЗОВЫХ БАЛЛОНЧИКОВ (ЛАКРИМАТОРОВ)

Применение аэрозольных баллончиков (лакриматоров) представляют собой серьезную угрозу для органа зрения ввиду возможности развития тяжелых осложнений. Газовые аэрозоли крайне негативно действуют на роговицу путем ингибирования тиолсодержащих групп ферментов, нарушая тем самым окислительно – восстановительные процессы, а также вызывая специфическую денатурацию белка. Этим определяется важность своевременной диагностики и адекватного лечения пострадавших.

Цель – повысить эффективность лечения ожогов роговицы, полученных в результате воздействия газовых аэрозольных баллончиков путем применения ванночковых аппликаций рибофлавина в сочетании с импульсным электромагнитным полем

Материал и методы.

Под нашим наблюдением за период 2008 – 2018 года находилось 23 пострадавших с повреждениями глаз, полученными в результате применения газовых баллончиков. В первые 6 часов после травмы обратилось 9, в первые сутки – 10, на вторые сутки – 4 человека. При оценке степени тяжести полученного повреждения преобладали ожоги II степени тяжести – 12 человек (52,17%), проявляющиеся значительной гиперемией, отеком кожи век и прилежащих участков лица, выраженным блефароспазмом, слезотечением, гиперемией и отеком конъюнктивы с участками ишемии и геморрагиями. При биомикроскопии у всех пострадавших отмечалось повреждение эпителия роговицы – от точечных до эрозий площадью менее 1/2 поверхности – 16 человек. Почти полная дезэпителизация диагностирована у 7 человек. У всех пострадавших определялся отек стромы роговицы, причем с вовлечением всех слоев роговицы, десцеметитом – 5 человек. Клинические проявления посттравматического иридоциклита характеризовались эксудацией в переднюю камеру – 6 человек, отеком стромы радужки, расширением сосудов – 13. Острота зрения пострадавших при поступлении составила pr.L.certa – 3 человека; 0,01 – 0,04 – 6; 0,05 – 0,09 – 6; 0,1 – 0,2 – 4; 0,3 – 0,6 – 4.

Согласно рекомендациям по лечению пострадавших при повреждении глаз, полученными в результате воздействия аэрозольных баллончиков, нами проводился комплекс консервативных мероприятий. Наряду с традиционным лечением

мы применили ванночковые аппликации рибофлавина в сочетании с импульсным электромагнитным полем – 23 больных (основная группа). Выбор последнего основан на его позитивных характеристиках влияния на ткани глаза, а именно – противоотечный, обезболивающий эффект, положительное действие на тканевой обмен, окислительно – восстановительные процессы, а также сосудорасширяющее, тромболитическое и противовоспалительное действие. Показанием к назначению лечения явилась замедленная эпителизация роговицы или ее отсутствие в течение первой недели, отек стромы роговицы, а также длительное ощущение дискомфорта, болей, рези. Лечение назначалось в сроке через 1 – 2 недели после травмы, ежедневно, по 8 – 10 минут, в количестве от 6 до 10 сеансов. В контрольной группе (18 больных из архивного материала) проводилось традиционное лечение. Первичная клиническая картина повреждений была идентична основной группе.

Критериями эффективности явились данные визометрии, биомикроскопии с учетом сроков эпителизации роговицы, восстановления прозрачности ее стромы, наличие васкуляризации, выраженность и регрессирование иридоциклита. Срок наблюдения составил 1 месяц после ожога газовыми аэрозольными баллончиками.

Результаты и обсуждение.

В результате проведенного лечения в большинстве случаев в обеих группах исход был благоприятным. Болевой синдром, рези, светобоязнь регрессировали через 2 – 4 сеанса лечения, в то время как у больных контрольной группы явления раздражения глаза держались в течение месяца и более. Эпителизация роговицы и восстановление ее прозрачности у больных основной группы отмечалось в 72,0%, в контрольной – в 61,0%, формирование неинтенсивного помутнения роговицы, соответственно, в 18,0% и 26,0%, васкуляризованного бельма роговицы – 9,0% и 13,0%. Острота зрения в основной группе восстановлена у 80,0%, в контрольной – в 62,0%.

Заключение.

Предложенный метод лечения ванночковых аппликаций рибофлавина в сочетании с импульсным электромагнитным полем способствовал улучшению ближайших исходов лечения у пострадавших с травмой, полученной в результате применения аэрозольных баллончиков.

Сыщикова О.В.

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

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОЛОГО-БИОХИМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТРЕПТОМИЦЕТОВ

Целью исследований было изучение амилолитической, целлюлолитической и протеолитической активности как существенных диагностических показателей идентификации сапрофитных стрептомицетов.

Объектом исследований были 58 изолятов стрептомицетов, выделенных из зональных почв региона. Для микробиологического посева и дальнейшего выделения стрептомицетов готовили почвенную суспензию, которую высевали на крахмало-аммиачный агар. Чистые культуры стрептомицетов получали методом истощающего штриха и последующим изучением их физиолого-биохимических свойств.

Проведенные исследования позволили установить, что процесс дезаминирования аминокислот с образованием аммиака осуществляют 64% изученных культур, а к расщеплению серосодержащих аминокислот, с образованием сероводорода способны 57% изолятов.

Некоторые стрептомицеты способны использовать в качестве конечного акцептора электронов не молекулярный кислород, а нитраты. Высокая активность нитратредуктазы, обуславливающая восстановление нитратов отмечена всего у 18 культур, наряду с этим, меньшая интенсивность ее функционирования присуща 7 изолятам, тогда как другие культуры не способны использовать нитраты акцептором электронов. Образование молекулярного азота осуществляют только 12 выделенных культур.

Тести на способность стрептомицетов синтезировать внеклеточные ферменты показали, что все изученные культуры проявляют амилолитическую, целлюлолитическую и протеолитическую активность. Однако, интенсивность продуцирования этих ферментов разная. Так, синтезировать амилазу и коллагеназу способны практи-

чески все изученные штаммы, за исключением *St. aerionidulus*, *St. atratus* и *St. nigriaromaticus*, которые не гидролизуют крахмал и *St. atratus*, *St. curacoii* и *St. aerionidulus*, которые не разжижают желатин.

Изучение целлюлолитической активности показало, что 57% исследованных штаммов имели очень хороший или хороший рост на фильтровальной бумаге, погруженной в жидкую питательную среду (мясо-пептонный бульон) и только одна культура (*St. marinolimosus*) ее разрушала. Остальные выделенные изоляты не проявляли данной специфической ферментативной активности.

При росте на молоке микроорганизмы, выделяющие протеолитические ферменты (протеазы), которые катализируют расщепление белков на пептиды через несколько дней вызывали коагуляцию и пептонизацию молока, что сопровождалось растворением сгустков казеина, выпадением осадка и просветлением молочной сыворотки. Коагуляцию молока и протеолиз казеина одновременно осуществляли следующие виды: *St. conganensis*, *St. aerionidulus*, *St. alboflaveolus*, *St. spitsbergensis* и *St. globosus*, а слабая позитивная реакция была отмечена у 13 штаммов. У 24% исследованных штаммов зафиксирована только коагуляция.

Полное отсутствие протеолитических ферментов отмечено лишь у двух видов *St. atratus* и *St. curacoii*, а у *St. aerionidulus* зафиксировано очень слабое выделение в среду культивирования только одного из трех ферментов.

Таким образом можно сделать вывод, что большинство из изученных сапрофитных штаммов стрептомицетов обладают достаточно выраженной ферментативной активностью.

Сыщиков Н.Д., Крутенкова Т.П.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ВЛИЯНИЕ АНТИМИКРОБНЫХ КОМПОНЕНТОВ РАЗЛИЧНОЙ ПРИРОДЫ НА ЧИСЛЕННОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ ЗУБНОГО НАЛЕТА

Одна из наиболее значимых проблем в теоретической и практической стоматологии – это зубной налет, его физиологическая роль и патогенное значение. Важно заметить, что в современной научной стоматологической литературе этой проблеме уделяется самое большое внимание. В связи с этим, целью исследований являлось изучение влияния зубных паст, содержащих антимикробные компоненты различной природы, на количественный состав микрофлоры зубного налета.

Исследования проводились на трех испытуемых без явно выраженной стоматологической патологии при использовании ими различных зубных паст Sanino Total Care – обычная зубная паста, D.I.E.S. – зубная паста с эфирными маслами хвойных растений и Colgate total, содержащая в составе антибактериальный и противогрибковый агент широкого спектра действия триклозан. Отбор материала для посева проводился до чистки зубов в 8⁰⁰ и 20⁰⁰ и через 1 час после их чистки путем соскабливания стерильным инструментом. Микробиологический посев проводился 2 раза: в начале использования зубной пасты и через 7 дней после ее ежедневного применения.

В результате проведенных исследований установлено, что антибактериальный эффект зубной пасты Sanino незначителен и, вероятнее всего, обусловлен механическим удалением микроорганизмов, поскольку зафиксированное снижение их количества после чистки зубов утром составляло всего 12-17%. Следует отметить, что количество микроорганизмов зубного налета вечером как до, так и после чистки зубов было меньше, чем утром. Проведенная через 7 дней вторая серия экспериментов показала аналогичную тенденцию распределения микроорганизмов в зубном налете.

При применении зубной пасты D.I.E.S. оказываемый антимикробный эффект, обусловленный натуральными антимикробными компонентами, был более выражен, что привело к статистически достоверному снижению чис-

ленности микроорганизмов на 40-66% после утренней чистки зубов. Аналогичная тенденция зафиксирована и после чистки зубов в 20⁰⁰, однако процент снижения численности несколько уменьшился и составлял 44-50%. Ежедневное использование зубной пасты D.I.E.S. в течение 7 дней вызывало снижение количества микроорганизмов на 33-69% и 44-52% после утренней и вечерней чистки зубов соответственно. Принимая во внимание отсутствие усиления антимикробного эффекта данной зубной пасты при длительном ее использовании можно говорить об адаптации микрофлоры зубного налета к ее антибактериальным компонентам.

Входящий в состав зубной пасты Colgate total триклозан, приводил к наиболее существенному угнетению микрофлоры зубного налета, что выражалось в снижении более чем на 70% количества микроорганизмов после утренней чистки зубов. Аналогичные данные получены нами и после чистки зубов в 20⁰⁰ при практически неизменном проценте снижения численности микрофлоры, составлявшем 68-73% по отношению к контрольным показателям. Увеличение длительности эксперимента показало максимальный среди исследованных зубных паст антимикробный эффект данной зубной пасты. Так при ее ежедневном применении уменьшение численности микроорганизмов составляло 83-90% как утром, так и вечером. Вероятнее всего, это обусловлено доказанным влиянием триклозана на широкий спектр микроорганизмов грамположительной и грамотрицательной флоры.

В результате проведенных исследований можно сделать выводы, что численность микроорганизмов зубного налета максимальных значений достигает в утренние часы. Как на начальном этапе эксперимента, так и с увеличением длительности наибольший антимикробный эффект характерен для зубной пасты Colgate total. Отмечена адаптация микрофлоры зубного налета к антимикробным компонентам зубной пасты D.I.E.S. при ее длительном применении.

Талалаенко И.А., Боенко Д.С., Боенко С.К., Гинькут В.Н., Андреев В.Н.

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

ПРОБЛЕМЫ ОБУЧЕНИЯ В ИНТЕРНАТУРЕ ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ И ИХ РЕШЕНИЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Отличительной особенностью системы программно-целевого управления качеством подготовки специалистов является ориентация процесса обучения на конечные его цели, т.е. врачебную профессиональную деятельность. Последние годы преподавание в интернатуре по оториноларингологии проходит в достаточно сложных условиях: снижается коечный фонд базовых клиник, уменьшилось количество высококвалифицированных преподавателей, ухудшилось материально-техническое обеспечение, очень сложно приобрести современное лечебно-диагностическое оборудование, изменилась социальная структура общества. В Донецкой области участились тяжелые, осложненные формы ЛОР-патологии. Кроме того, обучение в интернатуре сокращено сейчас в 2 раза и составляют 1 год, из которого интерны-оториноларингологи обучаются на очном цикле всего 4 месяца, в течение которых преподаванию ЛОР-специальности отводится 48 часов лекций, 128 часов семинаров, 128 часов практических занятий и 196 часов самостоятельной работы интерна. Роль базовой кафедры в формировании врача-специалиста оториноларинголога по объективным причинам значительно уменьшилась.

Анализ результатов успеваемости, тестирования и анкетирования интернов-оториноларингологов свидетельствует о необходимости улучшения преподавания как теоретических, так и практических аспектов оториноларингологии в интернатуре. С уверенностью можно сказать, что применяемая до сих пор система обучения в интернатуре по специальности «оториноларингология» нуждается в усовершенствовании. Активный поиск путей этой оптимизации был актуален все последние годы.

Нами использовались следующие пути улучшения преподавания в интернатуре: это модернизация обучения с помощью применения интерактивных методов, использования новых

мультимедийных технологий преподавания и усиление практической подготовки интерна-оториноларинголога.

В течение нескольких лет на кафедре активно разрабатывается и внедряется обучение интернов в «информационно-образовательной среде» (ИОС). Как свидетельствуют анализ качества преподавания, работа в ИОС дисциплинирует интерна, стимулирует его работу с базисными руководствами, медицинскими журналами, побуждает готовиться к семинарско-практическим занятиям, улучшает предварительные результаты компьютерного тестирования по ЛОР-специальности. На кафедре в последние годы разработаны и активно используются 3 электронных учебных пособия по тонзиллярной проблеме, ринологии и ларингологии с элементами обратной связи, в освоении которых интерны-оториноларингологи проявляют инициативу и интерес.

Для усиления практического аспекта преподавания на кафедре проводятся организационные и воспитательные меры, направленные на усиление мотиваций и устремлений интернов-оториноларингологов. Они привлекаются к участию в консультативных приёмах, операциях, дежурствах в клинике. Самый сложный раздел преподавания – это выполнение интерном основных этапов оперативных вмешательств. Для улучшения их освоения, помимо работы в операционной под руководством преподавателя, на кафедре создан и ежедневно используется запас цифровых видеофильмов.

Таким образом, основными путями оптимизации подготовки к будущей профессиональной деятельности в интернатуре по оториноларингологии являются усиление мотивации молодых врачей, использование интерактивных методов обучения, информационно-образовательной среды, электронных мультимедийных пособий и обучающих видеофильмов.

Талалаенко И.А., Деревянко Н.Я.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Дорожная клиническая больница ст. Донецк, г. Донецк

КОРРЕКЦИЯ ВНУТРИНОСОВЫХ АНОМАЛИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ЛИЦЕВЫХ БОЛЕЙ

В практике оториноларинголога довольно часто встречаются лицевые боли (прозопалгии) (Г.З.Пискунов, 2006).

Целью работы было улучшение диагностики и лечения больных с различными формами лицевых болей.

Материал и методы. Нами в 2013 – 2019 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 и обсуждение. 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 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:

У больных с прозопалгиями эндориноскопия является необходимым диагностическим мероприятием.

Эндоскопическая хирургическая коррекция аномалий внутриносовых структур приводит к излечению пациентов с прозопалгиями.

Тарасюк М. А., Шпулина О. А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ВЛИЯНИЕ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ И СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ НА КРИСТАЛООБРАЗУЮЩУЮ ФУНКЦИЮ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ КАРИЕСА В ПЕРИОД РАННЕГО СМЕННОГО ПРИКУСА

Целью нашего исследования является изучение влияния композиционных материалов и стеклоиономерных цементах (СИЦ), используемых для санации детей с декомпенсированным течением кариеса в период раннего сменного прикуса на кристаллообразующую функцию смешанной слюны.

Материалы и методы. Обследовано 78 детей в возрасте 6-9 лет в период раннего сменного прикуса. В первую группу вошли 32 ребенка с компенсированной, а во вторую – 46 детей с декомпенсированной формой кариеса, согласно оценке интенсивности кариозного процесса (Т.Ф.Виноградова, 1978). Каждая из групп поровну разделены на две подгруппы в соответствии с двумя используемыми для санации видами пломбировочных материалов – СИЦ VITREMER (3M ESPE, США) и композиты светового отверждения Filtek Z250 и Filtek Ultimate Flow (3M ESPE, США). У обследуемых детей проведена санация полости рта (профессиональная гигиена и пломбирование всех пораженных кариесом зубов выше названными материалами) и герметизация фиссур всех первых постоянных моляров, а также обучение правилам индивидуальной гигиены полости рта.

У всех детей до и через четыре месяца после санации полости рта оценивали микрокристаллизацию (МКС) смешанной слюны (О.Ю. Пузикова, 1999 г.).

Для исследования МКС производили забор слюны утром натощак или после приема пищи не менее чем через два часа. Выпаривание слюны проводили методом клиновидной дегидратации (на обезжиренное предметное стекло наносили дозатором каплю диаметром 5-7 мм и средней толщиной около 1 мм, высушивали в течение 18-24 часов при температуре 20-25°C и относительной влажности воздуха 65-70%. Изучение кристаллограмм проводили под световым микроскопом при увеличении в 40, 100, 200 и 800 раз и фотографировали через микрофотонасадку.

Полученные данные обрабатывали статистическим методом с помощью критерия t Стьюдента, достоверными считали данные с погрешностью меньше 5% ($p < 0,05$).

Результаты и методы. В группе с компенсированным течением кариеса до лечения преобладали дети со II типом МКС (69%), I тип наблюдается у 12%, III тип – у 19%. Среднее значение минерализующего потенциала слюны (МПС) у детей до лечения в данной группе составил $3,34 \pm 0,17$ баллов, что оценивается как высокий уровень. При санацииполости рта с помощью композиционных материалов зарегистрировано увеличение МПС на 11%, а с помощью СИЦ на 18,5% в сравнении с данными до лечения.

При исследовании детей с декомпенсированной формой кариеса до санации наблюдается преобладание III типа МКС (82%), II тип определяется у 17% детей, а I типа не выявлен ни у одного ребенка. МПС до лечения у детей с декомпенсированным течением кариеса был низким и в среднем составил $1,83 \pm 0,12$ баллов. При использовании композиционного материала отмечалось достоверное увеличение МПС на 38%, а СИЦ – в два раза в сравнении с исходными данными.

При этом в обеих группах детей с разным течением кариеса использование СИЦ эффективнее увеличивало МПС в сравнении с композиционными материалами, о чем указывает достоверная разница в анализируемом показателе.

Вывод. Таким образом, проведенное исследование доказало, что более структурированная слюна по окончании лечения преобладает у детей, у которых с целью санации использовались СИЦ. Полученные результаты изучения микрокристаллизации и минерализующего потенциала смешанной слюны у детей с острым множественным кариесом указывает на значимость выбора пломбировочных материалов для санации полости рта у детей в период раннего сменного прикуса.

Тацый В.Н.

Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства, г. Донецк

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДОНЕЦКОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Донецкий Республиканский Центр Охраны Материнства и Детства является ведущим учреждением в Донецкой Народной Республике по оказанию высококвалифицированной специализированной помощи женщинам и новорожденным. Генеральным директором и заведующим кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМЕНИ М.ГОРЬКОГО является член-корреспондент НАМНУ, заслуженный деятель науки и техники Украины, доктор медицинских наук, профессор Владимир Кириллович Чайка.

Структурное подразделение Кризисный центр перинатальной психологии и психотерапии в сети Донецкого Республиканского Центра Охраны Материнства и Детства организовано в ноябре 1999 года с целью сохранения и восстановления психологического и физического здоровья женщин, пострадавших от психофизического насилия. В связи с обострением военно-политической обстановки в Донецком регионе и резким увеличением количества перинатальной патологии, а также ростом числа беременных и родильниц, нуждающихся в специализированной психологической помощи в условиях перинатального центра III уровня – расширенное функционирование Кризисного центра перинатальной психологии и психотерапии в оказании квалифицированной психологической помощи медицинскому персоналу и населению ДНР. Основанием является приказ Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики от 24.08.15 №012.1/305» Об оказании квалифицированной психологической помощи медицинским работникам и населению».

По статистическим данным всего обратилось за психологической помощью в учреждения здравоохранения ДНР за 2018 год 50306 человек.

В отделение Кризисного центра перинатальной психологии и психотерапии обратилось 2491 человек, что составило 5% от всех обращений за психологической помощью в 2018 году. Психологическая деятельность отделения ведется в нескольких направлениях: 1. Консультативно-диагностическое целью диагностики и выработки дальнейшей стратегии психологической коррекции и психотерапии; 2. Коррекционное направление проводится по видам, а именно семейная психотерапия, направленная на нормализацию микроклимата в семье; индивиду-

альная, направленная на коррекцию жизненных установок; групповая с элементами арт-терапии, направленная на формирование новых психологических установок.

В 2015 году ведены консультации в режиме online для жителей г. Донецка, которым пришлось временно выехать в результате военного конфликта. 14% оказываемой, психологической помощи осуществляется в виде телефонных консультаций, а также в режиме онлайн за счет налаженной работы консультирования для отдаленных районов.

Перинатальная психология является одной из относительно новых и еще недостаточно теоретически оформленных отраслей клинической психологии, несмотря на это, практическая перинатальная психология развивается в виде психокоррекционных программ для беременных, родильниц, их семей. Индивидуальная помощь оказывается женщинам по запросу или по запросу лечащего врача. Запросом женщин часто является тяжелое переживание угрозы прерывания, иногда отягощенное неудачными предыдущими прерываниями беременности, попытками ЭКО. Особое место среди направлений оказания психологической помощи в перинатальном центре занимает поддержка в случае перинатальных потерь. Приемы психодиагностики и способы коррекционной работы должны учитывать ограниченность времени пребывания в стационаре. Наиболее эффективными являются экспресс-методы диагностики и приемы краткосрочной психотерапии. Эффективными в применении являются методы Трансактного анализа, в первую очередь, методы релаксации, и когнитивно-поведенческой терапии. С целью оптимизации и повышения качества лечебного процесса в отделении постоянно проводятся разработки и внедрения новых методик.

Выводы. Квалифицированная полноценная помощь больным людям не может ограничиваться лишь медицинской помощью. Человеку, испытывающему страдания, необходима психологическая поддержка и психологическое сопровождение на всех этапах лечения. Благодаря созданию и работе отделения изучаются психологические аспекты деятельности врача и поведения больного, психические проявления болезней, роль психики в возникновении и протекании болезней, в их лечении, а также в предупреждении болезней и укреплении здоровья.

Темертей С.И.

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

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

Важным направлением в реализации государственной политики являются вопросы обеспечения безопасности жизни и здоровья детей, в том числе детского и подросткового травматизма и его профилактика.

Наиболее частыми причинами возникновения травм у детей и подростков являются:

- низкий уровень культуры безопасной жизнедеятельности, осознанности населения и формирования ответственного отношения граждан к личной безопасности и безопасности окружающих в сфере, связанной с воспитанием и обучением детей;

- низкий уровень жизни населения, малообеспеченность, конфликты, насилие в семье, сложные жизненные обстоятельства;

- бесприсмотр за детьми, безответственность родителей, воспитателей, педагогов и их неспособность организовать занятость ребёнка или досуг;

- нарушение правил дорожного движения, пожарной безопасности, поведения на воде и в экстремальных ситуациях, неправильное поведение или необученность действиям во время стихийных бедствий, боевые действия.

- недостаточно качественное оборудование и оснащение, а порой некачественное, детских дворовых площадок;

- невыполнение мероприятий коммунальными службами по содержанию в надлежащем состоянии территорий дворов, тротуаров, открытых коммуникационных люков и прочих малых сооружений;

- большое количество бродячих животных (собак);

- недостаточная просветительная работа по профилактике травматизма и несчастных случаев среди детей в детских дошкольных учреждениях, школах, дома;

- халатность и невнимательность окружающих к поведению и действиям детей и подростков, негативное влияние рекламы и отдельных электронных роликов.

В 2018 году в сравнении с предыдущим годом уровень детского травматизма в Донецке

вырос на 9,2%, так численность потерпевших на 268 детей больше и составило в 2017 году – 2922 чел., а в 2018 году – 3190 чел.

В Калининском районе отмечается снижение случаев травматизма, так в 2017 году было зарегистрировано 209 случаев травм у детей, а в 2018 году – 167 случаев, из них бытовые и уличные травмы составили 70% – 80%, спортивные -7%-10%, ДТП -3%, укусы бродячих собак 3%, несчастные случаи 2%-12% (в том числе 3 случая с летальным исходом по халатности родителей).

Важную роль в профилактике детского и подросткового травматизма играет целостное взаимодействие всех систем управления, организаций и учреждений в части профилактики детского травматизма.

Имеющийся уровень детского травматизма, требует неотложного приложения соответствующих мер на республиканском уровне, а именно:

- принятия Республиканской программы профилактики травматизма непроизводственного характера, в том числе детского на конкретный период;

- финансирование мероприятий, направленных на профилактику детского травматизма за счёт средств республиканского и местного бюджетов;

- координации усилий органов МЧС, учреждений образования, молодёжи и спорта, культуры, жилищно-коммунального хозяйства, других причастных структур в направлении предупреждения детского травматизма;

- повышение уровня жизни населения, уровня охвата организованной занятостью детей и подростков, активизация работы в направлении предупреждения и устранения вредных привычек и пропаганды здорового образа жизни;

- обеспечение выполнения мероприятий по профилактике травматизма непроизводственного характера в Донецкой Народной Республике за конкретный период.

Снижение уровня детского травматизма является важной задачей многих государственных и общественных структур Республики.

Терованесов А.М., Саркисов Т.А., Белоусова В.Ю.

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

ПРАВО ГРАЖДАН НА МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК ОСНОВА РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Реформирование системы здравоохранения предусматривает процесс поэтапного обеспечения интересов всех участников общественных отношений в сфере медицинского права. В этом контексте основное стремление граждан – это реализация конституционно закрепленных прав, в том числе права на охрану здоровья.

Целью работы является изучение основ медицинского страхования как направления, положительно влияющего на реформирование системы здравоохранения.

Согласно части 1 статьи 34 Конституции Донецкой Народной Республики, каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Предусмотрев возможность гражданам пользоваться медицинской помощью за счет страховых взносов, законодатель тем самым определил варианты развития социального законодательства, направленного на обеспечение достойного уровня жизни.

Согласно части 1 статьи 11 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении», страховая медицина гарантирует гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопительных средств, а также финансирование профилактических мероприятий. Медицинское страхование граждан Донецкой Народной Республики осуществляется в двух видах: в виде обязательного социального и добровольного частного медицинского страхования.

Такое закрепление на законодательном уровне необходимых понятий создает базис для дальнейшего развития программ медицинского страхования. Следует отметить, что на сегодняшний

день существует недостаток более детального нормативного урегулирования вопроса.

Тут целесообразным является обращение к зарубежному опыту введения медицинского страхования. Так, Российская Федерация, еще до распада СССР приступила к разработке основ медицинского страхования, результатом чего стало принятие закона РСФСР от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР». Нормы этого закона стали новаторскими, потому что впервые на территории СССР регулировали право граждан на доступность медицинской помощи путем использования программ медицинского страхования.

Кроме зарубежного опыта интересным представляется изучение отечественного становления социальной сферы. На территории Российской империи, в том числе на землях Донбасса, действовал ряд нормативных правовых актов, который позволял право на качественную медицинскую помощь рабочим и членам их семей. Это привело к росту рабочей силы, правового сознания. Подданные убедились, что предоставленные им социальные права несут позитивные тенденции, направлены на улучшение качества жизни населения и условий труда.

Таким образом, реформирование системы здравоохранения является обязательной мерой обеспечения конституционных прав граждан. Поэтому необходимым представляется доскональное изучение возможностей распространения медицинского страхования путем исследования отечественного историко-правового и современного зарубежного опыта. Это позволит найти оптимальную модель для применения законодательно выписанных прав граждан, что приведет к поступательному повышению качества медицинской помощи и в целом положительно отразится на системе здравоохранения и благополучии населения.

*Титиевский С.В., Черепков В.Н., Гашкова Л.А.,
Побережная Н.В., Фирсова Г.М., Данилова Е.М.*

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

ОПЕРАЦИОНАЛИЗИРОВАННЫЙ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Для больных, страдающих непсихотическими психическими расстройствами, проведение психотерапии (врачами-психотерапевтами) и психокоррекции (клиническими психологами) является одним из важнейших методов лечения, разрабатываемым и контролируемым в настоящее время с помощью операционализированной психодинамической диагностики (ОПД).

Цель работы. Оценка значения операционализированной психодинамической диагностики как инновационного клинико-психологического подхода к диагностике и лечению непсихотических психических расстройств.

Материал и методы. С помощью рабочих материалов второй версии операционализированной психодинамической диагностики (ОПД-2) нами обследовано 30 больных в возрасте от 22 до 70 лет (среднее значение – 45,8, стандартное отклонение – 13,5) с наличием непсихотических психических расстройств, лечившихся стационарно в Республиканской клинической психоневрологической больнице-медико-психологическом центре МЗ ДНР. Полученные результаты статистически обработаны с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Наивысшими показателями Оси I ОПД-2 («Опыт заболевания и предпосылки к лечению») у обследованных оказались «Желаемая форма лечения: психотерапевтическое лечение» и «Желаемая форма лечения: соматическое лечение». При этом, желаемость психотерапевтического лечения достоверно превышала желаемость вмешательств социального типа ($p < 0,05$), а также показатели концепции заболевания на основе соматических факторов ($p < 0,05$) и концепции заболевания на основе социальных факторов ($p < 0,05$). Следует отметить также, что показатель «Представление психических жалоб и проблем» достоверно превышал

представление физических жалоб и проблем ($p < 0,01$) и представление социальных проблем ($p < 0,01$), а показатель «Концепция заболевания на основе психических факторов» достоверно превышал концепцию заболевания на основе социальных факторов ($p < 0,05$). При анализе показателей Оси II ОПД-2 («Межличностные отношения») установлено, что у обследованных преобладали восприятие других как враждебных и контролируемых, а также дружественное самовосприятие. В контрпереносе превалировало восприятие больного как враждебного и контролирующего, что свидетельствует о значимости проективных защитных механизмов. В контрпереносном самовосприятии доминировали враждебность (при этом, другие лица пациентами, в основном, воспринимались, в том числе, как враждебные) и самоутверждающийся тип поведения (возможно, воспринимаемый больными как контролирующий). Данные Оси III ОПД-2 («Конфликт») продемонстрировали достоверно наибольшую выраженность у обследованных конфликта «Индивидуация-зависимость». Установлено также, что среди показателей структуры (Ось IV («Структура»)) у обследованных интегрированность структурного уровня саморегуляции была достоверно наименьшей.

Заключение. Выявленные закономерности представляют собой значимый материал при проведении психотерапии и психокоррекции, поскольку указанная нами информация, очевидно позволяя существенно расширить клиническое представление о больных за счёт их психотерапевтического видения, объективно доказывают полезность психодинамической операционализации для врачебной и клинико-психологической практики работы с пациентами, страдающими непсихотическими психическими расстройствами.

*Титиевский С.В., Черепков В.Н., Побережная Н.В.,
Гашкова Л.А., Фирсова Г.М., Данилова Е.М.*

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

ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДОЛОГИИ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Современная методология преподавания психотерапии врачам-курсантам остается эклектичной в связи с тем, что зачастую упускается из виду расхождение между биомедицинской моделью традиционной психиатрической подготовки и современной биопсихосоциальной парадигмой, с точки зрения которой эффективное использование психологических вмешательств требует тщательной концептуализации многофакторных механизмов как психопатологии, так и механизмов психотерапии.

Пересмотр данной методологии актуален также из-за всё нарастающего числа методов в рамках непрерывно дробящихся и пересекающихся направлений и школ психотерапии, что затрудняет подготовку психотерапевтов, особенно на курсах первичной переподготовки, которая не подразумевает приверженности какой-то одной школе психотерапии, поскольку каждая теория предоставляет (а иногда и не предоставляет) свои объяснения механизмов возникновения патологии и свои стратегии. Парадокс заключается в том, что обучающиеся психотерапии психиатры, имея сформированное целостное представление о психической патологии, психотерапевтические техники осваивают, тем не менее, не вполне понимая их действие, условия применения и связь с результатами. Такой дефицит концептуализации затрудняет приложении теорий к практике психотерапии, не только препятствуя её соотнесенности с индивидуальными потребностями больного, страдающего определенной психической или сомато-неврологической патологией, но и заставляя психотерапевта идти по ошибочному пути «пациент для психотерапии» вместо «психотерапия для пациента».

Изучая разные (иногда «конкурирующие» друг с другом) подходы практически одновременно, будущие психотерапевты могут легко запутаться в оценке состояния человека, выработ-

ке рекомендаций и выборе лечебной помощи. В области клинической психотерапии этот хаос становится порой опасным для пациентов и разрушительным для самих психотерапевтов.

Чтобы избежать этих осложнений, необходим новый тип методологии преподавания психотерапии – от простого к сложному, от элементов – к интегрированной целостности, с первичной сосредоточенностью на изучении универсальных, а затем – специфических механизмов психологического вмешательства. Этот методологический подход необходим для лучшей концептуализации психотерапевтической работы, осознанного обоснования выборов мишеней терапии и терапевтических стратегий. Такая методология должна основываться на современных исследованиях, указывающих, что, несмотря на разницу подходов, все виды психотерапии имеют нечто глобально общее, например, изменение как цель, психологические мишени, процесс, агенты изменения. Такая пропедевтика психотерапии способна интегрировать знания, полученные в рамках современных психологических и нейронаук и подвести общий теоретический и методологический фундамент под практику психотерапии. Примером подобной психотерапевтической пропедевтики могло бы стать проводимое нашей кафедрой (пока на факультативной основе) освоение врачами-психиатрами и клиническими психологами операционализированной психодинамической диагностики (ОПД), инновационной методики, подразумевающей формализацию многочисленных современных психодинамических подходов. Изучение предпосылок, принципов и фаз специализированного интервью, являющегося основой ОПД, помогает врачу определять тактику лечения (связанную с любым, а не только с психоаналитическим направлением психотерапии) и, обсудив её с пациентом, дифференцированно применять.

Ткаченко И.М., Давыдова А.В., Данилюк А.Н.

Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

ПРИМЕНЕНИЕ БЫСТРЫХ ТЕСТОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Введение. Острые кишечные инфекции (ОКИ) – одна из важных проблем современной медицины во всех странах мира. Полиэтиологичность ОКИ и сходство клинической картины гастроэнтеритов обусловленных бактериальными и вирусными агентами обуславливают необходимость их этиологической расшифровки лабораторными методами. Острое начало, и короткое течение болезни диктуют приоритетное значение экспресс-методов лабораторной диагностики, в первую очередь полимеразно-цепной реакции (ПЦР), иммуноферментного анализа (ИФА), иммуно-хроматографического анализа (ИХА) и др.

Цель работы. Обосновать актуальность этиологической расшифровки острых гастроэнтеритов лабораторными методами, наряду с этим предложить альтернативный по отношению к ПЦР и ИФА метод диагностики ротавирусной инфекции для лабораторий, не оснащённых специализированным оборудованием.

Материалы и методы. В работе представлены результаты исследования вирусологической лаборатории РЦ СЭН по диагностике ротавирусной инфекции среди больных с ОКИ на территории ДНР. Исследования проводились с применением тест-систем для иммуноферментного анализа «Вектор-Бест», служащих для определения антигена ротавируса группы А.

Результаты. По результатам исследований вирусологической лаборатории РЦ СЭН, удельный вес ротавирусной инфекции в структуре ОКИ на территории ДНР начиная с 2015 года, колебался от 24 до 46% (2015 год – 46%, 2016 год – 40%, 2017 год – 24%, 2018 год – 41%, 9 мес. 2019 года – 38%). При этом в целом по территории ДНР за указанный период ротавирусный гастроэнтерит в общей структуре ОКИ составил от 7 до 12%. Данная ситуация обусловлена недостаточно-

стью лабораторной диагностики данного вида инфекции на базе лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и территориальных центров РЦ СЭН.

Вирусологическая лаборатория РЦ СЭН является единственной вирусологической лабораторией на территории ДНР, и соответственно не может в полном объёме проводить диагностические исследования от больных с ОКИ. В данной ситуации существует необходимость осуществления данного вида исследований на базе бактериологических лабораторий ЛПУ и территориальных центров РЦ СЭН. Ввиду того, что далеко не все бактериологические лаборатории оснащены специализированным оборудованием для проведения ИФА и ПЦР, а также не имеют финансовой возможности закупать дорогостоящие тест-системы и расходные материалы для работы данными методами, мы рекомендуем использовать в своей практике быстрые ИХА тесты. Применение ИХА метода для диагностики ротавирусной инфекции в настоящее время успешно практикуется во многих странах мира. Чувствительность и специфичность данного метода составляет 99% и 98% соответственно. Эффективность применения ИХА подтверждена результатами исследований вирусологической лаборатории РЦ СЭН.

Выводы. Улучшить ситуацию с нерасшифрованными гастроэнтеритами ротавирусной этиологии поможет внедрение лабораторной диагностики данного вида инфекций на базе бактериологических лабораторий ЛПУ и территориальных центров РЦ СЭН. Быстрые тесты просты в применении, позволяют достоверно, быстро, и что немало важно, относительно недорого получить результат, связанный с этиологической расшифровкой ОКИ.

Ткаченко И.М., Давыдова А.В., Данилюк А.Н.

Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗА ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Введение. Основными методами лабораторного подтверждения энтеровирусной инфекции являются выделение вируса на культуре клеток и детекция рибонуклеиновой кислоты (РНК) энтеровируса с помощью полимеразно-цепной реакции (ПЦР).

Плановый мониторинг за циркуляцией энтеровирусов включает в себя обследование следующих категорий лиц: дети до 15 лет с диагнозом «Острый вялый паралич (ОВП)», больные с диагнозами «Острая кишечная инфекция (ОКИ)», «Серозный менингит», контактные лица с больным с диагнозом «Энтеровирусная инфекция», здоровые дети социальных центров и домов ребёнка. Для слежения за циркуляцией энтеровирусов во внешней среде исследовались пробы сточных вод: хозяйственно-бытовых и инфекционных стационаров, открытых водоёмов и питьевой воды.

Цель работы. Провести анализ эпидемиологической ситуации и результатов вирусологических исследований на энтеровирусную инфекцию за девять месяцев 2019 года на территории ДНР.

Материалы и методы. В работе представлены результаты исследования вирусологической лаборатории РЦ СЭН за девять месяцев 2019 года, выполненные методом ПЦР с применением тест-систем «АмплиСенс», производитель – Россия и вирусологическим методом на перевиваемых линиях культур клеток Herp-2 и RD.

Результаты. Методом ПЦР в ходе планового мониторинга за энтеровирусной инфекцией было обследовано: 83 пробы фекалий от больных с диагнозом «ОКИ», позитивы при этом составили 12%; 25 проб от больных с диагнозом «Серозный менингит», позитивы составили 24% и 8 проб от контактных лиц с больным с диа-

гнозом «Энтеровирусная инфекция», позитивы составили 50%. При исследовании на культуре клеток клинического материала от вышеуказанных контингентов выделены 13 вирусных изолятов, из них 77% составили вирусы Коксаки В, 8% – ЕСНО-6 и 15% – нерасшифрованные непوليوэнтеровирусы. При исследовании проб от детей с диагнозом «ОВП», детей из социальных центров и домов ребёнка вирусные изоляты не выделены.

Пробы сточных вод и открытых водоёмов исследовались вирусологическим методом. Вирусовыделяемость из проб хозяйственно-бытовых стоков и стоков инфекционных стационаров составила по 6%. В структуре выделенных изолятов Коксаки В составили 44%, ЕСНО-6 и аденовирусы – по 22%, нерасшифрованные непوليوэнтеровирусы – 12%. Исследование проб питьевой воды проводилось методом ПЦР, при этом в 88 исследуемых пробах РНК энтеровируса не обнаружена.

Заключение. Представленные данные свидетельствуют о постоянной фоновой циркуляции энтеровирусной инфекции на территории ДНР. Проведение вирусологического мониторинга за энтеровирусной инфекцией среди людей и во внешней среде позволяет осуществлять постоянный эпидемиологический контроль, прогнозирование ухудшения эпидемиологической ситуации, своевременно проводить комплекс противоэпидемических мероприятий.

Постоянный вирусологический мониторинг за данным видом инфекции включён в план целенаправленных профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

*Ткаченко О.Н., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Савчук А.А.,
Мельник Ал.В., Мельник К.В., Беседин И.Е.*

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

ЭПИЗООТИЧЕСКАЯ И ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО РАБИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ В 2018 ГОДУ

В последние годы эпизоотическая и эпидемическая ситуация по рабической инфекций в мире усложняется, активизируются ее эпизоотические и формируются антропургические очаги. В дикой природе вирус бешенства продолжает сохраняться в основном среди животных семейства собачьих – шакалов, волков, лис, енотовидных собак, что определяет характер противоэпизоотических и противоэпидемических мероприятий в отношении этой инфекции. В ряде стран мира в целом и на их отдельных территориях не удается локализовать бешенство, а многие вопросы функционирования паразитарной системы рабической инфекции до сих пор остаются недостаточно изученными.

Цель. Уточнить эпизоотическую и эпидемическую ситуацию по заболеваемости бешенством в Донецкой Народной Республике (ДНР).

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ распространённости бешенства среди животных на территории ДНР в 2018 г. и 9 месяцев 2019 г.

Результаты исследования. На территории Донецкой Народной Республики в 2018 г. отмечено ухудшение эпизоотической и эпидемической ситуации по бешенству: за антирабической помощью в лечебно-профилактические учреждения обратились примерно 4433 человека, показатель заболеваемости составлял 191,7 на 100 тыс. населения. Это выше аналогичного показателя 2017 г. на 22,6% (3614 человек, показатель – 156,3). Антирабическое лечение было назначено 1384 лицам из числа обратившихся или 31,2% (в 2017 г. – 24,2%). Комбинированные курсы вакцинации получили 145 человек.

От укусов, «оцарапываний» и «ослюнений» больных бешенством животных за 9 месяцев 2019 г. пострадало 57 человек (в сравнении за соответствующий период 2015 г. – 62 человека,

2016 г. – 68 человек, 2017 г. – 113 человек, 2018 г. – 111 человек), 34 из них был назначен комбинированный курс АР. Всего в 2018 г. было зарегистрировано 42 случая заболевания бешенством среди животных (в 2017 г. – 50), в т.ч. 2 случая – у летучих мышей и 1 – у серой крысы. В эпизоотический процесс бешенства были вовлечены города Донецк – 9 случаев, Докучаевск – 6 случаев, Горловка – 4 случаев, Макеевка – 3 случая, Шахтерск – 2 случая, Енакиево и Снежное – по 1 случаю и Новоазовский район – 4 случая, Тельмановский и Старобешевский районы – по 6 случаев. За 9 месяцев 2019 г. было зарегистрировано более 20 очагов заболевания бешенством животных (за аналогичный период 2018 г. – 18 очагов), из которых 1 очаг с 2 случаями.

О необходимости усиления санитарно-просветительной работы среди населения ДНР свидетельствуют отказы от лечения (9,3%), самовольное превращение пострадавшими курса антирабического лечения (8,1%), позднее обращение в учреждения здравоохранения за антирабической помощью (10,7%).

Выводы. За 2018 г. и за 9 месяцев 2019 г. в ДНР ситуация по бешенству продолжает оставаться напряжённой: увеличивается число бездомных собак.

Учреждения здравоохранения, оказывающие антирабическую помощь населению, не обеспечиваются в достаточном количестве антирабической вакциной и антирабическим иммуноглобулином. Большая часть этих препаратов поступает в ДНР в виде гуманитарной помощи.

Остается недостаточной информированность населения ДНР по риску заболевания бешенством, о чем свидетельствуют отказы от лечения, самовольное прекращение пострадавшими курса антирабического лечения и позднее обращение их в учреждения здравоохранения за антирабической помощью.

Тобоев Г.В., Алиев К.И.

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Владикавказ, Россия

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ

Одонтогенный остеомиелит челюстных костей остается важной проблемой стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, поскольку, на данный момент нет однозначно эффективной схемы лечения, позволяющей учесть все патогенетические звенья развития патологии. Поиск препаратов для оптимальной ее терапии – важная задача современной медицины. В связи с этим целью данного исследования было изучение индикаторов антиоксидантной защиты (АОЗ) при экспериментальном хроническом одонтогенном остеомиелите, в условиях его терапии по классической схеме и при есочетании с препаратом «Мелаксен».

Материал и методы исследования. Работа проведена на 60 крысах-самцах линии Вистар, массой 200-300 грамм. Модель хронического одонтогенного остеомиелита челюстей создавалась на животных путем удаления зуба и введения в лунку марлевой турунды, смоченной 20% спиртовым раствором нитрата серебра, и последующей фиксации ее в ране. Контрольная группа крыс получала препараты, оставляющие стандартную схему лечения остеомиелита: цефазолин, диазолин, 5% р-р аскорбиновой кислоты и 10% раствор глюконата кальция. Опытной группе животных помимо указанных лекарственных

средств ежедневно внутривенно вводили препарат «Мелаксен» в течение всего срока лечения. Дозировка лекарственных средств рассчитывалась в пересчете на массу тела животного с тем, чтобы добиться соответствия концентрации препарата в крови животных аналогичному показателю в крови взрослого человека.

Показатели оксидативного стресса исследовались на 40-е, 45-е, и 50-е сутки эксперимента путем. Определялся уровень малонового диальдегида (МДА) в эритроцитах и гидроперекисей (ГП) в плазме крови. Функциональное состояние системы антиоксидантной защиты организма оценивали посредством определения активности каталазы в эритроцитах.

Выводы. Эксперименты показали что, добавление препарата «Мелаксен» к стандартной терапии хронического одонтогенного остеомиелита у экспериментальных животных вызывает повышение ее эффективности, путем влияния на основопатогенетическое звено развития данной патологии – процессы перекисного окисления липидов. Выяснено, что сочетанная терапия достоверно ($p \leq 0,05$) более выражено снижает уровень показателей оксидативного стресса (МДА, ГП) и увеличивает активность АОЗ организма.

