

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России
Совет молодых ученых и студентов

МОЛОДЕЖЬ, НАУКА, МЕДИЦИНА

МАТЕРИАЛЫ

64-й Всероссийской межвузовской студенческой научной
конференции с международным участием

ТОМ 1

Россия, г. Тверь, 19-20 апреля 2018 г.

Тверь 2018

УДК 378.2:61

ББК 51.1 (2)

М755

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

М. Н. Калинин, И. А. Жмакин, Д. В. Килейников, И. Ю. Колесникова,
Е. С. Михайлова

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Евстифеева Е. А., проректор по научной работе ФГБОУ ВО ТвГТУ, д-р фило-
соф. наук, профессор;

Мазур Е. С., заведующий кафедрой госпитальной терапии и профессио-
нальных болезней ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, д-р мед.
наук, профессор.

М755 Молодежь, наука, медицина [Текст]: материалы 64-й
Всероссийской межвузовской студенческой научной конфе-
ренции с международным участием / Твер. гос. мед. ун-т;
редкол.: М. Н. Калинин [и др.]. — Тверь: Ред.-изд. центр
Твер. гос. мед. ун-та, 2018. — в 2-х томах: 1 том, 458 с.

В сборнике статей конференции опубликованы работы студентов,
аспирантов и преподавателей из медицинских и других учебных заве-
дений России, Белоруссии, Казахстана, Таджикистана, Узбекистана и
Украины.

В нем представлены как результаты экспериментальных иссле-
дований, так и публикации по клинической тематике различных на-
правлений: неврология, педиатрия, хирургия, терапия, гинекология и
др. В материалах конференции рассмотрены актуальные вопросы со-
временной медицины.

Сборник предназначен для широкого круга читателей.

УДК 378.2:61

ББК 51.1 (2)

© ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, 2018

Уважаемые студенты, молодые ученые, коллеги!

В настоящем сборнике опубликованы статьи ежегодной, 64-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием «МОЛОДЕЖЬ, НАУКА, МЕДИЦИНА». Количество работ, свыше трехсот, и обширная география демонстрируют актуальность и востребованность этой конференции.

В сборнике представлены работы студентов, молодых ученых и их научных руководителей из городов: Астрахань, Благовещенск, Волгоград, Воронеж, Екатеринбург, Иваново, Ижевск, Иркутск, Курск, Махачкала, Москва, Оренбург, Пермь, Псков, Самара, Санкт-Петербург, Симферополь, Тверь, Тюмень, Уфа, а также работы из Белоруссии, Казахстана, Таджикистана, Узбекистана и Украины.

Тематика представленных статей включает в себя как узкоспециальные, так и общемедицинские вопросы, а также гуманитарные и образовательные аспекты. Авторы уделили внимание кардиологии, гастроэнтерологии, нефрологии, педиатрии, акушерству, общественному здоровью и многому другому. Часть статей посвящена фундаментальной медицине: морфологии, гистологии, микробиологии, фармакологии. Другие обсуждают актуальные темы прикладной медицины: вопросы вакцинации, ранней диагностики рака, улучшения результатов диагностики и лечения в стоматологии. Звучат и социально-ориентированные медицинские темы: влияние генномодифицированных продуктов на человеческий организм, эндемичные и социальнообусловленные заболевания, геоэкология. Много работ посвящено оптимизации преподавания и обучения в медицинском ВУЗе, повышению образовательной мотивации студентов.

Разнообразны и формы научной работы молодых авторов. В сборнике представлены результаты литературных обзоров, оригинальных исследований, описаний клинического случая. Публикации характеризуются продуманностью, методичностью, хорошим языком и доступностью для читателя.

От всей души желаем всем авторам представленных статей дальнейшего развития и творческих успехов, интереса к науке и медицине, стабильности и процветания.

Новых встреч и диалогов на Тверской земле!

Ректор ФГБОУ ВО Тверского ГМУ

Минздрава России, профессор

М.

Н.