Токарева О.Г., Альмешкина А.А.

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

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СУБЪЕКТИВНОЙ ОТЧУЖДЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Целью данного исследования стало изучение особенностей состояния субъективной отчужденности у пациентов психиатрического стационара, с расстройствами невротического и психотического спектра.

Материал для исследования – больные, проходившие стационарное лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице (РКПБ) и либо в Республиканской клинической психиатрической больнице–Медико-психологическом центре (РКПБ–МПЦ) г. До-

нецка. Уровень отчужденности определялся с помощью Опросника субъективного отчуждения (ОСОТЧ-В) Е.Н. Осина. В исследовании участвовало 33 пациента в возрасте от 18 до 62 лет (средний возраст – 39.97 ± 14.28), из которых 19 человек (57.6%) страдали расстройствами невротического спектра (основная группа), а 14 человек (42.4%) – расстройствами психотического спектра (группа сравнения). Среди испытуемых в обеих группах преобладали женщины (68.4% и 64.3% соответственно), а продолжительность за-

болевания варьировалась в зависимости от группы. Так, в основной группе продолжительность заболевания чаще не достигала 5 лет (84.2%), тогда как в группе сравнения преобладали пациенты, страдающие психическим расстройством более 5 лет (57.1%).

Метод математической обработки включал использование статистических методов анализа с использованием лицензионного пакета статистического анализа «Statistica 12.6» (StatSoft) на IBM PC/AT.

Результаты. Изучались отличия по шкале общего уровня отчуждения, а также по 9 субшкалам методики ОСОТЧ-В у пациентов обеих групп. Статистически значимые различия при уровне значимости $p \leq 0,05$ определились главным образом по форме нигилизма в общей шкале (основная группа – 48.1 ± 14.8 ; группа сравнения – 34.8 ± 17.6), в субшкале «Отчуждение от работы» (основная группа – 65.3 ± 18.5 ; группа сравнения – 44.0 ± 33.4), а также в субшкале «Отчуждение от семьи» (основная группа – 38.9 ± 21.8 ; группа сравнения – 19.5 ± 14.1).

Выводы. Результаты исследования могут свидетельствовать о том, что у пациентов, страдающих расстройствами невротического спектра, преобладает отчуждение в форме нигилизма. Больные убеждены в отсутствии смысла прожи-

той части жизни, в отсутствии дальнейших перспектив, а также не видят смысла в выполнении своей работы, что влечет за собой пренебрежение трудовыми обязанностями, частые ошибки, а в дальнейшем и увольнение. Кроме того, пациентам невротического спектра представляется бессмысленным поддержание отношений с семьей и близкими родственниками, что ведет к обрыву этих взаимоотношений. По нашему мнению, такое поведение возникает в результате развивающегося при невротизации личности экзистенциального кризиса, когда пациенты не понимают, каковы перспективы их дальнейшей жизни, не уверены в возможности совладать с болезнью, теряют перспективный взгляд на дальнейший трудовой путь и жизнь в семье.

Поиск ответов на данные вопросы нередко имел у обследуемых деструктивный характер с развитием девиантных форм поведения и суицидальных мыслей.

Полученные данные необходимо учитывать при составлении индивидуального плана оказания помощи больным с невротическими расстройствами, используя наряду с медикаментозной терапией психотерапевтические (например, экзистенциальную, когнитивно-бихевиоральную) стратегии.

Трофименкова Т.Ю., Лисовская Т.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ИСТОЩЕНИЕ ЯИЧНИКОВ НЕ ПРИГОВОР, А ПРОДОЛЖЕНИЕ ЖИЗНИ

Яичник – уникальный орган организма женщины, прекращающий свое функционирование задолго до окончания ее жизни. Поэтому преждевременная менопауза выбивает женщину из марафонского забега задолго до ожидаемого финиша.

Под термином «преждевременная недостаточность яичников» (ПНЯ) принято понимать симптомокомплекс формирующийся у женщин моложе 40 лет и проявляющийся вторичной аменореей, выраженной гипоэстрогенией и ее симптомами, бесплодием на фоне повышенного уровня гонадотропинов, ФСГ, ЛГ.

Целью исследования было: изучить клинико-диагностические аспекты преждевременной недостаточности функции яичников с последующей заместительной гормонотерапией.

Обследования проведены у 15 женщин с ПНЯ. Наиболее частой причиной, приводящей к формированию яичниковой недостаточности

(в 42% случаев), явились различные стрессовые ситуации! У подавляющего большинства – 80% наших пациенток начало заболевания проявилось нарушением регулярности менструального цикла по типу олигоменореи, аменорея выявлена у 20% обследованных.

Чаще всего клиническими проявлениями ПНЯ были: психоэмоциональные нарушения, выявленные в 73,3% случаев. Это пониженное настроение, раздражительность, чувство усталости, плаксивость.

Отличием ПНЯ от своевременной менопаузы явилось отсутствие выраженных симптомов атрофии урогенитального тракта, выявленные только у 6,7% обследованных. Оценка гормонального статуса пациенток с ПНЯ свидетельствует о достоверном повышении ФСГ до $42,3 \pm 5,3$ МЕ/мл и ЛГ – $31,7 \pm 7,2$ МЕ/мл, снижение уровня эстрадиола до $28,7 \pm 7,8$ пг/мл, уровень тестостерона был снижен у 53,3% обследованных до $1,0 \pm 0,2$

пг/мл. Всем обследованным женщинам была назначена ЗГТ препаратом «Климонорм», т.к. он соответствует современным принципам ЗГТ: содержит низкие дозы гормонов, хорошо переносится и характеризуется высокой безопасностью при длительном применении. Также «Климонорм» оказывает благоприятное влияние на

соматическое состояние, психоэмоциональную сферу пациенток с ПНЯ. При этом осуществляется надежная регуляция менструального цикла и защита эндометрия от нежелательных пролиферативных изменений, что доказано в процессе наблюдения за пациентками.

Трунова О.А.

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

ОРВИ И ГРИПП В ДОНБАССЕ

Введение. Группа заболеваний, объединенных термином «острые респираторные вирусные инфекции» (ОРВИ) (J06), занимает первое место в «рейтинге» инфекционных болезней. Мировая практика свидетельствует о том, что, как минимум, каждый третий человек ежегодно в мире переносит ОРВИ или грипп.

Цель. Провести ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости ОРВИ и гриппом в Донецкой области и ДНР (с 2014 г.).

Материалы и методы. Изучена заболеваемость ОРВИ и гриппом с 1971 г. по 2017 г. (в показателях на 100000 населения).

Проанализированы показатели заболеваемости гриппом и ОРВИ городских и сельских жителей за период 2012-2017 гг., а также среднесезонные показатели (2012-2017 гг.) заболеваемости в разных возрастных группах для выявления возрастных групп риска.

Для оценки популяционного иммунитета зимой 2018 г. определяли титры гемагглютининов с гриппозными диагностикумами к вирусам А(Н1N1), А(Н3N2) и В в 180 образцах сыворотки здоровых доноров.

Результаты исследований. Заболеваемость ОРВИ и гриппом в Донецкой области в течение 46 лет снизилась на 49,8%. За последние 10 лет (2008-2017 гг.) зарегистрировано два подъема заболеваемости ОРВИ и гриппом.

Заболеваемость гриппом населения Донецкой области в течение 8 лет имела выраженную тенденцию к снижению: с 29,1 в 2010 г. до 1,0 в 2017 г. (в 28,9 раза). В 2016 г. был зарегистрирован эпидемический подъем до 7,0, а в следующем, 2017 г., снижение до 1,0.

Анализ заболеваемости ОРВИ показал, что ее максимум был зарегистрирован в 2010 г. (1991,8), а минимум – в 2014 г. (604,9). Далее отмечался прирост показателя: в 2015 г. на 38,9% (840,2; в 2016 г. – на 42,7% (1199,6).

Интенсивность распространения ОРВИ среди городских и сельских жителей имела тенденцию к снижению, более выраженную в селе. Так,

если у сельских жителей этот показатель с 2012 г. по 2017 г. снизился в 2,44 раза, то у жителей города – лишь в 1,14 раз.

Дети 0-17 лет болели ОРВИ в 12,2 раза чаще, чем взрослые (6120,5 и 500,7 соответственно). Среди детей 0-17 лет группой максимального риска были дети от 0 до 4 лет (9907,1). Подростки 15-17 лет в 2,4 раза реже них болели ОРВИ (4075,6).

Дети также более восприимчивы к вирусу гриппа (в 2,9 раза) по сравнению со взрослым населением: 20,5 и 7,1. Возрастной группой риска по гриппу были дети 10-14 лет (26,9). Подростки 15-17 лет в 1,62 раза реже них болели гриппом (16,6).

Результаты определения титров антител у доноров крови к А(Н1N1)pdm, А(Н3N2) и В, отражающие популяционный иммунитет населения Донецкого региона к гриппу, продемонстрировали наличие достаточной иммунной прослойки против всех трех вариантов вирусов гриппа к концу эпидемического сезона 2017-2018 гг.: А(Н1N1)pdm – 86%, А(Н3N2) – 83% и гриппа В – 95% лиц с защитной концентрацией антител.

Заключение Анализ многолетней динамики заболеваемости ОРВИ и гриппом (1971-2017 гг.) свидетельствует о непрерывности эпидемического процесса и гетерогенности циркулирующих вирусов гриппа (А(Н1N1), А(Н3N2) и В).

В отдельные эпидемические сезоны (1973, 1976, 1977, 1981, 1984-1986 и 1988 гг.) отмечалась интенсификация эпидемического процесса ОРВИ и гриппа, но, в общем, за период 1971-2017 гг. интенсивность эпидемического процесса ОРВИ и гриппа снизилась на 49,8%.

Возрастной группой риска по ОРВИ являются дети 0-4 лет, а по гриппу дети от 10 до 14 лет.

Заболеваемость городских жителей за все годы наблюдения значительно превышала таковую в сельской местности, что можно объяснить большей плотностью населения, наличием интенсивного пассажиропотока и худшей экологической обстановкой в городах.

Трунова О.А., Гюльмамедова И.Д.

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

ОПЫТ ИММУНОКОРРЕКЦИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ

Вступление. Бесплодие у женщин может быть первичным и вторичным. Первичное бесплодие чаще всего обусловлено гормональными или генетическими нарушениями. Вторичное обычно связано с воспалительными процессами половых органов.

Иммунная система играет ключевую роль в процессах репродукции. Это касается не только классической проблемы фетального аллотрансплантата, впервые рассмотренной Dr. Medawar, но, кроме того, лимфоциты играют важнейшую роль в процессах гестации.

Цель. Оценить возможность иммуномодуляции показателей системного иммунитета у женщин, страдающих бесплодием.

Материалы и методы. Были изучены гинекологический и акушерский анамнез и показатели системного иммунитета у 22 женщин 25-40 лет с бесплодием до и после курса индивидуальной иммуномодулирующей терапии.

Иммунологическое исследование включало анализ отдельных звеньев иммунной системы – Т- и В-лимфоцитов (ЛФ), функционального состояния нейтрофилов, концентрации сывороточных иммуноглобулинов (Ig) классов G, A, M и уровня общих циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Для иммуномодуляции измененных показателей иммунитета использовались азоксимера бромид (полиоксидоний, РФ), аргинил-альфа-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинин (имунофан, РФ) и кислота рибонуклеиновая (нуклеинат, Украина).

Результаты. Первичное бесплодие наблюдалось у 40% женщин, вторичное – у 60%. Длительность периода бесплодия была от 1 до 20 лет и в среднем составила 7 лет. Чаще всего встречались трубно-перитонеальное бесплодие (82,7%), маточный фактор бесплодия (83,2%), эндокринные формы бесплодия (63,5%), мужской фактор (42,3%) и иммунологический фактор (17,6%) супружеских пар. У 44% пациенток в анамнезе было 2 и более неэффективных циклов искусственного оплодотворения. Оперативные вмешательства на органах малого таза – у 63%. Соматический анамнез был отягощен у 64% пациенток. Функция щитовидной железы была нарушена у 31,82%. Урогенитальные

инфекции в анамнезе отмечали 73% женщин, в 48% случаев имела место микст-инфекция. На 1 женщину приходилось 3,95 инфекции: ВПГ-инфекция – 59,1%, ЦМВ-инфекция – 45,5%, уреаплазмоз – 40,9%, E.coli-инфекция – 31,80%, рецидивирующий бактериальный вагиноз, хламидиоз, микоплазмоз – по 27,27%, ВЭБ-инфекция – 18,18%, трихомонадный кольпит – 15,38%, β -гемолитический стрептококк – 9,09%.

У женщин с бесплодием при сравнении с референтными показателями отмечаются: относительный ($p < 0,05$) и абсолютный ($p < 0,05$) лимфоцитоз; снижение процента всех Т-лимфоцитов (CD3+) ($p < 0,05$), субпопуляции Т-хелперов (CD3+4+) ($p < 0,05$), абсолютного числа Т-цитотоксических клеток / супрессоров (CD3+8+) ($p < 0,05$), а также значения иммунорегуляторного индекса ($p < 0,05$). При этом относительное ($p < 0,05$) и абсолютное ($p < 0,05$) число В-лимфоцитов и NK-клеток (CD16+) достоверно выше нормы ($p < 0,05$). ГиперIgM ($2,12 \pm 0,11$ г/л; контроль – $1,15 \pm 0,06$ г/л, $p < 0,05$). ЦИК увеличены ($p < 0,05$). Фагоцитарная активность нейтрофилов (ФАН) угнетена ($p < 0,05$). Согласно данным спонтанного НСТ-теста, можно констатировать нарушение гомеостаза у бесплодных женщин (НСТ-тест спонт. – $27,09 \pm 1,07\%$; контроль – $15,0 \pm 0,8\%$, $p < 0,05$; ИАН спонт. – $0,34 \pm 0,02$; контроль – $0,25 \pm 0,02$, $p < 0,05$).

Курс индивидуальной иммунокоррекции с применением нуклеината приводил к достоверной нормализации процента В-лимфоцитов ($p = 0,02$), концентрации сывороточного Ig M ($p = 0,01$), ФАН ($p = 0,04$). Полиоксидоний повышал сниженные Т-хелперы (CD3+4+) ($p = 0,05$), а имунофан увеличивал сниженные Т-лимфоциты (CD3+) ($p = 0,02$) и уменьшал до нормы увеличенные ЦИК ($p = 0,05$).

Заключение. Иммунный статус бесплодных женщин характеризуется вторичным Т-иммунодефицитом и значительной активацией как В-лимфоцитов, так и клеточных факторов неспецифической защиты организма – (CD16+) NK-лимфоцитов крови. Курсы индивидуальной иммуномодулирующей терапии привели к нормализации измененных показателей иммунитета и наступлению беременности.

Труфанов С.Ю., Грабков Ю.П., Заика А.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ЗУБНОГО ТЕХНИКА

Актуальность. При изготовлении зубных протезов взаимодействие врача и зубного техника является одним из решающих факторов, влияющих на качество готовой конструкции. Зубной техник никогда не имеет достаточно информации о пациенте. У него отсутствует информация о соотношении зубных дуг к мягким тканям лица и лицевому скелету. Поэтому изготовить идеальный протез – это искусство, опирающееся не только на мастерство техника, но и на грамотную работу врача.

Цель. Изучение влияния врачебных ошибок и недостатка информации на ход выполнения технических этапов в условиях зуботехнической лаборатории. Разработка методик, позволяющих избежать ошибок в изготовлении протезов, на примере проблемы повышения прикуса.

Материалы и методы. Методом, который был использован для сбора необходимых данных, является анализ работы зуботехнической лаборатории с целью выявления прямой зависимости между клиническим и технологическим этапом изготовления протезов, а также использование официальных статистических данных по данному вопросу.

Результаты и их обсуждение. Проанализировав 186 работ, мы пришли к заключению, что качество оттисков, доставляемых в лабораторию, оказалось неудовлетворительным в 14% случаев. Внешне небольшие недоработки врача оборачиваются значительными проблемами для техника и негативно отражаются на готовой работе. Повышение прикуса в съемном протезировании является самым частым осложнением.

При определении центральной окклюзии врач-стоматолог должен определить не привычное соотношение челюстей, а именно центральную окклюзию. Особенность жевательного аппарата человека состоит в том, что выдвижение нижней челюсти при определении центральной окклюзии на 2 миллиметра вперед приводит к повышению прикуса на 5-7 мм. А сдвиг передней окклюзии на 4 миллиметра приводит к повышению прикуса на 1 сантиметр.

Для точного определения центральной окклюзии применяется внутриротовой метод записи готического угла, или метод определения центрального соотношения челюстей, нивелирующих привычный «патологический» миотатический рефлекс.

К сожалению, многие врачи-стоматологи, определяя центральную окклюзию в

20-25% случаев определяют переднюю окклюзию. Для предотвращения выдвижения нижней челюсти вперед и замены центральной окклюзии передней, врач должен попросить пациента запрокинуть голову назад, совершить глотательное движение, достать кончиком языка мягкое нёбо. Также необходимо определять окклюзию при плотно сомкнутых зубах.

Выводы. Соблюдение врачом методик, обеспечивающих наиболее качественное снятие оттисков, позволяет зубному технику изготовить функционально правильные протезы. В противном случае, мы увидим ложную картину, которая в готовом протезе приведет к повышению зубов в жевательном участке.

Труфанов С.Ю., Грабков Ю.П., К. Кожокар

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

МЕТОДЫ ВОССОЗДАНИЯ ОПТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗУБА В МЕТАЛЛОКЕРАМИКЕ

Актуальность. За последнее десятилетие уровень требований пациентов к эстетическому виду зубных протезов значительно вырос. Просто белые зубы уже никого не устраивают. Врач-стоматолог часто не получает из зуботехнической лаборатории работы того уровня, которые бы устраивали и его, и пациента. Неудовлетво-

ренность видом зубного протеза приводит к необходимости выявления и устранения причин этого несоответствия.

Цель. Разработка методик воссоздания эффекта «живого зуба» с помощью улучшения оптических характеристик керамической реставрации.

Материалы и методы. Нами были изучены и

проанализированы данные отечественной и зарубежной литературы, посвященные изучению техники изготовления зубных протезов. Обобщив данные источников и опыт работы зуботехнической лаборатории, были разработаны максимально эффективные методы создания иллюзии оптически соответствующей естественному зубу.

Результаты и их обсуждение. Для достижения эффекта «живого зуба» важна последовательность и точность расцветивания. Стекловидность поверхности имеет большое значение в качестве фактора восприятия естественности зуба. Для достижения данного эффекта на поверхность керамической реставрации укладывается до 1 миллиметра стекловидной массы. При отсутствии возможности глубокого препариования, зубной техник достигает похожей иллюзии, добавляя черный пигмент, который проявляется как сероватый оттенок близкий к стекловидности, но качество реставрации при этом ухудшается.

Также важна степень приближения глубины прозрачности керамической реставрации к прозрачности естественного зуба. Препятствиями на пути достижения данной цели являются: полное отражение света от слоя опакера, изменение оптических свойств керамических масс при незначительных отклонениях от технологии и образование микропор, приводящее к увеличению белесоватости (отражение света) и уменьшение прозрачности соответственно.

Существует несколько методов преодоления данных проблем:

Снижение отражающей способности опакера. Чёрный краситель, добавляемый в опакер, даёт сероватый оттенок опакера. Серый цвет способствует снижению яркости исходного цвета без его изменения.

Достижение глубины прозрачности возможно за счёт нанесения на опакер небольшого слоя дентинопака необходимого цвета с добавлением эмалевого дентинопака. Толщина необходимого слоя определяется степенью прохождения света сквозь массу. Исходя из практических наблюдений, для торможения половины светового потока необходим слой 0,3 мм дентинопака.

Дентин пропускает 60% света, а задерживает всего 40%. Он является «базовой» массой. Незначительные добавки интенсивного серого и голубого или другого необходимого интенсив-дентина позволяют получить работу с хорошим косметическим эффектом «глубины прозрачности» в пришеечной части зуба. Толщина дентина должна быть не менее 0,5 мм.

Одним из самых эффективных методов, является нанесение необходимого оттенка прозрачных масс. Этот метод наиболее соответствует механизму формирования прозрачности естественного зуба. Но слой этих масс более 0,5 мм меняет восприятие основного цвета.

Выводы. Керамика отличается от эмали и дентина и химически, и структурно. Построение плана изготовления металлокерамической реставрации должно опираться на достижение основной цели – воспроизведение основных оптических характеристик с учетом всех особенностей восстанавливаемого зуба.

Туманова Л.И.², Митрясова В.А.², Туманов В.И.³, Шапошников В.Н.¹, Лопашук Ю.И.¹

¹Государственное образовательное учреждения Донецкой Народной Республики «Республиканский центр последипломного образования специалистов здравоохранения»

²Цикловая комиссия медико-профилактических и клинико-диагностических дисциплин

³Цикловая комиссия хирургических дисциплин

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОБРАБОТКИ РУК МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

По данным ВОЗ от небезопасного оказания медицинской помощи в больницах с недостаточным материально – техническим оснащением ежегодно умирает 2,6 миллиона пациентов. В любой момент времени более 1,4 миллиона людей в мире страдают от последствий инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) и руки медперсонала более чем в 50% случаев являются факторами передачи инфекционного начала. Медицинский персонал хирургического профиля является в 40-85,7% случаев носителями STAPHYLOCOCCUS AUREUS.

В связи с этим, на современном этапе безопасность пациентов считается одной из главных, приоритетных задач в области здравоохранения во всем мире. ВОЗ установила 19 сентября 2019 года Всемирным днём безопасности пациента, чтобы каждый медицинский специалист стремился к совершенству, профессионализму, индивидуальной ответственности за качество выполнения медицинских манипуляций и за повышение безопасности услуг здравоохранения.

Государственное образовательное учреждение Донецкой Народной Республики (ГОУ ДНР)

«Республиканский центр последипломного образования специалистов здравоохранения» организует и проводит повышение квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием. В своей деятельности руководствуется концептуальными подходами в ознакомлении слушателей с современными направлениями развития научной и практической медицины, которые внедряются в повседневную практику медицинских специалистов, направленные на формирование и обеспечение качественной медицинской помощи и безопасности пациента. Особое внимание при обучении уделяется актуальным вопросам практического здравоохранения.

На циклах специализации, усовершенствования, тематического усовершенствования для специалистов со средним медицинским образованием в дополнительные профессиональные программы внесены вопросы: нормативные правовые акты здравоохранения, соблюдение мер медицинской безопасности, выполнение мероприятий санитарно – противоэпидемического режима во всех отделениях и подразделениях учреждений здравоохранения, профилактика ИСМП и других инфекционных заболеваний, имеющих актуальное значение в регионе. Для медицинских специалистов, имеющих контакт с инфекционными больными, осуществляющих медицинские манипуляции, участвующих в проведении хирургических вмешательств акцентируется внимание на знании приказа МЗ Украины №798 от 21.09.2010г. «Об утверждении методических рекомендаций «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского пер-

сонала». На теоретических, практических, семинарских занятиях при использовании мультимедийных технологий повторяются этапы мытья рук с отработкой навыка их применения.

В связи со сложившейся неблагоприятной социально-экономической обстановкой на территории ДНР, недостаточным материально-техническим оснащением учреждений здравоохранения при выполнении обработки рук медицинского персонала возникают трудности разного характера. При дискуссии со слушателями выясняется, что в повседневной практике возникают как объективные проблемы, при выполнении данной манипуляции, в частности, (перебои в подаче тёплой воды; недостаточное количество, а порой, отсутствие моющих и дезинфицирующих средств и др.), так, и особое состояние субъективного фактора (отсутствие приверженности медицинскими специалистами к обработке рук) – «человеческий фактор».

Таким образом, для более детального и углублённого изучения данного вопроса необходимо совместно с заинтересованными специалистами других организаций и учреждений разработать анкету для медицинских специалистов по изучению приверженности медицинскими специалистами к обработке рук и условий, позволяющих её осуществлять. Изучать результаты инфекционного контроля, проводимого в учреждениях здравоохранения, ввиду необходимости постоянного наблюдения за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима и профилактических мероприятий инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Туманян С.В., Орос О.В., Сугак Е.Ю.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия

БЕЗОПИОИДНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Введение. Важным принципом анальгезии, является ее воздействие на каждый компонент формирования боли. Цель – улучшение качества анальгезии в периоперационном периоде (ПП) у онкогинекологических больных. Методы. Проведено проспективное рандомизированное исследование качества и эффективности различных вариантов анальгезии у 97 пациенток, перенесших хирургические вмешательства по поводу онкогинекологических заболеваний в возрасте от 22 до 67 лет. Пациентки были раз-

делены на 2 группы. В I группу включено 47 пациенток, которым обезболивание выполнялось тримеперидином и нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) методом контролируемой пациентом анальгезии (КПА). Во II – включено 50 пациенток, получавших упреждающую анальгезию на основе лидокаина, сернокислой магнезии, нефопана и НПВС. Для оценки результатов и выраженности болевого синдрома контролировали концентрацию глюкозы, кортизола, инсулина, лактата, С-реактивного

белка (СРБ), вегетативный индекс Кердо, визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), уровень личностной и реактивной тревожности, депрессии. Результаты. Тримеперидин способствовал развитию анальгетического эффекта в 83,3% ($P < 0,05$). Однако, по сравнению с безопиоидной анальгезией, был выражен в меньшей степени, и не снижал психосоматический компонент боли после хирургического лечения. Во II-й группе, безопиоидная анальгезия ограничивала повышение концентрации кортизола, глюкозы, инсулина, СРБ и лактата ($P < 0,05$), обеспечивая эффективное обезболивание в ПП. Безопиоидная анальгезия способствовала оптимальному

анальгетическому эффекту, не вызывала остаточную седацию, тревожность, депрессивные состояния и когнитивные нарушения, выгодно отличая ее от опиоидов. Опиоидсберегающий эффект составил 96,3% ($P < 0,05$). Уменьшение расхода наркотических анальгетиков без ухудшения качества послеоперационного обезболивания и самочувствия пациентов, является важным преимуществом, позволяющим минимизировать отрицательные эффекты опиоидов, способствуя ранней активизации больных. Выводы. Безопиоидная анальгезия позволяет существенно ограничить эндокринно-метаболические изменения без ухудшения качества обезболивания в ПП.

Тутов С.Н., Джеломанова С.А., Подоляка Д.В., Былым Г.В., Владимирова Д.С.

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

СПОСОБЫ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ МАЛЫХ СРОКОВ

Цель

Целью данного исследования явилось снижение количества осложнений при прерывании беременности малых сроков путем определения оптимального времени и метода производства аборта.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 57 пациенток обратившихся в ЦГКБ №3 г. Донецка по поводу прерывания нежеланной беременности малых сроков. Все пациентки были разделены на две клинические группы: группа 1 включила в себя 25 женщин, которым был проведен медикаментозный аборт – 13 в 1 фазу «условного» цикла и 12, во 2 фазу «условного» менструального цикла. В группу 2 вошли 32 женщины, которым была проведена мануальная вакуум-аспирация – 17 в 1 фазу «условного» цикла и 15, во 2 фазу «условного» менструального цикла. Прерывание беременности производилось медикаментозным методом согласно Приказу Минздрава № 582 и инструкции о применении мефепристона, а также методом мануальной вакуум-аспирации. Беременность и срок гестации были подтверждены при комплексном клинико-лабораторном и ультразвуковом обследовании. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета статистических программ «Excel 2010» и пакета прикладных программ «STATISTICA», версии 8.0. Различия средних значений параметров в группах пациенток проводили с помощью t-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты

Результаты исследования показали, что у па-

циенток 1 группы, произведших аборт в 1 фазу «условного» цикла, на третьи сутки после начала кровянистых выделений гормональная палитра соответствовала базальному уровню гормонов фолликулярной фазы менструального цикла. ФСГ – $5,6 \pm 0,52$ мЕД/мл, эстрадиол – $620 \pm 21,4$ пмоль/л, прогестерон – $47,3 \pm 2,4$ нмоль/л. У пациенток, беременность которых была прервана во 2 фазу «условного» менструального цикла, на 3 день постабортного периода уровень ФСГ составил $4,9 \pm 0,1$ мЕД/мл, эстрадиола – $748 \pm 3,2$ пмоль/л, прогестерона – $67,5 \pm 3,2$ нмоль/л. То есть, показатели гормонального статуса остались в той же 2 фазе условного цикла, что, свидетельствует об отсутствии восстановления физиологического менструального цикла. Во 2 клинической группе к 3 дню после аборта в 1 фазе «условного» цикла отмечался достоверный подъем уровня ФСГ до $5,9 \pm 1,2$ мЕД/мл. У пациенток к 3 дню после аборта во 2 фазе «условного» цикла уровень ФСГ составлял всего $3,2 \pm 0,13$ мЕД/мл, что достоверно меньше, чем у пациенток, произведших аборт в условную 1 фазу цикла ($p < 0,001$).

Выводы

Проведенные исследования показали, что эффективность медикаментозного аборта составила 97,9%. Эффективность мануальной вакуум-аспирации составила – 94,2%. У всех пациенток в обеих группах, произведших аборт в 1 фазе «условного» цикла, показатели гормонального профиля практически соответствовали преовуляторным (восстановление менструального цикла), а у всех пациенток после аборта во 2 фазе «условного» цикла, формировался явный гормональный дисбаланс.

Тутов С.Н., Джеломанова С.А., Подоляка Д.В., Былым Г.В., Тугова К.С.

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

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Врач – одна из самых уважаемых и благородных профессий. Сфера медицины принципиально отличается от всех прочих, ведь каждый ее работник несет реальную ответственность за жизнь и здоровье других людей. Несмотря на сложность врачебного дела и ряд тонкостей, большое количество абитуриентов ежегодно подает документы в профильные вузы. Сколько учиться в медицинском вузе и что о профессии врача следует знать до поступления? Профессия врача – самая сложная? В среднем стать квалифицированным специалистом можно за 3-6 лет (после получения общего образования). Наиболее престижным и перспективным считается диплом университета, получить который можно спустя 5-6 лет учебы. Это касается большинства экономических, культурных, технических и прочих специальностей. Но совсем иначе обстоит дело с профессиями, имеющими непосредственное отношение к медицине.

Сколько учиться в медицинском вузе, для того чтобы стать врачом? Правильный ответ: не менее 7-9 лет. Почему так долго? Ведь отучиться на бухгалтера можно в 2 раза быстрее? Врач должен в совершенстве знать анатомию, биологию и химию. Более того, важно уметь применять все полученные знания на практике, иметь представление об устройстве человеческого тела и механизме всех протекающих в нем процессов. Ошибки в медицине недопустимы, ведь ценой каждой из них может стать человеческая жизнь. Именно по этой причине обучение специалистов должно быть максимально качественным и занимает немало времени. Личные качества, необходимые для работы в медицинской сфере. Стать хорошим врачом можно только по призванию. Так утверждают настоящие профессионалы сферы здравоохранения. Для успешной практики врачу необходимы железные нервы, хорошая психологическая устойчивость и способность

сохранять хладнокровие даже в кризисных ситуациях. Специфика медицинских профессий предполагает регулярное столкновение с разнообразными ранениями и патологиями человеческого тела, а также контакт с кровью и прочими биологическими жидкостями. Эта работа не для слабовольных или брезгливых личностей.

Не стоит даже думать о том, сколько учиться в медицинском институте тем, кто мечтает о хорошей зарплате и стабильном графике работы сразу после окончания учебного заведения. На практике представители самой благородной профессии довольствуются чаще средним, если не низким заработком. Для того чтобы сделать в медицине хорошую карьеру, необходимо посвятить ей всю жизнь. Сколько лет учатся в медицинском вузе абитуриенты, поступившие после школы? Срок обучения составляет 6 лет. После окончания обучения трудоустроиться по специальности не получится. Для начала медицинской карьеры после получения диплома необходимо пройти интернатуру или ординатуру. Это, по сути, длительная практика, осуществляющаяся на базе действующих учреждений здравоохранения. Длительность данного этапа обучения составляет от 1 до 2 лет, в зависимости от выбранной специализации. Только после успешного окончания интернатуры или ординатуры молодой специалист может трудоустроиться по своей специальности.

На сегодняшний день обучение у нас длится 6-9 лет (в зависимости от выбранной специальности). Для сравнения: в Америке, для того чтобы стать врачом, необходимо потратить на учебу 12-18 лет, в Англии студенты-медики обучаются на протяжении 10 лет, в Германии – 8-10 лет.

Но не смотря на все эти трудности, ежегодно большое количество абитуриентов подает документы и мечтают стать врачом.

Тутов С.Н., Чурилов А.В., Подоляка Д.В., Былым Г.В., Владимирова Д.С.

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

НЕГОРМОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ СИМПТОМОВ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Цель

Целью исследования явилась коррекция симптомов климактерического синдрома путем применения различных растительных экстрактов.

Материалы и методы

В данном исследовании приняли участие 105 пациенток с климактерическим синдромом (КС) средней степени тяжести обратившихся в женскую консультацию (ЖК) ЦГКБ №3 г. Донецка. Все больные были разделены на три группы: I группу составили 35 пациенток с климактерическим синдромом средней степени тяжести в возрасте от 45 до 60 лет ($52,57 \pm 5,90$ года). Пациентки I группы для лечения КС получали экстракт красного клевера (ЭКК) «Феминал» в дозе 40 мг 1 раз в день. Во II группу вошли 35 пациенток в возрасте от 45 до 60 лет ($52,17 \pm 4,94$ года). Пациентки II группы в качестве терапии КС получали экстракт цимицифуги рацемозы (ЭЦР) «Климадинон» в дозе 20 мг 2 раза в день. В III группу (группу контроля) были включены 35 пациенток в возрасте от 45 до 60 лет ($51,28 \pm 2,64$ года). Пациентки III группы получали таблетки плацебо. Клинико-лабораторное обследование всем пациенткам было проведено исходно и на фоне приема препаратов в течение 12 месяцев. Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере при помощи программного пакета Statistica Version 10 с использованием параметрического t-критерия Стьюдента (при нормальном распределении показателей). Различия между показателями считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Анализ числа и интенсивности приливов показал, что через три месяца лечения ЭКК и ЭЦР, число приливов снизилось на 60% и 57,1% соответственно, в группе плацебо на 42,8%, что достоверно отличалось от основной группы $p = 0,03$. При приеме активных препаратов до-

стоверно уменьшались психоэмоциональные симптомы: утомляемость, слезливость, возбудимость, изменения настроения ($p < 0,05$). Уровень норадреналина в крови и моче до начала терапии достоверно превышал возрастную норму ($p < 0,05$). В конце третьего месяца лечения препаратами на основе ЭЦР и ЭКК содержание норадреналина достоверно снизилось ($p < 0,05$). В группе плацебо достоверных изменений уровня норадреналина не выявлено ($p > 0,05$). Через 3 месяца лечения ЭЦР и ЭКК установлено достоверное повышение уровня дофамина ($p = 0,04$, $p = 0,003$ соответственно). В группе плацебо подобных изменений не выявлено ($p = 0,16$). Отмечено снижение уровня серотонина в сравнении с возрастной нормой ($p = 0,03$) и достоверное повышение его значений через 3 месяца терапии ЭЦР и ЭКК ($p = 0,05$, $p = 0,0007$ соответственно). В группе больных, принимавших плацебо, достоверных изменений уровня серотонина не выявлено. Уровень эстрадиола на протяжении всего исследования у пациенток, принимавших ЭЦР и ЭКК, достоверно не изменялся ($p = 0,57$). В группе плацебо содержание эстрадиола через 3 месяца лечения достоверно снижалось ($p = 0,01$), что свидетельствует о прогрессировании возрастных изменений. Установлено достоверное снижение уровня пролактина через 3 месяца терапии ($p = 0,01$). При приеме плацебо уровень пролактина не менялся ($p = 0,85$).

Выводы

Проведенные нами исследования показали влияние экстракта красного клевера и экстракта цимицифуги рацемозы на число приливов по сравнению с плацебо. Терапевтический эффект составил: для ЭКК – 60%, для ЭЦР – 57%, а для плацебо – 42,8%. Фитоэстроген экстракт красного клевера и фитогормон экстракт цимицифуги рацемозы достоверно уменьшают содержание пролактина, увеличивают уровень серотонина, дофамина.

Тутов С.Н., Чурилов А.В., Подоляка Д.В., Былым Г.В., Тугова К.С.

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

МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

В условиях реформирования высшей школы должны изменяться образовательные технологии преподавания. В связи с этим, преподавателю важно знать новейшие методы преподавания, специальные учебные техники и приемы, чтобы оптимально подобрать тот или иной метод преподавания в соответствии с уровнем знаний, потребностей, интересов студентов.

Новые методы обучения не являются какими-то простыми «алгоритмизированными единицами», их рациональное и мотивированное использование требует креативного подхода со стороны преподавателя, поэтому и подход к выбору методов обучения должен основываться на творчестве педагога. Одним из основных мотивов использования нетрадиционных форм, является повышение творческо-поисковой активности студентов. Инновационные методы обучения направлены на развитие и самосовершенствование личности, на раскрытие ее резервных возможностей и творческого потенциала, создают предпосылки для эффективного улучшения учебного процесса.

Качественная подготовка студентов невозможна без использования современных образовательных технологий. Современные технологии в образовании – это профессионально-ориентированное обучение, применение информационных и телекоммуникационных технологий, работа с учебными компьютерными программами (система мультимедиа), дистанционные технологии, создания презентаций в программе Power Point, использование интернет – ресурсов, обучение в компьютерной среде (форумы, блоги, электронная почта), новейшие тестовые технологии (создание банка диагностических материалов по курсу учебного предмета для проведения компьютерного тестирования с целью контроля студентов).

Особенно в обучении студентов медицинских вузов можно с успехом применять метод симуляций. В кибернетике данный термин ис-

пользуется для моделирования и имитации реальности. В обучении речь идет о различных симуляционных так называемых играх, которые предоставляют студентам возможность отрабатывать свои навыки, применять знания с целью решения той или иной задачи в так называемой «безопасной среде», имитирующей реальные ситуации. Симуляции упорядочивают знания учащихся, готовят их к необходимости принятия в будущей деятельности быстрых и мотивированных решений.

Из всего выше сказанного, следует сделать вывод, что для преподавателя сегодня важно постоянно совершенствовать свои знания о методах обучения в медицинских учреждениях, внедрять в свою преподавательскую практику новейшие образовательные концепции, идти в ногу со временем. Важно отметить, что интерактивное обучение – это такой вид учебно – познавательной деятельности, реализующийся в форме диалога, с непрерывной корректировкой содержания обучения по результатам анализа деятельности субъекта обучения. В условиях применения интерактивных методов обучения учебный процесс организуется так, что практически все студенты поощрены к процессу познания, имеют возможность понимать о чем идет речь, осуществлять рефлексию собственной учебно-познавательной деятельности через оперативное определение ее результатов.

Таким образом, новейшие методы обучения способствуют единому решению проблем коммуникативного, познавательного и воспитательного характера: развивают умения и навыки общения, устанавливают эмоциональный контакт со студентами, учат их работать, учитывать мнения и высказывания других. Как показывает предыдущий опыт, использование указанных методов обучения снимает нервное напряжение студентов, меняет формы деятельности, привлекает внимание к основным вопросам.

Удовика Н.А.¹, Пархомчук Д.С.², Попова И.А.¹, Серета Л.М.²

¹ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

²ГУ ЛНР «Луганский республиканской центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Луганск

ДОРОДОВЫЙ УХОД КАК РЕАЛЬНЫЙ ШАНС НА ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

Медицинский дородовый уход за беременными и родоразрешение сегодня излишне медикализованы. Мы научили женщину считать беременность болезнью, и если она не полежала в стационаре хотя бы один раз за беременность, не приняла каких-либо препаратов и не сделала несколько раз УЗИ, значит её плохо контролировали.

Цель исследования. Анализ выполнения программы дородового ухода на практике и подтверждение целесообразности рекомендованного объема методик как возможности избежать необоснованной агрессии при беременности и в родах.

Материал и методы. Проведен анализ данных анкетирования 59 матерей через один год после родов. Все были первородящими в возрасте от 22 до 29 лет. Самоаборты в анамнезе имели 10 (17%) человек (до 8 недель гестации). Преградившую подготовку в последующем имели 8 (80%) из них. У наблюдаемых пациенток беременность наступила в естественном цикле в течение 1-5 месяцев от постановки такой цели. Причем, 27 (45,8%) из них отметили случайность наступления беременности, но обрадовались этому событию, а остальные 32 (54,2%) женщины планировали и ждали беременность.

Результаты исследования и их обсуждение. Дородовый уход проводился в соответствии с действующим в рамках Основного Закона (Конституции) ЛНР клиническим протоколом «Про организацию амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в Украине» (Приказ МЗУ № 417 от 15.07.2011). Все наблюдаемые беременные в поле зрения акушера-гинеколога (акушерки) попали в первом триместре с жалобами на отсутствие менструации и положительными экспресс-полосками на ХГЧ. Первый вопрос, который решался на приеме у медиков, касался возможности вынашивания беременности без риска для здоровья мамы. Затем беременной предлагался рекомендованный алгоритм ведения беременности с детальным пояснением цели методик и скрининговых программ, а также путей решения вопросов при выявлении отклонений от средней нормы течения беремен-

ности. В 50% случаев принимали участие отцы детей или родственники. Целью антенатального (дородового) ухода было своевременное выявление отклонений в течении беременности от средней ее нормы для формирования группы риска, чтобы далее таких пациенток наблюдать в соответствии с прогнозируемой патологией. Анализ показал, что отклонение от нормального течения беременности выявлено в 6-ти случаях (10,2%) (зуд беременных с 34-х недель (1), гипертензия после 34 недель (3), пиелонефрит (2)). Тактика ведения с момента установления диагноза проводилась по соответствующим протоколам (прием урсольфака и родоразрешение в 36 недель; антигипертензивная терапия или родоразрешение; антибактериальная терапия). У всех остальных течение беременности было в пределах физиологической нормы (уровень артериального давления и анализ мочи, гравидограмма, субъективная оценка шевелений плода «как обычно»), что исключало необходимость подвергать плод и плаценту ультразвуковому исследованию. Из числа наблюдаемых 15 (25,5%) беременных были настроены рожать ребенка в любом случае и от скрининговой программы поиска хромосомной аномалии отказались. Еще 20 (34%) на вопрос «если риски аномалии окажутся выше пороговых» ответили, что все равно будут рожать. Настроение беременных во время вынашивания было нормальным, но периодически половина из них задавала вопросы «не нужны ли какие-нибудь платные анализы?», «когда сделать УЗИ плода», «колит в животе, может это преждевременные роды?». Психологические беседы и применение методик повышения уверенности в себе помогли таким пациенткам справиться и просто поверить в хороший исход беременности. Все эти беременности оставались демедикализованными, а роды наступили в срок.

Заключение. Через год женщины подтвердили, что остались, удовлетворены дородовым уходом, а также тем, что не делали лишних анализов и особенно УЗИ плода.

Узун Ф.Ф.

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

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Лечение острого парапроктита проводится исключительно хирургическим путем. Главной задачей и целью операции будет являться дренирование и вскрытие образовавшегося гнойника, а затем нахождение и полное удаление пораженной крипты и гнойного хода.

Цель работы

Целью данной работы было определение оптимального способа хирургического вмешательства при остром парапроктите.

Результаты и обсуждение

Оптимальным вариантом является хирургическое вмешательство, которое оказывается в стационарных условиях; в данном случае появляется возможность незамедлительного широкого вскрытия гнойного очага, появляется возможность ревизии и санации послеоперационной раны.

Данное хирургическое вмешательство возможно проводить под общей или местной анестезией. Вид хирургического вмешательства зависит от размера, расположения абсцесса и распространенности воспаления в окрестных тканях.

Если есть точное понимание о местоположении гнойного содержимого, свищевых ходов и поражённой крипты, в случае отсутствия противопоказаний (невозможность выявления поражённой крипты, состояние пациента, не позволяющее провести данное вмешательство, сильные гнойно-воспалительные процессы в области предполагаемого хирургического вмешательства), то возможно провести радикальную операцию.

В большем количестве случаев пользуются следующими способами оперативного лечения:

1) Вскрытие абсцесса, установка дренажа, удаление поврежденной крипты и гнойного хода в просвет самой кишки. Данным методом целесообразно воспользоваться в тех случаях,

когда гнойный ход расположен кнутри от внешнего сфинктера ануса. Операционная тактика: под обезболиванием производится ревизия заднепроходного канала, необходимая для того, чтобы найти пораженные крипты внутреннего свищевого отверстия; чтобы четко увидеть свищевой ход и гнойную полость пользуются пробой с красителем; также проводят обследование при помощи пуговчатого зонда для уточнения локализации хода по отношению к волокнам сфинктера; затем на пораженной стороне производится полулунный разрез, и после иссекаются пораженные ткани.

2) Вскрытие абсцесса, установка дренажа, удаление поврежденной крипты и проведение эластической дренирующей лигатуры. Данным способом пользуются при транссфинктерном или экстрасфинктерном расположении гнойного хода. Операционная тактика: на пораженной стороне производят широкий полулунный разрез, удаляется гнойное содержимое, обнаруживается гнойный ход и разрез продлевают до средней линии; затем производится удаление крипты и через отверстие, которое образовалось на месте удаленной крипты, проводят эластический дренаж Сетона.

3) Вскрытие абсцесса, установка дренажа, удаление поврежденной крипты и сфинктеротомия. Показанием для этого способа является межсфинктерный парапроктит. Операционная тактика: на пораженной части производится полулунный разрез кожи, затем отделяются волокна внутреннего сфинктера от тканей, которые его окружают, и рассекается только внутренний анальный сфинктер.

Заключение

Заболевание хорошо поддается лечению, если своевременно поставлен диагноз и правильно выбрана хирургическая тактика при проведении операции.

Узун Ф.Ф.

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

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Острый парапроктит – острое воспаление параректальной клетчатки, которое вызывает проникновение и распространение инфекции из

просвета прямой кишки.

Цель работы

Рассмотреть варианты диагностики данного

заболевания. Перед вмешательством необходимо убедиться в правильности постановки диагноза. Для этого необходимо учесть следующие диагностические критерии постановки диагноза: жалобы, анамнез, данные объективного осмотра, лабораторные методы исследования, а также инструментальные методы исследования.

Результаты и обсуждение

Жалобы: должны присутствовать жалобы на сильные и пульсирующие боли в области заднего прохода, головную боль, потерю аппетита, озноб, слабость, лихорадку. **Анамнез:** в анамнезе выявляют характер течения заболевания, длительность, применяемое лечение, а также возможные причины, которые могли способствовать возникновению заболевания. **Осмотр:** проводится в положении на боку в гинекологическом кресле или же, в зависимости от состояния пациента, в коленно-локтевом положении. Необходимо оценить покраснение, наличие припухлостей покровов кожи в перианальной области и в ягодичной части, также нужно проверить наличие инфильтрата, который определяется как резко болезненный, или флюктуации в этих областях. При осмотре заднего прохода и промежности выявляется наличие слизи или гнойных выделений, а также наличие каких-либо проктологических болезней, которые могли способствовать развитию острого парапроктита (трещины анального отверстия, свищи, геморрой и т.д.).

Также необходимо провести ректальное паль-

цевое исследование, так как оно может нести ключевую информацию при различных сложных формах заболевания.

Лабораторные исследования: общий анализ крови (увидим лейкоцитоз, повышение скорости оседания лейкоцитов, а также будем наблюдать сдвиг форменных элементов влево в лейкоформуле.) Также обязательно необходимо провести бактериологическое исследование, это нужно для исследования микрофлоры гнойного содержимого (для уточнения диагноза) и проведения правильной и действенной антибиотикотерапии. Взятие материала для исследования микрофлоры происходит непосредственно во время операционного вмешательства во время вскрытия гнойника.

Инструментальные исследования: необходимо определить местоположение и размер полости, содержащей гной, а также ход свища относительно наружного сфинктера, это можно произвести с использованием пробы с красителем. Помимо прочего, с помощью эндоректального ультразвукового исследования, необходимо оценить положение, строение, масштаб пораженной области, наличие добавочных ходов и глубину локализации очага от кожных покровов.

Заключение

Диагностика острого парапроктита играет важнейшую роль в лечении пациента, так как при правильно и своевременно поставленном диагнозе данное заболевание хорошо поддается лечению.

Усик Е.Д.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

АДЕНОТОМИЯ У ДЕТЕЙ: «ЗА» И «ПРОТИВ»

Несмотря на многочисленные высказывания ученых о различных рисках при проведении аденотомии у детей, ни в одной из опубликованных работ нет однозначной информации о том, что удаление аденоидов негативно воздействует на механизм иммунной защиты ребенка.

Цель работы

Проанализировать результаты представленных исследований о влиянии АТ на качество жизни детей, их физическое и умственное развитие.

Материал и методы

Русецкий Ю.Ю., Латышева Е.Н., Полунина Т.А., Арутюнян С.К. Аденотомия и иммунитет // РМЖ. 2015. № 23. С. 1413-1415; Гербер В.Х. Рецидивирующие аденоидные разращения

у детей // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 1967. № 1. С. 11-14.; Ивойлов А.Ю. Рецидивирующие аденоиды и аденоидиты у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1989. С. 19; Ковалева Л.М. Значение повторной аденотомии и предупреждение рецидива аденоидных разрастаний // Вестник оториноларингологии. 1994. № 1. С. 8-12.

Результаты и обсуждения

Аденотомия (АТ) – одно из самых частых вмешательств в детской ЛОР-хирургии. Операции назначают при выраженной гипертрофии тканей, которую невозможно излечить медикаментозными методами. Тем не менее, вопрос о ее вреде остается дискуссионным.

Противники оперативного метода лечения

настаивают на сохранении носоглоточной миндалины (НГ) как важнейшего рубежа иммунной системы. В свое время датские ученые обнаружили в ткани миндалины плазматические и гистиоцитарные клетки и выяснили, что последние при раздражении миндалин становятся активными фагоцитами. Выделение аденоидами на поверхность функционально активных клеток означает, что глоточная миндалина влияет на микрофлору носоглотки и может ее регулировать.

Идею обязательного сбережения НМ активно поддерживали и отечественные ученые. Результаты их исследований оказались неутешительными: из 1000 прооперированных детей положительный эффект через 3-5 лет отмечен только у 54,7% (Л.М. Ковалева), у 18,5% детей наблюдались рецидивы аденоидных вегетаций (А.Ю. Ивойлов), у 36 из 70 детей обнаружено неполное удаление аденоидов (В.Х. Гербер), а у 20% детей, перенесших аденотомию, сохраняются симптомы, свойственные аденоидам и аденоидиту (М.Н. Мельников, А.С. Соколов). Но такие показатели можно объяснить. Прежде всего, используемой ранее техникой операции: она выполнялась под местной анестезией и практически «на ощупь».

Усов В.Ю., Ярошевский С.П., Сухарева А.Е., Доровских Г.Н., Плотников М.П., Чириков А.С., Алексеева Л.А., Лучич М.А.

Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, г. Томск, Россия
 ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский политехнический университет», г. Томск, Россия
 Омская городская больница скорой медицинской помощи, г. Омск, Россия

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ИШЕМИЧЕСКИХ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ МРТ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ: РОЛЬ T2- ВЗВЕШИВАНИЯ И ПАРАМАГНИТНОГО КОНТРАСТНОГО УСИЛЕНИЯ

МР-томография головного мозга пока недостаточно используется в клинике острого повреждения ЦНС ишемического и травматического характера, в особенности в условиях боевых действий средней и низкой интенсивности, а также в регионах с повышенной частотой острых ишемических нарушений головного мозга.

Мы разработали технику количественной оценки тяжести острого повреждения головного мозга по данным T2- взвешенного МРТ – исследования. Исходили из посылки, что усиление T2-взв. сигнала при повреждениях ЦНС отражает усиление гидратации – как проявления повреждения нервной ткани, вплоть до равенства

В то же время сторонники хирургического метода лечения утверждают, что своевременное удаление аденоидов позволяет избавиться от очага хронической инфекции в носоглотке и предупредить развитие различных осложнений. Более того, учеными доказано, что удаление гипертрофированных миндалин не только не усиливает симптомы аллергии, но и облегчает течение бронхиальной астмы, а у детей с неврологическими нарушениями исчезают признаки эпилептоидной активности, нормализуется сон. Также есть сообщения о том, что после операции в крови повышается уровень насыщенности кислородом, пациенты реже болеют острыми респираторными заболеваниями.

Выводы и заключения

В базу данных PubMed за последние 20 лет введена 101 работа, свидетельствующая о высокой эффективности аденотомии, и ни одной с отрицательным результатом. Поэтому можно констатировать: удаление аденоидов, выполненное своевременно и по показаниям, не оказывает отрицательного влияния на механизм иммунной защиты и качество жизни детей, их развитие.

сигнала с ликвором при полном повреждении и формировании кист. Обозначая интенсивность T2 -взв. изображения ликвора в области внутримозговых желудочков как $I_{ликв}$, в области нормального неишемизированного вещества головного мозга как $I_{норм}$, а в области пораженной ткани мозга как $I_{повр}$, очевидно, что повреждение тем тяжелее, чем выше разница $(I_{повр} - I_{норм})$, и что доля необратимо поврежденной ткани в области инсульта тем выше, чем ближе к единице величина отношения $(I_{повр} - I_{норм}) / (I_{ликв} - I_{норм})$. По физиологическому смыслу этот индекс как раз и определяет относительный объем - долю необратимо поврежденной ткани в исследуемом регионе мозга.

Физический объем ишемизированного региона на одиночном i -м срезе МРТ мозга есть, очевидно $d \cdot S_i$, где d -толщина среза, с учетом межсрезового зазора (если таковой имеется), а S_i - площадь региона повреждения на срезе i . Тогда суммарный объем поврежденной ткани (ОПТ, см^3) в области ишемического повреждения есть следующая сумма, взятая по всем срезам i , на которых визуализируется зона ишемического повреждения нервной ткани :

$$\text{ОПТ} = \sum_i d \cdot S_i \cdot [(I_{\text{повр}} - I_{\text{норм}}) / (I_{\text{ликв}} - I_{\text{норм}})]_i \quad (1)$$

Физический объем области повреждения мозга (ФОП, см^3), очевидно, есть:

$$\text{ФОП} = \sum_i d \cdot S_i \quad (2)$$

Доля поврежденной ткани в очаге повреждения мозга тогда определяется отношением :

$$\text{ДП} = \text{ОПТ} / \text{ФОП} = \{ \sum_i d \cdot S_i \cdot [(I_{\text{повр}} - I_{\text{норм}}) / (I_{\text{ликв}} - I_{\text{норм}})]_i \} / \{ \sum_i d \cdot S_i \} \quad (3)$$

Все программные средства функционировали под управлением ОС Alt-Linux Кентавр, либо ОС Windows 7. Статистическая обработка и графическое представление результатов осуществлялось средствами программных пакетов Origin 6.11 (Origin Labs,), либо Sci Lab.

Исследований были выполнены у 27 пациентов с ишемическими ОНМК различной степени тяжести, и у 17 пациентов с травматическими (гражданскими и боевыми – минно-взрывными контузионными) повреждениями головного мозга.

Всем пациентам было выполнено T2-взвешенное (время повторения = 3500 – 4500 мс, время эхо = 25-30 мс) МР-томографическое исследование головного мозга и T1- взвешенное (время повторения = 450 – 600 мс, время эхо = 15-20 мс) исследование в аксиальных плоскостях срезами толщиной 1,5 – 4 мм. Анализ величин ОПТ и ФОП, полученных при варьировании параметров времени повторения, угла отклонения и других, изменяемых при проведении рутинных МРТ головного мозга, показал отсут-

ствие достоверной корреляции предложенных нами расчетных показателей с этими параметрами протокола МРТ-исследования, что позволяет говорить о достаточной степени независимости представленной техники расчета от особенностей частных МР-томографов и вариаций проведения МР-томографии в T2-взвешенном режиме, если величина времени повторения больше 4000 мс.

У пациентов, обследованных в первые двое суток после развития ишемического инсульта, у которых впоследствии произошло значительное улучшение или клиническое восстановление нарушенных неврологических функций, величина ОПТ не превышала 20 см^3 , а показатель ДП был менее 0.33. В то же время при величине ОПТ $> 25 \text{ см}^3$ и ДП > 0.35 достоверный и существенный регресс нарушения неврологических функций не был отмечен ни в одном случае, а один пациент с ишемическим инсультом в бассейне левой средней мозговой артерии скончался спустя 4 дня после исследования (на момент МРТ, проведенной на 2-й день ишемического инсульта величина его показателя : ОПТ = 43 см^3 и ДП=0.37).

В случае острой травмы головного мозга, при отсутствии геморрагий пограничная величина объема поврежденной ткани мозга составила ОПТ $> 27 \text{ см}^3$, а ДП $> 0,35$.

Таким образом, количественный анализ результатов МР-томографии у пациентов с повреждением головного мозга позволяет получить дополнительную прогностически значимую информацию, важную для определения тактики у этих пациентов. МР-томография с помощью средне- и низкочастотных МР-томографов может и должна использоваться для диагностического обеспечения на ранних сроках травматического и ишемического повреждения ЦНС.

Федоренко А.Е., Щербак Е.В., Бухарова Т.С.

Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА У ДЕТЕЙ

Актуальность. На современном этапе отмечено увеличение числа детей с вирусными заболеваниями, в том числе с поражением кожных покровов. Преимущественным местом локализации стойких вирусных элементов поражения кожи в практике детского оториноларинголога является область наружного носа. Из наиболее

распространенных заразных заболеваний кожи у детей могут быть папилломы, остроконечные кондиломы и контагиозный маллюск.

Цель исследования. Изучить эффективность хирургического лечения вирусных заболеваний наружного носа.

Материал и методы исследования. Истории

болезни детей находившихся на лечении в оториноларингологическом отделении РДКБ, за 5 летний период.

Результаты исследования. Заражение детей происходит бытовым путем от сверстников и родителей, некоторые отмечают контакт ребенка с домашними животными. Ребенок заражается при контакте с больным человеком или бессимптомным носителем. По нашим наблюдениям входными воротами для вируса служат мелкие ссадины, мацерации кожи, трещины переходной складки преддверия носа. Активное промывание носа водно-солевыми растворами способствует диссеминации вирусных элементов в преддверии носа. «Опухолеподобные» вирусные заболевания наружного носа могут быть как единичные так и множественными, располагаясь группами. Стойкие кожные элементы при папилломах и кондиломах чаще всего имеет узкую ножку. Размер их может варьировать от «рисового зерна» до «горошин». В последующем кожные элементы могут разрастаться, приобретая широкое основание, бородавчатую форму, внешне напоминая «цветную капусту». Сопутствующая ринорея у детей приводит к воспалительным явлениям этих элементов, которая может вызвать явления гиперкератоза. При контактиозном моллюске на коже появляются сначала единичные, а затем и множественные округлые плотные узелки с вдавлением в центре. Цвет высыпаний может варьировать, но чаще всего в центре узелка выделяется белая «кашицеобразная» масса. В редких случаях в результате слияния нескольких узелков образуются гигантские контактиозные моллюски, которые могут вызывать в последующем косметический дефект.

Лечение заключалось в механическом удалении: ультразвуковая дезинтеграция, диотермокоагуляция, радиоволновая деструкция, иссечение. В послеоперационном периоде раны обрабатывались противовирусными мазями (Зовиракс, Ацик).

За 5-ти летний период в оториноларингологическом отделении РДКБ лечилось 48 человек

по поводу вирусных заболеваний наружного носа. Наблюдалось дети в возрасте от 3-х до 14 лет. Лиц женского пола было 32 (67%), мужского – 16 (33%). Из них: папилломы были зарегистрированы у 29 человек (60%), кондиломы – 10 (21%), контактиозный моллюск – 9 человек (19%). Давность заболевания варьировалась от 2-3 недель до 3-4 месяцев. Наследственность была отягощена у 1/3 пациентов.

Удаление производилось в основном под местной анестезией с помощью аппарата Ультразвуковой дезинтеграции Лора-Дон с использованием бинокулярной лампы с подсветкой. Ультразвуковая дезинтеграция приводила к интрадермальной интервенции на место прикрепления вирусных элементов. В последующем периоде производилась обработка Пантенолом в аэрозоле 2 раза в день 3-4 дня и противовирусными мазями в течении 7 дней. Для верификации вирусного процесса больным назначалось иммунологическое обследование активности папиллома вируса с последующим лечением у иммунолога.

Все диагнозы были подтверждены гистологически. У 4 больных (8%) был отмечен рецидив на фоне реактивации вируса повторного заражения.

Заключение. Исходя из вышеперечисленного, можно сделать вывод, что заболеваемость «Опухолеподобными» вирусными заболеваниями у лиц женского пола (67%) выше чем у мужского (33%). Наиболее частой патологией явилось папилломатозное поражение наружного носа (60%), на втором месте кондилома (21%), контактиозный моллюск наблюдался у 19% человек. Наследственная предрасположенность играет важную роль в развитии вышеперечисленных патологий. При хирургическом подходе к лечению «Опухолеподобных» вирусных заболеваний наружного носа отмечается малый процент рецидивов (8%). Наиболее раннее хирургическое лечение предотвращает развитие диссеминации вирусного процесса.

Федько В.Г., Сохина В.С., Авсянкина Е.В.

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

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ ВОСПАЛЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

Цель исследования. Изучить особенности иммунно-опосредованного ответа при ишемическом инсульте и оценить эффективность про-

тивовоспалительной терапии с использованием ацетилсалициловой кислоты.

Материалы и методы. В процессе работы

были проанализированы 18 статей отечественной и 22 статей зарубежной литературы 2013-2019 гг. Нами были использованы следующие базы данных: OmniMedicalSearch, PubMed, Русский Медицинский Журнал. Методы исследования: информационно-аналитический.

Результаты. На долю ишемического мозгового инсульта приходится 85% острых нарушений мозгового кровообращения. Оксидантный стресс, возникающий вследствие церебральной ишемии, приводит к апоптозу нейронов и способствует усилению нейрорегенерации в зоне пенумбры. В течение 3 часов происходит начальное нарушение гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) под действием активных форм кислорода, что сопровождается вазогенным отеком и индуцирует миграцию иммунных клеток в зону ишемии. Макрофаги играют центральную роль в постишемическом воспалении. Периферические моноциты проникают через ГЭБ благодаря хемокинам и клеточным факторам адгезии в участок ишемии, где дифференцируются в макрофаги. Эта иммунно-опосредованная реакция достигает пика через 3 суток и сохраняется в течение 7-28 суток. Макрофаги оказывают не только нейропротективный эффект, продуцируя ангиогенные и нейротрофические факторы, но

и уменьшают репарацию тканей, являясь источником провоспалительных цитокинов. В остром периоде ишемического инсульта превалирует воспалительное повреждение ЦНС при участии макрофагов. К тому же, ранняя иммунная активация часто прогрессирует до иммуносупрессии. Снижение иммунной аутореактивности повышает риск вторичных инфекций (65% пациентов переносят пневмонию и инфекции мочевыводящих путей) и увеличивает смертность (30% умирают от инфекций в остром периоде мозгового инсульта). Большинство клинических исследований показало эффективность неселективных ингибиторов ЦОГ, таких как ацетилсалициловая кислота, в качестве агента, подавляющего раннее реактивное воспаление микроглии в области пенумбры, а также с целью профилактики постинсультных инфекций.

Выводы. Показано, что ишемия мозга сопровождается миграцией периферических иммунных клеток через ГЭБ, усилением воспалительного ответа в зоне пенумбры и формированием общей иммуносупрессии. Предотвращение воспалительного каскада путем использования ацетилсалициловой кислоты является перспективным терапевтическим подходом в лечении острого периода ишемического инсульта.

Филахтов Д.П., Вегнер Д.В.

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

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ДИАФРАГМЫ

Актуальность проблемы. В настоящее время торакоабдоминальная травма – один из самых распространенных видов травм, характеризующихся высокой частотой развития осложнений и летальностью. Основной проблемой, затрудняющей принятие тактического решения при торакоабдоминальной травме, является отсутствие достоверной информации о повреждениях внутренних органов. Во многом ситуация усугубляется многообразием форм и вариантов клинического течения этих состояний, особенно в случаях их осложнённого течения. По-видимому, целый ряд вопросов, касающихся диагностики и лечения данной патологии, оставаясь в чем-то дискуссионными, не теряют своей актуальности и сегодня.

Цель работы – улучшение диагностики и результатов лечения больных с острой и осложненной хирургической патологией диафрагмы.

Материалы и методы. В клинике хирургии им. проф. К.Т.Овнатаяна Донецкого национального медицинского университета за период с 2007

по октябрь 2019 года находились на лечении 734 пациента с политравмой. У 42 пострадавших диагностированы свежие ранения диафрагмы и посттравматические диафрагмальные грыжи.

С целью диагностики, по показаниям, использовались исследования: обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, рентгенконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта, компьютерная томография и др. методики.

Результаты и обсуждение. Из общего числа наблюдаемых больных оперировано 40 пострадавших пациентов с травматическими повреждениями купола диафрагмы. У подавляющего большинства пациентов с травматическим повреждением диафрагмы операция заключалась в выделении и репозиции грыжевого содержимого с ушиванием дефекта диафрагмы двухрядным швом. В одном случае дополнительно понадобилась резекция ущемленной некротизированной части тонкой (2) или толстой (1) кишки. У 2 пациентов, в связи с тяжелой закрытой

травмой груди, наблюдалась достаточно редкая рентгенологическая картина высокого стояния и неподвижности одного из куполов диафрагмы, а у одного больного наблюдалась парадоксальная («коромыслообразная») подвижность куполов, определяемая рядом авторов, как контузия диафрагмы.

Умерли двое с тяжелой сочетанной травмой, ввиду запоздалой доставки пациентов в специ-

ализированное учреждение. Остальные пациенты выздоровели.

Заключение. Наш опыт свидетельствует о возрастающей встречаемости приведенных патологических состояний, к сожалению, далеко не всегда узнаваемых практическими врачами, что нередко обуславливает запоздалое лечебное пособие пациентам.

Филиппаки И.В., Зуйков С.А., Турсунова Ю.Д., Миронова К.А., Зинкович И.И.

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

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ НА АКТИВНОСТЬ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ ЭРИТРОЦИТОВ

Известно, что в опухолевых клетках нарушается метаболизм пуриновых нуклеотидов и углеводов. Так по мере прогрессирования опухолевого роста в злокачественных клетках усиливается потребление глюкозы и повышается образование лактата, конечного продукта гликолиза. При этом, ведущая роль отводится росту экспрессии и активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ, ЕС 1.1.1.27). Учитывая, что оба эти метаболические пути локализованы в цитоплазме, логично предположить наличие между ними взаимодействий.

Цель. Оценить влияние мочевой кислоты на активность лактатдегидрогеназы, для подтверждения возможного взаимодействия между реакциями гликолиза и пуринового обмена в опытах *in vitro*.

Материалы и методы. исследование проводили на гемолизатах эритроцитов условно здоровых лиц. Образцы были разделены на две группы: контрольную и опытную. В опытной группе гемолизаты эритроцитов инкубировали с 0,9мМ раствором мочевой кислоты в течение 10 минут. Активность ЛДГ определяли по скорости убыли НАДН на SPECORD 200 PLUS (Analytik Jena, Германия) при 340нм, с помощью набора «LDH-100» (ERBA LACHEMA, Чехия). Показатель ак-

тивности фермента нормировали на содержание гемоглобина в исследуемых образцах.

Результаты и обсуждения. Согласно полученным данным, мочевая кислота ингибирует активность ЛДГ в исследуемых гемолизатах эритроцитов. В опытной группе активность фермента снизилась на 40% после предварительной инкубации эритроцитов с МК и составила 3,40±2,00 мкат/гНб, в контрольной группе 5,51±2,45 мкат/гНб, ($p \leq 0,05$).

Согласно величине константы термодинамического равновесия направление реакции катализируемой ЛДГ смещено в сторону образования лактата [doi: 10.1042/bj3640101]. Отсюда следует, что ингибирующее действие МК на активность ЛДГ тормозит образование лактата, препятствуя регенерации окисленного НАД⁺. Последнее ограничит скорость гликолиза, интенсификация которого характерна для злокачественно трансформированных клеток.

Выводы. Данные исследования показывают, что предварительная инкубация гемолизата эритроцитов с мочевой кислотой приводит к статистически значимому угнетению активности ЛДГ. Обнаруженный эффект отмечается в подавляющем большинстве (90%) образцов.

Филюшина В.А., Гаврилова А.В., Андреев Р.Н.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Одной из глобальных проблем во всем мире является туберкулез у детей и подростков. В

связи со снижением сопротивления детей к инфекционным заболеваниям, а также с частыми

контактами детей с больными взрослыми ситуация в борьбе с туберкулезной инфекцией ухудшается.

Цель работы: оценка современного состояния и динамики эпидемической ситуации по туберкулезу у детей в Российской Федерации (РФ), а также изучение признаков, симптомов, профилактики и лечения туберкулеза у детей.

Материалы и методы: анализ отчетов Министерства здравоохранения РФ, статистических и литературных данных.

Результаты и обсуждение. Туберкулез у детей и подростков – специфическое инфекционно-воспалительное поражение различных тканей и органов, вызываемое различными видами микобактерий из группы *Mycobacterium tuberculosis complex* или иначе палочками Коха. В зависимости от места распространения болезни и признаков клинико-рентгенологических исследований различают такие формы туберкулеза у детей, как раннюю и хроническую туберкулезную интоксикацию, первичный туберкулезный комплекс, туберкулезный бронхоаденит, острый милиарный туберкулез; реже встречаются туберкулезный менингит, мезаденит, туберкулез периферических лимфоузлов, кожи, почек, глаз, костно-суставной системы.

С 2008 по 2017 г. заболеваемость детей в РФ туберкулезом снизилась почти в три раза. А именно снизились следующие основные показатели по туберкулезу: заболеваемость туберкулезом – с 85,1 до 48,3 на 100 тыс. населения (на 43,2%); заболеваемость туберкулезом детей 0-14 лет – с 15,3 до 9,7 на 100 тыс. детей (на 36,6%); распространенность туберкулеза на окончание года – с 190,7 до 109,8 на 100 тыс. населения (на 42,4%); бактериовыделение у пациентов с туберкулезом – с 80,3 до 46,0 на 100 тыс. населения (на 42,7%); смертность от туберкулеза – с 17,9 до 6,5 на 100 тыс. населения (на 63,7%). Отмеча-

ется высокий разброс значений при расчете отношения заболеваемости детей и взрослых – от 0,04-0,1 до 0,3-0,7, что позволяет анализировать гипер- и гиподиагностику туберкулеза у детей.

У детей заподозрить симптомы болезни бывает довольно сложно. Чаще сначала меняется настроение, появляется слабость. Затем наступает истощение, причиной которого являются токсические вещества в лимфатических узлах, выделяемые микобактерией. Присоединяются к симптоматике потеря веса и быстрая утомляемость. Периодически может подниматься температура до 37,5 градусов, у детей увеличиваются лимфоузлы. В этот период и развивается хроническая туберкулезная интоксикация.

Так как лечение туберкулеза – процесс сложный и длительный, то для своевременного выявления заражения нужно ежегодно проводить диагностику. Основными методами выявления инфекции является туберкулинодиагностика (проба Манту и Диаскинтест) и флюорография, рекомендуемая к ежегодному проведению у взрослых и подростков с 15-летнего возраста.

Для терапии туберкулеза у детей необходима поэтапность лечения в условиях стационара, специализированного санатория и противотуберкулезного диспансера с длительностью курса в среднем 1,5-2 года. Важная роль при этом отводится санитарно-диетическим мероприятиям (высококалорийному питанию, пребыванию на свежем воздухе, обучению режиму кашля).

Заключение. Туберкулез необходимо предупредить, а не лечить, так как это намного легче, чем разбираться с последствиями болезни. Большую роль играет систематическая туберкулинодиагностика, улучшение санитарно-гигиенических условий, рациональное питание, физическое закаливание детей, выявление взрослых больных туберкулезом.

С.С. Фролов

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
НИИ репродуктивного здоровья детей, подростков, молодежи

РАССТРОЙСТВА ОВУЛЯЦИИ У ЛИЦ С ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Растущее количество эпидемиологических данных свидетельствует, что чрезмерное потребление сахара влияет на здоровье человека помимо простого избытка калорий. Сахар участвует в возникновении всех заболеваний, связанных с метаболическим синдромом (MetS), включая гипертонию, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), неалкогольную жировую болезнь печени

(НАЖБП), сахарный диабет (СД) и запускает процесс преждевременного старения, чему способствует повреждение белков из-за неферментативного связывания сахара (так называемое гликирование). Глюкоза и фруктоза индуцируют выработку токсичных конечных продуктов гликирования в организме человека.

Материал и методы Под нашим наблюдением

были 15 молодых женщин в возрасте от 20 до 29 лет, средний возраст $26,7 \pm 1,2$ лет, проходивших обследование по поводу планирования семьи или бесплодного брака. Выполнение базового диагностического алгоритма не выявило нарушений в анализах крови на пролактин, ЛГ, ФСГ, тестостерон, ДГЭАс, ТТГ, Т4 своб. По уровню прогестерона 8 лиц имели уровень прогестерона менее 10 нмоль/л, 4 человека от 11 до 15 нмоль/л, 3 человека - более 20 нмоль/л. Все они имели избыточную массу тела, что было одним из критериев включения в исследование и являлось косвенным маркером нарушения углеводного обмена. Средний ИМТ обследованных составил $28,4 \pm 1,3$ кг/м². Одним из условий исследования было наличие домашнего глюкометра и наличие умений им пользоваться. Было предложено принять участие в дополнительном обследовании - изучении уровня глюкозы натощак, через 2 часа после каждого приема пищи без «перекусов» (три раза) и ночью в 23-30 час. Дополнительно пациентки вели дневник самонаблюдений, измеряли базальную температуру, следили за наличием шеечной слизи, проводили мочевые ЛГ тесты с 12-го дня менструального цикла, самообследование молочных желез. Статистическая обработка производилась с программой STATISTIKA 9,2 и SPSS 16.0.2.

Результаты исследования. Все пациентки имели регулярный менструальный цикл от 26 до 33 дней, средняя длительность составила $28,2 \pm 1,4$ дн. Гликемический профиль исследовался натощак, через 2 часа после каждого приема пищи и в 23-30. Данные гликемического профиля были разделены на 3 паттерна. Данные гликемического профиля сопоставлены с данными функционального состояния яичников. Постпрандиальная гликемия была выше 75% после завтрака и обеда у лиц с ановуляторным циклом, и умеренно выраженная у лиц с гипо-

лютеиновым и дисрегуляторным циклом после ужина. Последний вариант цикла определяют, когда овуляция происходит с разницей от цикла к циклу в 3 дня.

Обсуждение результатов

Расстройства овуляции могут иметь место при нарушении здорового питания. Злоупотребление сладостями, чрезмерное употребление сладких напитков способно нарушить утилизацию глюкозы и включить механизмы гликирования избыточно потребляемой глюкозы. Эти события происходят у здоровых лиц и приводят в дальнейшем к формированию метаболического синдрома и сахарного диабета 2 типа, прогрессирующего ожирения, неблагоприятно влияют на фертильность. Новое руководство Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2015 году рекомендовало, чтобы взрослые и дети сократили ежедневное потребление добавленных сахаров до уровня менее 10% от общего потребления энергии (50 г сахара на диету 2000 ккал / день). Дополнительное снижение до менее чем 5% от общего потребления энергии или примерно до 25 г сахара в день может обеспечить дополнительную пользу для здоровья.

Выводы

1. Исследование гликемического профиля целесообразно у лиц с избыточной массой тела и (или) ожирением.

2. Постпрандиальная гликемия свыше 75% референса ассоциирована с ановуляцией, другие варианты – с менее выраженной постпрандиальной гликемией.

3. Лицам, планирующим беременность следует тщательней соблюдать здоровый образ жизни, исключить злоупотребление сладких напитков и работать над снижением массы тела.

3. Фактор питания оказывает влияние на репродуктивную функцию и вполне подвластен коррекции.

Хачатурова К.М., Хохлова Е.А., Мороз А.Б., Гонтарь Е.А.

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

ИССЛЕДОВАНИЕ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Заболевания щитовидной железы – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний в Донецком регионе. Известно, что патология щитовидной железы приводит к заболеванию слюнных желез, что в свою очередь является фактором изменения состава слюны.

Кислотно-щелочное состояние (КОС) поло-

сти рта является важным показателем местных обменных процессов. Кислотность слюны влияет на такие процессы как образование налета, деминерализация твердых тканей зубов, биохимический состав слюны. При понижении нейтрального, рН происходит уменьшение реминерализующих свойств слюны. Проведение

теста кислотно-щелочного состояния слюны, является важным фактором для прогнозирования интенсивности кариеса зубов и разработке мер по профилактике стоматологических заболеваний.

Цель работы

Данное исследование было проведено с целью оценки pH ротовой жидкости у больных гипертиреозом, проживающих в Донецкой области.

Материал и методы

Обследовано 80 пациентов. 42 пациента от 30 до 60 лет, проживающих в Донецкой области. Все пациенты были поделены на две группы: 40 человек вошли в контрольную группу и 40 имели диагноз – диффузный нетоксический зоб I степени.

Определение кислотности слюны (pH) вы-

полняли с помощью универсальной индикаторной стандартной бумаги с градуированной шкалой pH 5,2-7,4

Результаты и обсуждение

Установлено, что у пациентов вы контрольной группе с реакция ротовой жидкости является слабощелочной ($6,9 \pm 0,04$). У пациентов второй группы, сдвиг pH ротовой жидкости в кислую сторону ($5,7 \pm 0,03$).

Заключение

Данные результаты исследования позволяют прогнозировать интенсивность кариеса у пациентов с заболеваниями щитовидной железы и, соответственно, разработать ряд профилактических мероприятий, направленных на восстановления кальций-фосфорного баланса слюны, непосредственно связанного с уровнем ее кислотности.

Хижный Д.С., Саркисян А.С., Мосягина Н.А., Труфанова М.С.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ЖИТЕЛЕЙ В ГОРОДАХ ЛУГАНЩИНЫ С НАСЕЛЕНИЕМ МЕНЕЕ 150 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК (АНКЕТИРОВАНИЕ)

Несмотря на развитие информационных технологий, и открытый доступ к информации о базовых принципах профилактики стоматологических заболеваний, врачи-стоматологи часто сталкиваются с проблемой низкой осведомленности своих пациентов. Эта проблема зачастую приводит к отсутствию взаимопонимания между врачом и пациентом, вынуждает специалистов жертвовать временем приема для проведения бесед о принципах профилактики стоматологических заболеваний. Особенно остро стоит проблема низкого уровня стоматологических знаний у лиц, участвующих в уходе за детьми.

Цель работы

Изучить текущий уровень стоматологической осведомленности жителей городов Луганщины (с населением менее 150 тысяч человек). Составить статистику стоматологической осведомленности всех жителей, и жителей фертильного возраста (16-45 лет). Сравнить уровень осведомленности мужчин и женщин в возрастной группе 16-45 лет.

Материал и методы

Анкетирование жителей (анкеты в тестовой форме были составлены под контролем научного руководителя). Разделение исследуемых на группы, составление статистики при помощи Microsoft Office Excel. Анализ полученных результатов тестирования (в баллах и в%)

Результаты и обсуждение

При анкетировании жителей были использованы анкеты, содержащие поля для указания пола и возраста, а также, 8 вопросов в тестовой форме с 5ю вариантами ответов, один из которых правильный. Анкетирование жителей являлось инициативой студентов ЛГМУ им. Святителя Луки, и проводилось в таких городах Луганщины, как: Краснодон, Молодогвардейск, Суходольск, Красный Луч, Антрацит, Ровеньки, Алчевск, Перевальск, Первомайск, Рубежное в период с апреля по август 2019 года. В анкетировании участвовали добровольцы из вышеперечисленных городов. В общей сложности были собраны и проанализированы 248 анкет. Участниками анкетирования стали 144 женщины и 104 мужчины возрастом от 15 до 59 лет. Были проанализированы полученные результаты. Так, 227 анкет были собраны у лиц возрастной группы 16-45 (91,53% от всех). В этой возрастной группе участниками анкетирования стали 128 женщин и 99 мужчин. Было подсчитано число правильных ответов в анкетах. Средний результат количества правильных ответов у всех опрошенных составил ~3.8 балла, у всех лиц возрастной группы 16-45 лет: ~3.9 балла, т.е на ~0.1 балла больше, чем у всех (n=248). Средний результат у мужчин (n=99) и у женщин (n=128) отличается незначительно (не $p=0,1$).

Заключение

Полученный результат свидетельствует о том, что уровень стоматологической осведомленности граждан фертильной возрастной группы (16-45 лет), полученный при анализе анкет, составил 3,9 балла, что составляет менее 50%, и можно расценивать как низкий (по системе ABCDF)

Инициативная группа студентов, участвовавшая в проведении анкетирования планирует организацию бесед с жителями Луганщины, для повышения уровня осведомленности населения в профилактике стоматологических заболеваний, в особенности, у детей.

Horokhova A.A.

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

THE RESULTS OF A PARALLEL STUDY OF EPIDEMIC MANIFESTATIONS OF MEASLES AND RUBELLA AT THE MODERN STAGE

In view of the viral etiology of measles and rubella these infections do not have an effective specific treatment; vaccination is the only way to deal with them. The success of vaccinal prevention has allowed the WHO to formulate a common goal in order to eliminate these infections. Measles and rubella are infections that have similar etiological and clinical features, as well as the epidemiological characteristics of the source of infection, the pathogen transmission mechanism, the formation of the population's immunity and the system of preventive measures; but they belong to different stages of the epidemic process evolution due to the difference in the duration of the vaccination period (measles has been carried out for 53 years, rubella for about 20 years). In this regard, we consider the parallel study of the patterns of their epidemic spread appropriate.

We carried out a comparative retrospective epidemiological analysis of the incidence rate of measles and rubella in Donetsk region over two five-year periods: 2009-2013 and 2014-2018. We established that measles has been characterized by sporadic prevalence over the past ten years and cases didn't occur every year. In 2009, 2011, 2015, 2016 measles was not recorded. In the first period the incidence rate ranged from 1 to 26 cases per year, the intensive index reached 0.59, and the average one 0.3 per 100,000 population. In the second period up to 7 cases of measles maximum per year were recorded (int. index of 0.3). In 2018 the highest incidence rate of measles over the past 12 years was registered – 226 cases (int. index of 9.8). The average long-term measles incidence index was 2.0 per 100,000 pop., which is 66.7 times higher than during the previous five years (due to the measles outbreak in 2018). Rubella incidence index in 2009-2013 ranged from 1.3 to 2.8 per 100,000 pop. (57 – 124 cases annually). In 2014-2018 it decreased to 0.22 – 0.86 per 100,000 pop. (from 4 to 20 cases

annually). The average long-term incidence index of rubella in the first period was 1.96, and in the second one – 0.35 per 100,000 pop., which is 5.6 times lower. The average index of recession was 12.1% in 2008-2013 and 23.1% in 2014-2018. That's, there are significant differences in the long-term dynamics of measles and rubella in Donetsk region: measles is recorded in isolated cases and not annually; epidemic outbreaks are dangerous. Rubella is characterized by a tendency towards a decrease in the incidence rate with an increase in rates of recession over time. Seasonal rubella outbreaks were detected in the winter – spring months. A leveling of seasonality occurred with measles, since the registration of isolated cases of measles by month is uneven and depends on the introduction of the infection into non-immune groups. Assessment of the age distribution of morbidity showed that in the first period the incidence rate of measles among children exceeded the incidence rate of adults by 3.3 times (0.72 and 0.22 per 100,000 pop.), by 7.0 times in the second period (7.8 and 1.1 per 100,000 pop. of corresponding contingent) due to the peculiarities of the outbreak of 2018. We established that the causes of epidemiological measles health problems in the Donetsk Republic in 2018 were due to the importation of sources from adjacent epidemically disadvantaged territories, as well as the delay in anti-epidemic measures, and low level of vaccination and protection against measles. Differences in the incidence rates for children and adults with rubella were more pronounced than with measles. Children suffered from rubella more often than adults by 19.0 times in 2008-2013 (long-term average index of 9.7 and 0.5 per 100,000 pop. of the cor. cont.) and 16.3 times in 2014-2018 (long-term average index of 1.3 and 0.08 per 100,000 pop. of the cor. cont.). That is, a specific modern characteristic of rubella is a tendency to a shift in the incidence rate towards adults, and with measles outbreaks occur

among non-immune individuals of any age. Thus, the global preventive immunization against measles and rubella has changed the manifestations of the epidemic process of these infections in the long-term and annual dynamics and the intensity of damage to people of different ages. However, these changes are not identical for these two nosological forms;

therefore, the criteria for epidemic well-being and the harbingers of epidemic problems will differ. A parallel study of the epidemic manifestations of measles and rubella will improve the quality of epidemiological diagnosis and prediction of the incidence rate of these infections.

Хохлова Е.А., Хачатурова К.М., Мороз А.Б., Колосова О.В.

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

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕТРАКЦИОННЫХ НИТЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРИШЕЕЧНОГО КАРИЕСА

В некоторых случаях для максимально качественного лечения пришеечного кариеса возникает необходимость в обнажении шейки и корня зуба путем расширения десневого кармана, то есть в такой процедуре как ретракция десны. Показаниями к данной процедуре могут быть и защита десен, остановка кровотечения и необходимость манипуляций, связанных с лечением поражений зуба в зоне его шейки. Одним из наиболее распространенных способов выполнения данной процедуры является механический, подразумевающий снижение уровня десны при помощи специальной нити, которая, в зависимости от показаний, может быть с пропиткой и без.

Цель работы

Провести сравнительную характеристику ретракционных нитей, исходя из их свойств.

Материал и методы

Было отобрано 15 человек с кариозными поражениями 5 класса по Блэку с различной локализацией полостей по отношению к маргинальному краю слизистой. Ретракция десны проводилась нитями без пропитки и с пропиткой эпинефрином (Ультрапак), а также алюминий хлоридом (Ре-Корд). Необходимыми условиями включения пациента в программу были отсутствие активного воспаления тканей пародонта, глубина борозды не более 3 мм и отсутствие кровотечения при зондировании. Ретракционные нити Ультрапак 00 без пропитки туго обвивали петлей и укладывали в десневую борозду, оставляя там на время реставрации. При ретракции десны нитями Ре-Корд, размером 00, пропитанными в заводских условиях хлористым алюминием, и Ультрапак с эпинефрином, укладывались в десневую борозду с помощью гладилки. Результаты применения трех ретракционных нитей на десну и условия для реставрации оценивали с помощью таких параметров: обеспечение оптимального доступа к кариозной полости, отсутствие кровотечения маргинальной десны, сокращение временных затрат врача-стоматолога и изменение общего

состояния.

Результаты и обсуждение

При анализе полученных результатов было выяснено, что ретракционная нить без пропитки позволяет незначительно отодвинуть маргинальную десну, что может осложниться повреждением слизистой, кровоточивостью и нарушением краевого прилегания пломбы. Кроме этого, укладывание нити в зубодесневую борозду вызывало неприятные и болезненные ощущения у пациента, что приводило к длительности процедуры. Единственным, но немаловажным плюсом данной нити явилось то, что ее можно использовать у лиц с имеющимися соматическими патологиями, так как она не оказывала влияния на общее состояние пациента. Положительные результаты ретракции десны были отмечены при использовании нитей Ультрапак с эпинефрином, которые обеспечивали оптимальный доступ к полости, приемлемые условия работы и высокое качество реставрации. Однако имелись серьезные недостатки: даже при отсутствии соматической патологии, отмечалось ухудшение общего самочувствия пациента, что выражалось в кратковременном повышении частоты сердечных сокращений, головными болями, беспокойством. Применение нитей, пропитанных эпинефрином и алюминий хлоридом, оказали одинаковое действие на десну. Однако нить Ре-Корд не вызывала ухудшения общего самочувствия обследуемого.

Заключение

При проведении сравнительной характеристики ретракционных нитей, лучшие результаты ретракции десны были отмечены при использовании нитей Ультрапак с эпинефрином, и Ре-Корд с алюминий хлоридом, которые обеспечивали оптимальные условия для пломбирования пришеечных полостей. Ретракционная нить без гемостатической жидкости оказалась наименее эффективной с точки зрения удобства работы и качества реставрации.

Хранко И.М.

Городская клиническая больница № 21, г. Донецк

СРАВНЕНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВ И НЕДОСТАТКОВ ОТКРЫТОГО И ЗАКРЫТОГО ДОСТУПОВ В РИНОПЛАСТИКЕ

История вопроса. Из исторических источников известно, что упоминания о ринопластике имеются в древних индийских трактатах. Во времена средневековья в Европе существовала казнь отсечение носов, и описаны случаи реконструкции носа после такой казни. По эстетическим показаниям открытая ринопластика, напоминающая современную ринопластику, возникла в начале 20 века в восточной Европе, и, затем, в США получила благоприятные условия для развития. Закрытая и открытая техники развивались параллельно, но, на ранних этапах господствовало мнение, что закрытый доступ подходит для устранения небольших деформаций, а открытый доступ не годится для широкого применения в силу его травматичности.

Актуальность: Требования общества к внешнему виду индивида на сегодняшний день сильно изменились. Психологическими исследованиями установлено, что людям, обладающим внешней привлекательностью, легче добиться успеха в жизни. Быть красивым стало модно, престижно, необходимо.

Основная часть: Известны открытая, закрытая и открыто-закрытая виды ринопластики. Впервые декортикационная техника, которая легла в основу современной открытой ринопластики, была предложена хирургом из Будапешта Rethi в 1929 году. Эта техника сильно отличалась от современной техники, предполагала полное рассечение латеральной ножки в перпендикулярном направлении вблизи вершины купола. У большинства хирургов эта техника не нашла поддержки и на многие годы была забыта. В 1966 году Ivo Padovan, Хорватия, модифицировал методику разреза на коллюмелле и разработал технику препаровки мукопериостального лоскута. Эта техника стала известна как «открытый» или «наружный» доступ в ринопластике. Slobodan Jugo, работающий в США, продолжил усовершенствование этой техники, и, с середины 80-х годов прошлого столетия эта техника стала стремительно распространяться по всему миру. Закрытая и открытая ринопластики развивались

параллельно. Позже возник открыто-закрытый доступ, предполагающий сохранение кожи коллюмеллы и коллюмеллярных артерий.

Ранее считалось, из закрытого доступа можно исправить только лишь небольшую деформацию. На сегодняшний день разработаны методики, позволяющие из закрытого доступа производить любые тонкие манипуляции на куполах хрящей. Закрытый доступ даёт более прогнозируемый результат за счёт того, что есть возможность оценить общий вид носа в кожном чехле, сама операция и послеоперационный отёк длится меньше. Отслойка кожи при закрытой ринопластике производится локально, на меньшем участке. В то же время, отслойка кожного лоскута, как при открытом доступе, способствует лучшему сокращению кожи. Несмотря на то, что на данный момент существуют техники, позволяющие все манипуляции производить из закрытого доступа, который по сути является закрыто-открытым, открытая ринопластика даёт наилучшие возможности для тонких манипуляций на кончике носа. К недостаткам открытой ринопластики можно отнести рубец на коллюмелле, большую длительность по времени, большую хирургическую травму. Закрытая ринопластика лучше подходит для устранения горбинки любых размеров, бокового смещения пирамиды носа, седловидных деформаций малых и средних размеров, резекции цефалических порций небольших или средних размеров, контурной ринопластики. Открытая ринопластика лучше подходит для устранения большой седловидной деформации, грибовидной квадратной деформации куполов нижних латеральных хрящей. Повторная ринопластика. Считается, что повторную открытую ринопластику можно производить не ранее, чем через год после первой операции. Из закрытого доступа можно устранить боссы, мелкие неровности, не дожидаясь года после первой операции. Для устранения клювовидной деформации, коррекции ущипнутого носа, иссечение рубцов лучше подойдёт открытый доступ.

Выводы: за закрытыми методиками будущее.

Хузин С.В.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГРИБКА НОГТЯ

В современном мире грибок ногтя достаточно распространенное заболевание, повреждающее как ногтевую пластину, так и близлежащий эпителий. Болезнь распространяется в организме достаточно быстро посредством кровеносного и лимфатического русла. В своем большинстве грибок не опасен, но его особенность заключается в том, что он выступает катализатором все болезней, которые имеет человек, а это уже может привести к серьезным последствиям и стать причиной смерти.

Цель работы

Своевременно обнаруживать болезнь, выявлять возможность патологического влияния осложнения на организм; оказывать необходимую помощь.

Материалы и методы

Опрос – сбор данных о распространенности заболевания среди населения. Анамнез заболевания: длительность заболевания (дни, месяцы, годы) – установление формы заболевания, возможность обострения хронических заболеваний. Объективный метод исследования – консультация с врачом дерматологом. Проведение дополнительных методов исследования – анализ на грибок.

Результаты и обсуждение

Болезнь достаточно распространена. Её возникновение не зависит от возраста, но в группу риска попадают люди с ослабленным иммунитетом и старики. Результатом длительного развития болезни является поражение большин-

ства ногтевых пластин, проблемы с эпителием вокруг ложа ногтя, развитие грибка кожи. Чаще всего грибковая инфекция не приводит к серьезным заболеваниям, а лишь нарушает эстетический вид пораженного участка. На поздних стадиях заболевания ноготь удалят хирургически путем, при этом случай рецидива возникает в 20% случаях из-за недобросовестного лечения и несоблюдения правил личной гигиены. Ранние стадии заболевания поддаются лечению специальными лаками и кремами.

Заключение

На сегодняшний день существует огромное количество препаратов для лечения грибка ногтя. Появлению заболевания способствуют частые стрессовые ситуации дома и на работе, несоблюдение суточных биоритмов организма, что включает в себя недосыпание, а также большое количество жирной, жареной, острой и соленой пищи в повседневном рационе, пренебрежение ежедневными правилами гигиены, частое ношение закрытой обуви, некачественная обработка маникюрных инструментов.

Профилактикой заболевания является соблюдение регулярных базовых правил ежедневной гигиены и систематическое посещение дерматолога для профилактического осмотра на наличие инфекционных заболеваний.

Людам с хроническими заболеваниями нужно относиться к этому недугу серьезно, так как грибок повышает риск их обострения.

Чайковская И.В., Грицкевич Н.Ю., Шелякова И.П.

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

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБО-АЛЬВЕОЛЯРНЫМ ВЫДВИЖЕНИЕМ

Проблема частичной вторичной адентии в клинике ортопедической стоматологии актуальна, как никогда, учитывая изменившиеся социальные условия жизни нашего региона. Несвоевременная санация полости рта, осложненные формы кариеса, удаление зубов, несвоевременное ортопедическое лечение – все эти причины ведут к проблеме зубо – альвеолярного выдвигания или феномену Попова-Годона: смещение

зубов в вертикальном и горизонтальном направлении в сторону возникшего дефекта. Эта клиническая ситуация наблюдается при дефектах зубов, зубных рядов, а также, при функциональной перегрузке пародонта, возникающей при различных условиях и в любом возрасте. При этом возникают деформации формы зубных рядов и окклюзионных плоскостей вследствие нарушения распределения жевательного давления.

Цель работы.

Составление индивидуальных схем диагностики и лечения и проведение лечения пациентов с зубо-альвеолярным выдвигением, в зависимости от определенных факторов: возраста пациента, количества отсутствующих зубов, давности их удаления и вида прикуса.

Материал и методы.

В клинике кафедры стоматологии ФИПО находились на обследовании и лечении 23 пациента с зубо – альвеолярным выдвигением в возрасте от 28 до 57 лет. Всем пациентам снимались диагностические слепки и проводилось изучение диагностических моделей челюстей, что являлось одним из основных методов обследования, цель которого заключалась в выявлении характера окклюзионных взаимоотношений, вида прикуса и назначения дальнейшего плана лечения. Также, всем пациентам рекомендовалось обзорное рентгенологическое обследование – ортопантограмма, для воссоздания общей картины состояния зубов, тканей пародонта и костной ткани челюстей. Первым этапом лечения у 9 пациентов из исследуемой группы (1 подгруппа) рекомендовали на 3-6 месяцев, в зависимости от тяжести изначальной клинической ситуации, применение лечебных капп, направленных на восстановление окклюзионной высоты и нормализацию соотношения элементов височно-нижнечелюстного сустава. После достижения нужного результата проводилось ортопедическое лечение по показаниям (несъемные или съемные конструкции). Остальным 14 пациентам (2 подгруппа) предварительное ортодонтическое лечение с каппами не про-

водилось из-за отсутствия у данной подгруппы пациентов времени на этот этап лечения. Первым этапом лечения у 13 пациентов (без применения капп), было проведено хирургическое лечение – удаление зубов, блокирующих высоту прикуса и функции зубо – челюстной системы и, у 4 из них, проводилась гингивопластика и хирургическая редуция альвеолярного гребня для создания пространства для последующих ортопедических конструкций. Окончательное ортопедическое лечение (несъемные или съемные конструкции) у данной подгруппы пациентов проводилось не раньше, чем через 1 месяц после хирургического этапа лечения.

Результаты и обсуждение.

В первой подгруппе результаты первого ортодонтического этапа – восстановление окклюзионной высоты, были достигнуты у 4 пациентов через 3 – 4 месяца, у остальных 5 пациентов ортодонтический этап длился 6 и более месяцев. Затем еще, в течение месяца, проводилось заключительное ортопедическое лечение. Общее время лечения в первой подгруппе длилось от 5 до 8 месяцев. Во второй подгруппе общая длительность лечения продлилась в среднем 1,5 – 2 месяца, в зависимости от сложности и результатов хирургического этапа лечения, с учетом заключительного ортопедического этапа. Можно сказать, что обе схемы лечения и в первой и во второй подгруппе являются клинически обоснованными и результативными (с учетом временных параметров и степени инвазивности некоторых этапов лечения) и могут рекомендоваться для применения в практической стоматологии, как методы лечения зубо-альвеолярного выдвигения.

Чайковская И.В., Комаревская Е.В., Соболева А.А.

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

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЁННОСТИ И СИСТЕМЫ ОКСИДА АЗОТА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Цель работы

Изучить микробную обсеменённость пародонтальных карманов и показателей, отражающих метаболизм системы оксид азота в ротовой жидкости у пациентов с генерализованным пародонтитом.

Материал и методы исследования

Обследовано 164 пациента с генерализованным пародонтитом, в возрасте от 24 до 78 лет. Изучен количественный и качественный состав пародонтальных карманов (ПК). Иммуноферментным методом ротовой жидкости (РЖ) определён уровень оксид азота (NO) по конечным

продуктам его метаболизма – нитритам (NO_2), циклическому гуанозинмонофосфату (сGMP) и мочевины. Проведены вариационный, корреляционный, регрессионный, одно – и многофакторный дисперсионный анализы.

Результаты и обсуждение

У больных с I ст. тяжести ГП концентрация NO в РЖ составляет $5,5 \pm 0,11$ мкмоль/л, при II ст. она возрастает на 7,3%, а при III ст. – на 12,7%. Установлено, что II ст. тяжести ГП сопровождается параллельным увеличением на 13,2% содержания в РЖ мочевины (конечного метаболита аргинина – предшественника NO) на фоне

уменьшения на 16,7% параметров вторичного мессенджера NO cGMP.

Выводы

По данным дисперсионного и регрессионного анализов на метаболизм системы NO оказывают влияние как аэробы, так и анаэробы

($p < 0,05$). Уровень NO_2 в РЖ больных ГП более 6,6 мкмоль/л свидетельствует о нарастании патологического процесса в ПК, что является прогностически негативным фактором, а показатели менее 5,2 мкмоль/л – прогностически позитивными.

Чайковская И.В., Кондратьев П.А.

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

ИЗУЧЕНИЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УРОВНЯ НОЦИЦЕПТИВНОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ЦЕЛЬ

Определить прогностические критерии индивидуального болевого восприятия по параметрам температурной, механической и электрической составляющих ноцицептивного ответа с учётом характеристик личностной и вегетативной сфер и хронопрофиля человека.

Материал и методы исследования

Тактильная чувствительность изучалась по показателям тактильной температурной чувствительности на коже (методом термоэстезиометрии), тактильной дискриминационной чувствительности на коже и слизистой оболочке полости рта (определялась с помощью циркуля Вебера). Вегетативная сфера оценивалась по данным измерения систолического и диастолического артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений и аксиллярной температуры. Для определения психоэмоциональной сферы использовали тест Спилбергера и опросник Айзенка; для исследования хронопрофиля – тест Остберга.

Результаты и обсуждение

Обнаружены положительные корреляционные связи величины порога тактильной дискриминационной чувствительности слизистой оболочки (СО) верхней челюсти справа с параметрами тензоалгометрии (+0,33), электроодонтометрии (+0,35), температурной болевой чувствительностью (+0,25). По данным анализа корреляционных связей между показателями болевой чувствительности выявлены слабо положительные связи между уровнем температурного болевого порога и показателями тензоалгометрии (+0,29), и средней силы – между параметрами температурного болевого порога и болевого порога пульпы (+0,50), а также между показателями тензоалгометрии и электроодонтометрии (+0,53).

По оценке взаимосвязи между болевой чувствительностью, параметрами вегетативного статуса, психоэмоциональной сферы и особенностями хронопрофиля у обследуемых лиц, была выявлена корреляционная связь между параметрами тензоалгометрии и систолическим АД (-0,40); и между уровнем температурного болевого порога и диастолическим АД (-0,34).

Анализ особенностей психоэмоциональной сферы определил наличие обратных корреляционных связей параметров тензоалгометрии с такими показателями, как личностная тревожность – (-0,44), эмоциональная «стабильность-лабильность» – (-0,35). Установил обратную связь между уровнем температурного болевого порога и реактивной тревожностью – (-0,38). Выявлена корреляционная связь аналогичной направленности между уровнем болевого порога пульпы и показателями личностной тревожности (-0,38), а также уровнем эмоциональной «стабильности-лабильности» (-0,40).

Выводы – исследование показало наличие корреляционных взаимосвязей между болевой чувствительностью, показателями тактильной чувствительности, а также параметрами психоэмоциональной и вегетативной сфер. Определение уровня тактильной чувствительности, особенностей вегетативного статуса и психоэмоциональной сферы, хронопрофиля пациента позволяет составить прогноз уровня индивидуальной болевой чувствительности, для выбора адекватного метода физиологической защиты пациента на стоматологическом приёме. Полученные данные преследуют цель снижения осложнений и неблагоприятных реакций у стоматологического пациента.

Чайковская И.В., Макарова Н.Я., Шелякова И.П.

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

МЕТОДИКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОРРЕКЦИИ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА НА ЭТАПАХ ПОДГОТОВКИ К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ, ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКОМУ И ОРТОДОНТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Цель работы

Повышение эффективности методик коррекции преддверия полости рта при различных клинических случаях.

Материал и методы

Обследовано 75 человек разделённых на 3 группы, по 25 человек в каждой: 1 группа – вестибулопластика по Эдлану-Мейхару; 2 группа – туннельная вестибулопластика по Грудянову-Ерохину; 3 группа – вестибулопластика с использованием свободного десневого трансплантата.

Результаты и обсуждение

Максимальное увеличение глубины преддверия полости рта достигнуто в 1 группе. Зона прикреплённой десны увеличивалась незначительно, однако методику можно рекомендовать для улучшения условий протезного ложа и перед постановкой имплантатов. Во 2 группе вся раневая поверхность была покрыта слизистой обо-

лочкой. Туннельная методика не привела к значительному увеличению зоны прикреплённой десны, однако методика приемлема при мелком преддверии полости рта на небольшом участке, а также, при подготовке к ортодонтическому лечению. В 3 группе методика является травматичной – увеличение глубины преддверия было меньшим по сравнению с 1 группой. Эту методику можно рекомендовать для эффективной коррекции мелкого преддверия полости рта, сопровождающегося начальной формой рецессии десны и на этапе имплантологического лечения, при выраженном дефиците прикреплённой десны.

Выводы

Использование дифференцированных подходов к выбору методик коррекции преддверия полости рта в различных клинических ситуациях позволяет добиться наилучших результатов лечения.

Чайковская И.В., Соболева А.А.

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

ВЛИЯНИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ НА ПРОЦЕССЫ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Разработать способы экспресс-оценки влияния зубных паст лечебно-профилактического назначения на свободнорадикальное окисление в модельных системах и в ротовой жидкости, дать характеристику их свойств.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучено влияние зубных паст на процессы свободнорадикального окисления (СРО) в модельных системах, имитирующих наиболее распространенные реакции

образования свободных радикалов в организме: генерацию АФК и перекисное окисление липидов (ПОЛ). Для этого готовили 5% суспензии зубных паст и в разных объемах (от 0,01 до 0,1 мл) добавляли в тест-системы. Антиоксидантную активность (АОА) определяли по угнетению ХЛ модельных систем и пересчитывали в проценте от контроля. В качестве препарата

сравнения использовался синтетический антиоксидант – мексидол (5% раствор для инъекций). Кроме того, полученные суспензии зубных паст добавляли к ротовой жидкости *in vitro*. Для этого исследовали ротовую жидкость 48 соматически здоровых лиц (20 мужчин и 28 женщин) в возрасте от 18 до 24 лет, обучающихся на стоматологическом факультете медицинского университета, и 74 пациентов того же возраста с хроническим катаральным гингивитом. Ротовую жидкость пациентов смешивали в объеме 0,1 мл с 0,5 мл раствора люминола (5.10⁻⁵ М). Измеряли ХЛ в течение 3 минут, которая характеризует образование АФК в клетках слюны.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенные исследования показывают, что зубные пасты лечебно-профилактического назначения могут влиять на радикалы АФК и ПОЛ в модельных системах. В ней можно выделить

спонтанное свечение, медленную вспышку, переходящую в стационарное свечение. Величина спонтанного свечения в норме колебалась от 0,7 до 3,9 усл. ед., в среднем составляла $1,9 \pm 0,07$ усл. ед., светосумма свечения S – от 5,8 до 12,9 усл. ед., в среднем $7,8 \pm 0,3$ усл. ед., максимальная интенсивность свечения I max – от 2,6 до 5,4 усл. ед., в среднем $3,1 \pm 0,2$ усл. ед. Эти значения в дальнейших исследованиях послужили в качестве контроля.

Ченская А.В.

Республиканская клиническая психоневрологическая больница – Медико-психологический центр, г. Донецк

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КАРДИОНЕВРОЗОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Актуальность: Современное лечение кардионеврозов обязательно должно быть комплексным и учитывать патогенетические механизмы их формирования, которые связаны с конверсией, трансформацией актуального невротического конфликта в функциональные соматические симптомы при отсутствии органической основы для них. Поэтому остается актуальным для лечения кардионеврозов во всем мире выбор ведущих психотерапевтических подходов, включающих, как работу с дисфункциональными конфликтами, так и редукцию самого «симптома».

Цель исследования: изучение распространенности в амбулаторной практике кардионеврозов среди лиц с непсихотическими психическими расстройствами и поиск адекватных форм и методов психотерапевтического лечения для пациентов с кардионеврозами, находящимися на амбулаторном психотерапевтическом лечении.

Материал и методы исследования. Данная работа осуществлялась на базе Республиканской клинической психоневрологической больницы – Медико-психологического центра. Основную выборку исследования составили 30 пациентов, находящихся на амбулаторном психотерапевтическом лечении с непсихотическими психическими расстройствами, реализующимися в соматической сфере при отсутствии реального сердечно-сосудистого заболевания. Средний возраст составил 43,7 лет. Продолжительность заболевания была в 83% случаях до 2 лет. Все пациенты прошли функциональные исследования, включающие ЭКГ (100% случаев); трансторакальную эхокардиографию (в 43% случаях), холтеровское мониторирование (в

ВЫВОДЫ

Разработаны и апробированы способы экспресс-оценки влияния зубных паст лечебно-профилактического назначения на процессы свободнорадикального окисления генерацию радикалов активных форм кислорода и перекисное окисление липидов в модельных системах и в ротовой жидкости *in vitro*, основанные на регистрации хемилюминесценции (ХЛ).

23% случаях). Были применены клинические и клиничко-психопатологические методы обследования, которые дополнялись экспериментально-психологическими методами. Была использована шкала самооценки уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера – Ханина; применялась шкала депрессии Бека. В соответствии с критериями МКБ-10, у 28 (93%) всех обследованных определялась соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3), когда объективные признаки вегетативной дисфункции сочетались с неспецифическими симптомами, относящимися к области сердца. В зависимости от доминирующей в клинической картине психопатологии и данных психологических методов обследования, были выделены 4 типа кардионеврозов. Самый распространенный тип кардионеврозов – с выраженной тревожно-фобической симптоматикой наблюдался в 54% случаях, с ограничением бытовых и производственных нагрузок.

Результаты исследования и их обсуждение. Лечение пациентов носило комплексный характер, однако психотерапевтическое лечение являлось основным методом лечения в обеих группах. Были отобраны в основную группу 13 пациентов, с которыми проводилась индивидуальная краткосрочная фокусированная психодинамическая психотерапия, а также другие методы психотерапии. В группу сравнения вошли 17 пациентов, с которыми проводились такие методы психотерапии, как релаксационный тренинг и рациональная психотерапия. При психодинамической психотерапии выделение ведущего фокуса дисфункционального конфликта осуществлялось с помощью операционализированной пси-

ходиагностики (OPD-2). Анализ эффективности выявил достоверные различия у лиц в основной группе через 6 месяцев после окончания терапии в сравнении с пациентами группы сравнения.

Ченский А.В.

Республиканский реабилитационный центр, г. Донецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ РОТАТОРНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЁННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ

В исследовании участвовали 18 пациентов (10 женщин, 8 мужчин) пожилого возраста от 70 до 88 лет (в среднем 78,3 года) с клинической симптоматикой дегенеративно-дистрофического поражения ротаторной манжеты плеча, в виде болевого синдрома и снижения объема движений в плечевом суставе. Продолжительность заболевания на период начала лечения составляла от 4 до 36 месяцев (в среднем 12,1). Верификация диагноза проводилась введением анестетика в субакромиальную сумку. Уровень болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ) составлял от 2 до 9 баллов (в среднем 6,85), при нагрузке уровень болевого синдрома составил от 6 до 10 баллов по шкале ВАШ (в среднем 8,45). Все пациенты имели опыт применения нестероидных противовоспалительных препаратов с целью уменьшения болевого синдрома. Рентгенологически у боль-

Вывод. Таким образом, сочетание психодинамического подхода с другими методами психотерапевтической коррекции, позволяет достичь устойчивого эффекта в психотерапевтическом лечении кардионеврозов.

ных выявлены признаки деформирующего артроза акромиально-ключичного соединения 2-й стадии. Всем больным выполнялись инъекции 4-6 мл плазмы, обогащенной тромбоцитами, в субакромиальную сумку, по три сеанса с интервалом в 14 дней. Проанализированы результаты лечения. За время наблюдения (3 мес) 16 из 18 больных после проведенного лечения не нуждались в приеме нестероидных противовоспалительных препаратов или других обезболивающих средств. 10 из 18 пациентов отмечали полное излечение, 6 – исчезновение болевого синдрома в покое и значительное уменьшение его при нагрузке. Таким образом, можно сделать выводы о положительном эффекте использования плазмы, обогащенной тромбоцитами, при дегенеративно-дистрофических поражениях ротаторной манжеты плеча у больных с болевым синдромом и сохранением объема движений.

Червоня О.Я., Садеков Д.Р., Бурлака И.П.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Макеевский городской центр РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР

ВЛИЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ Г. МАКЕЕВКА

Проблема загрязнения воздушной среды и ее негативное влияние на здоровье людей имеет глобальные масштабы. Разработанная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) новая модель отслеживания качества воздуха подтверждает, что 92% населения планеты живет в районах, где показатели качества воздуха выходят за установленные ВОЗ пределы. С воздействием загрязненного атмосферного воздуха связывают около трех миллионов смертей ежегодно в мире. В 2012 г. загрязнение воздуха вну-

три и вне помещений вызвало, по оценкам, около 6,5 млн. смертей (11,6% от их общего числа).

Оценить уровень влияния воздушного бассейна на показатели здоровья населения г.Макеевка за период 2015-2017 гг.

Данные о загрязнителях воздушной среды были получены путём выкопировки из базы данных гигиенического мониторинга химического загрязнения атмосферного воздуха Макеевского городского центра РЛЦ ГСЭС, перечень заболеваний был построен на основе статистических

отчетных данных об «Уровне распространенности и заболеваемости населения г.Макеевка».

Химические соединения, поступающие в окружающую среду с выбросами промышленных предприятий и автотранспорта способны накапливаться в объектах окружающей среды и организме человека, характеризуются наличием различных специфических токсических эффектов (иммунотоксических, генотоксических и др.). Вопрос влияния загрязнения атмосферного воздуха на здоровье населения рассмотрим более подробно на примере города Макеевка. Мониторинговые наблюдения за качеством атмосферного воздуха на территории г. Макеевка проводились на 2-х стационарных постах: Пост №1 г.Макеевка-6, ул. Транспортная.1, пост №5 г.Макеевка-10, м-н «Строитель», (насосная). Учитывая специфику выбросов промышленных объектов, расположенных в г. Макеевка и приоритетный вклад в загрязнение атмосферного воздуха автотранспорта, на протяжении ряда лет основу лабораторных исследований атмосферного воздуха составляют следующие загрязняющие вещества: ангидрид сернистый, аммиак, железа оксид, марганец, пыль, фенол, 3,4бенз(а)

пирен. ПДК превышают: аммиак в 1,25 раза, ангидрид сернистый в 1,2 раза, фенол в 1,3 раза. Повышенное содержание в атмосферном воздухе загрязняющих веществ вызывает развитие неблагоприятных эффектов со стороны органов дыхания, нервной системы, системы кровообращения, эндокринной системы, системы пищеварения, мочеполовой системы. Согласно данным заболеваемости населения за 2016-2017 гг. г. Макеевка за 2017 год первичная заболеваемость болезнями органов дыхания всего населения выросла на 1,8%, наблюдается рост заболеваемости эндокринной системы на 6,5%, нервной системы на 3,6%, болезни органов пищеварения на 6,7%, болезни системы кровообращения на 2,8%, мочеполовой системы на 3,1%. Результаты прогноза свидетельствуют о дальнейшем росте показателей заболеваемости.

Таким образом, повышенное содержание в атмосферном воздухе химических загрязняющих веществ вызывает развитие неблагоприятных эффектов со стороны органов дыхания, нервной системы, системы кровообращения, эндокринной системы, системы пищеварения, мочеполовой системы среди жителей города Макеевка.

Чердниченко К.А.

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

ОСТРЫЕ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫЕ СВИЩИ

Анальные свищи – это полые тракты, выстланные грануляционной тканью, соединяющей первичное (внутреннее) отверстие внутри анального канала со вторичным (внешним) отверстием в перианальной коже. Непроходимость анальных крипт желез приводит к нагноению, которое затем формирует тракт в аноректальное пространство; принятое направление определяет расположение аноректального абсцесса и, следовательно, тип свища.

Цель работы

Целью данной работы было изучение использования хирургических вмешательств на тему экстрасфинктеральных свищей.

Все анальные свищи следует лечить хирургическим путем. Цель лечения-облитерация внутреннего свищевого отверстия, в том числе ассоциированных эпителиальных трактов, с минимальным делением сфинктера (сохранением функции сфинктера) и профилактикой рецидива.

Результаты и обсуждение

По данным литературы, заболеваемость свищами прямой кишки составляет 2 случая на 10 тыс. населения. После перенесенного острого

парапроктита свищи формируются в 30-50% случаев. Частота встречаемости заболевания, неоднозначные результаты хирургического лечения и отсутствие единых подходов к тактике лечения экстрасфинктерных свищей определяют актуальность данной проблемы.

Экстрасфинктерный свищ имеет внутреннее и одно или несколько наружных отверстий, проблемой при иссечении экстрасфинктерного свища является то что, начинаясь в нижеампулярном отделе, свищевой ход огибает сфинктер, и при его рассечении в просвет кишки повреждаются мышечные волокна, что приводит к анальной инконтиненции.

Тип выполняемой процедуры зависит от типа свища. Таким образом, первым этапом хирургического лечения является выявление анатомии, в том числе наружного и внутреннего отверстия, и определение хода всех трактов относительно сфинктерных мышц. Этот маневр почти всегда требует обезболивания пациента. Внешнее отверстие обычно более очевидно, и идентификация внутреннего отверстия может быть сложной задачей.

Разработан новый метод лечения экстрасфинктерных и трансфинктерных свищей прямой кишки, при котором ликвидируется внутреннее свищевое отверстие и выполняется пломбировка иссеченного свищевого хода биопластическим материалом, представляющим собой коллагеновый субстрат с нереконструированной структурой.

Экстрасфинктерные составляют всего около 1% от всех анальных свищей. Причины включают ятрогенную травму от зондовой или проникающей травмы промежности, или прямой кишки, болезнь Крона и карциному (или их лечение). Тракт проходит от прямой кишки над леваторами и через леватор ani мышцы к периаанальной

коже полностью вне сфинктерного механизма.

Заключение

Результаты операции на свищах могут значительно варьироваться в зависимости от хроничности и сложности свища, а также от опыта хирурга.

Таким образом, разработанные способы могут успешно применяться при экстрасфинктерных свищах. Данные обстоятельства свидетельствуют об актуальности проблемы и заставляют специалистов искать оптимальную тактику лечения пациентов с рассматриваемой патологией, разрабатывать новые способы оперативной коррекции экстрасфинктерных параректальных свищей.

Чернецкий В.Ю.^{1,2}, Лобко А.Я.², Приколота В.Д.², Галиулин С.О.²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²Республиканский травматологический центр, г. Донецк

ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ МЕТОДОМ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА АППАРАТОМ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ СПИЦЕ-СТЕРЖНЕВОГО ТИПА

Переломы плечевой кости являются одним из распространенных видов травм костей скелета. Как консервативные методы лечения, так и различные виды оперативных методик продолжают непрерывно обсуждаться и совершенствоваться специалистами в ортопедии и травматологии. Диафизарные переломы плечевой кости в структуре политравмы встречаются достаточно часто, а по характеру преимущественно представлены в виде фрагментарных и оскольчатых типов, что, несомненно, вызывает различные сложности при выборе предпочтительного метода остеосинтеза при переломах данной локализации.

Цель работы

Разработка способа чрескостного остеосинтеза аппаратом внешней фиксации спице-стержневого типа при лечении пострадавших с диафизарными переломами плечевой кости.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 19 пациентов с переломами диафиза плечевой кости, которые находились на лечении с 2014 по 2019 гг. в отделении травматологии и ортопедии №2 Республиканского травматологического центра. В соответствии с классификацией АО диафизарные переломы плечевой кости распределились следующим образом: тип А1 – 5, А2 – 2, А3 – 2; тип В1 – 1, В2 – 2, В3 – 1 и тип С1 – 1, С2 – 2, С3 – 3. Таким образом, переломы типа А наблюдались у 9 (47,3%) пациентов, типа В у 4 (21,1%), а типа С у 6 (31,6%) пациентов. Используя прин-

ципы метода унифицированного обозначения чрескостного остеосинтеза, разработан и запатентован способ чрескостного остеосинтеза аппаратом внешней фиксации спице-стержневого типа для лечения переломов диафиза плечевой кости. В разработанном способе чрескостного остеосинтеза, согласно данным патента Украины №123859, вводят по одному винт-стержню в проксимальный и дистальный фрагмент плечевой кости в метаэпифизарной зоне под углом 45° к её оси, выполняется репозиция перелома, а затем винт-стержни с помощью консольных приставок фиксируют во внешней конструкции, состоящей из двух колец и двух планок. Вблизи зоны перелома встречно проводят по одной спице с упорной площадкой и фиксируют к проксимальному и дистальному кольцу, после чего аппарат внешней фиксации стабилизируется. Оперативное вмешательство пациентам с данной категорией травмы было выполнено в период до 10 суток после травмы. Оценка результатов лечения данных пациентов выполнялась согласно шкалы Любошица-Маттиса-Шварцберга.

Результаты и обсуждение

Средняя продолжительность пребывания пациента в аппарате внешней фиксации составила 85,4±4,8 дней. Индекс оценки результатов лечения по шкале Любошица-Маттиса-Шварцберга у 17 пациентов составил 3,7±0,05 балла, что соответствует хорошему результату, а у 2 пострадавших – 3,2±0,05 балла, что соответствует кри-

терию удовлетворительного результата. Неудовлетворительные результаты лечения в изученной группе пациентов не отмечались.

Заключение

Использование разработанного способа чрезкожного остеосинтеза аппаратом внешней фиксации спице-стержневого типа при лечении пострадавших с диафизарными переломами плечевой кости целесообразно при открытых и огнестрельных переломах, а также при политравме. Практическое применение данного метода позволяет получить преимущественно хорошие

результаты лечения, что подтверждено данными индекса оценки результата лечения по шкале Любошица-Маттиса-Шварцберга. Особенность внешней конструкции разработанного способа остеосинтеза предполагает возможность ЛФК в раннем послеоперационном периоде и восстановление объема движений в локтевом и плечевом суставах на протяжении всего периода лечения, а за счет совмещения периода реабилитации и фиксации в аппарате – сокращается общий срок временной нетрудоспособности.

Черных С.Г.¹, Попова И.А.²

¹ГУ ЛНР «Луганский перинатальный центр»

²ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕГИОНАРНОЙ АНАСТЕЗИИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ НА БАЗЕ ГУ «ЛУГАНСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР» ЛНР

Введение. Практически все женщины боятся предстоящих родов и в большей мере страх этот обусловлен ожиданием боли во время родового процесса. Согласно данным статистики, боль во время родов, которая настолько выражена, что требует анестезии, испытывают лишь четверть рожениц, а 10% женщин (вторые и последующие роды) характеризует родовую боль как вполне терпимую.

Целью нашего исследования был анализ болевого порога у первородящих и повторнородящих женщин.

Результаты и обсуждения. Нами было проанализировано 150 рожениц в возрасте от 18 до 35 лет, из них 55 женщин были первородящими, 40 – повторнородящими, 55 – в анамнезе 3 и более родов.

На основании жалоб, анамнеза, акушерского исследования, клинико- лабораторного исследования мы пришли к выводу, что наиболее часто использовалась регионарная анестезия.

Основным показанием было желание женщины 35(23,3%), артериальная гипертензия- 10 женщин(15%), роды у женщин с экстрагенитальной патологией – 15(10%), дискоординация родовой деятельности -7 (4,6%) , гестоз тяжелой степени – 5(3,33%). В группе первородящих обезболиванием воспользовались 43(78,1%), повторнородящих – 19(47,5%), у женщин в анамнезе 3 и более родов – 10(18,1%). 78 женщин отказались от регионарной анестезии.

Регионарная анестезия проводилась при раскрытии шейки матки не менее 4 см. В течение 3-4 схваток, следующих за введением основной дозы, был получен отчетливый клинический эффект.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что у первородящих женщин наиболее часто применяется регионарная анестезия, основным показанием было – желание женщины, у повторнородящих только половина женщин были обезболены – основным показанием были экстрагенитальные патологии.

Чернышова Е.А., Колесников А.Н., Гуренко А.А.

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

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АНТИГИПОКСАНТОВ НА РАЗВИТИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Актуальность. Среди проблем, связанных с течением раннего послеоперационного периода, особое место занимают вопросы постнаркозной реабилитации пациентов. В настоящее время до

конца не изучено влияние анестетиков на нейроны человека. Изучение и понимание нейрофизиологических аспектов когнитивных функций у больных пожилого и старческого возраста, при

различных видах анестезии, а также разработка методов профилактики различных психоневрологических расстройств в послеоперационном периоде являются актуальными задачами современной анестезиологии.

Цель исследования. Изучить влияние инфузионной терапии цитофлавина в сочетании с винпоцетином на когнитивные функции послеоперационных больных старше 55 лет.

Материалы и методы. В исследование был включен 48 пациентов в возрасте от 60 до 85 лет (средний возраст $70,46 \pm 1,51$ лет), из них 24 женщины, 24 мужчины, которым проводилась модифицированная операция Гартмана с сохранением анального отверстия, под комбинированной анестезией (ингаляционный наркоз с эпидуральной анестезией) и послеоперационной эпидуральной анальгезией. Оценка когнитивного статуса больным проводилась с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) до операции, через 12 часов после пробуждения и на 5 сутки после операции.

Результаты. В группе 1 и 2 отмечались минимальные изменения когнитивных функций в первые сутки после операции и восстановление в группе женщин на 5 сутки составило 98,9% от исходной средней групповой оценки, у мужчин 98,8%. В группах 3 и 4 на вторые сутки отмечались более серьезные когнитивные нарушения

в сутки после операции, были отмечены случаи послеоперационного делирия, которые отсутствовали в группах 1 и 2. Восстановление когнитивных функций на 5 сутки в группе женщин на 5 сутки составило 91,25% от исходной средней групповой оценки, у мужчин 94,23%. В ходе исследования, в первых четырех группах отмечался повышенный темп восстановления сознания, дыхания, тонуса мышц, что позволило проводить экстубацию трахеи в более короткие сроки по сравнению с контрольной группой. В контрольных группах отмечалось резкое снижение когнитивных функций в первые 24 часа после операции, со случаями делирия (чаще у мужчин). Восстановление когнитивных функций в группе женщин на 5 сутки составило 90,4% от исходной средней групповой оценки, у мужчин 86,7%.

Выводы. Исследования показало, что сочетание винпоцетина с цитофлавином дает более сильный и мягкий эффект пробуждения и восстановления когнитивных функций, так в группе 1 восстановление на 5 сутки составило 98,9% от исходной средней групповой оценки, в группе 2 – 98,8%, следует отметить отсутствие случаев делирия в группах 1 и 2, что возможно объясняется более сильным эффектом при сочетании данных препаратов.

Чистяков А.А., Семикоз Н.Г., Степанов А.И., Тюрин С.И., Чистяков Ал.А.

Республиканский онкологический центр им. Проф. Г.В. Бондаря, г. Донецк

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Ежегодно в мире регистрируется свыше 500 000 новых случаев злокачественных опухолей головы и шеи, среди которых рак ротоглотки занимает второе место после рака гортани. В России летальность от новообразований орофарингеальной зоны в первый год после постановки диагноза составляет 40%. Агрессивность роста опухолей этой локализации, большая частота развития местных и отдаленных метастазов ведет к высоким показателям однолетней летальности и низкой отдаленной выживаемости этой категории больных. Лечение опухолей орофарингеальной зоны является трудоемкой и до конца не решенной проблемой современной онкологии.

Цель работы

Изучить современные подходы в лечении онкобольных с поражением орофарингеальной зоны.

Материал и методы

Анализ и сравнение различных методов лечения рака орофарингеальной зоны, эффективность лечения данной патологии монометодами с использованием химиотерапии, лучевой терапии, оперативных вмешательств и их сочетанием в процессе непосредственного лечения и отдаленных результатов.

Результаты и обсуждение

Большинство пациентов с раком орофарингеальной зоны имеют на момент обращения местно-распространенный опухолевый процесс, осложненный метастазированием в лимфатические коллекторы шеи и подчелюстной области, вовлекая в процесс от одного до группы лимфатических узлов на пораженной стороне. Традиционные методы лечения, такие как химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение, применяемые как монометоды, дают

положительный результат только на ранних стадиях заболевания. При запущенных формах рака орофарингеальной зоны в долгосрочном лечении необходимо применение комбинированной терапии. Методом выбора при лечении местнораспространенного опухолевого процесса (T1) без регионарного метастазирования остается комплексная химиолучевая терапия с применением препаратов платины и 5-фторурацила в комбинации с дистанционной рентгенотерапией или лучевого воздействия с дроблением дозы. На стадиях процесса (T1-T2) показаны щадящие органосохраняющие операции, криохирургия и трансоральные лазерные резекции ротоглотки и комбинированная химиолучевая терапия при стадиях (T1-2; N1-2). При локализациях опухолей (T3) по местнораспространенному процессу и/или (N1-N2) по регионарному метастазированию методом выбора является комбинированное лечение в объеме классических резекций

орофарингеальной зоны (с применением шейных футлярно-фасциальных лимфоденэктомий при регионарных метастазах) с применением неоадьювантной и адьювантной химиотерапии, таргетной терапии и лучевой терапии и их комбинаций. При диссеминированных процессах (T4a-б; N2-3; M1) актуальной остается паллиативная химиолучевая терапия и таргетная терапия для торможения распространения опухолевого процесса и симптоматическое лечение для улучшения уровня жизни таких больных.

Заключение

К перспективным методам лечения рака орофарингеальной зоны следует отнести внутриартериальную химиотерапию, нетрадиционное фракционирование дозы при лучевой терапии, криохирургию и трансоральные лазерные резекции карбондиоксидным лазером при оперативном лечении.

Чубенко С.С., Мальцева Н.В., Чубенко Д.С., Пылаева Е.А.

КУ «Городская клиническая больница № 5 города Донецка»

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ВЕДЕНИИ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки (ЯБ) страдает только человек, а число больных ЯБ и количество осложнений резко увеличивается во время боевых действий (БД) или макроэкономических проблем, затрагивающих большие группы населения.

По данным UNICEF (1986 г.) в период Первой мировой войны 5% всех жертв составляли гражданские лица, во время Великой отечественной войны на долю мирного населения приходилось 50%. В период Вьетнамской войны 80% всех жертв составляло мирное население.

К провоцирующим факторам можно отнести: психоэмоциональные перегрузки; страх за свою жизнь и за жизнь родных и близких; потеря жилья, работы; снижение качества питания и др. Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) чаще развиваются у лиц старше 45 лет. Установлено, что чем сильнее перенесенная травма, тем дольше сохраняются ее последствия. Тяжелый стресс и симптомы депрессии повышают риск развития ЯБ в течение последующих 9-15 лет.

В период Великой Отечественной Войны болезни органов пищеварения по частоте занимали первое место – 25-30% всех заболеваний.

Нами ретроспективно проанализировано 1268 историй болезней больных, находившихся

на стационарном лечении в городском гастроэнтерологическом отделении КУ «ГКБ №5 г. Донецка», которая является клинической базой Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. Наблюдаемые нами больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 634 больных, находившихся на лечении в отделении за период с 2011 г. по 2013 г., т.е. до начала БД. Во вторую группу вошли 634 больных, из них 606 лиц мирного населения (95,6%) и 28 (4,4%) участников БД, лечившихся в отделении в 2015, 2016 и 2017 гг. Сравнительная оценка результатов ретроспективного исследования историй болезней, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении 1 и 2 групп, показала, что:

При ведении БД мирное население страдает ЯБ значительно чаще – 95,6% по сравнению с 4,4% участников БД.

Во время ведения БД повышается заболеваемость ЯБ, особенно в первый год ведения БД.

Частота сочетанного поражения желудка и 12-ти перстной кишки встречается чаще у лиц 2 группы (17,7% по сравнению с 6,6%).

У лиц 2 группы частота сопутствующей патологии печени выявляется у 37,7% по сравнению с 24,4% у лиц 1 группы.

Психоневрологическая патология выявляет-

ся в два раза чаще у лиц 2-ой группы (11,1% по сравнению с 6,6%).

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

ЯБ в период ведения БД встречается чаще, чем в мирных условиях.

Течение ЯБ характеризуется более частыми осложнениями: кровотечениями, перфорациями.

Посттравматические стрессовые расстройства отмечаются значительно чаще у лиц, про-

живающих в зоне БД, особенно женского пола, и имеют более выраженные проявления.

При проведении противоязвенной терапии необходим контакт с психоневрологами и включение в комплекс лечебных мероприятий анксиолитиков, транквилизаторов.

Непсихотические, связанные со стрессом психические расстройства, имеют место у большинства больных ЯБ при ведении БД, как у военных, так и среди мирного населения.

Чубенко С.С., Мальцева Н.В., Чубенко Д.С., Пылаева Е.А.

КУ «Городская клиническая больница № 5 города Донецка»

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРИМЕБУТИНА МАЛЕАТА (ТРИМЕДАТ) В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Тримебутин малеат (Тримедат) был синтезирован во Франции в 1969 г. На протяжении многих лет препарат использовался для лечения функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей и взрослых. Тримебутин (Тримедат) является универсальным регулятором моторики ЖКТ. По фармакологическому указателю он относится к группе «Спазмолитики миотропные» и «Стимуляторы моторики ЖКТ», в том числе и рвотные средства. По АТХ относится к группе «Препараты для лечения функциональных заболеваний кишечника» и имеют код А03АА05.

Целью работы явилось изучение эффективности применения Тримебутина малеата (Тримедат) в повседневной практике врача-гастроэнтеролога амбулаторного и стационарного звеньев для лечения больных с гастроэнтерологической патологией.

Под наблюдением находилось 113 больных в возрасте от 18 до 56 лет (средний возраст составил 43,1 +/- 12,3 лет). Из них женщин было 84 (74,4%), мужчин – 29 (25,6%). Наблюдаемые больные были обследованы клинически с использованием лабораторных, функциональных методов исследования, включающих общий анализ крови, мочи, анализ кала на скрытую кровь, эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, ректороманоскопию (РРС), колоноскопию и ирригоскопию.

Препарат Тримедат назначался в стандартной дозировке 200 мг 3 раза в день до еды в течение 28 дней. Из 113 наблюдаемых нами больных у 48 (43,2%) выставлен диагноз функциональной

диспепсии (ФД) с вариантами абдоминальной боли и постпрандиального дистресс-синдрома. Синдром раздраженного кишечника (СРК) у 40 больных (35,5%) с вариантом преобладания запоров, поносов, смешанным и неклассифицированным вариантами. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) встречалась у 30 (26,5%) больных. Функциональные билиарные расстройства (ФБР), в том числе дискинезии желчного пузыря (ФРЖП), функциональные расстройства сфинктера Одди выявились у 25 больных (22,1%).

В настоящее время официальное признание получил синдром перекреста функциональных нарушений, например, СРК + ФД, СРК + билиарная дисфункция (БДФ), а также при смене клинического варианта СРК. У наблюдаемых нами больных ФД сочеталась с ГЭРБ у 15%, ФД сочеталась с СРК у 21%. Контроль состояния пациентов в ходе лечения проводился на 1, 7, 14 и 28 день лечения. Динамика симптоматики свидетельствует об уменьшении болей, дискомфорта, вздутий, тошноты. Через 28 дней лечения отмечалось достоверное уменьшение выраженности не только синдрома билиарной боли, но и нарушений стула, рефлюксного и диспепсического синдромов.

Необходимо отметить, что положительная клиническая динамика наблюдается по мере приема препарата. Оптимальный эффект отмечают к 28 дню лечения. В некоторых случаях целесообразен дальнейший прием препарата (до 3-х месяцев).

Выводы:

Эффект Тримедата связан с восстановлени-

ем различных форм расстройств моторики ЖКТ (как верхних отделов – желудок, 12-ти перстная кишка, так и толстого кишечника).

Тримедат обладает спазмолитическим и прокинетическим действием.

Препарат эффективен при различных вариантах СРК (с констипацией и диареей) и не зависит от формы дискинезии желчевыводящих путей (гипо- или гиперкинетический варианты).

Побочных эффектов при использовании Тримедата не наблюдалось.

А.В. Чурилов¹, И.Г. Немсадзе²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

²КУ «Центральная городская клиническая больница № 9 г. Донецка»

УРОВНИ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

Остеопороз (ОП) – широко распространенное хроническое заболевание скелета, которое в структуре заболеваемости по социально-экономической и медицинской значимости является ведущей патологией костно-мышечной системы. Подавляющее число случаев ОП (до 80-85%) приходится на женщин постменопаузального возраста. Популяционные исследования, выполненные в России, показали, что около трети женщин старше 50 лет имеют вышеуказанное заболевание. Существенные успехи последних лет в изучении постменопаузального остеопороза свидетельствуют о возможной роли в патогенезе потери костной массы иммунных нарушений.

Цель работы

Изучить сывороточные уровни IL-10 и RANKL при постменопаузальном остеопорозе.

Материал и методы

При выполнении работы было обследовано 68 женщин в постменопаузальном периоде в возрасте от 49 до 77 лет. Всем пациентам осуществлялась денситометрия костной ткани методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. В образцах сыворотки крови при помощи иммуноферментных тест-систем исследовали уровни интерлейкина 10 (IL-10) и лиганда активатора рецептора ядерного фактора κВ (RANKL). При статистической обработке результатов использовали непараметрические методы. Определялись медиана и интерквартильный размах, использовался U-тест Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

Исходя из результатов остеоденситометрии и руководствуясь критериями ВОЗ, среди обследованных лиц была выделена группа женщин, имеющих остеопороз костной ткани (n=28). Остальные пациенты были отнесены к группе сравнения (n=40). Анализ уровней изученных цитокинов в сыворотке крови обследованных

женщин показал, что ОП сочетается с повышенными концентрациями RANKL (P<0,05) и несколько не достигающей тенденцией к снижению показателей IL-10 (P<0,1). Так, медиана (Me) и интерквартильный размах (Q1-Q3) значений RANKL и IL-10 в сыворотке крови у женщин с ОП составили соответственно 3,6 (2,4-5,1) пг/мл и 2,2 (1,0-3,6) пг/мл. Аналогичные же показатели в группе сравнения составили 2,4 (1,7-3,4) пг/мл и 3,0 (1,4-4,9) пг/мл соответственно.

Таким образом, выполненные исследования позволили установить изменения уровней отдельных цитокинов при постменопаузальном ОП. Полученные результаты согласуются с современными представлениями о роли иммунных механизмов в развитии постменопаузального ОП и наличии тесной взаимосвязи между эндокринной, иммунной и костной системами. Эстрогены, помимо специфических органов-мишеней (репродуктивная система), имеют свои рецепторы также на иммунных клетках и их предшественниках в костном мозге. Снижение уровня эстрогенов в постменопаузе сопровождается усилением пролиферации и активацией Т-клеток, а также ингибированием их апоптоза. Вследствие этого, увеличивается количество активированных Т-лимфоцитов и повышается продукция ими провоспалительных цитокинов, в том числе RANKL, который является одним из основных остеокластогенных медиаторов. Итогом данных изменений является усиление резорбции костной ткани и развитие ОП.

Заключение

При постменопаузальном ОП установлено увеличение концентраций в сыворотке крови провоспалительного цитокина RANKL (P<0,05). Полученные данные отражают патогенетические механизмы постменопаузального ОП и могут быть использованы для разработки эффективных индивидуализированных схем лечебно-профилактических мероприятий.

Чурилов А.В., Свиридова В.В., Клецова М.И., Джеломанова С.А.

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

МЕТОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА МАТЕРИ

В общей структуре экстрагенитальных заболеваний беременных на Донбассе сахарный диабет (СД) занимает третье место по распространенности. Количество беременных страдающих сахарным диабетом за 5 лет выросло в 3,9 раза. Известно, что частота диабетических фетопатий при средней и тяжелой степени тяжести заболевания СД у матерей в 10 раз выше, чем при легкой степени. Большинство детей рождаются с гипоксией различной степени, а перинатальная смертность достигает 42%.

Цель работы

Проанализировать методы родоразрешения в нашей клинике, и их результат-состояние новорожденных от матерей с СД.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 80 родильниц и 80 их новорожденных детей: 1 группа-20 здоровых женщин, беременность которых закончилась срочными нормальными родами и 20 их здоровых детей; 2 группа – 20 женщин с СД легкой степени тяжести, которые родоразрешались через естественные родовые пути и 20 их новорожденных; 3 группа – 20 женщин с СД средней степени тяжести в стадии субкомпенсации (10 женщин рожали самостоятельно-3а группа, а 10 женщинам была выполнена операция кесарева сечения-3б группа) и их дети; 4 группа – 20 женщин с СД тяжелой степени тяжести в стадии субкомпенсации (10 женщин рожали самостоятельно-4а группа, а 10 женщинам была выполнена операция кесарева сечения-4б группа) и их дети.

Результаты и обсуждения

Дети, которые родились путем операции кесарева сечения имели оценку по шкале Апгар на

1 минуте значительно выше, чем дети рожденные через естественные родовые пути. Эти показатели приближались к таковым во 2 группе. На 5 минуте наблюдалась та же динамика. Новорожденные от матерей с СД после кесарева сечения лучше набирали массу тела. Период уменьшения массы тела у них был меньше на 1,3-1,6 суток, приближая этот показатель к контрольной группе.

У новорожденных от матерей 3б группы респираторный дистресс синдром не наблюдался, 4б группы в 3 случаях, тогда как в 3а и 4а группах он наблюдался 4 и 6 случаях соответственно. У всех детей от матерей с СД, рожденных естественным путем, наблюдалась различная неврологическая симптоматика, тогда как у детей после кесарева сечения она наблюдалась лишь в 5 случаях. У детей 3б и 4б групп не отмечено случаев инфицирования, в группах 3а и 4а -2 и 3 случая.

Уровень перинатальных потерь у женщин с СД после самостоятельных родов превышал этот показатель во 2 группе в 4,7 раза, тогда как при оперативном родоразрешении в 3,5 раза.

Выводы

Учитывая полученные результаты, мы считаем целесообразным родоразрешать оперативным путем беременных с СД средней и тяжелой степени тяжести. Это даст возможность получить относительно «здорового» новорожденного ребенка. Кроме того в результате оперативных родов мы снизим частоту гипоксических кровоизлияний в мозг ребенка от матери с СД, к которым зачастую приводят роды через естественные родовые пути, тем самым мы снизим перинатальные потери.

Чурилов А.В., Свиридова В.В., Клецова М.И., Джеломанова С.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г. Донецк

ПЕРЕЛИВАНИЕ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ В АКУШЕРСТВЕ

Из всех отраслей медицины с массивными кровопотерями наиболее часто сталкиваются в хирургии и акушерстве. Во всём мире кровотечения и геморрагический шок являются главной причиной летального исхода и составляют 25% всех причин материнской смертности. По дан-

ном Всемирной организации здравоохранения из 289000 женщин, умирающих в мире в связи с беременностью и родами, около 75000 погибают ежегодно от кровотечений. По данным Российской ассоциации акушеров-гинекологов, от 2,7 до 8% родов осложняются кровотечениями. Из-

вестно, что в 17% случаев причиной летальных исходов в родильных домах чаще всего являются преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипотонические и атонические маточные кровотечения и т.д. Методом коррекции данного осложнения является переливание компонентов крови.

Цель работы

Изучить частоту показаний к переливаниям компонентов крови беременным и родильницам в клинике экстрагенитальной и акушерской патологии ДоКТМО.

Материал и методы

Истории родов беременных и родильниц, которые находились на лечении в отделении экстрагенитальной и акушерской патологии ДоКТМО за период январь-декабрь 2016-2018 г.г.

Результаты исследования

При анализе историй родов выявлено, что в 25% случаев показанием к переливанию эритроцитарной массы послужила преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

В 19% случаев показанием к переливанию явилось гипотоническое маточное кровотечение с кровопотерей более 500 мл. Для лечения

данного состояния вводились утеротоники, кровезаменители и переливалась эритроцитарная масса с целью лечения анемии после массивного кровотечения.

В 18% случаев показанием к переливанию эритроцитарной массы послужила тяжелая преэклампсия, 15%- центральное предлежание плаценты, 12%-антенатальная гибель плода с выраженными нарушениями в коагулограмме (переливалась плазма) и в 11% – анемия тяжелой степени.

Выводы

Таким образом, наиболее частым показанием к переливанию препаратов крови является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, далее следует гипотоническое маточное кровотечение с потерей крови более 500 мл, центральное предлежание, антенатальная гибель плода, тяжелая преэклампсия и анемия тяжелой степени.

Все это требует разработки новых профилактических мероприятий с учетом причин кровотечения, а при наличии этой патологии в клинике необходимо иметь запас препаратов крови непосредственно в отделении экстрагенитальной и акушерской патологии ДоКТМО.

Чуркин Д.В., Антропова О.С., Ластков Д.О., Мамедов В.Ш.

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

К ВОПРОСУ УСТАНОВЛЕНИЯ КАТЕГОРИИ ГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ У ЛИЦ, РАНЕЕ РАБОТАВШИХ ВО ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Комплектование Вооруженных Сил и иных воинских формирований Донецкой Народной Республики патриотически мотивированными добровольцами увеличивает долю военнослужащих в возрасте 40-45 лет, ранее работавших во вредных производственных условиях свыше 10 лет. Влияние вредных факторов военного труда (шум, вибрация, охлаждающий и интермиттирующий микроклимат) могут привести к развитию ранних форм первично-хронических заболеваний и их прогрессированию.

Цель работы – определение подходов к установлению категории годности к военной службе лиц, ранее работавших во вредных производственных условиях при прохождении ими военной службы.

Материал и методы – выполнен анализ структуры осложнений острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) у военнослужащих, имеющих выслугу 3 и более лет, ранее работавших в условиях интермиттирующего производствен-

ного микроклимата свыше 10 лет, выполнявших боевые и служебно-боевые задачи в условиях полевого размещения не менее 6 месяцев в году. Категория годности к военной службе устанавливалась военно-врачебной комиссией по месту призыва при поступлении на военную службу. В дальнейшем военнослужащие ежегодно проходили медицинские осмотры в учреждениях здравоохранения. Оценили частоту возникновения и структуру осложнений ОРВИ, продолжительность эпизода заболевания, частоту развития хронических форм заболеваний., сравнили полученные результаты с аналогичным периодом до поступления на военную службу.

Результаты и обсуждение. В структуре осложнений ОРВИ преобладают острые синуситы с поражением одной пазухи (65% случаев синуситов) двух пазух (25% случаев синуситов), трех и более пазух (10% случаев синуситов). Доля синуситов в структуре осложнений ОРВИ на $45,2 \pm 2,5\%$ выше ($p < 0,05$) по сравнению с пе-

риодом до поступления на военную службу, что может быть связано с влиянием условий войсковой обитаемости и полевого размещения. Продолжительность нетрудоспособности с связи с острым синуситом возросла на $22,5 \pm 2,5\%$ по сравнению с периодом до поступления на военную службу ($p < 0,05$), отмечается связь со сроком выслуги ($r = 0,45$) и продолжительностью предшествующего стажа работы во вредных производственных условиях ($r = 0,35$), ($p < 0,05$). Развитие хронических форм риносинуситов за трехлетний период военной службы отмечалось у $12,5 \pm 2,5\%$ военнослужащих ($p < 0,05$). Общая продолжительность нетрудоспособности в связи с осложненными формами ОРВИ за год увеличилась на $18,5 \pm 2,5\%$ по сравнению с периодом до поступления на военную службу ($p < 0,05$).

Выводы. Предшествующий стаж работы во вредных производственных условиях и влияние вредных факторов военного труда оказывают от-

рицательное влияние на течение осложненных форм ОРВИ и способствуют развитию хронических форм риносинуситов у военнослужащих. Представляется обоснованным у военнослужащих, имеющих стаж предшествующего труда в условиях охлаждающего или интермиттирующего производственного микроклимата категорию годности к военной службе устанавливать ежегодно в военно-врачебных комиссиях, территориально связанных с учреждениями здравоохранения, проводившими медицинский осмотр. При изменении категории годности к военной службе рекомендовать перевод на военно-учетную специальность с отсутствием или сниженным воздействием основного вредного фактора военного труда, при одновременном временном ограничении пребывания в неблагоприятных условиях войсковой обитаемости и полевого размещения.

Чуркин Д.В., Антропова О.С., Ластков Д.О., Мамедов В.Ш.

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

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, РАНЕЕ РАБОТАВШИХ ВО ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Ежегодные профилактические осмотры военнослужащих в Донецкой Народной Республике организованы в учреждениях здравоохранения по территориальному принципу и направлены на установление изменений в состоянии здоровья, которые препятствуют исполнению обязанностей военной службы. В случае выявления хронических форм заболеваний за военнослужащим организуется диспансерное наблюдение силами медицинской службы войсковой части. В случае дальнейшего развития заболевания и увеличение продолжительности нетрудоспособности в связи с болезнью военно-врачебной комиссией решается вопрос о пригодности к военной службе на занимаемой должности.

Ограниченные ресурсные и кадровые возможности медицинской службы войсковых частей, необходимость стационарного лечения хронических заболеваний обуславливает направление военнослужащих на лечение в учреждения здравоохранения по территориальному признаку. Такой подход является обоснованным с точки зрения максимального приближения лечебного учреждения к пункту постоянной дислокации войсковой части, что позволяет оптимизировать взаимодействие медицинской службы и учреждения здравоохранения.

В случаях развития заболеваний у военнослужащих, ранее работавших во вредных производственных условиях, такой подход может быть недостаточно эффективным, поскольку не учитывает потребность в специализированной врачебной помощи и реабилитации, направленной на уменьшение влияния вредных факторов военного труда аналогичных вредным производственным факторам. Зачастую военнослужащие, ранее работавшие во вредных производственных условиях, нуждаются в углубленном медицинском осмотре и использованием специализированных методов диагностики (аудиометрия, исследование функции внешнего дыхания и др.) с последующим динамическим наблюдением силами специалистов учреждения здравоохранения и ежегодными курсами реабилитации.

Реализация такого подхода заложена в Приказе «Об организации реабилитационного лечения военнослужащих, демобилизованных военнослужащих по состоянию здоровья и членов их семей» от 15.05.2017 № 813.

Представляется необходимым совместить диагностический и реабилитационный этап путем организации профилактических осмотров военнослужащих на базе Республиканского центра профпатологии и реабилитации (РЦПР),

либо путем участия специалистов РЦПР в профилактических осмотрах военнослужащих по территориальному признаку. Также представляется целесообразным вопрос направления военнослужащих на реабилитационное лечение в РЦПР вносить в заключение, выдаваемое военнослужащему по результатам профилактического осмотра.

Шабан Н.И., Махматов Р.Ф.

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

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ НЕРВНЫХ ИМПУЛЬСОВ ПО СТВОЛОВЫМ СТРУКТУРАМ МОЗГА ПРИ РАЗВИТИИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЁЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА

Актуальность проблемы сахарного диабета первого типа (СД 1 типа) обусловлена значительным ростом среди детского населения. Часто у детей с СД 1 типа выявляется дискинезия жёлчевыводящих путей (ДЖВП), которая рассматривается как проявление диабетической нейропатии. В связи с тем, что ДЖВП связана с нарушением нейровегетативной регуляции деятельности жёлчевыделительной системы, нам представилось вероятное участие ствольных образований мозга в патогенетических механизмах формирования обсуждаемой патологии.

Цель работы.

Изучение ствольной регуляции деятельности жёлчевыводящих путей при их дискинезии у детей на фоне СД 1 типа.

Материалы и методы.

Обследовано 179 детей в возрасте от 11 до 14 лет, среди которых 83 пациента с СД 1 типа и ДЖВП, 31- с СД 1 типа без дискинезии билиарного тракта, 32 пациента с разными типами ДЖВП без СД 1 типа и 33 практически здоровых ровесника. Моторику и тонус желчевыводящих путей изучали методом ультразвуковой эхохолестистографии на аппарате для УЗИ «Sonoace 6000 СМТ» (Южная Корея), путём анализа динамики укорачивания желчного пузыря после желчегонного завтрака В обследование включали лица с сохранным слухом, который оценивали аудиометром «Gross clinical audiometr». Исследование коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) проводилось с помощью электродиагностического комплекса «Amplaid МК 15» (Италия). Изучались амплитуды и латентные периоды компонентов с I по V, а также межпиковые интервалы I – III, III – V, I – V. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 5.5»

У военнослужащих, находящихся под наблюдением специалистов РЦПР решение о пригодности к военной службе на занимаемой должности необходимо принимать путем проведения профилактического осмотра после проведения реабилитационного лечения в РЦПР. Профилактический осмотр в таких случаях представляется целесообразным проводить специалистам РЦПР.

Результаты и обсуждение.

У детей с ДЖВП при СД 1 типа установлено достоверное ($p < 0,05$) снижение по сравнению с контрольными группами амплитуд I (94%), III (89%) и V(80%) компонентов, свидетельствующее об угнетении процессов деполяризации в слуховом нерве, оливарном комплексе, нижних буграх четверохолмия с последующим нарушением формирования в них суммарного потенциала действия. ДЖВП при СД 1 типа характеризуется статистически значимым ($p < 0,05$) удлинением латентных периодов всех пяти анализируемых компонентов (LI в 46,3%, LII в 60,7%, LIII у 42,5%, LIV у 25,8%, LV у 61,4%), а также межпиковых интервалов (MI-III у 58%, MIII-V в 37,5%, MI-V в 47,6%), что связано с замедлением прохождения электрического импульса через все структуры слухового анализатора и объясняется замедлением в них реполяризационных процессов. При анализе величин показателей КСВП у обследованных с ДЖВП без диабета, у детей с СД 1 типа без ДЖВП, у практически здоровых детей между собой, а также с приведенными в литературе нормативами, достоверных различий нами не отмечено.

Выводы.

У детей с ДЖВП и СД 1 типа выявлены существенные нарушения состояния биоэлектрической активности ствольных структур мозга, в частности, возбудимости и проводимости, что позволило предположить их участие в патогенезе дискинезии билиарного тракта у пациентов с СД 1 типа. При этом оценка параметров слуховых вызванных потенциалов у детей с СД 1 типа имеет ключевое значение для определения риска и прогнозирования у них ДЖВП.

Shaimurzin M.R.

Republican Clinical Center for Neurorehabilitation, Donetsk

BONE-ARTICULAR DISORDERS IN CHILDREN WITH SPINAL MUSCULAR ATROPHY (SMA) AS A LEADING PREDICTOR OF SKILLED REHABILITATION. THE EXPERIENCE OF COMBINATORIAL PHASED ORTHOPEDIC SUPPORT

Relevance. Despite the high prevalence and occurrence of SMA in the structure of neurodegenerative diseases in children, the problem of early diagnosis of SMA remains the cornerstone of neuropediatrics. The high incidence of comorbid syndromes and their late diagnosis, leads to the formation of clinical semiotics of complications with the development of severe disability. Muscle weakness of varying degrees limits the motor function of the trunk and limbs, and is associated with the formation of neurogenic contractures, the development of various deformations of the spinal column, osteoporosis and related fractures, a sharp limitation of the self-care function.

Purpose. The goal is to optimize the program for the rehabilitation of osteoarticular disorders in patients with spinal muscular atrophy (SMA).

Material and methods. This work was performed on the basis of the Republican Clinical Center for Neurorehabilitation. The study included 95 children with spinal amyotrophy with confirmed genetic identification. Assessment of the functional state using Hammersmith scales in modification. Attention was focused on a thorough examination of the spine in the context of a control mark for monitoring the disease: if kyphoscoliosis is suspected, radiography in the direct and lateral projections in an upright position (sitting if the child is seated, standing in ambulatory patients) was recommended. For scoliosis $> 20^\circ$, an examination was carried out every 6 months until the skeleton reached maturity, and once a year after achievement. At the initial manifestations of kyphoscoliotic deformity, wearing a soft corset was prescribed (no more than 6 hours a day, during periods of greatest stress on the spinal column). For the prevention and correction of torso deformity in patients with SMA, a mechanized manual bed was used, low-frequency vacuum stimulation + pharmacopuncture with microdoses of neuropeptides was performed paravertebrally. With the progression of

the symptoms of kyphoscoliosis, a positive effect was noted with the prolonged use of individualized orthoses for the back. Courses of mild manual therapy were conducted, electrophoresis with vasoactive and metabolic agents in combination with long-term oral administration of cholecalciferol was prescribed paravertebrally. Rehabilitation care of such patients included the use of technical orthopedic devices for functional adaptation, as well as the use of movable palm rests or supporting dressings aimed at increasing the active area of movements to improve functional capabilities; applying tires to maintain a range of motion and prevent pain. When forming persistent contractures, the technique of step-by-step gypsum was recommended for contractures, which is especially relevant for patients receiving exercise therapy with an emphasis on the formation of the verticalization function. An important moment in the supervision of patients with SMA was the early detection, prevention and treatment of osteoporosis and staphylococcal infections. To solve this problem, densitometry was prescribed. A biochemical study of ionized calcium and vitamin D3 was performed, the concentration level of which determined the following treatment tactics: from correction with the help of special neurodiet and exercise therapy to the administration of bisphosphonates

Results. The results of intermediate and final scores in the main group and in the comparison group obtained on the basis of a 4-year follow-up follow-up indicate a higher severity of the clinical condition in the comparison group compared with the main group.

Summary. A combinatorial phased approach to the treatment of osteoarticular disorders based on long-term and active monitoring and control of the progression trajectory made it possible to designate reasonable treatment from the standpoint of preventing complications and slowing the progression of the disease.

Shaimurzin M.R.

Republican Clinical Center for Neurorehabilitation, Donetsk

TOPICAL ISSUES OF DIFFERENTIATED THERAPY IN CHILDREN WITH PROXIMAL FORMS OF SPINAL MUSCULAR ATROPHY (SMA)

Relevance. Hereditary neuromuscular diseases represent one of the socially significant problems in modern neuropediatrics, due to a steady increase in the frequency of occurrence of such a pathology. The prevalence of isolated proximal SMA is 5.5 per 100 thousand people, among newborns – 1 in 6 – 10 thousand.

Purpose. To evaluate the results of treatment of childhood SMA using international scales for assessing physical abilities and computer electroneuromyography at various stages of the disease.

Material and methods. Under the supervision were 95 children with a genetically confirmed diagnosis of proximal SMA from the Donetsk region and other regions of Ukraine, as well as from neighboring countries. For this study, all patients, depending on the therapy, were divided into 2 groups: the main group consisted of 65 children (68.4%) who received treatment according to our phased exposure technique; the comparison group consisted of 30 children (31.6%) who received conventional therapy, including drugs from the group of metabolites in age dosages and symptomatic agents. At the stage of the initial clinical manifestations of the disease, patients with type II and type III SMA underwent courses of local injection into the motor points of muscles less involved in the muscle muscle microdoses of drugs with combined metabolic effects (meldonium, acetylcarnitine – 0.5-1 ml No. 10-15) combined with the intake of vitamin complexes for up to 3 months, the effect of which is due to the synergistic effects of their components ($\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ t. 1-2 r / d): pyridoxine + thiamine + cyanocobalamin; succinic acid + inosine + nicotinamide + riboflavin. As the functionality decreased, attention was fixed on the paravertebral zones of the cervical and lumbar thickening, by introducing microdoses of neuropeptides (1 ml No. 10) in alternation with mecobalamin (0.5-1 ml No. 15). Subsequently, to intensify the production of acetylcholine and phosphatidylcholine, a long-term (up to 3 months) intake of citicolines (250-500 mg / day) was recommended.

With the early detection of axonopathy according to ENMG, the treatment regimen included ipidacrine in the form of mesopuncture injections into the distal lower extremities: RP4-7, E40-43, V58-60, F2-6 of 0.5-1 ml No. 15 with the subsequent transition to long-term (up to 2 months) oral administration of the drug in a dosage of 5 to 20 mg / day. Increased axonal degeneration dictated the need for the appointment of Actovegin 50-200 mg / day in combination with thioctic acid (40-80 mg / day) – up to 2 months. With early ENMG identification of concomitant myogenic, it was recommended to connect therapy associated with mitochondrial metabolism: ubiquinone (2 mg / kg / day – up to 3 months) followed by levocarnitine (50 mg / kg / day – up to 45 days), alternating with citrulline malate (0.5-1 mg / day – up to 1 month), but when detecting myogenic progredients, phosphocreatinin was administered parenterally (50-100 mg / day, No. 5, 1 time in 3 days), followed by switching to creatine monohydrate (250-1000 mg / day) up to 1 month followed by long-term administration of alfacalcidol (1-3 mg / day).

Results. An intermediate assessment of the effectiveness of therapy was carried out after 2 years, a final assessment based on a 4-year follow-up history of observation by the method of statistical processing of a ball score for the physical capabilities of the patient. According to the intermediate and final results, the severity of the clinical condition is significantly higher in patients with SMA II and type III comparison groups.

Conclusions. An integrated approach to assessing the treatment of SMA, both from a clinical point of view and with the use of additional research methods, including electroneuromyography, imaging, laboratory methods, at various stages of the disease, effectively contributes to a differentiated phase selection of therapy aimed at slowing down the pathological process, preventing complications and improving quality of life.

Шаймурзин М.Р., Евтушенко С.К.

Республиканский клинический центр нейрореабилитации, г. Донецк

ОПЫТ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ (ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЙ И ПАЛЛИАТИВНОЙ) ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ НЕЙРОМЫШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Актуальность. Поздняя диагностика и не адекватная медикаментозная и паллиативная терапия у детей с наследственными прогрессирующими нейромышечными заболеваниями приводит к осложнениям и тяжелой инвалидизации.

Цель. Оптимизация паттерна ведения пациентов с наследственной нейро-мышечной патологией, повышение эффективности профилактических мероприятий, предупреждение развития тяжелой инвалидизации.

Материал и методы. Исследование проводилось в Республиканском клиническом центре нейрореабилитации, в котором в 2000 году выделены специальные 4 койки для пациентов с наследственными прогрессирующими нейромышечными заболеваниями. За исследуемый 20 летний промежуток времени в реестре базы данных зарегистрировано 396 детей с НМЗ, включая: 186 (47%) детей с прогрессирующими мышечными дистрофиями и миопатиями, 118 (29,7%) пациентов со спинальными амиотрофиями, 92 (23,3%) с невральными амиотрофиями.

Результаты и обсуждение. Локальный протокол диагностики включал следующие методы: клиничко-синдромологический; молекулярно-генетический; функциональный (электронейромиография, спирометрия, ЭКГ, ЭХО-КГ; визуализирующий (денситометрия, МРТ); лабораторный (КФК, ионизированный кальций, витамин Д3). Терапевтическая стратегия НМЗ базируется на длительном многоуровневом, патогенетически направленном лечении, которое включает следующие звенья: 1) лекарственные средства, сопряженные с митохондриальным обменом: убихинон, левокарнитин, цитруллин малат; 2) при дистрофинопатиях назначался преднизолон; 3) при кардиомиопатиях применялся триметазидин, мельдоний, а при дилатационных кардиомиопатиях – фосфокреатин в/в, парентерально комплекс метаболитических активных веществ, включая трифосфаденин, кокарбоксилазу и никотинамид в сочетании с синглетно-кислородной терапией; 4) при сопутствующей костно-суставной патологии – механизированная мануальная кровать,

по показаниям – тендомиопластика, ортезное сопровождение; 5) для коррекции остеопении/остеопороза применялись препараты кальция и витамин Д3, по показаниям бисфосфонаты; 6) иммуномодуляция; 7) на ранних стадиях миелинопатии назначался пиридоксин+тиамин+цианкобаламин, при утяжелении миелинопатии – рекомендовали терапию, направленные на синтез сфингомиелина (парентерально вводились нейрорепептиды); 8) на ранних стадиях аксонопатий по данным электронейромиографии назначался ипидакрин, при усилении аксональной дегенерации – цитиколины в сочетании с тиоктовой кислотой; 9) при выявлении прогрессии нейронопатии по данным ЭМГ мониторинга рекомендовался холина глицерофосфат в сочетании с метаболической терапией воздействующей на митохондрии.

Эффективность комплексного лечения оценивалась по данным клиничко-нейрофизиологического мониторинга каждые $6,32 \pm 0,53$ месяцев на основании бальной оценки тяжести клиничко-состояния по адаптированным и модифицированным международным шкалам и полученных ЭНМГ данных. Многомерные статистические анализы полученных клиничко-нейрофизиологических показателей на основании длительного мониторинга в течение 20 лет свидетельствуют о замедлении развития инвалидизации и прогрессии патологического процесса у 252 (63,6%) детей.

Заключение. Продолжающийся поиск эффективной этиотропной терапии диктует необходимости активной разработки медикаментозного, патогенетически обоснованного, паллиативного лечения, основанного на тщательной ранней диагностике и оценке лечения двигательных нарушений, как с клиничко-позиций, так и с применением дополнительных методов диагностики на различных стадиях заболевания, с отслеживанием траектории прогрессирования, определением сферы, требующей коррекции, дифференцированных схем терапии.

Шапченко Т.И., Налетов А.В., Фролова И.Е.

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

ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ В ДИЕТОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С АЛЛЕРГИЕЙ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА

За последние десятилетия проблема аллергии приняла масштаб глобальной медико-социальной проблемы. Отмечается неуклонный рост распространенности состояний, связанных с нарушением формирования толерантности к пищевым белкам у детей раннего возраста. Именно пищевая аллергия (ПА) может стать предиктором формирования так называемого «атопического марша» с развитием тяжелых форм аллергических заболеваний.

Цель работы

Определить основные ошибки в отношении применяемой диетотерапии у детей, страдающих аллергией к белкам коровьего молока (БКМ).

Материал и методы

Работа выполнена на клинических базах: Коммунальное учреждение «Городская детская клиническая больница № 1 г. Донецка», ООО «Медицинский центр «Гастро-лайн» г. Донецка». Обследовано 105 детей в возрасте от 1 до 12 месяцев, страдающих аллергией к БКМ. Диагностика ПА основывалась на данных анамнеза, объективного осмотра, а также результатах диагностической элиминационной безмолочной диеты. Рассмотрены типичные ошибки в диетотерапии у детей первого года жизни, страдающих аллергией к БКМ и находящихся на разных видах вскармливания.

Результаты и обсуждение

Среди обследованных детей исключительно грудное вскармливание получало 38 (36,2±4,7%) пациентов, смешанное – 37 (35,2±4,7%), искусственное – 30 (28,6±4,4%). Распространенной рекомендацией со стороны педиатров в отношении диетотерапии у данных пациентов было необоснованное назначение различных лечеб-

ных смесей. Так, 16 (15,2±3,5%) детей получали кисломолочную смесь на основе коровьего молока, 7 (6,7±2,4%) – адаптированную смесь на основе коровьего молока, 16 (15,2±3,5%) – гипоаллергенную, 14 (13,3±3,3%) – безлактозную. В большинстве случаев имело место многократная смена лечебных формул. При этом необходимо обратить внимание на то, что ни один ребенок, страдающий ПА (аллергией к БКМ), не получал лечебные смеси на основе высокогидролизованного молочного белка или казеина, или аминокислотные смеси. Матери двух детей отменили самостоятельно грудное вскармливание своим детям, переведя их на искусственное вскармливание. Наиболее частым назначением врачей при грудном или смешанном вскармливании было использование ограничительных диет в рационе матерей без исключения причинно-значимого аллергена. Наиболее часто рекомендовалось исключить сладкое – 20 (19,0±3,8%) матерей, цельное молоко (при сохранении употребления кисломолочных продуктов) – 19 (18,1±3,8%), овощи и фрукты, в т.ч. красные – 16 (15,2±3,5%), хлеб – 10 (9,5±2,9%), мясо (свинину и говядину) – 4 (3,8±1,9%). Двум матерям (1,9±1,3%) для стимуляции лактации было рекомендовано большее употребление молочных продуктов.

Заключение

В ведении детей, страдающих ПА, характерным являются множественные ошибки с необоснованным использованием лечебных молочных смесей на основе коровьего молока, а также применение ограничительных диет у матерей при грудном вскармливании ребенка без исключения причинно-значимого аллергена.

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Шаталов С.А., Пархоменко А.В.

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

ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЁЛЧНЫХ ПРОТОКОВ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Прогрессивно увеличивается число операций на жёлчном пузыре, протоках и печени, что сопровождается увеличением ятрогенных повреждений внепечёночных жёлчных протоков (ВЖП). Эти осложнения возникают в 0,3-1,7% при от-

крытой холецистэктомии (ХЭ), в 0,3-3,2% – при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), в 0,3-10,1% – при резекции желудка. Диагностика и лечение посттравматических структур ВЖП не теряют своей актуальности, а их способы постоянно совершенствуются.

Цель работы – модифицировать алгоритм хирургической тактики и лечения при ятрогенных повреждениях и посттравматических стриктурах ВЖП для уменьшения числа осложнений и летальности.

Материал и методы. Проведен анализ результатов диагностики и хирургического лечения (за последние 19 лет) 340 больных с ятрогенными повреждениями ВЖП, полученными преимущественно в других больницах. В клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна эти больные оперированы повторно. Среди них было 248 (72,9%) женщин и 92 (27,1%) мужчины в возрасте от 20 до 79 лет. Плановая холецистэктомия ранее выполнена у 242 (71,2%) чел., срочная – у 98 (28,8%). Характер и локализация ранений жёлчных протоков были следующими: полное пересечение гепатикохоледохы -113 (33,3%), прошивание протока или пристеночное повреждение общего печёночного протока (ОПП) – 107 (31,5%), перевязка ОПП – 58 (17,0%), пересечение и перевязка печёночного протока в области бифуркации – 50 (14,7%), иссечение части ОПП – 12 (3,5%).

Применены в разных сочетаниях следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), фистулохолангиография, эндоскопическая ретроградная панкреатография (ЭРХПГ), чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), интраоперационная холангиография.

Результаты и обсуждение. Выбор способа оперативного вмешательства при ятрогенных повреждениях и посттравматических стриктурах ВЖП определяется локализацией, протяженностью и состоянием протоков прокси-

мальнее и дистальнее стриктуры. Наложение билиобилиарного анастомоза было выполнено к 32 чел., при диастазе между концами пересеченного жёлчного протока менее 3 см. При диастазе более 3 см и выраженном рубцовом процессе с 1985 по 2010 годы гепатикоудоудено – или гепатикоеюностомию с каркасным дренированием по Прадери-Смиту (у 109 чел.) или по Сейполу-Куриану (у 91чел.). При проведении дренажа через паренхиму печени использовали специально разработанный нами набор проводников. Беспроводниковая смена чреспечёночного дренажа проводилась через каждые 3-4 месяца. Однако после таких операций различные осложнения наблюдали у 27 (13,5%) больных, умерли 14 (7,2%) чел. Хороший результат показал модифицированный «Способ формирования билиодигестивного анастомоза при повреждении общего жёлчного протока (патент UA №18169 от 01.07.1997 г.). С 2011 года по настоящее время иссекали рубцовые ткани (у 108 чел.) и накладывали гепатикоеюностомию, с правым или левым печёночным протоком атравматичной иглой, с частичным рассечением паренхимы печени, без каркасного дренирования. После этих операций осложнений было 7 (6,4%), умерли 2 (1,8%) чел.

Заключение. Таким образом, дифференцированный выбор оптимальной лечебно-диагностической тактики при ятрогенных повреждениях и рубцовых стриктурах ВЖП, с наложением высокого билиодигестивного анастомоза атравматичной иглой, без каркасного дренирования, способствовал снижению числа осложнений после операции на 5,8% и летальности – на 5,4% (95% ДИ, $p < 0,05$).

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Межаков С.В., Шаталов С.А., Литвинова А.С.

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

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ СЕЛЕЗЁНКИ

Очаговые образования селезёнки встречаются достаточно редко и составляют от 0,5 до 2% всех её поражений, по другим данным – 3,2 – 4,2% на 100000 населения, а по результатам аутопсий – 0,07%. В последние годы отмечаются увеличение случаев выявления этих заболеваний.

При диагностике доброкачественных очаговых образований селезенки (ДООС) частота ошибок может достигать 75 – 80%. Вопросы оперативного лечения образований селезенки дискуссионны как в плане показаний, так и в

плане методики их осуществления. У каждого из предложенных способов есть слабые стороны. Спленэктомия в качестве радикального метода лечения очаговых образований селезёнки является травматичной и сопровождается большим количеством осложнений. Это диктует необходимость искать возможность использования малоинвазивных способов лечения с сохранением достаточной паренхимы селезёнки для последующего полноценного восстановления её функции. В настоящее время ещё сохраняются трудности в оптимизации обследования пациен-

тов с подозрением на ДООС ввиду отсутствия единых диагностических алгоритмов и единого мнения о приоритетности применяемых диагностических и лечебных приёмов.

Цель работы – оценить результаты лапароскопического хирургического лечения у больных с доброкачественными очаговыми образованиями селезёнки.

Материал и методы. Проанализированы результаты лапароскопических вмешательств у 22 больных с ДООС за последние 7 лет, которые лечились в 1 хирургическом отделении ДокТМО. Среди них было 14 женщин и 8 мужчин в возрасте 26 – 63 лет. Среди возможных операций предпочтение отдавали органосохраняющим вмешательствам. Для лапароскопии и вмешательств (биопсия и др.) под её контролем применялись аппараты и инструменты фирм «Wolf» и «Karl Storz» (Германия). Для диагностики ДООС применены следующие методы обследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковой (УЗИ), компьютерная (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ), лапароскопия. Обязательно выполнялись срочное цитологическое исследование содержимого образования и гистологическое исследование стенки, а также плановое морфологическое исследование. Вмешательства выполнялись по поводу следующих заболеваний селезёнки: непаразитарной кисты – 10, истинной кисты – 6, лимфангиомы – 3, гемангиомы – 2, эхинококкоза – 1.

Результаты и обсуждение. Без перехода на конверсию лапароскопические операции были выполнены в 21 случае. В 1 наблюдении потребовалась конверсия из-за умеренного кровотечения. Характер выполненных операций: пункция кисты, удаление содержимого и иссечение стенки с последующей дезэпителизацией кисты ультразвуковым диссектором – 8, цистэктомия – 5, краевая резекция – 5, фенестрация – 4. При эхинококкозе проводилось полное удаление зародышевых элементов и кутикулярной оболочки, дезэпителизация. В 5 случаях до иссечения кисты производили обработку полости раствором этилового спирта. Послеоперационные осложнения были у 2 (9%) пациентов (незначительное кровотечение). Все пациенты были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов не было. В отдаленном периоде (через 6 месяцев после операции) у пациентов какие-либо жалобы и другие клинические проявления отсутствовали, изменений в анализе крови не было. При УЗИ органов брюшной полости остаточная полость в селезенке не определена.

Заключение. При подтверждении доброкачественного генеза очага в селезёнке предпочтительнее выполнение органосберегающей лапароскопической операции с применением современных средств гемостаза и соответствующих технических приёмов.

Шатохина Я.П., Никонова Е.М., Оберемок С.Е., Лашина И.М., Гавриленко Н.Ф.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ДЕТЬМИ

Введение

Во всем мире в результате употребления алкоголя ежегодно умирает 3,3 миллиона человек, что составляет 5,9% всех случаев смерти, из них 1% приходится на смертность детского населения. В 30% случаев дети погибали тогда, когда их родители находились в состоянии алкогольного опьянения.

Злоупотребление алкоголем приводит к смерти и инвалидизации относительно молодой контингент населения. Установлены причинно-следственные связи между употреблением алкоголя и целым рядом психических и поведенческих расстройств, включая алкогольную зависимость, неинфекционных нарушений здоровья, а также травм в результате насилия, дорожно-транспортных аварий и суицидальных попыток.

Помимо последствий для здоровья вредное употребление алкоголя наносит значительный социальный и экономический ущерб отдельным людям и обществу в целом.

Материал и методы

С целью изучения частоты случаев и причин употребления алкоголя детьми проводился ретроспективный анализ медицинской документации филиала Свердловской станции скорой медицинской помощи Государственного учреждения «Луганский республиканский Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» с января по декабрь 2018 года.

Результаты и обсуждение

Всего за указанный период времени в Свердловский филиал станции скорой медицинской помощи поступило около 21500 вызовов, по по-

воду острого алкогольного отравления у детей в возрасте от 2 до 18 лет – 3460, что составило 16%. Чаще всего причинами острого алкогольного отравления у детей были: ошибочное употребление алкоголя (3%); сознательное чрезмерное употребление алкоголя (13%); родители давали алкоголь, чтобы успокоить ребенка (0,1%).

Сезонная зависимость употребления алкоголя наиболее выражена у детей в возрастной группе 10-18 лет и выпадает на время летних каникул – 8% от всех зарегистрированных случаев.

Выводы

Таким образом, статистическая сводка вызовов позволила изучить модели употребления

алкоголя детьми, а также оценить масштабы проблем, связанных с алкогольной интоксикацией в детском возрасте. На употребление алкоголя существенное влияние оказывали: экономическая составляющая (уровень доходов в семье), наличие неблагополучного окружения, культура общения, доступность или наличие алкогольных напитков. Необходимо сопоставлять тяжесть причинения вреда здоровью ребенка, связанного с последствиями алкогольной интоксикации, и возможные варианты ответственности взрослых, допустивших развитие подобного сценария.

Швиренко И.Р.

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

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ОСНОВАМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Актуальность. Современные требования, предъявляемые практическим здравоохранением к выпускникам медицинских вузов, подразумевает акцент на их готовности выполнять свои обязанности сразу после окончания ВУЗа в качестве врача общей практики. Программа подготовки основана на практико-ориентированной модели образования с формированием необходимых профессиональных компетенций в т.ч. по медицинской реабилитации (МР). Такой подход изменяет весь образовательный процесс: от его содержания до организации обучения по новым образовательным технологиям, включающих увеличение удельного веса самостоятельной работы, широкое использование удаленного контроля подготовки студентов, интенсификацию методов обучения, направленных на практическое применение знаний. Это предъявляет повышенные требования к модернизации содержания программы обучения МР, выделения в ее составе вопросов приоритетных для аудиторной работы, вопросов необходимых для самостоятельного изучения, а также включение последовательности освоения алгоритмов приобретения умений и овладения навыками.

Цель работы: рассмотреть вопросы формирования содержания подготовки по медицинской реабилитации (локализации знаний-умений-навыков в рамках формирования компетенции) с учетом требований к практико-ориентированному обучению.

Материалы и методы. Проведено изучение содержания нормативных документов по направлению 31.00.00 «Клиническая медицина»,

специальность 31.05.01 «Лечебное дело», квалификация «врач общей практики», литературных источников по вопросам преподавания медицинской реабилитации на основе компетентностного подхода.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование позволило выделить несколько направлений, обуславливающих особенности формирования программы получения компетенции про МР:

- обучение МР д.б. направлено на достижение конечной цели, описанной в квалификационной характеристике врача-выпускника;

- порядок изучения МР на базовом и последующих клинических этапах должно соответствовать динамике клинического мышления: от общих понятий МР к частным вопросам МР в клинической практике, овладение которыми завершается формирование способности решать профессиональные клинические задачи;

- базовой компетенцией по МР должно стать не количество знаний, а применение знаний на деле; качественным показателем – способность адаптации базовой компетенции к частной клинической ситуации на основе использования концептуальных знаний и умений по МР, которые являются «обеспечением», условием и гарантом качества владения и выполнения практических навыков.

- подготовка по МР у студентов должна предусматривает разные требования к конечному практическому результату: для студентов 4 курса итогом обучения является овладение и практическое применение стандартных общих (ба-

зовых) алгоритмов МР; для студентов 5-6 курса – их применение и оптимизация в стандартных клинических ситуациях.

- актуальным вопросом остается разработка стандартных алгоритмов МР, определение принципов оптимизации алгоритмов МР в частной клинической практике.

Заключение. Таким образом, особенности модернизации программы обучения студентов основам МР включают в себя необходимость вы-

деления вопросов приоритетных для аудиторной работы, вопросов необходимых для самостоятельного изучения, а также включение последовательности алгоритмов приобретения умений и овладения навыками – стандартных (базовых) на 4-м курсе, и в частной клинической практике – на 6-м курсе. Это позволит решить вопросы качества приобретения студентами компетенции по МР, соответствующей квалификационной характеристике врача общей практики.

Швиренко И.Р.

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

ВОПРОСЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ОСНОВАМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С УЧЕТОМ СОВРЕМЕННЫХ ТРЕБОВАНИЙ К ВРАЧАМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Актуальность. Современные требования, применяемые к выпускникам медицинского вуза, опираются на концепцию повышения качества медицинской помощи, что реализуются через систему практико-ориентированного образования. Новая парадигма образования на первый план выводит оценку и степень сформированности профессиональных компетенций. Так как подготовка врача общей практики начинается с кафедр базового клинического уровня, это требует перестройки системы формирования компетенций по медицинской реабилитации (МР) с акцентом на требования к подготовке студентов на выпускающих кафедрах.

Цель работы: рассмотреть подходы к формированию вопросов учебной программы, содержания и объема знаний, умений и практических навыков для формирования компетенций по медицинской реабилитации у студентов и выпускников медицинского ВУЗа.

Материалы и методы. Проведено изучение содержания нормативных документов (законы, приказы, стандарты, программы и т.п.), регламентирующих получение специальности врач общей практики в ДНР и РФ.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование показало необходимость коррекции содержания учебного плана подготовки студентов и учебной программы по МР. Так, например, учебная программа дисциплины «Медицинская реабилитация» должна включать в себя 4 модуля:

Модуль 1. Теоретические основы МР (общие вопросы и основные понятия, законодательные и организационно-методические аспекты, общая характеристика средств, методов и форм,

планирование и оценка эффективности на этапах медицинской помощи).

Модуль 2. Основы врачебного контроля за больными. Основы применения дозированной физической нагрузки в медицине (основные средства, методы, формы, методические приемы дозирования и др.).

Модуль 3. Основы физиотерапии и санаторно-курортной реабилитации (общая характеристика и подходы к применению факторов электромагнитной и механической природы в МР; понятие санаторно-курортной реабилитации и физиопрофилактики в МР).

Модуль 4. Частные вопросы МР в клинической практике при наиболее социально значимых заболеваниях в кардиологии, неврологии, артрологии, последствия травм и др.

Отмечено, что для качественной подготовки студентов по вопросам МР по модулю 4 необходимо, чтобы студенты по направлению «клиническая медицина» и осваивали такие дисциплины, как «Неврология», «Факультетская терапия», «Факультетская хирургия» в качестве предшествующих изучению «Медицинской реабилитации», что говорит о необходимости внесения изменений в учебный план и перенос дисциплины «Медицинская реабилитация» на 5-6 курс. Причем, включение в учебную программу предмета «частная физиотерапия» на 6-м курсе совершенно не заменяет изучение вопросов по «частной» МР.

Особо стоит вопрос о необходимости локализации знаний-умений-навыков в рамках формирования компетенции по МР с учетом увеличения времени, выделяемого на самообучение, и уменьшения времени для аудиторной работы.

Заключение. Таким образом, для формирования компетентности по МР в обучении студентов по программе врача общей практики насущной необходимостью является коррекция учебного плана и содержания рабочей программы с переносом срока обучения на 5-6 курс. Это позволит

интегрировать общие и частные вопросы применения МР в преподавание клинических дисциплин, а также решить вопросы планирования и оценки эффективности программ МР больных с различной патологией, а не только применения ее частных методик при отдельных заболеваниях.

Шевченко В.В., Шевченко Д.Ф., Бубликова А.М., Сигитова Е.В., Гольнева А.П.

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

ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Цель работы Изучение влияния фармакотерапии на психоэмоциональное состояние больных гипертонической энцефалопатией (ГЭ).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 45 пациентов с ГЭ на фоне церебрального атеросклероза и ГБ II стадии в возрасте от 29 до 67 лет (средний возраст пациентов $48 \pm 2,4$ года, длительность заболевания $23 \text{ года} \pm 3,7$ лет). До начала исследования все пациенты не систематически и в недостаточно эффективной дозировке принимали гипотензивную терапию, в результате чего у всех больных наблюдались нестабильные цифры АД и гипертонические кризы. Всем пациентам проведены оценочные исследования психоэмоционального состояния с использованием экспресс-теста Уилсона (ЭТ Уилсона) и самооценочной шкалы депрессии Зунга (СШД Зунга): на 1й и 14й день нахождения в отделении. Статистическая обработка данных выполнялась в пакете компьютерной лицензионной программы «MedStat».

Результаты и обсуждение. До начала лечения при первичном осмотре уровень систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД) составили $168,2 \pm 2,2$ мм рт. ст. и $104,6 \pm 1,5$ мм рт. ст. соответственно, что превышало нормальные показатели, установленные Европейским кардиологическим обществом в 2018 г. в г. Мюнхене (САД – 139 мм рт. ст. и ДАД – 89 мм рт. ст.) на 20,4% и 18,7% ($p < 0,05$) соответственно. Назначалась фармакотерапия гипертонической болезни, которая включала: бисопролол 2,5 мг утром, амлодипин 5 мг днем, лизиноприл 10 мг вечером. По результатам ЭТ Уилсона в 1й день нахождения в стационаре у 54,3% пациентов наблюдалась астенизация, у 17,1% пациентов отмечено безразличие к своему состоянию и 28,6% – ощущали себя относительно комфортно. По результатам СШД Зунга 8,7% пациентов

имели признаки выраженной депрессии, 40% – умеренную депрессию, у 34,3% пациентов отмечалась легкая депрессия, в то время как у 17% результаты соответствовали норме. После назначения адекватной гипотензивной терапии на 14й день пребывания в стационаре зарегистрировано стабильное снижение показателей САД и ДАД на 20,3% и 21,2% до $139,3 \pm 2,2$ мм рт. ст. и $86,6 \pm 1,3$ мм рт. ст. соответственно. При проведении оценочных шкал были получены следующие результаты: ЭТ Уилсона: у 2,7% пациентов астенизация сохранялась, что на 51,6% ниже первоначальных данных исследования, 20% пациентов оставались безразличны к себе и окружающим, в то время как 77,3% пациентов стали доброжелательны и внимательны, что на 48,6% ($p < 0,05$) выше от первоначального уровня тестирования. Согласно СШД Зунга у 8,6% пациентов наблюдались признаки умеренной депрессии, что на 31,4% ниже результатов первоначального обследования; у 37,2% пациентов – выявлялись проявления легкой депрессии; 54,3% пациентов имели показатели в пределах нормы, что превышало первоначальные показатели на 37,3% ($p < 0,05$). Около 80% больных на фоне проведенной гипотензивной терапии отметили улучшение самочувствия в виде уменьшения проявлений астено-невротического синдрома, однако у 20% больных состояние сохраняется прежним.

Выводы.

У 80% больных отмечалось улучшение психоэмоционального состояния на фоне назначенной фармакотерапии, у 20% – улучшения не отмечалось.

Установлено, что адекватно подобранная гипотензивная терапия влияет на психоэмоциональный статус пациентов и необходима в комплексном лечении гипертонической энцефалопатии.

Шевченко В.В., Шевченко Д.Ф., Сигитова Е.В., Гольнева А.П.

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

ВЛИЯНИЕ АДЕКВАТНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ (ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ, АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ) ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Цель работы

Изучение психоэмоционального состояния при проведении эффективного лечения дисциркуляторной (гипертонической, атеросклеротической) энцефалопатии (ДЭП) и гипертонической болезни (ГБ).

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 45 пациентов обоих полов с ДЭП на фоне церебрального атеросклероза с артериальной гипертензией и ГБ II стадии, 1-2 степени тяжести в возрасте от 29 до 67 лет (средний возраст – $48 \pm 2,4$ года). Пациенты принимали антигипертензивную терапию. При проведении работы выполнены оценочные исследования с использованием экспресс-теста Уилсона (ЭТ Уилсона) и самооценочной шкалы депрессии Зунга (СШД Зунга): в день поступления пациентов на стационарное лечение, за день до выписки. Пациенты уведомлены о правилах прохождения тестовых шкал. При проведении исследования учитывались жалобы, результаты обследований, данные объективного обследования, неврологического осмотра. Использовали показатели эмоционального состояния, психической устойчивости, уровня депрессии. Колебания АД регистрировали с помощью автоматического тонометра на плечо Gamma M1-3 3 раза в день. Измерения выполнялись при отсутствии эмоциональных, физических перегрузок. Пациенты предварительно обучены правилам пользования измерительным устройством.

Результаты и обсуждение

До начала лечения при первичном осмотре уровень систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД) составили $168,2 \pm 2,2$ мм рт. ст. и $104,6 \pm 1,5$ мм рт. ст. соответственно, что превышало нормальные показатели установленные

The European Society of Cardiology в 2018 г. в г. Мюнхене (САД – 139 мм рт. ст. и ДАД – 89 мм рт. ст.) на 20,4% и 18,7% ($p < 0,05$) соответственно. По результатам ЭТ Уилсона: 54,3% пациентов угнетены, астенизированы, 17,1% пациентов индифферентны к своему состоянию и окружающим, 28,6% отзывчивы, ощущают себя комфортно. По результатам СШД Зунга: 8,7% пациентов имеют признаки выраженной депрессии, 40% пациентов с умеренной депрессией, у 34,3% пациентов есть проявления легкой депрессии и у 17% результат в пределах нормы. За день до выписки из стационара зарегистрировано снижение показателей САД и ДАД на 20,3% и 21,2% до $139,3 \pm 2,2$ мм рт. ст. и $86,6 \pm 1,3$ мм рт. ст. соответственно. По результатам ЭТ Уилсона: у 2,7% пациентов сохраняется астенизация, что на 51,6% ниже первоначальных данных исследования, 20% пациентов безразличны к себе и окружающим, что на 2,8% выше изначальных данных, однако 77,3% пациентов доброжелательны, внимательны, радостны, что на 48,6% ($p < 0,05$) больше первоначального уровня. Показатели СШД Зунга: 8,6% пациентов имеют признаки умеренной депрессии, что на 31,4% ниже результатов первоначального обследования, у 37,2% пациентов есть проявления легкой депрессии, что на 3,1% выше изначальных результатов, 54,3% пациентов имеют показатели в пределах нормы, что превышает на 37,3% ($p < 0,05$) первичные данные тестирования.

Выводы. Эффективная фармакотерапия положительно влияет на психоэмоциональное состояние пациентов с гипертонической болезнью и дисциркуляторной (гипертонической, атеросклеротической) энцефалопатией.

Шеменева А.С., Антипов Н.В., Жилев Р.А.

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

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПОЗИЦИИ МАТКИ В РАЗВИТИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ГРОЗДЕВИДНОГО СПЛЕТЕНИЯ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН

Актуальность. Варикозное расширение вен малого таза и, в том числе, яичниковых вен является малоизученной проблемой. В связи с отсутствием характерной симптоматики и диагностики, оно приводит к ухудшению качества жизни женщин репродуктивного возраста и в ряде случаев является причиной бесплодия.

Цель исследования. Морфологически изучить варианты топографии матки и их взаимосвязь в формировании овариоцеле.

Материалы и методы. В процессе работы были изучены варианты позиции матки и диаметр овариальных вен у 15 нефиксированных трупов женского пола в репродуктивном возрасте (от 18 до 45 лет) на базе Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы ДоК-ТМО, а также проанализированы статьи отечественной и зарубежной литературы 2013-2018 гг. Все полученные данные протоколировались, обрабатывались статистически.

Результаты. Положение матки характеризуется двумя факторами: versio – наклоном матки относительно влагалища (в норме данный угол составляет 90°) и flexio – расположение тела матки по отношению к ее шейке (значение угла

составляет 85±15°). Таким образом возможно 4 варианта позиции матки: anteversio anteflexio – считается вариантом нормы – было выявлено в 11 случаях (что составило 73%), anteversio retroflexio – 2 случая (13%), retroversio anteflexio – 1 случай (7%), retroversio retroflexio – 1 случай (7%). В случаях расположения anteversio anteflexio диаметр овариальных вен не превышал 4 мм. Однако, в случаях anteversio retroflexio, retroversio anteflexio, retroversio retroflexio мы наблюдали увеличение диаметра изучаемых вен (6 мм±1 мм). В норме, венозная кровь от дна матки поступает в маточные вены и гроздевидные яичниковые сплетения. Во всех вариантах отклонения позиции матки от нормы, наблюдается препятствие оттока крови, по маточным венам и усиление оттока в гроздевидные сплетения, что привело к венозному застою и формированию овариоцеле.

Выводы. Таким образом, отмечается прямая зависимость между топографическим расположением матки и увеличением диаметра овариальных вен и, как следствие, развитием овариоцеле.

Шеринёва О.С., Степанова Ю.С.

ГОО ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк

КОМПЛЕКСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА В ПРАВОВОЙ СИСТЕМЕ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ: ПЕРСПЕКТИВЫ ФОРМИРОВАНИЯ

Актуальность исследования заключается в комплексной природе медицинского права, которая предопределена наличием определенного круга однородных общественных отношений, составляющих предметное единство данной отрасли, а именно отношений по охране здоровья граждан, возникающих между пациентом и медицинским работником (медицинским учреждением), а также отношений в смежных с медицинской деятельностью областях и видах оказания услуг, релевантных для охраны здоровья и требующих применения специальными субъектами профессиональных знаний. Уже из самого характера общественных отношений мы видим,

что широкая социальная значимость как основная гарантия осуществления конституционного права на охрану здоровья обуславливает общественную потребность в их самостоятельном правовом регулировании. В силу этого они не могут быть урегулированы нормами исключительно одной уже известной нам отрасли права, что и определяет необходимость медицинского права как комплексной и самостоятельной отрасли, основывающейся на единстве императивного и диспозитивного методов правового регулирования.

Целью исследования является определение перспектив формирования медицинского права

как самостоятельной комплексной отрасли права в правовой системе Донецкой Народной Республики (далее – ДНР). Методологическая основа исследования включает общенаучные методы анализа, синтеза, диалектический и системный. Нормативную основу составили Конституция ДНР и нормативно-правовые акты ДНР.

Результаты. В условиях становления системы права ДНР постепенно формируется медицинское законодательство, в частности, Народным Советом ДНР уже приняты нормативно-правовые акты, в совокупности предоставляющие «фундамент» медицинского права и направленные на реализацию положений Конституции ДНР: законы ДНР «О здравоохранении», «О психиатрической помощи», «О донорстве крови и ее компонентов», «Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия населения» и др. При этом весь спектр нормативно-правовых актов, регулирующих общественные отношения по охране здоровья мы можем увидеть в Классификаторе нормативно-правовых актов ДНР. Сегодня тенденции медицинской науки определяют развитие общественных отношений по охране здоровья и, как следствие, необходимость их своевременного правового регули-

рования. Вместе с тем развитие медицинского законодательства не должно стать простым разрастанием нормативно-правового материала до определенного предела, достижение которого бы лишь подтвердило существование медицинского права в ДНР. Отечественный опыт нормотворчества подтверждает, что большой нормативный массив не исключает дублирования правовых актов, наличия коллизий и пробелов (а с учетом того, что нормы, регулирующие отношения по охране здоровья, находятся на стыке двух или более отраслей, с высокой степенью вероятности можно говорить об их появлении в сфере охраны здоровья), именно поэтому при достижении этого «предела» количество должно перейти в качество. Этим «сертификатом качества» медицинского права должно стать принятие комплексного нормативного правового акта – Медицинского кодекса ДНР. Проведение межотраслевой кодификации позволит решить или предотвратить указанные проблемы в медицинском законодательстве, обогатит правовую систему ДНР и введет в ее правовую ткань новые системные нормативные обобщения, что утвердит самостоятельный и комплексный статус медицинского права в правовой системе ДНР.

Шестопалов Д.Л., Лепшина С.М., Миндрул М.А.

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

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ ГОО ВПО «ДОНЕЦКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. М.ГОРЬКОГО»

Цель работы

Проанализировать влияние информационной системы непрерывной подготовки (ИСНП) в виде СМС тестирования на уровень успеваемости студентов 4 курса ГОО ВПО «Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького».

Материал и методы

В исследовании приняли участие 12 групп студентов (n = 96) 4 курса медицинского факультета № 2, обучавшихся на кафедре фтизиатрии и пульмонологии в 2018 – 2019 учебном году. Студенты разделены на две группы по 48 студентов каждая. Первая группа при подготовке к занятиям и итоговому контролю дополнительно использовала разработанную на кафедре ИСНП в виде СМС тестирования, вторая группа (контрольная) – занималась в обычном режиме.

Информационная система непрерывной под-

готовки в виде СМС тестирования представляет собой программно-аппаратный комплекс, состоящий из мобильного телефона, персонального компьютера (ноутбука) и специально разработанного программного обеспечения. Программное обеспечение, разработанное на кафедре фтизиатрии и пульмонологии ГОО ВПО «Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького» и запускаемое на персональном компьютере, позволяет в автоматическом режиме через мобильный телефон отправлять СМС сообщения, содержащие вопросы по фтизиатрии и принимать СМС сообщения от студентов с ответами, анализируя их. В созданной базе данных использовали 150 вопросов по всем темам фтизиатрии, которые изучают студенты 4 курса, согласно календарно-тематическому плану. В ИСНП предусмотрена возможность управления процессом СМС тестирования, отправляя в

СМС короткие команды, как самим студентом, так и администратором системы. Можно кратковременно или полностью остановить СМС тестирование, задать интервал времени, когда будут приходить СМС вопросы, выбрать варианты выбора вопросов (последовательно или случайно). Результат тестирования студенты получали в виде СМС, содержащей количество всех ответов, количество правильных ответов и время реакции на вопрос. Время реакции на вопрос (среднее значение времени отправки ответов студентами на полученные вопросы) было введено для более точного ранжирования студентов при одинаковом количестве правильных ответов. ИСНП для подготовки к занятиям студенты 1 группы использовали с 13³⁰ до 18⁰⁰ – свободное время (было определено согласно анкетированию студентов). Для оценки успеваемости студентов применяли общепринятую шкалу.

Результаты и обсуждение

Нами проанализированы результаты успеваемости студентов. Средний балл составил $87,1 \pm 14,4$ в первой группе и $76,0 \pm 14,4$ – во второй ($p < 0,05$), максимальное значение – 96,0 и

92,0 соответственно, минимальное – 68,0 в первой группе и 60,0 – во второй. Итоги успеваемости по фтизиатрии в зависимости от количества полученных баллов: 90 – 100 баллов получили 17 (35,4%) студентов в первой группе и 8 (16,7) во второй группе ($p > 0,05$), 80 – 89 баллов – 25 (52,1%) и 11 (22,9%) студентов, соответственно ($p < 0,05$), 75 – 79 баллов – 5 (10,4%) и 15 (31,3%) студентов, соответственно ($p < 0,05$), 70 – 74 балла получили только 2 (4,2%) студента из второй группы ($p > 0,05$), 60-69 баллов – 1 (2,1%) студент из первой группы и 12 (25,0%) студентов из второй ($p < 0,05$). Студенты первой группы на итоговом модульном контроле получили на 27% больше положительных оценок в сравнении со второй (контрольной) группой (97,9% и 70,8%, соответственно, $p < 0,05$).

Заключение

Уровень успеваемости студентов 4 курса медицинского факультета № 2 в первой группе (которая использовала для подготовки к занятиям и итоговому модульному контролю ИСНП) был выше чем во второй.

Шипилов И.В., Капцов В.А., Воронин В.Н., Ладик Е.А.

АО «СУЭК»

ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОТНИКОВ СИБИРСКОЙ УГОЛЬНОЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ КОМПАНИИ

Здоровье человека зависит на 20% от генетики, на 20% от влияния факторов внешней среды и природно-климатических условий, на 10% от успехов здравоохранения и на 50% – от образа жизни. Одним из ведущих здоровьеопределяющих факторов в образе жизни является питание.

Цель работы: оценка эффективности Программы «Здоровое питание» на снижение заболеваемости работников сибирской угольной энергетической компании.

Управлением медицины труда АО «СУЭК» разработана и внедрена в практику здравпунктов и столовых предприятий Компании Программа «Здоровое питание» в рамках которой разработаны:

руководство для врачей – «Консультирование работников угольных предприятий по вопросам здорового питания, выбору пищевых продуктов и способам их кулинарной обработки при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы»;

руководство для сотрудников предприятий

общественного питания – «Выбор пищевых продуктов и способов их кулинарной обработки для приготовления блюд профилактического питания работникам с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы»;

«Руководство по применению Программы «Здоровое питание» в домашних условиях», для работников СУЭК;

буклеты: «Принципы здорового питания», «Питание при повышенном содержании сахара в крови», «Питание при избыточном весе», «Питание при повышенном содержании холестерина в крови»;

программа динамического контроля работников и эффективности Программы.

Указанные материалы оформлены в книгу «Программа «Здоровое питание» Профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы».

При реализации программы все столовые предприятий были оборудованы современными пароконвектоматами, сотрудники обеспечены

методическими рекомендациями по технологии приготовления блюд согласно принципам здорового питания.

В рамках исследования:

проведена комплексная оценка динамики показателей алиментарно-зависимых факторов риска неинфекционных заболеваний работников угольных шахт Компании,

проведена сравнительная оценка общей заболеваемости группы работников угольных шахт, как вошедших в Программу «Здоровое питание», так и группы работников, не вошедших в Программу

в 2015 г программа «Здоровое питание» (далее Программа). была внедрена в работу здравпунктов и столовых угольных предприятий.

Материал и методы

В исследование было включено 850 работников угольных предприятий Компании, разделенных на две группы: с риском развития и заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и сердечно-сосудистой системы (ССС). В первую группу входили – 334 человека (172 мужчины, 162 женщины) в возрасте от 26 до 62 лет. Во вторую группу -516 человек (217 мужчин, 299 женщин) в возрасте от 29 до 60 лет.

Проведенный мониторинг показателей здоровья участников исследования состоял из двух этапов и включал: анкетирование, исследование антропометрических данных: массы тела, индекса массы тела (ИМТ), определение уровня холестерина и глюкозы в сыворотке крови, измерение артериального давления (АД). Разработанная авторами анкета, содержала 8 вопросов, отражавших частоту проявления симптомов, соответствующих заболеваниям ЖКТ и ССС, позволяющих сформировать субъективную оценку состояния здоровья работников.

Результаты.

В первой группе работников, имеющих риски развития или заболевания ЖКТ (n=334) повысилась субъективная оценка самочувствия. Так, если в начале Программы суммарный балл по субъективной оценке самочувствия в среднем составлял $27,6 \pm 0,3$, через 6 месяцев – $31,9 \pm 0,1$. При первичном обследовании систолическое артериальное давление в среднем составило $137,1 \pm 3,1$ мм.рт.ст., диастолическое – $88,4 \pm 1,2$ мм.рт.ст. У 35,5% работников этой группы артериальное давление было выше оптимального. При контрольном обследовании у 13,2% лиц было отмечено снижение артериального давления и в среднем систолическое артериальное давление составило $119,9 \pm 0,1$ мм.рт.ст., диастолическое – $78,2 \pm 0,1$ мм.рт.ст.

Масса тела в первой группе в начале Программы в среднем составила $72,9 \pm 1,7$ кг, ИМТ

– $24,4 \pm 0,7$ кг/м². У 33,1% обследованных работников была отмечена избыточная масса тела и ИМТ более $24,4$ кг/м². Через 6 месяцев участия в Программе средняя масса тела в группе с рисками или заболеваниями ЖКТ составила $69,9 \pm 0,4$ кг., снижение массы тела было отмечено у 21,9% обследуемых. Среди лиц, имеющих ИМТ более $24,4$ кг/м², после 6 месяцев участия в Программе в 7,3% случаев отмечена его нормализация, а в 15,9% – снижение массы тела, но ИМТ по-прежнему оставался выше нормы.

Показатели содержания холестерина и глюкозы в сыворотке крови в первой группе до участия в Программе в среднем составляли $4,9 \pm 0,6$ ммоль/л и $4,7 \pm 0,1$ ммоль/л, соответственно. Через 6 месяцев в 37,7% случаев у лиц с гипергликемией было отмечено снижение уровня сахара в крови, в 14,5% случаев была отмечена тенденция к нормализации содержания холестерина в сыворотке крови. В среднем уровень холестерина в сыворотке крови снизился на $0,3 \pm 0,1$ ммоль/л, глюкозы – $0,2 \pm 0,1$ ммоль/л. После полугодового участия в Программе было отмечено снижение систолического и диастолического артериального давления в среднем на $17,2 \pm 0,1/10,2 \pm 0,1$ мм.рт.ст.

Во второй группе работников, имеющих риски развития или заболевания ССС (n=516), по результатам первичного обследования в рамках Программы средний суммарный балл по результатам анкетирования, отражающего частоту проявления симптомов, составил $27,4 \pm 0,9$. После 6 месяцев участия в Программе у 21,6% анкетированных было отмечено субъективное улучшение самочувствия в среднем на $2,9 \pm 0,1$ балла.

Исходно среднее значение систолического артериального давления было $138,1 \pm 0,9$ мм.рт.ст., диастолического – $89,9 \pm 1,8$ мм.рт.ст. Через 6 месяцев участия в Программе артериальное давление снизилось у $29,8 \pm 0,2\%$ обследуемых

После шестимесячного участия в Программе во второй группе была выявлена тенденция к снижению массы тела: при первичном обследовании она составляла $78,8 \pm 1,5$ кг, в конце первого полугодия её снижение в среднем на $1,6 \pm 0,1$ кг было отмечено у 31,4%. Исходно 62,8% работников во второй группе имели ИМТ более $24,4$ кг/м², по истечению 6 месяцев ИМТ снизился до нормальных значений у 18,7%.

Уровни холестерина и глюкозы в крови снизились в среднем на $0,4 \pm 0,1$ ммоль/л.

Заключение

Внедрение программы «Здоровое питание» в работу здравпунктов и предприятий общественного питания угольных шахт СУЭК оказало положительный эффект на снижение показателей алиментарно-зависимых факторов риска разви-

тия неинфекционных заболеваний, способствовало улучшению общего состояния и повышению трудоспособности работников.

Программа «Здоровое питание» продемонстрировала высокую эффективность в профилактике неинфекционных заболеваний и является одним из этапов перехода от лечения определенных нозологий профессионально-ориентированной Медицины Труда к персонафицированной превентивной медицине Актив-

ного Долголетия работников угольной промышленности.

Разработанный аналитический бюллетень динамической оценки влияния здорового питания поможет оценить эффективность Программы на более широкой группе работников угольной отрасли.

Разработанная Программа, после её корректировки с учетом региональных особенностей может быть предложена для реализации на угольных предприятиях Донбасса.

Шраменко Е.К., Логвиненко Л.В., Атаманова Л.В., Снегина М.Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, г. Донецк

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ОПТИМИЗАЦИИ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА У ДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ

Базисным методом интенсивной терапии при тяжелом остром повреждении почек (ОПП) является гемодиализ. Эффективность и безопасность диализного лечения напрямую связана с адекватным сосудистым доступом. С 1963 по 2017 год в нашей клинике для обеспечения гемодиализа использовался артерио-венозный шунт Скрибнера, установленный в нижней трети предплечья. Последние 5 лет, в связи с прекращением промышленного производства тefлоновых канюль и переходников, периферический артерио-венозный доступ, вынуждены были заменить на центральный вено-венозный. У 95% больных проводилась катетеризация подключичной вены двухходовым диализным катетером.

Процедура постановки центрального венозного катетера без визуализации (и с визуализацией тоже) может сопровождаться техническими трудностями и осложнениями.

С целью оценки места расположения катетера после его установки во всех случаях (118) проводили контроль рентгенологическим методом. Исследования проводились на рентген-диагностическом аппарате AXIOM Iconos R100, Siemens. Выполнялась рентгенография органов грудной полости (ОГП) в прямой проекции. Оценивалось состояние легких, органов средостения, положение конца катетера. По нашим данным оптимальным являлось расположение конца катетера в проекции переднего отдела 3 – 4 ребер справа. У 11 пациентов выявлено нецелевое расположение конца двухходового катетера, клинически это могло проявляться снижением скорости кровотока при подключении к аппарату «искусственная почка» или отсутствием его по одному или обоим концам катетера. При этом инфузионная терапия могла проводиться беспрепятственно. В 4 случаях конец

подключичного катетера располагался в области яремной вены; в 3-х случаях, проведенный через правую подключичную вену катетер попадал в левую подключичную вену, у места ее перехода, в левую плечеголовную вену; у одного пациента конец катетера, находящийся в правом предсердии сделал V-образный изгиб ниже артериальных отверстий; в одном случае после катетеризации левой подключичной вены конец катетера зафиксировался под углом в проекции 2 ребра справа, при этом скорость кровотока по катетеру была снижена, проведение диализа затруднено. В 1 случае конец подключичного катетера располагался в области непарной вены. У одной пациентки при рентген-контроле в правом предсердии обнаружен фрагмент проводника 6-8 см, при этом гемодиализ был проведен без осложнений, в дальнейшем это инородное тело было извлечено с помощью рентген-васкулярного вмешательства.

Во всех случаях было проведено изменение положения конца катетера под контролем рентгеноскопии. Катетер смещали в область подключичной вены, затем меняя его положение, проводили металлический проводник, устанавливали его в области верхней полой вены, в проекции 3 – 4 ребра справа и по проводнику продвигали катетер. Во всех случаях, после коррекции под рентген-контролем положения катетера, диализное лечение проводилось с адекватным кровотоком и в течение длительного времени.

Таким образом, проведенный анализ демонстрирует, что применение рентгеновского метода является эффективным для визуализации и коррекции положения концов двухходового катетера, что обеспечивает качественный и безопасный гемодиализ.

Шуленина А.А.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СМОЖЕТ ЛИ РЕБЕНОК ПОЛНОЦЕННО ЖИТЬ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ?

Цель исследования. Проанализировать особенности течения фенилкетонурии.

Материалы и методы. Изучены литературные источники, проанализированы и систематизированы научные труды разных специальностей по проблематике жизни детей с фенилкетонурией, материалы веб-сайтов.

Результаты. Фенилкетонурия – это редкое нарушение, при котором организм ребенка при рождении не способен расщеплять аминокислоту под названием фенилаланин.

В большинстве стран всех детей при рождении обследуют на предмет целого ряда возможных заболеваний и нарушений. Одной из процедур обследования является сдача анализа крови, который помимо прочего позволяет выявить наличие фенилаланин-гидроксилазы – фермента, необходимого для расщепления фенилаланина. Если этот фермент отсутствует, для подтверждения диагноза необходимы дополнительные анализы мочи и крови.

Поскольку фенилкетонурия является генетическим нарушением, передающимся от родителей к детям, предотвратить его невозможно. Единственным способом определения наличия дефектного гена является генетическое тестирование. При наличии этого заболевания необходимо соблюдать жесткую диету (с минимальным количеством фенилаланина) как до беременности, так и во время нее.

В целом, детям с фенилкетонурией необходимо соблюдать диету с низким содержанием фенилаланина. Он содержится в большинстве белковых продуктов, включая мясо, рыбу, молоко, сыр, яйца, орехи, сою и бобы. Также он встречается и в небелковых продуктах, а именно в ряде овощей и фруктов, хлебе и пиве. Подсластитель аспартам, вырабатывающий фенилаланин при переваривании, также следует исключить из рациона.

Хотя современная медицина шагает семимильными шагами, но устранять наследственные генетические нарушения она все еще не в состоянии. Болезнь фенилкетонурия приводит к серьезным отставаниям в психомоторном развитии ребенка, расстройству мышечного тонуса, прогрессирующему слабоумию, повышенной возбудимости, атаксии (потере равновесия), гиперкинезам (непроизвольным движениям). Нередко больные дети страдают от частых судорог, экзем, дерматитов, катаракты, кожа чувствительна к любым травмам и имеет папулезные высыпания, а на стопах и кистях она приобретает синюшный оттенок.

От нарушения метаболизма фенилаланина страдают внутренние органы, поэтому у больных часто диагностируют пороки сердца, нарушение осанки и походки, необычное положение конечностей, гипогенитализм, повышение сухожильных рефлексов, уменьшение размеров черепа, расстройство координации движений, обесцвечивание волос, вегетативные дисфункции, нарушения поведения, тремор.

Выводы. С целью оценки вероятности рождения малыша с фенилкетонурией должны пройти предварительное генетическое консультирование супружеские пары, уже имеющие такого ребёнка в семье, состоящие в родственном браке или имеющие родственников с фенилкетонурией. А женщины с этим заболеванием обязаны соблюдать строгую диету до и во время беременности. Несмотря на все печальные последствия заболевания, фенилкетонурия – не приговор. Сегодня с помощью адекватного лечения и правильной диеты можно снизить негативные проявления болезни и максимально приблизить жизнь к норме.

Шуленина А.А., Семенихина А.А., Лифантова А.А., Андреев Р.Н.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ, ПРИМЕНЯЕМОЙ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

На сегодняшний день антибиотики очень распространены в стоматологической практике. Например, лечения пораженных тканей пародонта для устранения патогенной микрофлоры полости рта и восстановления нормальной микробиотической картины, для проведения операций в практике челюстно-лицевой хирургии, при эндодонтических операциях.

Цель работы

Изучить и обозначить современные аспекты выбора актуальной антибиотикотерапии для лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области

Материал и методы

Для решения поставленных задач на первом этапе исследования нами был проведен анализ 250 архивных стационарных записей в историях болезней и 250 амбулаторных карт пациентов с вышеуказанным диагнозом за последние 5 лет. Также изучены и проработаны ретроспективные архивные данные, современные и зарубежные литературные источники соответствующие тематике изучаемой патологии. На втором этапе был разработан опросник, состоящий из 8 вопросов, с помощью которого было проведено анкетирование врачей хирургов – стоматологов и челюстно-лицевых хирургов на предмет определения тактики антибиотикотерапии больным, проходящим в соответствующий отрезок времени стационарное и амбулаторное лечение, в связи с наличием у них какого-либо гнойно – воспалительного заболевания челюстно – лицевой области (ГВЗ ЧЛО).

Щербаковка В.К.

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Плечевая кость относится к длинным трубчатым костям. У нее различают диафиз (тело), проксимальный и дистальный эпифизы.

Переломы этой конечности являются очень распространенными, составляя 10% от всех переломов в Донецкой области. Переломы про-

Результаты и обсуждение

В результате изучения микрофлоры гнойного очага и ее чувствительности к антибактериальным препаратам, были проведены клинические научные испытания на базе Белорусского Республиканского центра «Инфекция в хирургии» с информированного согласия группы из 427 больных, которые были своевременно госпитализированы в отделение челюстно-лицевой хирургии Витебской областной клинической больницы. Исследования указали на целесообразность в использовании фторхинолонов – офлоксацина, норфлоксацина, ципрофлоксацина в практике лечения фурункулов челюстно-лицевой области в условиях стоматологических поликлинических учреждениях. Были разработаны алгоритмы эмпирической антибактериальной терапии при амбулаторном лечении гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

Заключение

В клиниках, специализирующихся на лечении челюстно-лицевой патологии, борьба с гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ) стабильно занимает ведущие места по частоте возникновения. Примерно 30% обращений в поликлиники стоматологического профиля и около 60% в отделения патологии челюстно-лицевого аппарата связаны с наличием воспалительных заболеваний у пациентов. В связи с большим разнообразием и бесконтрольным применением антибиотиков усилился рост резистентности микрофлоры к ним, что в итоге стало очень сильно осложнять процесс лечения пациентов с ГВЗ ЧЛО.

симального конца плечевой кости могут быть внутри- и внесуставными. К внутрисуставным относят переломы анатомической шейки и головки, а к внесуставным – переломы хирургической шейки и бугорковой области. Переломы дистального конца делят на надмышцелковые и

мышцелковые переломы. Также переломы диафиза плечевой кости подразделяют на переломы в верхней, средней и нижней третях.

Цель работы

Изучить степень серьезности этих травм, дальнейшее их влияние на организм и функционирование верхней конечности.

Материалы и методы

Для того, чтобы определить какой перелом и степень его серьезности нужно провести рентгенографию, которая будет заключаться в том, чтобы сделать несколько снимков кости в разных проекциях.

Результаты и обсуждение

Теперь рассмотрим наиболее чаще встречающиеся переломы в нашей Донецкой области:

Переломы хирургической шейки. Такой перелом возникает в следствии воздействия сил, превышающие прочность кости. Также из-за остеопороза, истончения кортикального слоя плечевой кости на границе диафиза и эпифиза и другие возрастные изменения, которые снижают прочность кости. Этот перелом можно разделить на аддукционный и абдукционный. Аддукционный перелом характеризуется тем, что центральный отломок находится в положении отведения, дистальный- в положении приведения. А в абдукционном переломе- центральный отломок находится в положении приведения, дистальный- в положении отведения.

Переломы диафиза. Различают оскольчато-поперечные, косые и винтообразные переломы. Появляется припухлость, боль при осевой нагрузке, укорочение плеча и боль в области перелома.

Заключение

Мы выяснили, что переломы плечевой кости могут быть закрытыми и открытыми. Чаще всего встречается переломы хирургической шейки (67) и переломы диафиза (12%).

Наблюдается ненормальная подвижность в области поражения, резкое нарушение функций, отек, воспалительный процесс на месте перелома и деформация плеча.

Первая помощь заключается в том, чтобы своевременно госпитализировать больного, принимать лекарства и правильно зафиксировать верхнюю конечности, в некоторых случаях даже нужно хирургическое вмешательство оперативное лечение с использованием металлоконструкций. Если не выполнять указаний врача, то это может привести к тяжелым осложнениям, тикам как повреждения сосудисто-нервного пучка, полной деформации плеча и плохой подвижности верхней конечности.

Такие переломы приводят к длительной реабилитации и восстановлению трудоспособности. В это время нужно заниматься гимнастикой, ходить на ЛФК, массажи и электрофорез.

Щербинин А.В., Мальцев В.Н., Щербинин А.А., Бессонова А.Д.

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

ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) остается значимой проблемой в детской урологии. Открытыми остаются вопросы эффективности проведения длительной антибактериальной терапии, а также выбора метода оперативной коррекции рефлюкса.

Целью работы являлся анализ результатов консервативного лечения пациентов с ПМР и выработка показаний к эндоскопическому и хирургическому лечению.

Материалы и методы. За период 2013-2018 гг. в урологическом отделении клиники детской хирургии им. Н.Л. Куца, находилось 174 ребенка с ПМР. Показаниями к урологическому обследованию были эпизоды инфекции мочевыводящих путей у детей до года; рецидивирующая лейкоцитурия; расширение дистальных отделов мочеточников, выявленные сонографически.

Результаты и обсуждение. Лечение мы начинали с курса консервативной терапии, которая заключается в борьбе с вторичным пиелонефритом и стимуляции детрузора.

По нашим данным эта терапия эффективна у 80% больных с ПМР I степени и 62% – II-й. При этом у 39% пациентов с рефлюксом III-й степени отмечена положительная динамика. При ПМР IV-V степени положительный эффект, достигался только в возрасте до 2-х лет на фоне продленной катетеризации мочевых путей и был получен у 33% пациентов.

При наличии ПМР отмечается достоверное повышение всех провоспалительных цитокинов, в частности sICAM-1 до $13,75 \pm 1,92$, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса даже на фоне клинико-лабораторной ремиссии.

Показаниями к проведению эндоскопической коррекции рефлюкса мы считаем:

Отсутствие эффекта от консервативной терапии при ПМР II-IV степени и/или рецидивами инфекции мочевых путей.

Первичный ПМР III-IV степени с нарушением функции почки, выраженными расстройствами уродинамики и частыми обострениями пиелонефрита в анамнезе.

ПМР II-IV степени на фоне дисфункции мочевого пузыря с проявлениями рефлюкс-нефропатии и изменениями показателей уродинамики пузырно-мочеточникового сегмента.

Рецидивирующий характер рефлюкса выявляемый на микционной цистографии.

При изменениях почечного кровотока, по данным УЗИ с доплерографией.

Эндоскопическая коррекция проводится по методике STING, и эффект достигнут нами после однократного введения импланта у 72% пациентов, после повторного у 88%.

Показаниями к пересадке мочеточника мы считаем:

Первичный ПМР IV-V степени с нарушением функции почки, выраженными расстройствами уродинамики и частыми обострениями вторичного пиелонефрита

Обеднение почечного кровотока, по данным УЗИ с доплерографией, истончение паренхимы почек.

Удовлетворительных результатов у детей после операции достигнуто более чем в 60% случаев.

Выводы. 1. Всем детям с выявленным ПМР I-III показан курс консервативной терапии, с положительным результатом у 67% пациентов. Полное выздоровление наступило у 25% больных, у остальных уменьшилась степень заброса, и не было обострений ВХП.

2. У детей с ПМР IV-V, консервативная терапия показана в возрасте до 3-х лет на фоне продолжительной катетеризации мочевыводящих путей.

3. При отсутствии эффекта показана эндоскопическая коррекция и оперативное лечение, что позволяют добиться удовлетворительных результатов в более чем 82% случаев.

Якубенко Б.А., Тишаков М.П.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк
Ростовский правовой колледж, г. Ростов-на-Дону, РФ

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ИСТОЧНИК ПОВЫШЕННОЙ ОПАСНОСТИ

Медицинская деятельность неразрывно сопряжена с определенным риском как для субъекта, ее осуществляющего, так и для лица, по отношению к которому эта деятельность проводится. Соразмерно оценивая этот риск можно сделать вывод о включении или не включения медицинской деятельности в перечень источников повышенной опасности.

Цель работы

Результатом причисления медицинской, а также сопряженной с ней деятельности к источникам повышенной опасности будет изменение ее юридического статуса, в частности возложение дополнительной юридической ответственности (гражданской либо уголовной) на лицо, осуществляющее данный вид деятельности.

Материал и методы

В качестве материалов использовался Гражданский кодекс Украины (далее-ГКУ) в редакции от 19.04.2014, Уголовный кодекс Донецкой Народной Республики (далее-УК ДНР) в редакции от 01.02.2019. В работе использовались логические методы, восхождение от абстрактного

к конкретному, а также герменевтический метод познания.

Результаты и обсуждение

Источник повышенной опасности следует рассматривать не как предмет материального мира, а как деятельность человека, угрожающая жизни и здоровью окружающих. Так, например, медицинский инструмент сам по себе не представляет опасности. Но непосредственная деятельность врача по взаимодействию с медицинским оборудованием и пациентом несет определенный риск для жизни и здоровья последнего. Является ли такой риск – повышенной опасностью? Основополагающими признаками источника повышенной опасности является существенная вероятность причинения вреда, наличие общепризнанных вредных свойств и невозможность полного контроля со стороны государства, а также законодательное закрепление особого правового режима или свойств. Медицинская деятельность определенно обладает существенной вероятностью причинения вреда в процессе хирургического вмешательства или

как результат назначения не подходящего для пациента лекарственного средства. Кроме того, при существовании частной медицинской помощи полный контроль государства за ней является невозможным. Особый правовой режим характеризуется существованием понятия врачебной ошибки, а также квалифицирующим признаком «вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей» в ч.2 ст.110; ч.2 ст.119 УК ДНР. Кроме того, существуют отдельные составы преступлений, сопряженных с медицинской деятельностью. Однако наличие общепризнанных вредных свойств у медицинской деятельности не обнаруживается. Впрочем, источником повышенной опасности можно признать деятельность обладающим даже одним характерным признаком.

Яременко Д.А., Степанова Ю.С.

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОМБУДСМЕНА ЛОЖНЫЙ ПУТЬ ИЛИ НАЗРЕВШАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ

Актуальность научного исследования обусловлена современными достижениями науки и техники, в частности темпами развития информационных и аддитивных технологий, которые способствуют качественным изменениям медицинской науки, приближая человечество к исполнению многовековой мечте о вечной здоровой жизни: 3D печать тканей человека и его органов, применение роботизированных систем в различных областях медицинской науки (кардиология, гинекология, урология, фармацевтика, и др.). Вместе с тем огромный массив проблем в медицинской сфере остается нерешенным, причем большую часть из них занимают проблемы немедицинского характера: доступность эффективной и своевременной медицинской помощи и эффективность доступной медицинской помощи; уровень квалификации кадров; обеспечение безопасности медицинских работников и т.п.

Целью исследования является определение перспектив и необходимости создания медицинского омбудсмена в Донецкой Народной Республике. Методологическую основу исследования составили общенаучные методы анализа, синтеза, диалектический и системный методы; специально-юридический метод сравнительного правоведения.

Результаты исследования. Появление новых правоотношений, вызванные объективными процессами, а именно развитием медицинской

Заключение

Медицинскую деятельность следует относить к источникам повышенной опасности и, как следствие, обеспечить ей особый правовой режим и режим государственной поддержки. В случае такого признания, в соответствии с общими положениями статьи 1187 ГКУ ущерб, причиненный медицинской деятельностью, будет возмещаться лицом, ее осуществляющим. Однако помимо юридической ответственности, необходимо также установить и надлежащую государственную поддержку и контроль над такой деятельностью – уделить особое внимание подготовке и повышению квалификации медицинских работников, предупреждению злоупотреблений, качественному улучшению уровня оснащения и материального обеспечения.

науки, активным внедрением высоких технологий в практическую медицину, появление новых видов правонарушений, ставит перед юридической наукой новые проблемы, решение которых не терпит отлагательства. Объективность процессов развития общества предопределило своеобразную универсальность этих проблем для государств постсоветского пространства. На сегодня одними из наиболее остро стоящих являются защита прав в медицинской сфере, причем, как пациента, так и врача. Следует отметить, что, например, в РФ, врачи являются одной из самых уязвимых групп в правовом поле. За последние десятилетия растет число случаев нападения на врачей (и особенно бригады скорой помощи) и причинение вреда их здоровью; возрастают случаи пациентского экстремизма и т.п., при этом, рост числа нарушений прав врачей свидетельствует, что Нацмедпалата РФ не в состоянии обеспечить защиту работников медицинской сферы по всей территории РФ. Именно поэтому все чаще поднимается вопрос о создании специального защитника, наделенного специфическими функциями – медицинского омбудсмена. Безусловно, вопрос учреждения медицинского омбудсмена не может решиться одномоментно и однозначно положительно. Должны быть учтены не только опыт других государств, но и национальная специфика. И если в РФ основным аргументом «против» является множествен-

ность омбудсменов в самых различных сферах отношений и нецелесообразность внедрения очередного, то для Донецкой Народной Республики сам вопрос учреждения медицинского омбудсмана и аргументы «за» ставятся иначе.

Таким образом, мы видим, что существующие проблемы в сфере медицины не являются односторонними, а требуют решения с нескольких направлений. Для решения данных проблем имеет место создание разновидности института омбудсмана: медицинского омбудсмана. Конечно стоит отметить, что в государствах с небольшой территорией не целесообразно учреждать большое количество омбудсменов. На примере Донецкой Народной Республики мы можем предложить учреждения медицинского омбудсмана в аппарате Уполномоченного по правам человека

Дарьи Морозовой. На наш взгляд данный омбудсмен сможет стать инструментом правового просвещения медицинских работников, что позволит не просто говорить о повышении правосознания, но и предотвратить частое нарушение их прав. Омбудсмен является тем инструментом, который наиболее близко может рассматривать проблемы данной сферы, наблюдая за ними детальнее, чем органы исполнительной власти, что несомненно повлечет за собой быстрое и полное разрешения сложившихся проблем. Поэтому мы полагаем, что омбудсмен может оказать влияние на защиту прав не только пациентов, но и медицинских работников, что позволит в равной мере обеспечить полную функциональность медицинской сферы.

Яровая О.А., Литвинов Г.А., Литвинова О.Н.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И АНАЛИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Среди синдромов, требующих неотложной помощи у детей, особое место занимают кровотечения из пищеварительного тракта. Принципиальное значение при этом имеют сроки и методы определения источника кровотечения. В связи с этим эндоскопическому исследованию принадлежит ведущая роль в диагностике желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК).

Цель работы.

Провести сравнительный анализ причин ЖКК при эндоскопических исследованиях по материалам клиники.

Материалы и методы.

Нами проведено 153 эндоскопических исследования у пациентов с ЖКК различной этиологии, которые находились в хирургическом, реанимационном и гастроэнтерологическом отделениях Луганской Республиканской детской клинической больницы за период с 2014 года по настоящее время. Возраст больных составил от периода новорожденности до 18 лет.

Результаты и обсуждение.

Аналізу подверглась группа пациентов, у которой причиной ЖКК явилось нарушение целостности сосудов в стенке кишки.

Из них с портальной гипертензией – 6 детей (4%), с кровотечением из язв желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 40 (26%), с синдромом Меллори-Вейса – 5 (3%), с токсической эрозивно-язвенной гастродуоденопатией – 50 (33%), с неспецифическим язвенным колитом

– 12 (8%), с кровоточащими полипами толстой кишки – 32 (21%), с гемангиомами слизистой толстой кишки – 2 (1%), эрозивно-язвенным колитом грибковой этиологии – 3 (2%), с кровотечениями невыясненной этиологии – 3 (2%) больных.

Исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проводилось фиброгастроскопами фирмы «PENTAX EG16-K10», «OLUMPUS GIF-P-10», «FUJINON FG-1ZP»; нижних отделов ЖКТ – «FUJINON FC-1Z». До 70% исследований проводилось в условиях общей анестезии, что обусловлено возрастом и состоянием больных.

В группе ЖКК язвенного генеза (40 детей) распределение по Forrest составило: F1b- 8 (20%) детей; F1a v+ – 6 (15%) детей, наблюдался «часовой тромб»; F1b v+v- – 16 (40%), наблюдался тромб-сгусток и другие стигматы кровотечения; F1c – 10 (25%). У 3-х (7,5%) имели место множественные язвенные дефекты.

Причинами кровотечений токсико-септического генеза (50 случаев) явились сепсис, тяжелые кишечные инфекции, разлитой перитонит, неконтролируемый прием нестероидных противовоспалительных средств.

Отмечаем увеличение количества кровоточащих полипов толстой кишки -32 случая, где 24 (75%) локализовались в прямой кишке, 6 (25%) – в сигме. В 5 (16%) случаях – полипы были множественные.

Увеличилось число выявленных случаев синдрома Меллори-Вейса, что связано с улучшением качества диагностики и расширением показаний для постановки данного диагноза у детей.

Данные результаты были сопоставлены с периодом с 2008 по 2013 годы.

Заключение.

Проводя анализ причин ЖКК, необходимо отметить увеличение количества кровотечений из язв желудка и ДПК на 18%, эрозивно-язвенных процессов септико-токсического генеза на 8%, кровоточащих полипов толстой кишки на 12%, случаев синдрома Меллори-Вейса – на 7% по сравнению с предыдущим периодом.

Содержание

Абазова И.С., Слепушкин В.Д., Тутуков А.Б., Арамисов И.А. ПРИМЕНЕНИЕ НЕДЕПОЛЯРИЗУЮЩИХ МИОРЕЛАКСАНТОВ С УЧЕТОМ ЦИРКАДНЫХ РИТМОВ 4	Андреев Р.Н., Садеков Д.Р., Ермакова Н.Н. ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ХОЗЯЙСТВЕННО-ПИТЬЕВОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ ГОРОДА ДОНЕЦКА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.... 15
Абрамов В.А. ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ САМОСТИГМЫ 5	Андропова М.А., Статинова Е.А., Сайко Д.Ю. ОСОБЕННОСТИ ЭЭГ-ПРЕДИКТОРОВ НЕЙРОМЕДИАТОРНОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА 16
Абрамов В.А. ОСОБЕННОСТИ САМОЭФФЕКТИВНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА..... 6	Андропова И.А., Черний В.И., Городник Г.А., К.В. Назаренко, Андропова М.А., Качанов Б.А. РОЛЬ СУКЦИНАТОКСИДАЗНОГО ОКИСЛЕНИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ 17
Абрамова Е.А., Мартынова М.А. ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПРОМЫШЛЕННОГО ДОНБАССА СРЕДИ ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ 7	Андрусак А.Ю., Громенков В.Д., Супрун Е.В., Аршавская И.А., Пирко И.А., Сабельникова Я.С. ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 18
Агафонова Е.И., Васильева А.Н., Ковтун И.В., Пузик А.А. THE MODEL OF MODERN TEACHER..... 8	Анищенко А.А., Башеев А.В., Рязанцев А.А., Крюков А.Н., Кудряшов А.Г., Хачатрян А.А. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАКОМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА..... 19
Александров Е.И. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ..... 9	Антипов Н.В., Ганяк Н.В., Морозов А.А., Рудской С.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ I ПАЛЬЦА КИСТИ ПО МЕТОДАМ КРАСОВИТОГО И ЛИТТЛЕРА 20
Александров И.Н., Ермаченко Т.П. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ДНР 10	Антипов Н.В., Зарицкий А.Б., Кривошееенко Т.А., Устинов Н.В. РОЛЬ ФАСЦИИ ТОЛЬДТА В ОТТОКЕ КРОВИ ПО ЯИЧКОВЫМ ВЕНАМ 20
Алешина Р.М. АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ (ИЗ ПРАКТИКИ АЛЛЕРГОЛОГА) 10	Антипов Н.В., Ломанов В.А., Жиляев Р.А., Сироид Д.В. ПОКАЗАНИЯ К ФИКСАЦИИ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ ВНЕСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОЙ ЧАСТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ..... 21
Алиев А.Ю. ЗДОРОВЬЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ – ЗАЛОГ СТАБИЛЬНОЙ РАБОТЫ ОТРАСЛИ И УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВА 11	Ариунсанаа Бямбаа, Энхмаа Отгонбаяр, Баясгалан Батцагаан, Мунхжаргал Одончимэг, Алтансүх Лодойзандан, Сурэнжав Унурсайхан ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ ПРЕПАРАТА «ДОКСИЦИКЛИН» НА МАЗЕВОЙ ОСНОВЕ С ПОМОЩЬЮ ИНКАПСУЛИРОВАННЫХ ЛИПОСОМ..... 22
Альмешкина А.А. ОСОБЕННОСТИ РЕФЛЕКСИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ..... 12	Асланов А.Д., Куготов А.Г., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Карданова Л.Ю., Баев Д.Ю. ДВОЙНОЕ УКРЕПЛЕНИЕ ШЕЙКИ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОГО МЕШКА АОРТЫ..... 23
Альмешкина А.А. ИНФОРМАЦИОННО-КОГНИТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ 13	Асланов А.Д., Куготов А.Г., Сахтуева Л.М., Готыжев М.А., Карданова Л.Ю., Бетуганова А.Л., Баев Д.Ю., Эльмурзаева К.Ж. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИРОДНЫХ ФАКТОРОВ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 24
Анастасов А.Г., Щербинин А.В. ОРГАННАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ДЕТЕЙ С ТРАВМОЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ 14	
Андреев Р.Н., Зятьева А.П., Лыгина Ю.А., Комиссаровская Н.В. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В Г. МАКЕЕВКЕ 15	

Асланов А.Д., Куготов А.Г., Сахтуева Л.М., Готыжев М.А., Карданова Л.Ю., Бетуганова А.Л., Баев Д.Ю., Кабардикова Л.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРИАРТЕРИАЛЬНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ФЕНОМЕНОМ РЕЙНО	25	Асланов А.Д., Логвина О.Е., Шоно-Арсби А.А., Кудусов К.М., Баев Д.Ю. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИГАНТСКИМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ ПРИ НАЛИЧИИ ОЖИРЕНИЕМ 2-3 СТЕПЕНИ	34
Асланов А.Д., Логвина О.Е., Калибатов Р.М., Куготов А.Х., Карданова Л.Ю., Хашев А.Ч., Калибатова М.С. ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА ПО АСЛАНОВУ А.Д.	25	Асланов А.Д., Сахтуева Л.М., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Карданова Л.Ю., Баев Д.Ю., Макоева К.М. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ	34
Асланов А.Д., Логвина О.Е., Калибатов Р.М., Эдигов А.Т., Хашев А.Ч., Хурзокова К.Р., Шебзухова А.А. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ПРИ ЖКБ	26	Астраханцев Д.А., Мосягина Н.А., Фастова О.Н. МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ЭПИФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ У КРЫС ПОСЛЕ 60-СУТОЧНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ НАТРИЯ БЕНЗОАТА И ФОРМИРОВАНИЯ ДЕФЕКТА В БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ	35
Асланов А.Д., Логвина О.Е., Калибатов Р.М., Куготов А.Х., Хашев А.Ч., Нирова Д.С., Терчукова (Кунижева) А.З. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГИГАНТСКИМИ РЕЦИДИВНЫМИ И РЕРЕЦИДИВНЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ	26	Афоница М.А. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СВЯЗАННОЙ С ТАБАКУРЕНИЕМ, В РОССИИ В 2016-2017 ГОДАХ	36
Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Г., Эдигов А.Т., Готыжев М.А., еКуготов А.Х., Хашев А.Ч., Карданова Л.Ю. ЗАПИРАТЕЛЬНО-ГЛУБОКОБЕДРЕННОЕ ШУНТИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	27	Бабура Е.В., Расторгуева И.С. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА КАК МЕТОД ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ПОСТАБОРТНОМ СИНДРОМЕ ...	37
Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Г., Эдигов А.Т., Куготов А.Х., Баев Д.Ю., Хашев А.Ч. АТИПИЧНЫЙ МЕТОД РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	28	Баринов Э.Ф., Басий Р.В., Довгялло Ю.В. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ НА КАФЕДРАХ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	38
Асланов А.Д., Куготов А.Г., Логвина О.Е., Эдигов А.Т., Готыжев М.А., Куготов А.Х., Батов А.З. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	28	Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Кардашевская Л.И., Щукина Е.В. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВАЛСАРТАНОМ И СПИРОНОЛАКТОНОМ	39
Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Г., Готыжев М.А., Хашев А.Ч. АВ-ФИСТУЛЫ ПРИ ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ	29	Багрий А.Э., Щукина Е.В., Самойлова О.В., Ефременко В.А., Приколота А.В. ВЛИЯНИЯ КАРДИОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОСТИНФАРКТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ФИБРОЗИРОВАНИЯ МИОКАРДА.....	40
Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Готыжев М.А., Хашев А.Ч., Карданова Л.Ю. ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ВОСХОДЯЩЕГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ... 30		Багрий А.Э., Яровая Н.Ф., Хоменко М.В., Щукина Е.В., Орлова Н.А., Шверова О.И. ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	41
Асланов А.Д., Куготов А.Г., Логвина О.Е., Куготов А.Х., Эдигов А.Т. РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ИЗ ОТДАЛЕННЫХ СОСУДИСТЫХ БЕССЕЙНОВ.....	31	Баринова А.С., Налётов А.В., Лянник В.А. ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С HELICOBACTER PYLORI, ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ «ТРАДИЦИОННОЙ» АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ СХЕМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ЗАРУБЕЖНОГО ПРОИЗВОДСТВА	41
Асланов А.Д., Логвина О.Е., Куготов А.Г., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Карданова Л.Ю., Хашев А.Ч. МИНИДОСТУПЫ К ТЕРМИНАЛЬНОМУ ОТДЕЛУ АОРТЫ И СОСУДАМ В БЕДРЕННОМ ТРЕУГОЛЬНИКЕ.....	32	Баринов Э.Ф., Фабер Т.И., Перенесенко А.О. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА	42
Асланов А.Д., Логвина О.Е., Сахтуева Л.М., Куготов А.Х., Эдигов А.Т., Карданова Л.Ю., Хашев А.Ч., Баев Д.Ю., Гергова З.М. РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	33	Баркалова Д.С. УМЕСТНОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТЕРМИНОВ «ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ СТАБИЛЬНЫЙ» В ОТНОШЕНИИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ	43

Батиров Б.А., Бафоев Б.Ю., Сафиева Н.Б. СТАБИЛЬНОСТЬ ИМПЛАНТАТА И ИЗМЕНЕНИЯ ВЫСОТЫ КОСТИ ДЛЯ ОДНОНАПРАВЛЕННЫХ ИМПЛАНТАТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С СОХРАНЕНИЕМ ИМПЛАНТАТА С ЛОКАТОРНЫМИ НАСАДКАМИ.....	44	Беседина Е.И., Демкович О.О., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Савченко В.С., Скрипка Л.В., Ткаченко И.М. ОБ АКТУАЛЬНЫХ ВОПРОСАХ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ И ОРГАНИЗАЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА КОРЬЮ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ (ДНР).....	55
Батиров Б.А., Бафоев Б.Ю., Сафиева Н.Б. ИМПЛАНТАЦИЯ ЗУБОВ И ЛЕЧЕНИЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ: ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ И ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛЕЧЕНИЯ	44	Беседина Е.И., Жидких Т.Н., Киосева Е.В., Оборнев Л.Е., Подоляка В.Л. РОЛЬ ПЕДАГОГИКИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ОРДИНАТОРОВ.....	56
Батиров Б.А., Сафиева Н.Б., Бафоев Б.Ю. СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА И БРУКСИЗМА (РАСТИРАНИЕ И СТИСКИВАНИЕ ЗУБОВ).....	45	Беседина Е.И., Мельник В.А., Колесникова А.Г., Лыгина Ю.А., Демкович О.О., Бублик Я.В. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ КАЛЕНДАРЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	57
Башеев В.Х.2, Золотухин С.Э., Аль Давуд Амджад, Понсе А.О., Мутык М.Г., Балабан В.В., Клочков М.М.1 НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ И СФИНКТЕРСОХРАНЯЮЩИХ РЕЗЕКЦИЙ	46	Беседина Е.И., Скрипка Л.В., Мельник В.А., Демкович О.О., Бабуркина А.И. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ТУЛЯРЕМИИ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ.....	58
Башеев В.Х., Золотухин С.Э., Мутык М.Г., Балабан В.В., Клочков М.М. ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ 253 ГРУППЫ ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ РАКЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ... 47	47	Блинов И.А. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ И ПРОБЛЕМЫ КОНТРАЦЕПЦИИ У СЕКСУАЛЬНО АКТИВНЫХ ПОДРОСТКОВ.....	59
Л.В. Башкатова, Е.Н. Евдокимова ПОДХОДЫ К ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ У ДЕТЕЙ.....	47	Блудова Н.Г., Благина И.И., Благодаренко А.Б., Князева А.К. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПУРОЛАЗЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИЗИСА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	59
Бевза Я.В., Колесникова А.Г., Максимова М.А. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗАЩИТЫ ОТ ТЕРРОРИЗМА И БИОЛОГИЧЕСКИХ УГРОЗ	48	Бобоев М.М., Ботирова М.К., Мамадалиев Ш.И., Халмирзаева С.С. КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ.....	60
Бедак А.С. ХИРУРГИЯ ЕДИНОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ	49	Бобоев М.М., Мадумарова М.М., Мамадалиев Ш.И. ЗНАЧЕНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ	61
Безкравайный Б.А., Сенченко Н.Г. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ	50	Бобоев М.М., Юсупов К.М., Салиева М.Х. ПРОФИЛАКТИКА ВБИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ	61
Безкравайный Б.А., Сенченко Н.Г. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В НЕОНАТОЛОГИИ.....	51	Бобровицкая А.И., Захарова Л.А., Лепихова Л.П., Киселева А.Ю. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ У ДЕТЕЙ..	62
Белая И.Е. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	52	Бобровицкая А.И., Золото Е.В., Воробьева В.Г., Захарова Л.А. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	63
Беличко Д.Р., Константинова Т.Е., Клёмин В.А., Малецкий А.В. НАНОЧАСТИЦЫ И КОНСОЛИДИРОВАННЫЕ СРЕДЫ НА ИХ ОСНОВЕ КАК НОВЫЙ ОБЪЕКТ В РАЗВИТИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	53	Бобенко Д.С., Бобенко С.К., Талалаенко И.А., Чубарь В.А., Бобенко Н.Д., Барков К.А. НОВАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ ОДОНТОГЕННЫМ СИНУСИТОМ	64
Белкин Д.К. ПОДВЗДОШНО-РЕЗЕРВУАРНО-АНАЛЬНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ	54		
Беседина Е.И., Бублик Я.В., Зяблицев Д.В. СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ И МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ОРДИНАТОРОВ НА ЦИКЛЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»	54		

Боенко Д.С., Боенко С.К., Талалаенко И.А., Чубарь В.А., Боенко Н.Д., Михеева Н.Л. ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА.....	65	Вакуленко И.П., Герасименко В.В. КТ-ВИЗУАЛИЗАЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ЖЕЛУДКА.....	78
Боенко Д.С., Талалаенко И.А., Чубарь В.А., Боенко Н.Д., Пушкарук А.М. СВЕРХКОМПЛЕКТНЫЕ РЕТЕНИРОВАННЫЕ ЗУБЫ ДНА ПОЛОСТИ НОСА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗМЕНЕНИЯМИ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР	66	Вакуленко И.П., Зубов А.Д., Шаталов А.Д., Фоминов В.М., Пархоменко А.В. НЕПАРАЗИТАРНАЯ КИСТА ПЕЧЕНИ И ЦИСТАДЕНОМА: СОНОГРАФИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА	79
Бойченко А.А. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ДЕВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	67	Вакуленко И.П., Кулишова О.В. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА СИНОВИАЛЬНЫХ ХОНДРОМАТОЗОВ КРУПНЫХ СУСТАВОВ.....	79
Болотов А.А. РАССМОТРЕНИЕ СЛУЧАЕВ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТНОСТИ НА ШАХТАХ ДОНБАССА С ПОЗИЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ КЛИМАТОЛОГИИ.....	68	Вакуленко И.П., Первак М.Б., Котлубей Е.В., Губенко О.В., Оборнев А.Л. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОБЛЕМНЫХ ЛЕКЦИЙ В ПРЕПОДАВАНИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ	80
Бондаренко Е.В. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТНИКОВ ПОДЗЕМНОГО КОМПЛЕКСА УГОЛЬНЫХ ШАХТ..	69	Вакуленко И.П., Хацко В.В., Фоминов В.М., Пархоменко А.В. ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ И ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ	81
Борота А.В., Торба А.В., Старцева Л.Н., Бондаренко О.О. ОДНОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ПЕРФОРАТИВНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ....	69	М.А. Ванюхова ДЕФОРМАЦИЯ ПРАВОСОЗНАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	82
Брова Ю.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ МИОКАРДА И ЛАБАРАТОРНЫМИ БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ КАРДИОЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	70	Варданян Е.С. КОРЬ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	82
Бубликова А.М., Коценко Ю.И., Максименко О.Л., Шевченко В.В. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АТИПИЧНОГО ПАРКИНСОНИЗМА	71	Васильченко А.И., Антипов Н.В., Жиляев Р.А. ВЛИЯНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА В РАЗВИТИИ СИНДРОМА МИРИЗЗИ	83
Бубликова А.М., Коценко Ю.И., Сигитова Е.В., Прокопенко Е.Б. РОЛЬ ПЕДАГОГИКИ В ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ НА ЭТАПЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ.....	72	Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Павликова А.А. ВЛИЯНИЕ ГИПОНАТРИЕМИИ НА РИСК ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	84
Буждежан А.В. ПОЛИТИЧЕСКАЯ БОРЬБА ПО ВОПРОСУ ПРИНЯТИЯ АНАТОМИЧЕСКОГО АКТА 1832 Г. В ВЕЛИКОБРИТАНИИ	73	Ващенко А.В., Белькова В.А. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В УСЛОВИЯХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ	85
Былым Г.В., Тутов С.Н., Подоляка Д.В., Джеломанова С.А., Носкова О.В. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА.....	74	Ветров С.Ф. ОСНОВНЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ УСВОЕНИЯ ЗНАНИЙ ПРИ ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ НА КАФЕДРЕ ГИГИЕНЫ ФИПО	85
Былым Г.В., Тутов С.Н., Подоляка Д.В. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.....	75	Ветров С.Ф. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ ВЕДУЩИХ ХОЗЯЙСТВЕННУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ	86
Былым Г.В., Тутов С.Н., Подоляка Д.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ В ГИНЕКОЛОГИИ	76	Ветров С.Ф. К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО МЕДИЦИНЕ ТРУДА НА КАФЕДРЕ ГИГИЕНЫ ФИПО ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ.....	87
Былым Г.В., Тутов С.Н., Подоляка Д.В. КАЧЕСТВО УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	77	Ветров С.Ф., Алиев А.Ю. ЗАДАЧИ В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНЫ ТРУДА В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	88

Ветров С.Ф., Шапран С.И., Аксёнов И.В. АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ ДОНЕЦКОЙ НА- РОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ.....	89	Габрева М.А. ПАРОТИТ У ВЗРОСЛЫХ: ЧЕМ ОПАСНА ИНФЕКЦИЯ?	101
Вильдгрубе С.А., Фирсова Г.М. СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЗАЩИТНЫЕ ПСИХО- ЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПСИХО- СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ РАЗНОГО ТИПА	89	Гапонова О.В. СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗАБОЛЕ- ВАЕМОСТИ ИНФАРКТМ МИОКАРДА И ИНСУЛЬТОМ В ПРОМЫШЕННОМ РЕГИОНЕ	101
Вильдгрубе С.А., Фирсова Г.М. Я-КОНЦЕПЦИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕ- СКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ	90	Гашкова Л.А., Бабенко-Сорокопуд И.В., Кучерявая В.И. МОТИВАЦИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ДЕВОЧКАМИ-ПОДРОСТКАМИ	102
Витрищак С.В., Савина Е.Л., Клименко К.В., Клименко А.К. ТОКСИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ ТОЛУОЛА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА – ОДНА ИЗ ВАЖНЫХ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ.....	91	Герасименко Ю.В. К ВОПРОСУ О СОМАТИЧЕСКИХ ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА	103
Ворожко А.А. ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ИЗ АКРИЛОВЫХ ПОЛИМЕРОВ	92	Глушко Ю.В. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ 7-9 ЛЕТ, ПРО- ЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА	104
Ворожко А.А. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЛЮНЫ В ДИНА- МИКЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АКРИЛОВЫМИ ПОЛИМЕРА- МИ.....	93	Глущенко В.Р. НЕЗАКОННОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕ- РЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ: ВОПРОСЫ ЗАКОНОДА- ТЕЛЬНОЙ РЕГЛАМЕНТАЦИИ	105
Вустенко В.В., Глушич С.Ю. ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПОДРОСТКОВ О РОЛИ ВИТАМИ- НА D И МЕТОДАХ ПРОФИЛАКТИКИ ЕГО ДЕФИЦИТА В ОРГАНИЗМЕ	93	Голоденко О.Н. СМЫСЛУОУТРАТА КАК РЕЗУЛЬТАТ ВЛИЯНИЯ ХРОНИЧЕ- СКОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА ОСОБЕННО- СТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ РЕСУРСОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	106
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Черняк А.Н. ВЛИЯНИЕ КЛИМАТО-ГЕЛИОГЕОФИЗИЧЕСКИХ ФАКТО- РОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В УСЛО- ВИЯХ ДОНБАССА	94	Гольнева А.П., Статинова Е.А., Коценко Ю.И., Сигитова Е.В. ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СПАСТИ- ЧЕСКОГО ГИПЕРТОНУСА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ	107
Выхованец Ю.Г., Алешечкин П.А., Тетюра С.М., Черняк А.Н. ЭКСПРЕСС-МЕТОД ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЧЕЛОВЕКА	95	Гонтарь Е.А., Гаврилов А.Е., Мороз А.Б., Колосова О.В. ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ РЕАКТИВНОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ЗУБОВ И ПАРОДОНТА.....	108
Выхованец Т.А., Выхованец Н.Ю., Машинистов В.В. РОЛЬ ПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБ- РАЗА ЖИЗНИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ.....	96	Городник Г.А., Момот Н.В., Костенко В.С., Кабанько Т.П., Шраменко Е.К. КАСКАДНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРА- ПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНО- СТЬЮ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С	109
Выхованец Т.А., Павлович Л.В., Ежелева М.И. О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА ПО ГИГИЕНЕ ПИТАНИЯ В СОВРЕМЕН- НЫХ УСЛОВИЯХ ОБУЧЕНИЯ	97	Городник Г.А., Смирнова Н.Н., Онищенко Е.В. ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	110
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Черняк А.Н. ВЛИЯНИЕ КЛИМАТО-ГЕЛИОГЕОФИЗИЧЕСКИХ ФАКТО- РОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В УСЛО- ВИЯХ ДОНБАССА	98	Городник Г.А., Черный В.И., Андропова И.А., Назаренко К.В., Андропова М.А., Городник К.Г., Ребковец И.И., Мирошник С.П., Темербек Ю.Н. ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕРЕБРО-КАРДИАЛЬНЫХ ВЗАИМОДЕЙ- СТВИЙ ПРИ ВЕГЕТАТИВНОМ СОСТОЯНИИ В ОТВЕТ НА НЕЙРОТРОПНУЮ ТЕРАПИЮ	111
Выхованец Ю.Г., Талб Аль Каравани Я.Б. ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У УЧА- ЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	99	Гороховский А.С. ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТРАНС- ПЛАНТОЛОГИИ. КЛИНИЧЕСКАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ.....	112
Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Ляхно О.В. КУРС «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И БИОСТАТИСТИ- КА» В РАМКАХ СЕМИНАРА ПО СОВЕРШЕНСТВОВА- НИЮ НАВЫКОВ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯ- ТЕЛЬНОСТИ НАУЧНЫХ И НАУЧНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ	100	Госман Д.А. ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПИ- ТАНИЯ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУ-	

ЛЁЗОМ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ДОНЕЦКА В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА 112	Губенко О.В. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОМИЕЛИТА ПОЗВОНКОВ 124
Гостюк И.М., Титиевский С.В., Воеводина В.С., Черепков В.Н., Побережная Н.В., Фирсова Г.М., Данилова Е.М. ОЦЕНКА ПСИХОГЕННЫХ ФАКТОРОВ СТАБИЛИЗАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕ- РИОДА СИТУАЦИИ В ДОНБАССЕ 113	Е.А. Гура ОСОБЕННОСТИ АЛГОРИТМОВ УПРАВЛЕНИЯ И ДЕЙ- СТВИЙ МЕДИЦИНСКИХ СИЛ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ПРИ ВЫПОЛНЕ- НИИ ЗАДАЧ ПО ПРЕДНАЗНАЧЕНИЮ 125
Грачёв А.В., Войтенко Р.С., Андреев Р.Н. АТРОФИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА, ЕГО ОПИСАНИЕ И ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ 114	Гуренко А.А., Колесников А.Н., Колесникова В.В., Чернышова Е.А. ПРОБЛЕМЫ И АСПЕКТЫ ПРЕМЕДИКАЦИИ В ПЕДИА- ТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 126
Гридасов В.А., Домашенко О.Н., Кишеня М.С., Чернобри- вцев П.А. РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА 31T>C ГЕНА IL-1B В РАЗВИТИИ ИЕРСИНИОЗНОГО АРТРИТА 115	Данилов Ю.В., Денисенко А.Ф., Боева И.А., Ермаченко Т.П., Тищенко А.В., Ласткова Н.Д., Ладария Е.Г. ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗ- ВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ 127
Гринцов А.Г., Антонюк С.М., Кобицкий М.М., Ахрамеев В.Б., Матийцев А.Б., Русика А.А. Бережная М.Г. К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ РЕЗЕКЦИИ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ ПРИ СРЕДИННЫХ КИСТАХ И СВИЩАХ ШЕИ 116	Данилов Ю.В., Денисенко А.Ф., Ермаченко Т.П., Боева И.А., Тищенко А.В., Ласткова Н.Д. НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ПРОФБОЛЕЗНЕЙ И РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ 128
Гринцов А.Г., Куницкий Ю.Л., Харьковский В.А., Кирьякулова Т.Г., Гончаров В.В. СТРУКТУРА БОЕВОЙ ТРАВМЫ ЛОКАЛЬНЫЙ ВООРУ- ЖЕННЫЙ КОНФЛИКТ В ДОНБАССЕ 117	Данилов Ю.В., Шевченко Т.И., Мотков К.В. ВОЗМОЖНОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИС- СЛЕДОВАНИЯ В ТРАКТОВКЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НЕБЛАГО- ПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВА 129
Гринцов А.Г., Матийцев А.Б., Пилюгин Г.Г., Христуленко А.А., Осипов А.Г. О НЕОБХОДИМОСТИ ВЫЕЗДНЫХ ЦИКЛОВ ПРИ ПРО- ФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ ВО ВРЕМЯ ОГРАНИЧЕННЫХ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ 118	Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин В.В. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ АЛГИЙ У ПАЦИЕНТОК С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕ- РЯМИ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ 130
Гринцов А.Г., Матийцев А.Б., Пилюгин Г.Г., Христуленко А.А., Осипов А.Г. СООТНОШЕНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ К ЛИМФОЦИТАМ, КАК ПРЕДИКТОР ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕ- НИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 119	Данькина И.А., Данькина В.В., Чистяков А.А., Данькин В.В. КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУК- ТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИА- БЕТОМ 131
Гринцов А.Г., Матийцев А.Б., Шестопалова А.Д., Христулен- ко А.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПО- СЛЕ УДАЛЕНИЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВА- НИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 120	Дегонская Е.В., Шаймурзин М.Р., Евтушенко О.С., Евтушен- ко И.С., Евтушенко Л.Ф. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАЛКИОН-ТЕРАПИИ В РЕА- БИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ НЕЙРО- МЫШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 132
Гринцов А.Г., Пилюгин Г.Г., Осипов А.Г., Матийцев А.Б., Луценко Ю.Г. ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПРО- КТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 121	Дегтярев О.Л., Демин К.А., Лагеза А.Б., Мкртчян А.С. МЕТОД ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ СОЧЕТАН- НОЙ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМЕ 133
Гринцов А.Г., Совпель И.В., Седаков И.Е., Совпель О.В., Мате В.В., Шаповалова Ю.А. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОД- НОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ 121	Дегтярев О.Л., Лагеза А.Б., Красенков Ю.В., Шестаков А.М. СПОСОБ ДОСТУПА В ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ ПРО- СТРАНСТВО ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТОТАЛЬНОЙ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ГЕРНИОПЛА- СТИКИ (ТЕР) 136
Грищенко Е.А., Статинова Е.А. ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ИШЕМИЧЕ- СКОГО ИНСУЛЬТА (ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ПОТЕНЦИАЛЬ- НЫЕ МАРКЕРЫ) 122	Дегтяренко Е.В., Ермакова И.Д. АНАЛИЗ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ ДГСП Г. ДОНЕЦКА ПО САНА- ЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ПОД НАРКОЗОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 137
Громенков В.Д., Котова К.А., Щукина Е.В., Реутова Н.О., Багрий О.Н., Андрусак А.Ю. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРА- ТОВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 123	Делегойдина А.В., Комендант В.В., Исиков А.П., Лень Д.М. НЕСТАНДАРТНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С РЕЦИДИВ- НОЙ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕ- СКОГО СЛУЧАЯ) 138

Демкович О.О., Беседина Е.И., Лыгина Ю.А., Думчева Т.Ю., Ковалева Р.В., Савченко В.С., Литвинова Т.П. ОБ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ ОРГАНИЗАЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 139	Доценко Т.М., Бугашева Н.В. ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ДО ГОДА 150
Демкович О.О., Беседина Е.И., Мельник В.А., Думчева Т.Ю., Лысенко Н.И., Данилюк А.Н., Давыдова А.В. ОБ ОСНОВНЫХ ТЕНДЕНЦИЯХ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ (ДНР)..... 140	Доценко А.К., Храповицкий К.Д., Мозговой И.С., Ващенко А.В. СТАТИСТИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА 151
Денисов А.В., Антонюк О.С., Попандопуло А.Г., Штода Д.Е., Шаповалов И.Н., Багдасаров К.М. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ДИФFUЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА 141	Доценко А.К., Храповицкий К.Д., Мозговой И.С. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРИТРОПОЭТИНА В СПОРТЕ 151
Денисов В.К., Захаров В.В. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ И БУДУЩЕЕ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ 142	Дубовая А.В. ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ БИОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 152
Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э., Онищенко Е.В., Голубова Т.С., Захарова О.В., Варибрус С.А. УСЛОВИЯ ТРУДА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОГО ЦЕНТРА 143	Дубовая А.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ 153
Джерин Д.В. СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ 144	Дубовая А.В., Кравченко А.И. ОСОБЕННОСТИ БИОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ДИСПЛАСТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 154
Долгошапко О.Н., Золото Е.В., Богослав Ю.П., Черноус В.А., Черноус В.В. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У МОЛОДЕЖИ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА..... 145	Дубовая А.В., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Курышева О.А., Мельник Ал.В., Мельник К.В. ОСОБЕННОСТИ ПЛАНОВОЙ ИММУНИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 155
Долгошапко О.Н., Матийцив А.Б., Гринцов Г.А., Христуленко А.А., Литвиненко В.В. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ, ТАКТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИМУЛЬТАННЫХ АППЕНДОКТОМИЙ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 145	Дубовая А.В., Науменко Ю.В. ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.. 156
Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Кишеня М.С., Чернобритцев П.А. ГЕН TNFRSF11B И ЕГО ПОЛИМОРФИЗМ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ РАЗВИТИЯ ИЕРСИНИОЗНОГО АРТРИТА 146	Дудайте В.В., Заславский А.С., Пенина Г.О., Черепянский М.С., Помников В.Г. АНАЛИЗ ДАННЫХ РЕГИСТРА ОНМК РЕСПУБЛИКИ КОМИ С УЧЕТОМ 2018 ГОДА 157
Домашенко О.Н., Гридасов В.А., Шпилевая Н.И., Куропятник В.В., Хоменко Д.Ю. ЗНАЧЕНИЕ ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПОРАЖЕНИИ СУСТАВОВ 147	Евтушенко С.К., Фомичева Е.М. ВОЗМОЖНОСТИ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ..... 158
Домашенко О.Н., Захарова И.И. СИНДРОМ ЛИХОРАДКИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА 148	Егоров В.С., Андреев Р.Н., Зиновьева А.С., Ермаков И.Р. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ГРУПП КРОВИ ПО СИСТЕМЕ АВ0 159
Домашенко О.Н., Куропятник В.В., Хоменко Д.Ю. ГЕПАТИТ G: АСПЕКТЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ 148	Ежов Д.А. ЧАСТОТА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ СТРОЕНИЯ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА У ЖИТЕЛЕЙ ДОНБАССА 159
Домашенко О.Н., Паниева Д.С., Гридасов В.А. О КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ И ОСОБЕННОСТЯХ ЛАБОРАТОРНОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ГЕРПЕС-ВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ 149	Ермакова Н.Н., Клевченя А.Н. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ДОНЕЦКА ЗА ПЕРИОД 2007-2016 ГГ. 160
	Ермаченко Т.П., Александров И.Н., Ермаченко А.Б., Садеков Д.Р. ФОРМИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ЗОНЕ ВЛИЯНИЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ ВЫБРОСОВ В АТМОСФЕРУ 161
	Ермаченко А.Б., Садеков Д.Р. БИОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ И ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЫЛИ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НАСЕЛЕННЫХ МЕСТ 161

Еромянц И.С., Жданова Е.В., Колесникова Е.Ю. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТ-КАРТ НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ 162	ДОГО ВОЗРАСТА И ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ИНСУЛЬТОВ РЕСПУБЛИКИ КОМИ 175
Ершова И.Б., Осипова Т.Ф., Решиков В.А. СТРЕСС И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ 163	Захарова Л.А., Махмутов Р.Ф., Бобровицкая А.И., Воробьева В.Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА РЕАБИЛИТАЦИИ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОЧАГАМИ ИНФЕКЦИИ ИМУНИЗИРОВАННЫХ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В 176
Ершова И.Б., Петренко О.В., Бортник О.А. ПОКАЗАТЕЛИ ВИТАМИННО-ЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ЛЯМБЛИОЗОМ 163	Зверева А.Р., Крылова В.М., Андреев Р.Н. ЯВЛЕНИЕ СОННОГО ПАРАЛИЧА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ 176
Ершова И.Б., Решиков В.А., Бондаренко Г.Г. МОДИФИКАЦИИ ТЮБАЖЕЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 164	Золото Е.В., Железная А.А., Яковлева Э.Б. СИНДРОМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА 177
Efremenko V.A., Kovyrrshina E.E. Gromenkov V.D., Samoilova O.V., Stupka N.A., Gritskevich O.S., Gunkina V.N. AGE-RELATED STRUCTURAL FEATURES OF THE AORTIC VALVE IN ADULTS ON ECHOCARDIOGRAPHY 165	Золото Е.В., Томачинская Л.П. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ЛЕЧЕБНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НА ФОНЕ НЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 178
Ефременко В.А., Самойлова О.В., Ковыршина Е.Е., Яковенко В.Г., Голодников И.А., Решетняк Е.А. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НА ФОНЕ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА 166	Золотухин Н.С., Резник М.А., Догадайло А.А. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С АПОПЛЕКСИЕЙ ЯИЧНИКА 179
Жадан Е.С., Агаркова Л.Д., Демкович О.О. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЧЕСОТКИ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМЫ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2014-2018 ГГ. 167	Зуев К.А. РОЛЬ ЛЕКЦИЙ ПО ФИЛОСОФИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ 180
Жадинский Н.В., Жадинский С.Н. РАЗРАБОТКА ПОДХОДОВ К ПОДАВЛЕНИЮ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ В РАНЕ 168	Зуева Г.В., Масюта Д.И. ЗНАЧЕНИЕ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 181
Забелин А.С. ЛАЗЕРНОЕ И УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ФЛЕГМОНЫМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 169	Зуев К.А., Смеричевский Э.Ф., Огородник И.С. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ФИЛОСОФИЯ» В МЕДИЦИНСКИХ СТУДЕНЧЕСКИХ ГРУППАХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 182
Забелин А.С., Щербаклова М.Г., Береснева А.А. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ 170	Зуйков С.А., Бакурова Е.М., Филиппаки И.В., Одарченко Т.С. ИЗМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ПУРИНОВ, КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ 184
Забелин А.С., Щербаклова М.Г., Корнева Ю.С. ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 171	Иваненко А.А., Ковальчук О.Н., Лившиц Г.Н., Курилов В.К. ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРОТИДНЫХ ПАРААНГИОМ 185
Забродняя В.К., Чайковская И.В. СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ЛАКТОФЕРРИНА В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ ИНСУЛИНЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА 172	Иващенко В.В., Журавлёва Ю.И., Балацкий Е.Р. О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ СОЧЕТАНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ТРАДИЦИОННОГО ИТОГОВОГО ЭКЗАМЕНА В ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМ КОНТРОЛЕ ЗНАНИЙ НА ЦИКЛЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ 186
Задума Я.Т. СВЕДЕНИЯ, СОСТАВЛЯЮЩИЕ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ В КОНТЕКСТЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ПРАВОВОГО РЕЖИМА ИНФОРМАЦИИ 172	Ивженко А.В. ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЕКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕННОГО АППЕНДИЦИТА 187
Заславский А.С., Пенина Г.О. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕНЕСШИХ ОНМК ЛИЦ СРЕДНЕГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ИНСУЛЬТОВ РЕСПУБЛИКИ КОМИ 174	
Заславский А.С., Пенина Г.О. СРАВНЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОНМК У ЛИЦ МОЛО-	

Игнатенко Г.А., Джоджуа А.Г., Багрий А.Э., Первак М.Б., Костоюкова Н.Ю., Басий Р.В., Ващенко А.В., Христуленко А.Л., Валигун Я.С. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ОРДИНАТУРЫ	188	Капранов С.В., Калюжный В.В. К ВОПРОСУ СОЗДАНИЯ В НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ ОПТИМАЛЬНЫХ СИСТЕМ СБОРА, ПЕРЕРАБОТКИ И УТИЛИЗАЦИИ БЫТОВЫХ ПОЛИМЕРНЫХ ОТХОДОВ	200
Игнатенко Г.А., Енгенов Н.М., Бондаренко Н.Н. СОСТОЯНИЕ МЕТАБОЛИЗМА КОЛЛАГЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ	190	Капранов С.В., Капранова Т.С. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ДЕТСКИХ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ	201
Г.А. Игнатенко, И.В. Мухин, А.В. Дубовик, А.С. Дзюбан, В.Г. Гавриляк, С.В. Туманова, О.В. Колычева, С.А. Коваль, Р.А. Джоджуа, Ю.А. Брова, Н.Ш. Назарян, А.А. Федорченко, Ю.В. Алагос ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ РЕЖИМОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ЧАСТОТУ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ, СМЕРТНОСТЬ И ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА	191	Кардаш А.М., Ващенко А.В., Зятьева А.П. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ИМПУЛЬСОВ ПРИ МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	202
Г.А.Игнатенко, И.В.Мухин, И.А.Плахотников ПЯТИЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ И РЕЗИСТЕНТНЫМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ	192	Кардаш А.М., Ващенко А.В., Зятьева А.П. ПРИМЕНЕНИЕ МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ВОЕННЫМ КОНФЛИКТОМ	203
Игнатенко Г.А., Толстой В.А., Дубовик А.В., Брыжатая Ю.О., Евтушенко И.С., Контковский Е.А. ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ – МИНУВШИЙ БЛЕСК И НЫНЕШНЯЯ НИЩЕТА? ПЕРКУССИЯ	193	Карпенко А.В. ПРИЧИНЫ АЦЕТОНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	203
Игнатъева В.В., Бойцова В.Е. АНКЕТИРОВАНИЕ СТУДЕНТОВ О ИСПОЛЬЗОВАНИИ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ЛЕКЦИЙ ПО ХИМИИ	194	Карпенко А.В., Лепихова Л.П., Киселева А.Ю. АЦЕТОНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	205
Ильина А.Я., Барина А.С., Ахалова Е.А., Рыгалова А.Д., Рябова А.П., Соловьева И.В., Мищенко А.Л., Побединская О.С. СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ И У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ У ЖЕНЩИН С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ И ПРИОБРЕТЕННЫМИ ФАКТОРАМИ ТРОМБОТИЧЕСКОГО РИСКА	195	Касумова Я.А., Добагова М.Р. ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	205
Исаков С.В. Исакова Т.И. Шеин С.С. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ КАРИЕСА ...	196	Клочков Д.А. ОПЫТ ТРАНСПОРТИРОВКИ ТЯЖЕЛОРАНЕННЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ	207
Калиновский Д.К., Герасименко А.Ю., Логунов П.В., Перетятко Н.И. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛИОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ...	196	Ковалева К.В. ОСОБЕННОСТИ ВОЛЕВОГО САМОКОНТРОЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	207
Калоева С.К., Слепушкин В.Д., Малиев Б.М. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМУ ПОСОБИЮ У ОПИАТЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ.....	197	Коваленко С.Р. ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ И САМООЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ НА ОСОЗНАНИЯ НАЛИЧИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА	208
Кальянов М.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА	198	Коваленко С.Р. ОСОБЕННОСТИ РЕФЛЕКСИВНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА С РАЗЛИЧНОЙ УСПЕВАЕМОСТЬЮ	209
Капранова Г.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ В ПРОМЫШЛЕННЫХ РЕГИОНАХ.....	199	Коваленко Я.О., Коваленко О.Г., Осипенкова Т.С. ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕНОВОГО МАТРИКСА «БИОПЛАСТ-ДЕНТ» В ВИДЕ КРУГА ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ОБЪЕМА КЕРАТИНИЗИРОВАННОЙ ДЕСНЫ	210
		Коваленко Я.О., Коваленко О.Г., Попко А.Н. ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКОВ МАТЕРИАЛА «БИОПЛАСТ-ДЕНТ» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АТРОФИИ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ	210
		Кокина И.В. ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ	211

Кокина И.В. ПСИХОНЕЙРОИММУНОЭНДОКРИННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ 212	Кретьова С.Г., Кравченко А.А., Андреев Р.Н. ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ОНКОПАТОЛОГИЕЙ В Г. ДОНЕЦКЕ ЗА ПЕРИОД 2015-2018 ГОДОВ 222
Колкин Я.Г., Хацко В.В., Коссе Д.М., Нестеров Н.А., Мамисашвили З.С. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА 212	Кривоносова Я.Е. ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ 223
Колосова О.В., Хачатурова К.М., Хохлова Е.А. ВЛИЯНИЕ СВЕТОВОГО ПОТОКА ФОТОПОЛИМЕРИЗАТОРОВ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ДЕСНЫ 213	Кужель М.А., Бочерова В.К. РОЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СНИЖЕНИИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ 224
Комаревская Е.В., Грицкевич Н.Ю. О ВЛИЯНИИ ПРЕПАРАТА «ОКТЕНИСЕПТ» НА СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА 214	Кузнецова И.Е. ВАЖНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ 225
Кондрашова А.Н. РОЛЬ ПРОЦЕССОВ СТАРЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ВОЗРАСТНОЙ КАТАРАКТЫ У ЛИЦ 55-60 ЛЕТ 215	Кузнецова И.В., Горелов Д.В. ИНДЕКС ГЛОБАЛЬНОГО АНАЭРОБНОГО МЕТАБОЛИЗМА В ПРАКТИКЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ 226
Корж Е.В., Подчос Н.А., Стрига Л.В., Извекова Т.С., Малявко Н.А. ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ КО-ИНФЕКЦИЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗ/ВИЧ 215	Кузнецова И.В., Потапов В.В., Шраменко Е.К., Зенин О.К. ТЕНЗИОМЕТРИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА СЕРДЦЕ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 227
Косенкова-Дудник Е.А. МЕЖПРЕДМЕТНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТА-МЕДИКА (НА ПРИМЕРЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК») 216	Кузнецова В.Ю., Федоренко А.Ю., Рудневский Ю.О., Гусев А.И., Анастасиенко Р.В. ТРАНСФУЗИИ ДОНОРСКИХ ТРОМБОЦИТОВ НОВОРОЖДЕННЫМ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ 228
Косторев А.С. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ АУТОИММУННОГО ГИПОГОНАДИЗМА НА ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ И ПОВЕДЕНИЕ САМЦОВ И САМОК БЕЛЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС 217	Кузнецов Н.А., Залюбовская Л.В. АЛГОРИТМ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ХИРУРГОМ ПРИ ТРУДНОМ ВЕНОЗНОМ ДОСТУПЕ ВО ВРЕМЯ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА 228
Котов В.С. ОЦЕНКА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СУММАРНЫХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ДОЗ ОБЛУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ Г. ДОНЕЦКА ОТ ПРИРОДНЫХ ИСТОЧНИКОВ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ 218	Кулемзина Т.В., Испанов А.Н. ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ПОНЯТИЮ «ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ» 229
Коценко Ю.И., Статинова Е.А. КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА 219	Кулемзина Т.В., Красножон С.В. КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕДАГОГА КАК ИНДИКАТОР УСПЕШНОСТИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ 230
Коценко Ю.И., Статинова Е.А., Бубликова А.М., Максименко О.Л., Андропова М.А. ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ С УЧЕТОМ НЕПРЕРЫВНОЙ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 220	Кулемзина Т.В., Криволап Н.В. ПРИНЦИПЫ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ 231
Коценко Ю.И., Статинова Е.А., Максименко О.Л., Бубликова А.М. СОВРЕМЕННЫЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДИАГНОСТИКИ ПРОЗОПАЛГИЙ 221	Кулемзина Т.В., Моргун Е.И. ТРАДИЦИОННАЯ ФИЛОСОФИЯ КАК ОСНОВА ИНТЕГРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ 232
Красноставец Я.В., Лазаренко К.В., Андреев Р.Н. К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ – КАК НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТИ СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ И МЕДИЦИНЫ 222	Кулемзина Т.В., Папков В.Е. К ВОПРОСУ О ПРЕВЕНТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ 233
	Куницкий Ю.Л. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СОЧЕТАННОЙ С НЕОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПАНКРЕАТОДУДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ 234

Куницкий Ю.Л., Гринцов А.Г., Колесников А.Н., Гончаров В.В., Куницкая Е.В. РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТРЕССА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ.....	235	Ладария Е.Г., Гринцова А.А., Ляшенко Е.Г., Каратаева К.О., Боева И.А. ВЛИЯНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НА ОСНОВНЫЕ ЗВЕНЬЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЛЕГКИХ.....	245
Курдакова Д.В.1, Пенина Г.О.2 СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НА ПРИМЕРЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В ГОРОДЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ	236	Ладур А.И., Заика А.Н., Глотов А.В., Кондаков М.Д. ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОНКОКИШЕЧНО-ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ «ИСКУССТВЕННОГО ЖЕЛУДКА» ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ.....	246
Куркурин К.К. НАРУШЕНИЯ СНА У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	237	Ластков Д.О., Ежелева М.И., Ежелева Л.С., Брюханова С.Т., Павлович Л.В. ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНКИХ СЕСТЕР.....	247
Курешева О.А. ТЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ УВЕЛИЧЕННОЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	237	Ластков Д.О., Клименко А.И., Михайлова Т.В. ИГРОВАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ КАК ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ВРАЧЕБНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ.....	248
Курешева О.А., Якимчук Н.В., Конкина М.Н., Баева В.Г. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ УВЕЛИЧЕННОЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ	238	Ластков Д.О., Попович В.В. ОЦЕНКА И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ТЕХНОГЕННОГО РЕГИОНА	248
Кустов Д.Ю. ВЛИЯНИЕ ОВАРИЭКТОМИИ НА ЛЕЙКОЦИТАРНУЮ ФОРМУЛУ КРОВИ КРЫС С МОДЕЛЬЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ДО И ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ	239	Лашин Д.В., Засько Е.Л., Андреев Р.Н. ПРОБЛЕМЫ УВЕЛИЧЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	249
Кустов Д.Ю. ИЗМЕНЕНИЕ КАРТИНЫ БЕЛОЙ КРОВИ У САМЦОВ БЕЛЫХ КРЫС С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, СОПРЯЖЕННЫМ С ГИПОФУНКЦИЕЙ ГОНАД ДО И ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ	240	Lebedeva E.A., Zhenilo V.M., Markarian E.G., Skoblo M.L., Belyaevskiy S.A., Petrenko N.A. COMPLEX INTENSIVE TREATMENT IN ACUTE PERIOD OF TRAUMATIC BRAIN INJURY	250
Кустов Д.Ю., Сивенкова Е.В., Валигун Я.С. ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ КРЫС В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ ИНДУЦИРОВАННОГО АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ДО И ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ СЕРТОНИНОМ.....	241	Левченко Л.А. ПОКАЗАТЕЛИ ОСНОВНЫХ МЕДИАТОРОВ КРОВИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕССОМ	251
Кустов Д.Ю., Сивенкова Е.В., Валигун Я.С. ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ДО И ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ СЕРТОНИНОМ	242	Левченко Л.А., Саркисян Е.А. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИЕЙ	252
Кутякова Е.И., Евтушенко С.К. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА	243	Левченко Л.А., Скосарева Г.А. ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕРМИИ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	253
Кучеренко Н.П., Голосной Э.В., Коваленко Т.И., Гончарова Л.А., Медведева В.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	243	Лейкина В.В. ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	254
Лагно О.В., Шабалов А.М., Ашмарина С.С., Балахонова Я.И., Бродянская Л.В., Дьячкова А.В., Карпова Н.А., Кулаева Д.С., Решетников Н.А. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ И СТРУКТУРЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА	244	Лепшина С.М., Скрипка Л.В., Скрипка Н.С. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОЦЕНКЕ РИСКА ТРАНСМИССИИ ТУБЕРКУЛЕЗА	254
		Лещинский П.Т., Лагутина Л.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	255

Лещинский П.Т., Лагутина Л.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ 256	Макарова К. ЗАЩИТА ПРАВ ПАЦИЕНТОВ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРО- БЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ..... 267
Линчевская Л.П., Пищулина С.В., Терещук Б.П., Бондаренко Н.Н., Стрельченко Ю.И. ВЛИЯНИЕ ПОЛЯРИЗУЕМОГО ПОЛИХРОМАТИЧЕСКОГО СВЕТА НА МОРФОГЕНЕЗ ОЖОГОВОЙ РАНЫ ПРИ МО- ДЕЛИРОВАНИИ МГНОВЕННОГО ОЖОГА ОТКРЫТЫМ ПЛАМЕНЕМ 256	Макеев Г.А., Жданов В.Е., Тарапата А.А. ЭТИКА В СТОМАТОЛОГИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ И РИСКИ..... 268
Линчевская Л.П., Пищулина С.В., Чернобrivцев П.А., Кише- ня М.С., Бондаренко Н.Н. БИОСТИМУЛЯЦИЯ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОЖИ ПРИ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЕ 257	Макеев Г.А.; Тарапата А.А. CAD/CAM СИСТЕМА, КАК СОВРЕМЕННЫЕ КОМПЬЮ- ТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТО- ЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМ ОТСУТ- СТВИЕМ ЗУБОВ 269
Липовская Н.Н., Данилов Ю.В. СТАНОВЛЕНИЕ ВОЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДО- НЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ: ПРОБЛЕМЫ И ПОИСКИ ПУТЕЙ ИХ РЕШЕНИЯ 258	Максименко О.Л., Коценко Ю.И., Авсянкина Е.В., Сохина В.С. ДЕПРЕССИЯ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВА- НИЯ 270
Лисевич Б.В. КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬ- СТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ 259	Максименко О.Л., Коценко Ю.И., Бубликова А.М., Сохина В.С., Авсянкина Е.В., Сохин С.А. РАЗВИТИЕ КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У СТУДЕН- ТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПРЕПОДАВАНИИ 271
Литвинова О.Н. РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬ- НЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПОРАМИ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ 260	Максимова М.А., Колесникова А.Г., Бевза Я.В. К ИСТОРИИ ВОПРОСА, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАК- ТОРАМ ТЕРРОРИЗМА И БИОТЕРРОРИЗМА 272
Лифантова А.А., Семенихина А.А., Шуленина А.А., Андреев Р.Н. ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (ИБС): ВЫДЕЛЕНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ СТОРОН СТЕНТИРОВАНИЯ СОСУДОВ СЕРДЦА 261	Максютенко С.И., Трофимец Е.К., Губанов Д.В. ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА 273
Лобанов Г.В., Палкина А.А., Болгова И.И., Тулупова О.Н., Мухина В.И., Ковалькова М.А. КТ-ДИАГНОСТИКА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ И КРАНИО- ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ТРАВМЫ В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИ- ЯХ ДОНБАССА 262	Малтапар О.К. РОЛЬ СПЕЦИАЛЬНЫХ АНТИДЕПРИВАЦИОННЫХ СТРА- ТЕГИЙ В ПРЕОДОЛЕНИИ ЛИЧНОСТНОЙ БЕСПОМОЩ- НОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПРИНУДИТЕЛЬНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗО- ЛЯЦИИ 273
Логвинова В.В., Ищенко Т.А. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ДОНЕЦКОЙ НАРОД- НОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ПЕРИОД 2014-2017 ГГ. 262	Масенко В.В.; Говоруха И.Т.; Мосийчук Т.В.; Скороход А.М. СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ 274
Луцкий И.С., Лютикова Л.В., Луцкий Е.И. ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧ- КА У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОР- ТА 263	Масенко В.В., Скороход А.М., Сохина В.С., Авсянкина Е.В. ЛЕЙКОАРЕОЗ И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ И ГИПЕР- ТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ 275
Луцкий И.С., Лютикова Л.В., Якубенко Е.Д., Луцкий Е.И. ПОКАЗАТЕЛИ МОЗГОВОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У РАБОТ- НИКОВ СО СТРЕССОГЕННЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА 264	Масенко В.В., Сохина В.С., Скороход А.М., Авсянкина Е.В. ПИРРОЛЛОХИНОЛИН ХИНОН: ВОЗМОЖНОСТИ ИСПО- ЛЬЗОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА 276
Ляликов С.С. SiLC, КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННОМУ ЛАПАРО- СКОПИЧЕСКОМУ МЕТОДУ 265	Масенко В.В., Яковлева Э.Б., Скороход А.М. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ АНЕМИИ У ЮНЫХ 277
Ляшенко Е.Г., Ягленко В.В. АНАЛИЗ ПРИЧИН И МЕХАНИЗМОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ РИСКОВ 266	Масюта Д.И., Зуева Г.В. ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, ПРО- ЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА В ДОНБАССЕ 277
Мажара А.В. РОЛЬ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПУЛЬПИ- ТА РАЗНОЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ..... 267	Масюта Д.И., Чалая Л.Ф., Мацынина Н.И.* СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МЕХАНИЗМАХ ФОРМИРОВАНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ТОЛЕРАНТ- НОСТИ 278

Махмутов Р.Ф., Шабан Н.И., Настобурко В.В.* СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С МОНОНУКЛЕОЗОПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОНБАССЕ	279	Мельниченко В.В. РЕАЛИЗАЦИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ ПУТЕМ АКТИВАЦИИ ПРОЦЕССОВ САМООРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	289
Медведева В.В., Карпенко А.В., Киселева А.Ю. ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ: ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	280	Мельниченко В.В. ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	290
Медяникова Г.И. К ВОПРОСУ О МЕТОДАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СКОЛИОЗОМ.....	281	Мироненко Т.В., Пустовая О.А., Бахтяров П.Д. ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА	290
Мельник В.А., Беседина Е.И., Демкович О.О., Скрипка Л.В., Калиберда С.В. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ УГРОЗЫ И ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА В 2019 ГОДУ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	281	Мирошниченко А.А. ПРИЧИНА КОНВЕРСИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ.....	292
Мельник В.А., Беседин И.Е., Мельник Ал.В., Мельник К.В., Лыгина Ю.А. ПЕРСПЕКТИВЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВСПЫШЕК ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА В ЕВРОПЕ, РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛЬНОГО ПОТЕПЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ АНАЛИТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ, СВОБОДНО РАСПРОСТРАНЯЕМЫХ ПО ИНТЕРНЕТ-СИСТЕМЕ ЭПИДНАДЗОРА ЗА ВОЗНИКАЮЩИМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ «PROMED-MAIL»	282	Мишина К.А. К ВОПРОСУ О ХАЛАТНОСТИ ВРАЧА КАК ФОРМЕ ВИНЫ	292
Мельник А.В., Колесников А.Н. СООТНОШЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИЙ КОРТИЗОЛА, СЕРОТОНИНА И В-ЭНДОРФИНА ВО ВЗАИМОДЕЙСТВИИ СО СТРЕСС-АКТИВИРУЮЩЕЙ И СТРЕСС-ЛИМИТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ МОЗГА	283	Мозговой И.С., Храповицкий К.Д. РАЗРАБОТКА МЕТОДИК ТРЕНИРОВОК С ПАВЕРМЕТРОМ.....	293
Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Комиссаровская Н.В., Зятьева А.П. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА И ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮША ...	284	Мороз А.Б., Гонтарь Е.А., Хохлова Е.А., Хачатурова К.М. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДВУХ РЕСТАВРАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА КОРНЯ.....	294
Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Комиссаровская Н.В., Зятьева А.П. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА И ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ КОКЛЮША ...	285	Москаленко С.В., Лепихов П.А., Сушков Н.Т., Моисеев А.М., Гриненко Д.В. УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	295
Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Коцюрба А.Р. АКТУАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОЛИОМИЕЛИТА В Г. ДОНЕЦКЕ В СВЯЗИ С МИРОВЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ	286	Москалюк О.Н., Чалая Л.Ф., Масюта Д.И., Михалев С.В., Волощенко О.Ю., Архирейская О.В. СОДЕРЖАНИЕ МАРКЕРНЫХ АМИНОКИСЛОТ И ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНОВ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	296
Мельник Ал.В., Мельник А.В., Мельник В.А., Мельник К.В., Лыгина Ю.А. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ТОКСОКАРОЗА В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	287	Мусаева М.Х. ЧАСТОТА КРИТИЧЕСКИХ ИНЦИДЕНТОВ В ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У НЕКУРЯЩИХ, КУРЯЩИХ И БРОСИВШИХ КУРИТЬ ПАЦИЕНТОВ	297
Мельник Ал.В., Мельник В.А., Мельник К.В., Беседин И.Е., Лыгина Ю.А. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ И ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	288	Налетов А.В., Гуз Н.П., Карпенко Д.А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ТОНКОЙ КИШКИ СРЕДИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ АБДОМИНАЛЬНЫМИ БОЛЕВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	298
		Некрасов А.Д., Щербинин А.В., Музалев А.А., Бессонова А.Д. ОСОБЕННОСТИ МАЛЬРОТАЦИИ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ	298
		Нестеренко З.В. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ ФЕНОТИПАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	299
		Нечипоренко В.В. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ВНУТРИСУЩЕГО ОТДЫХА РАБОТНИКОВ НА ОСНОВАНИИ МАТЕРИАЛОВ АТТЕСТАЦИИ РАБОЧИХ МЕСТ	300

Нещерет Е.Н., Солод Т.В., Берникова М.Г. ГЛОБАЛЬНОЕ ВОЗРОЖДЕНИЕ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОСТЕЛЬНЫХ КЛОПОВ.....	301	Павленко В.И., Сидун М.С., Лаврова А.И. МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ РАЗДЕЛА «ТЕПЛОВЫЕ ЭФФЕКТЫ ХИМИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ. ХИМИЧЕСКАЯ ТЕРМОДИНАМИКА» В КУРСЕ ХИМИИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	313
Нижельская Е.Я., Потапов А.А. ПРОЕКТ «ТВОЙ НОВЫЙ СТАРТ» – ПЕРВИЧНЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ В Г. ДОНЕЦКЕ.....	302	Павлюченко К.П., Мухина Е.В., Камнева А.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ	314
Николенко О.Ю. ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ПОЛИОКСИДОНИЕМ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ОКСИДАНТЫ-АНТИОКСИДАНТЫ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	303	Павлюченко К.П., Олейник Т.В., Михальченко Е.А. ПРИМЕНЕНИЕ БЕТАМЕТАЗОНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКУЛОПАТИЕЙ (НАБЛЮДЕНИЕ 24 МЕСЯЦА).....	315
Николенко О.Ю. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПНЕВМОКОНИОЗА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ГОРНОРАБОЧИХ УГОЛЬНЫХ ШАХТ	303	Панина А.Д., Крутенкова Т.П. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ RHAMYDIA TRACHOMATIS, UREAPLASMA UREALYTIPUM И UREAPLASMA VAGINALIS У МОЛОДЫХ ДЕВУШЕК.....	316
Никонова Е.М., Шатохина Я.П., Кариков М.М. СМЕРТЬ НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ КАК НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ	304	Парамонова Т.И. О НЕОБХОДИМОСТИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ДИАЛОГА МЕДИКОВ С ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ГУМАНИТАРНЫХ ДИСЦИПЛИН ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ	316
Новицкая Ю.Е., Тюрина С.В., НАУЧНО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.....	305	Пархомчук Д.С., Симонович А.П., Евдокименко А.А. АЛГОРИТМ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ..	317
Носкова О.В., Чурилов А.В., Петренко С.А. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ.....	307	Пархомчук Д.С., Удовика Н.А. СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ТРИГГЕР В ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ СОТРУДНИКОВ ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ.....	318
Носкова О.В., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Литвинова Е.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	308	Пархомчук Д.С., Удовика Н.А., Василенко О.Н. ФАКТОРЫ И ЗАДАЧИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В ЛНР.....	319
Омельченко О.Н. РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СОХРАНЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ.....	309	Пасечник Т.А. УСТРАНЕНИЕ РЕАКТИВНОГО АСТРОГЛИОЗА КАК ПУТЬ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА.....	320
Онопко О.Б., Смирнова А.Ф., Голубов К.Э., Котлубей Г.В., Шевченко В.С. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЧАСТИЧНОЙ АТРОФИЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ И КОРТЕКСИНА	310	Пацкань И.И., Новицкая Ю.Е., Тюрина С.В. ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРЕПОДАВАНИИ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН НА МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ.....	321
Осипенкова Т.С., Коваленко Я.О. АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ -СТОМАТОЛОГОВ В ИНТЕРНАТУРЕ	310	Пацкань И.И., Новицкая Ю.Е., Тюрина С.В. РОЛЬ ИНТЕРАКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ НА МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ.....	321
Осипов А.А., Галь И.Г., Плиев М.И., Гаглоева Л.В. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ЮЖНАЯ ОСЕТИЯ.....	311	Пенин А.С., Пенина Г.О., Ткалич В.Л. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКЗОСКЕЛЕТОВ В ЦЕЛЯХ РЕАБИЛИТАЦИИ: ПАТЕНТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТКРЫТЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	322
Остренко В.В. ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПОЧВЫ ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ НА ИНФЕКЦИОННУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ	312	Первак М.Б., Атаманова Л.В., Пацкань И.И. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ	323
Павленко В.И., Сидун М.С., Лаврова А.И. РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В ПРЕПОДАВАНИИ КУРСА «ОБЩАЯ И НЕОРГАНИЧЕСКАЯ ХИМИЯ» НА МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	313	Первак М.Б., Момот Н.В., Пацкань И.И., Соловьева Е.М. КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ.....	324

Перепадья М.В., Елагина А.М. К ОЦЕНКЕ ЗНАЧЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ, КАК КОМПОНЕНТА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСО- БИЯ.....	324	Пшеничная Е.В., Лимаренко М.П., Бордюгова Е.В., Тонких Н.А. НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА ВРАЧЕЙ- ИНТЕРНОВ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ ФИПО КАК КОМПОНЕНТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ.....	338
Першин С.В., Зенько Н.А. ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ИНФРАКРАСНОГО ДИАПАЗОНА В ТЕРА- ПИИ ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА	325	Радионов В.Г., Провизион Л.Н., Шварёва Т.И., Хайминов Е.М. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ФИКСИ- РОВАННОЙ ЭРИТЕМЫ	339
Петренко А.Ю., Архипенко Н.С. ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ – ОСТРАЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ЗДОРОВООХРА- НЕНИЯ	327	Радионов В.Г., Провизион Л.Н., Шварёва Т.И., Шатилов А.В. К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМА- ТИТА.....	339
Петренко А.Ю., Ващенко А.В. МР-ТРАКТОГРАФИЯ В НЕЙРОХИРУРГИИ	327	Радионов Д.В., Радионов В.Г., Провизион Л.Н. ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВИРУС- НЫХ ГЕПАТИТОВ И СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТ- НОСТИ	340
Петренко А.Ю., Ващенко А.В. ДИФФУЗИОННО-ТЕНЗОРНАЯ МРТ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПЛОДА	328	Радионов В.Г., Радионов Д.В., Хайминов Е.М., Пищикова Е.В. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАФИОЛЕТО- ВЫХ ЛУЧЕЙ (UVB-311 NM) В ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА ...	341
Пономаренко Т.В. НОВЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА..	329	Радионов В.Г., Торба А.В., Рябцева О.Д., Радионов Д.В. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РАННЕЙ ДИАГНО- СТИКЕ ПРЕДРАКОВ И РАКОВ КОЖИ.....	342
Попивненко Ф.С., Иваненко А.А. Щербина С.Н. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ГИБРИД- НЫХ И «ДВУХЭТАЖНЫХ» ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	330	Радионов В.Г., Шатилов А.В., Русина Е.Н. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ДЕРИ- ВА С» В ЛЕЧЕНИИ АКНЕ	343
Потапов А.А., Нижельская Е.Я. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ	331	Рачкаускас Г.С., Булкина Н.Э., Кондуфор О.В., Радионова С.И., Ромашова Т.И. ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ РАЗЛИЧНЫЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА.....	344
Прилуцкий А.С., Лесниченко Д.А., Баранова О.В. ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕТОРНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ ПРЕШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГИЕЙ.....	332	Рачкаускас Г.С., Радионова С.И., Булкина Н.Э., Кондуфор О.В., Бобык О.А. ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПИРОГЕНАЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ ШИЗОФРЕНИИ ...	344
Прилуцкий А.С., Лыгина Ю.А. ТЕРМОЛАБИЛЬНЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ ЛИМОНА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.....	333	Рачкаускас Г.С., Ромашова Т.И., Кондуфор О.В., Радионова С.И., Булкина Н.Э. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАС- СТРОЙСТВ У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ.....	345
Прилуцкий А.С., Ткаченко К.Е., Лыгина Ю.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ДИЕТЫ, ОСНО- ВАННОЙ НА РЕЗУЛЬТАТАХ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ IGE- СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ЛИЦ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМА- ТИТОМ	333	Рачкаускас Г.С., Ромашова Т.И., Радионова С.И., Булкина Н.Э., Кондуфор О.В. ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОФЛАВИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕ- РАПИИ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	346
Провизион Л.Н., Радионов В.Г., Шварёва Т.И., Хайминов Е.М. О СОЧЕТАНИИ СИНДРОМОВ ПРОТЕЯ И НЕДЕРЖАНИЯ ПИГМЕНТА	334	Рачкаускас Г.С., Ромашова Т.И., Радионова С.И., Бобык О.А., Кондуфор О.В. ПРИМЕНЕНИЕ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕ- РАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ.....	347
Провизион Л.Н., Шварёва Т.И., Шатилов А.В. К РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ	335	Резниченко Н.А., Адунц А.Г. БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ	348
Пустовой А.Ю. ДИНАМИКА ПРОСТАГЛАНДИНОВОГО СТАТУСА У ПА- ЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧМТ	336		
Пустовой Ю.Г., Баранова В.В. ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ПОБОЧНЫХ РЕ- АКЦИЙ НА АМИНОГЛИКОЗИДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬ- НЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	337		

Романенко Т.А., Михайлова Т.В., Романенко Р.Н., Сихару- лидзе А.Г. РОЛЬ ГОСПИТАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ПЕРСОНАЛА..... 349	Седаков И. Е., Садрицкая Я.В., Фролков В.В. ПРОФИЛЬ И ЛАТЕРАЛИЗАЦИЯ РАННЕГО ТРИЖДЫ НЕГАТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ..... 360
Ряполова Т.Л. ПРОТОТИПИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ПСИ- ХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ 350	Седаков И.Е. , Семикоз Н.Г. , Попович А.Ю., Ладур А.И., Совпель О.В., Заика А.Н., Аль Баргути А.А., Лисаченко И.В., Готов А.В., Кондаков М.Д., Аль Баргути Р.А. НЕОАДЪЮВАНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕ- ЛУДКА 361
Ряполова Т.Л., Абрамов В.А., Бойченко А.А. ПСИХОДИАГНОСТИКА КУЛЬТУРНО-ЭТИЧЕСКОЙ КОМ- ПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА351	Селезнев К.Г., Андреев П.В., Долженко С.А., Климов З.Т., Харьковский А.В. КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛИТОВ..... 362
Ряполова Т.Л., Студзинский О.Г., Громов А.П., Альмешкина А.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЭПИЛЕПСИЕЙ..... 352	Селезнев К.Г., Долженко С.А., Андреев П.В., Климов З.Т., Окунь О.С., Романов А.В., Буштрук А.А. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОТОСКЛЕРОЗА 363
Ряполова Т.Л., Титухин Н.В. ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ АУТОСТИГМАТИ- ЗАЦИИ..... 353	Семенихина А.А., Шуленина А.А., Лифантова А.А., Андреев Р.Н. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИ- КИ И ПРОФИЛАКТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА..... 363
Савенко А.Ю. НАУКА И ВЫМЫСЕЛ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ: УСТОЯВШИЕСЯ ПОНЯТИЯ С ДОКАЗАТЕЛЬСТВАМИ И БЕЗ НИХ 354	Семикоз Н.Г., Тараненко М.Л., Бондарь А.В. ПАЛЛИАТИВНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕ- ТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ..... 364
Савченко В.С., Скрипка Л.В., Пекач А.И., Филиппова Т.И. ОБ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО КОРИ СРЕДИ ЛИЦ РЕЛИГИОЗНОЙ ОБЩИНЫ В ДОНЕЦКОЙ НАРОД- НОЙ РЕСПУБЛИКЕ 354	Семикоз Н.Г., Тараненко М.Л., Личман Н.А., Куква Н.Г., Бондарь А.В. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬ- НОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СКЕЛЕТА 365
Сажнева И.А. КРАНИОПУНКТУРА В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ..... 355	Семенихина А.А. ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ПРИ КИСТОЗНОМ ФИБРОЗЕ (МУКОВИСЦИДОЗЕ) У ДЕТЕЙ..... 366
Самусь Е.С., Узун Ф.Ф., Чередниченко К.А. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕПРЕС- СИЙ 356	Серажим А.Г. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГА- НОВ ДЫХАНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОГО АЭРОГЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ТЕХНОГЕН- НОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ..... 367
Сапронова Н.Г., Светова Э.В., Канцуров Р.Н. МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРА- ЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ . 357	Сергеев Я.О. ИЗМЕРЕНИЕ ОСТАТОЧНОГО ОБЪЕМА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЭНТЕРАЛЬНОМ ПИТА- НИИ 367
Саркисян А.С., Хижный Д.С., Мосягина Н.А., Труфанова М.С. АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ЖИТЕЛЕЙ В ГОРОДАХ С НАСЕЛЕНИЕМ МЕНЕЕ 150 ТЫ- СЯЧ ЧЕЛОВЕК РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (АНКЕТИРОВАНИЕ) 358	Сергеев Я.О. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕБНУЮ ТАКТИКУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЛИГОУРИИ ВНЕ ГИПОВОЛЕМИИ 368
Свистунова Н.А. ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ ПРОЯВ- ЛЕНИЙ АЛЛЕРГИИ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ 359	Сероштан Е.Ю., Безкаравайный Б.А. СОСТОЯНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ПЕРВОКЛАССНИКОВ Г. ЛУГАНСКА..... 369
Седаков И.Е., Мотрий А.В., Смирнов В.Н., Скочилас Т.Л., Резниченко Л.П., Мотрий М.О., Кольчева О.В., Башеев А.В. ПЕРСОНИФИКАЦИЯ АДЪЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 359	Сигитова Е.В., Статинова Е.А., Гольнева А.П. СПЕКТР НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИ- ЕЙ И СИНДРОМОМ ЛЕПТИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ 370
	Сидун М.С., Павленко В.И., Цыб К.А. ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКСИАПАТИТА КАЛЬЦИЯ В СИН- ТЕЗЕ КОМПЛЕКСНЫХ УДОБРЕНИЙ – СТИМУЛЯТОРОВ РОСТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ 371

Симрок В.В. ¹ , Попова И.А. ² ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНО-ГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	372	Смирнова А.Ф., Евтушенко В.А., Евтушенко О.В. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО СЕНСОРНОГО СОДРУЖЕСТВЕННОГО КОСОГЛАЗИЯ У ВЗРОСЛЫХ.....	384
Сироид Д.В., Антипов Н.В., Жиляев Р.А. РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ В САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ	372	Соколова О.В. ВЛИЯНИЕ ПОВЕРХНОСТНОГО НАТЯЖЕНИЯ ВОДЫ НА КЛЕТОЧНУЮ СИСТЕМУ ОРГАНИЗМА	385
Сиротченко Т.А., Сопко А.В., Заливная Л.А., И.Г Рачкаускаене, Сульженко М.Ю. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПОДРОСТКОВ, ПОСТОЯННО ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА.....	373	Солиева М.Х., Мирзаева М.М., Пулатов М.Д., Тургунов У. МНЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ.....	386
Скороход А.М., Масенко В.В. АТИПИЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА – СУДОРОЖНЫЕ ПРИСТУПЫ.....	374	Солиева М.Х., Холмирзаева С.С., Мирзаева М.М.. РОЛЬ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОЛОСТИ РТА	387
Скрипка Л.В. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ТУЛЯРЕМИИ У ЛЮДЕЙ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ	375	Соловьёва М.А. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОГО УРОВНЯ	387
Слайковский Е.А. К ВОПРОСУ О СООТНОШЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ЮРИДИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА.....	376	Сохань Д.А., Евтушенко С.К., Фомичева Е.М. ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ НЕЙРОСОНОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НА 1-М ГОДУ ЖИЗНИ.....	388
Слепушкин В.Д., Гасиев З.Т., Цориев Г.В., Кривошеин В.В. ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ, УРОВЕНЬ НЕЙРОПЕПТИДОВ И ОБЕЗБОЛИВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	377	Спиридонова В.С., Скляренко Р.Т., Омаров М.А., Чурзин О.А., Абдуллаев А.А. РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ С АМПУТАЦИОННЫМИ КУЛЬТЯМИ ВСЛЕДСТВИЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	389
Слизовский В.А. МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: СТАНОВЛЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ В ДНР	378	Статинова Е.А., Сигитова Е.В., Бубликова А.М., Гольнева А.П. УЧЕБНЫЕ ПРОЕКТЫ ПО ПЕДАГОГИКЕ В ПОДГОТОВКЕ ОРДИНАТОРОВ-НЕВРОЛОГОВ	390
Смеричевский Э.Ф., Коржова Д.А. ГЕЙМИФИКАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ИСТОРИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	379	Степанова М.Г., Жижко А.П., Мехова Л.С., Мехова Г.А.. ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА К ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА НА КАФЕДРЕ МЕДИЦИНСКОЙ БИОЛОГИИ.....	391
Смирнова П.Н. L-ОРНИТИН-L-АСПАРТАТ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЖИВОТА.....	380	Стрельченко Ю.И. КЛИПОВОЕ МЫШЛЕНИЕ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ: РАЗМЫШЛЕНИЯ.....	392
Смирнова А.Ф., Голубов К.Э., Котлубей Г.В. КЛИНИКО-БАКТЕРИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ КОНЪЮНКТИВИТА НОВОРОЖДЕННЫХ	381	Стрионова В.С., Щербинин А.В., Вакуленко М.В., Роговой А.Н. ОЗОНОТЕРАПИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	393
Смирнова А.Ф., Голубов К.Э., Котлубей Г.В., Шевченко В.С., Голубов Т.К., Чубарь С.В. АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ТОКСИЧЕСКИХ НЕВРИТОВ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ	381	Студзинский О.Г., Ляшенко Ю.О., Лепшина Е.А., Бойко М.А., Зиновие М.С., Лубенская О.А. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ	394
Смирнова А.Ф., Голубов К.Э., Котлубей Г.В., Шевченко В.С., Голубов Т.К. ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛАЗНОГО ДНА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ НОРМАЛЬНЫХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РОДАХ.....	382	Сухарева Г. Э. БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	395
Смирнова А. Ф., Евтушенко В.А., Евтушенко О.В. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ИСПРАВЛЕНИЯ КОСОГЛАЗИЯ У ВЗРОСЛЫХ.....	383	Сухина И.В., Зорина М.Б. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ОЖОГАМИ РОГОВИЦЫ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НА АЭРОЗОЛЯ ИЗ ГАЗОВЫХ БАЛЛОНЧИКОВ (ЛАКРИМАТОРОВ)	396

Сыщикова О.В. ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОЛОГО-БИОХИМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТРЕПТОМИЦЕТОВ	397	Тобоев Г.В., Алиев К.И. ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ	410
Сыщиков Н.Д., Крутенкова Т.П. ВЛИЯНИЕ АНТИМИКРОБНЫХ КОМПОНЕНТОВ РАЗЛИЧНОЙ ПРИРОДЫ НА ЧИСЛЕННОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ ЗУБНОГО НАЛЕТА	398	Токарева О.Г., Альмешкина А.А. ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СУБЪЕКТИВНОЙ ОТЧУЖДЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	410
Талалаенко И.А., Боенко Д.С., Боенко С.К., Гинькут В.Н., Андреев В.Н. ПРОБЛЕМЫ ОБУЧЕНИЯ В ИНТЕРНАТУРЕ ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ И ИХ РЕШЕНИЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	399	Трофименкова Т.Ю., Лисовская Т.В. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ИСТОЩЕНИЕ ЯИЧНИКОВ НЕ ПРИГОВОР, А ПРОДОЛЖЕНИЕ ЖИЗНИ	411
Талалаенко И.А., Деревянко Н.Я. КОРРЕКЦИЯ ВНУТРИНОСОВЫХ АНОМАЛИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ЛИЦЕВЫХ БОЛЕЙ400		Трунова О.А. ОРВИ И ГРИПП В ДОНБАССЕ	412
Тарасюк М. А., Шпулина О. А. ВЛИЯНИЕ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ И СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ НА КРИСТАЛООБРАЗУЮЩУЮ ФУНКЦИЮ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ КАРИЕСА В ПЕРИОД РАННЕГО СМЕННОГО ПРИКУСА.....	401	Трунова О.А., Гюльмамедова И.Д. ОПЫТ ИММУНОКОРРЕКЦИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ	413
Таций В.Н. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДОНЕЦКОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА	402	Труфанов С.Ю., Грабков Ю.П., Заика А.А. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ЗУБНОГО ТЕХНИКА	414
Темертей С.И. ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА.....	403	Труфанов С.Ю., Грабков Ю.П., К. Кожокарь МЕТОДЫ ВОССОЗДАНИЯОПТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗУБА В МЕТАЛЛОКЕРАМИКЕ	414
Терованесов А.М., Саркисов Т.А., Белоусова В.Ю. ПРАВО ГРАЖДАН НА МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК ОСНОВА РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	404	Туманова Л.И., Митрясова В.А., Туманов В.И., Шапошников В.Н., Лопашук Ю.И. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОБРАБОТКИ РУК МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	415
Титиевский С.В., Черепков В.Н., Гашкова Л.А., Побережная Н.В., Фирсова Г.М., Данилова Е.М. ОПЕРАЦИОНАЛИЗИРОВАННЫЙ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	405	Туманян С.В., Орос О.В., Сугак Е.Ю. БЕЗОПИОИДНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	416
Титиевский С.В., Черепков В.Н., Побережная Н.В., Гашкова Л.А., Фирсова Г.М., Данилова Е.М. ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДОЛОГИИ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ.....	406	Тутов С.Н., Джеломанова С.А., Подоляка Д.В., Былым Г.В., Владимирова Д.С. СПОСОБЫ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ МАЛЫХ СРОКОВ.....	417
Ткаченко И.М., Давыдова А.В., Данилюк А.Н. ПРИМЕНЕНИЕ БЫСТРЫХ ТЕСТОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	407	Тутов С.Н., Джеломанова С.А., Подоляка Д.В., Былым Г.В., Тутова К.С. ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ.....	418
Ткаченко И.М., Давыдова А.В., Данилюк А.Н. ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗА ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	408	Тутов С.Н., Чурилов А.В., Подоляка Д.В., Былым Г.В., Владимирова Д.С. НЕГОРМОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ СИМПТОМОВ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА	419
Ткаченко О.Н., Мельник В.А., Лыгина Ю.А., Савчук А.А., Мельник Ал.В., Мельник К.В., Беседин И.Е. ЭПИЗОТИЧЕСКАЯ И ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО РАБИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ В 2018 ГОДУ.....	409	Тутов С.Н., Чурилов А.В., Подоляка Д.В., Былым Г.В., Тутова К.С.. МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ.....	420
		Удовика Н.А., Пархомчук Д.С., Попова И.А., Середа Л.М. ДОРОДОВЫЙ УХОД КАК РЕАЛЬНЫЙ ШАНС НА ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА	421

Узун Ф.Ф. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА 422	Храпко И.М. СРАВНЕНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВ И НЕДОСТАТКОВ ОТКРЫ- ТОГО И ЗАКРЫТОГО ДОСТУПОВ В РИНОПЛАСТИКЕ 434
Узун Ф.Ф. ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА 422	Хузин С.В. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГРИБКА НОГТЯ..... 435
Усик Е.Д. АДЕНТОМИЯ У ДЕТЕЙ: «ЗА» И «ПРОТИВ» 423	Чайковская И.В., Грицкевич Н.Ю., Шелякова И.П. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ЗУБО-АЛЬВЕОЛЯРНЫМ В ЫДВИЖЕНИЕМ 435
Усов В.Ю., Ярошевский С.П., Сухарева А.Е., Доровских Г.Н., Плотников М.П., Чириков А.С., Алексеева Л.А., Лучич М.А. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ И ПРОГНО- ЗИРОВАНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ИШЕ- МИЧЕСКИХ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ МРТ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ: РОЛЬ T2- ВЗВЕШИВАНИЯ И ПАРАМАГНИТ- НОГО КОНТРАСТНОГО УСИЛЕНИЯ 424	Чайковская И.В., Комаревская Е.В., Соболева А.А. ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЁННОСТИ И СИ- СТЕМЫ ОКСИДА АЗОТА У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИ- ЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ..... 436
Федоренко А.Е., Щербак Е.В., Бухарова Т.С. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ЗА- БОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО НОСА У ДЕТЕЙ 425	Чайковская И.В., Кондратьев П.А. ИЗУЧЕНИЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УРОВНЯ НОЦИ- ЦЕПТИВНОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИ- ЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 437
Федько В.Г., Сохина В.С., Авсянкина Е.В. ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ ВОСПАЛЕНИЕ И ЭФФЕК- ТИВНОСТЬ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА 426	Чайковская И.В., Макарова Н.Я., Шелякова И.П. МЕТОДИКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОРРЕКЦИИ ПРЕДДВЕ- РИЯ ПОЛОСТИ РТА НА ЭТАПАХ ПОДГОТОВКИ К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ, ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКОМУ И ОРТОДОНТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ..... 438
Филахтов Д.П., Вегнер Д.В. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ДИАФРАГМЫ.... 427	Чайковская И.В., Соболева А.А. ВЛИЯНИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ НА ПРОЦЕССЫ СВОБОДНО- РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ 438
Филиппаки И.В., Зуйков С.А., Турсунова Ю.Д., Миронова К.А., Зинкович И.И. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ НА АКТИВНОСТЬ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ ЭРИТРОЦИ- ТОВ 428	Ченская А.В. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕК- ЦИИ КАРДИОНЕВРОЗОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХОТЕ- РАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 439
Филюшина В.А., Гаврилова А.В., Андреев Р.Н. СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ ДЕТ- СКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА 428	Ченский А.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНО- ДИСТРОФИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ РОТАТОРНОЙ МАН- ЖЕТЫ ПЛЕЧА У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЁН- НОЙ ТРОМБОЦИТАМИ 440
С.С. Фролов РАССТРОЙСТВА ОВУЛЯЦИИ У ЛИЦ С ПОСТПРАНДИ- АЛЬНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ НА ЭТАПЕ ПЛАНИРОВА- НИЯ СЕМЬИ 429	Червоная О.Я., Садеков Д.Р., Бурлака И.П. ВЛИЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ Г. МАКЕЕВКА 440
Хачатурова К.М., Хохлова Е.А., Мороз А.Б., Гонтарь Е.А. ИССЛЕДОВАНИЕ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯ- НИЯ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯ- МИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ..... 430	Чередниченко К.А. ОСТРЫЕ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫЕ СВИЩИ 441
Хижный Д.С., Саркисян А.С., Мосягина Н.А., Труфанова М.С. АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ЖИТЕЛЕЙ В ГОРОДАХ ЛУГАНЩИНЫ С НАСЕЛЕНИЕМ МЕНЕЕ 150 ТЫСЯЧ ЧЕЛОВЕК (АНКЕТИРОВАНИЕ) 431	Чернецкий В.Ю., Лобко А.Я., Приколота В.Д., Галиулин С.О. ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ МЕТОДОМ ЧРЕСКСТОСНОГО ОСТЕОСИН- ТЕЗА АППАРАТОМ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ СПИЦЕ- СТЕРЖНЕВОГО ТИПА 442
Horokhova A.A. THE RESULTS OF A PARALLEL STUDY OF EPIDEMIC MANIFESTATIONS OF MEASLES AND RUBELLA AT THE MODERN STAGE 432	Черных С.Г. ¹ , Попова И.А. ² ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕГИОНАРНОЙ АНАСТЕЗИИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ НА БАЗЕ ГУ «ЛУГАНСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР» ЛНР 443
Хохлова Е.А., Хачатурова К.М., Мороз А.Б., Колосова О.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕТРАКЦИОН- НЫХ НИТЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРИШЕЕЧНОГО КАРИЕСА 433	Чернышова Е.А., Колесников А.Н., Гуренко А.А. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АНТИГИПОКСАНТОВ НА РАЗВИ- ТИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУН- ЦИИ 443

Чистяков А.А., Семикоз Н.Г., Степанов А.И., Тюрин С.И., Чистяков Ал.А. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКА- ЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОРОФАРИН- ГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ..... 444	Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Шаталов С.А., Пархо- менко А.В. ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЁЛЧНЫХ ПРО- ТОКОВ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ..... 455
Чубенко С.С., Мальцева Н.В., Чубенко Д.С., Пылаева Е.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ВЕДЕНИИ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ 445	Шаталов А.Д., Хацко В.В., Межаков С.В., Шаталов С.А., Литвинова А.С. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОЧА- ГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ СЕЛЕЗЁНКИ..... 456
Чубенко С.С., Мальцева Н.В., Чубенко Д.С., Пылаева Е.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРИМЕБУТИНА МАЛЕАТА (ТРИМЕДАТ) В ГАСТРОЭНТЕ- РОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 446	Шатохина Я.П., Никонова Е.М., Оберемок С.Е., Лашина И.М., Гавриленко Н.Ф. СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ УПОТРЕБЛЕ- НИЯ АЛКОГОЛЯ ДЕТЬМИ..... 457
А.В. Чурилов, И.Г. Немсадзе УРОВНИ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ..... 447	Швиренко И.Р. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ОСНОВАМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 458
Чурилов А.В., Свиридова В.В., Клецова М.И., Джеломанова С.А. МЕТОДЫ РОДРАЗРЕШЕНИЯ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА МАТЕРИ..... 448	Швиренко И.Р. ВОПРОСЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ОСНОВАМ МЕДИ- ЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С УЧЕТОМ СОВРЕМЕН- НЫХ ТРЕБОВАНИЙ К ВРАЧАМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ 459
Чурилов А.В., Свиридова В.В., Клецова М.И., Джеломанова С.А. ПЕРЕЛИВАНИЕ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ В АКУШЕР- СТВЕ..... 448	Шевченко В.В., Шевченко Д.Ф., Бубликова А.М., Сигитова Е.В., Гольнева А.П. ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ НА ПСИХОЭМОЦИО- НАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕ- СКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ 460
Чуркин Д.В., Антропова О.С., Ластков Д.О., Мамедов В.Ш. К ВОПРОСУ УСТАНОВЛЕНИЯ КАТЕГОРИИ ГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ У ЛИЦ, РАНЕЕ РАБОТАВШИХ ВО ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ УСЛОВИЯХ..... 449	Шевченко В.В., Шевченко Д.Ф., Сигитова Е.В., Гольнева А.П. ВЛИЯНИЕ АДЕКВАТНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ НА ПСИ- ХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ (ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ, АТЕРО- СКЛЕРОТИЧЕСКОЙ) ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И ГИПЕРТО- НИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 461
Чуркин Д.В., Антропова О.С., Ластков Д.О., Мамедов В.Ш. К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, РАНЕЕ РАБОТАВШИХ ВО ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕН- НЫХ УСЛОВИЯХ 450	Шеменева А.С., Антипов Н.В., Жиляев Р.А. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПОЗИЦИИ МАТКИ В РАЗВИТИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ГРОЗДЕВИДНОГО СПЛЕТЕНИЯ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН 462
Шабан Н.И., Махмутов Р.Ф. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ НЕРВНЫХ ИМПУЛЬСОВ ПО СТВОЛОВЫМ СТРУКТУРАМ МОЗГА ПРИ РАЗВИТИИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЁЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА 451	Шершнёва О.С., Степанова Ю.С. КОМПЛЕКСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА В ПРАВО- ВОЙ СИСТЕМЕ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ: ПЕРСПЕКТИВЫ ФОРМИРОВАНИЯ 462
Shaimurzin M.R. BONE-ARTICULAR DISORDERS IN CHILDREN WITH SPINAL MUSCULAR ATROPHY (SMA) AS A LEADING PREDICTOR OF SKILLED REHABILITATION. THE EXPERIENCE OF COMBINATORIAL PHASED ORTHOPEDIC SUPPORT 452	Шестопалов Д.Л., Лепшина С.М., Миндрул М.А. ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ ГОУ ВПО «ДОНЕЦКОГО НАЦИО- НАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. М.ГОРЬКОГО»..... 463
Shaimurzin M.R. TOPICAL ISSUES OF DIFFERENTIATED THERAPY IN CHILDREN WITH PROXIMAL FORMS OF SPINAL MUSCU- LAR ATROPHY (SMA)..... 453	Шипилов И.В., Капцов В.А., Воронин В.Н., Ладик Е.А. ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАЕ- МОСТИ РАБОТНИКОВ СИБИРСКОЙ УГОЛЬНОЙ ЭНЕР- ГЕТИЧЕСКОЙ КОМПАНИИ 464
Шаймурзин М.Р., Евтушенко С.К. ОПЫТ ДОЛГОВРЕМЕННОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ (ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЙ И ПАЛЛИА- ТИВНОЙ) ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ НЕЙРОМЫШЕЧНЫМИ ЗАБО- ЛЕВАНИЯМИ..... 454	Шраменко Е.К., Логвиненко Л.В., Атаманова Л.В., Снегина М.Н. ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ОПТИМИЗАЦИИ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА У ДИА- ЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ..... 466
Шапченко Т.И., Налетов А.В., Фролова И.Е. ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ В ДИЕТОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С АЛЛЕРГИЕЙ К БЕЛКАМ КО- РОВЬЕГО МОЛОКА..... 455	

Шуленина А.А. СМОЖЕТ ЛИ РЕБЕНОК ПОЛНОЦЕННО ЖИТЬ С ФЕНИЛ- КЕТОНУРИЕЙ?	467	Щербинин А.В., Мальцев В.Н., Щербинин А.А., Бессонова А.Д. ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ.....	469
Шуленина А.А., Семенихина А.А., Лифантова А.А., Андреев Р.Н. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ, ПРИМЕНЯЕМОЙ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТ- НО ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	468	Якубенко Б.А., Тишаков М.П. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ИСТОЧНИК ПО- ВЫШЕННОЙ ОПАСНОСТИ.....	470
Щербаковка В.К. ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ	468	Яременко Д.А., Степанова Ю.С. ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОМБУДСМЕНА ЛОЖНЫЙ ПУТЬ ИЛИ НАЗРЕВШАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ.....	471
		Яровая О.А., Литвинов Г.А., Литвинова О.Н. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И АНАЛИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ	472