Калинкин

УДК 616.316.5-006.55-07

К. Д. Абраамян, 4 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Московский ГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава
России, г. Москва, Россия

Кафедра детской челюстно-лицевой хирургии

Научные руководители: ассистент А. С. Клиновская

к.м.н., доцент А. П. Гургенадзе

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПЛЕОМОРФНОЙ АДЕНОМЫ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Новообразования слюнных желез составляют 3-5 % среди всех опухолей челюстно-лицевой области у детей. Наиболее часто среди доброкачественных новообразований встречается плеоморфная аденома (ПА) на долю которой приходится 85,3 % случаев. Причем 86 % ПА локализуется в околоушной слюнной железе. Преимущественно она встречается у детей старшего возраста (12-15 лет) [1]. Источником гистогенеза ПА является камбий выстилки вставочных протоков или стволовые клетки протокового эпителия, которые могут дифференцироваться как в направлении эпителия, так и миоэпителия. Клинически ПА развивается медленно и бессимптомно. При ее визуализации определяется крупнобугристое образование плотноэластической консистенции, подвижное, безболезненное, не спаянное с кожей. Опухоль может иметь четкие границы, в связи с наличием фиброзной капсулы. Однако ПА может прилегать непосредственно к паренхиме ОУСЖ, если целостность капсулы нарушена.

Диагноз ПА устанавливается на основании клиническо-лабораторных методов обследования, а также дополнительных методов исследования.

Дифференциальная диагностика объемных образований ОУСЖ также значительно затрудняется после проведения хирургического лечения из-за наличия послеоперационных рубцов. Поэтому особую актуальность приобретает разработка современных методов ранней диагностики опухолей околоушных слюнных желез [2].

Ультразвуковое исследование является высокоинформативным методом оценки состояния и выявления патологических процессов больших слюнных желез. Метод может быть использован для скрининга, первичной диагностики и динамического контроля в процессе лечения ПА у детей [3].

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности различных методов диагностики ПАОУСЖ у детей.

Материалы и методы

Проанализирован общемировой опыт диагностики ПАОУСЖ; проведен аналитический обзор диссертационных работ и научных статей из электронных баз данных — PubMed (MEDLINE), Elibrary, CyberLeninka, посвященных изучению особенностей диагностики детей с новообразованиями больших слюнных желёз, а также выявлен наиболее эффективный, чувствительный и достоверный метод диагностики ПАОУСЖ у детей.

Результаты и обсуждение

Ультразвуковое исследование, обладающее такими преимуществами, как высокая разрешающая способность, возможность контроля при проведении аспирационной пункционной биопсии объемных образований, а также неинвазивность, экономичность и быстрота исследования, используют на первом этапе диагностики всех форм заболеваний слюнных желез, в частности для оценки опухолей слюнных желез.

Характерной ультразвуковой особенностью плеоморфной аденомы является дольчатая форма, что важно для дифференциальной диагностики с другими новообразованиями ОУСЖ. Авторы отмечают также однородность эхоструктуры, как характерную особенность доброкачественных опухолей, однако эхоструктура зависит и от состава опухоли, и от разрешающей способности ультразвукового аппарата. При использовании линейных датчиков с высокой частотой сканирования 7-17 Мгц определяется неоднородная структура с множеством

гиперэхогенных включений. При оценке степени внутриопухолевой васкуляризации установлено, что доброкачественные опухоли аваскулярны или имеют слабую степень васкуляризации. Для злокачественных новообразований слюнных желез характерны выраженная степень васкуляризации и высокие значения пиковой систолической скорости кровотока по сравнению с доброкачественными опухолями. Пиковая систолическая скорость кровотока в злокачественных опухолях в 6 раз выше, чем в плеоморфной аденоме. Для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных образований значение пиковой систолической скорости кровотока 60,0 см/с ряд авторов считает пороговым. Рис. кровотока при цветовом доплеровском картировании позволял выделить плеоморфные аденомы из многообразия опухолей и опухолеподобных поражений по наличию характерного корзиноподобного периферического кровотока. Методика трехмерной реконструкции исследуемого органа в настоящее время широко используется и в ультразвуковых исследованиях. Сущность трехмерного эффекта заключается в компьютерной реконструкции объемно-пространственных изображений исследуемого органа из двумерных данных, анализ которых используется для постановки диагноза в обычной практике. Однако в современной литературе представлены лишь единичные работы, посвященные изучению заболеваний слюнных желез при помощи трехмерного ультразвукового исследования. Например, Fernandez L. J. et al. указывают на большие возможности трехмерной эхографии в диагностике патологии подчелюстной слюнной железы [4]. Так, с помощью методик трехмерной реконструкции изображения возможно более точно определить локализацию процесса (вне- или внутрижелезистая). Совместное применение УЗИ с доплерографией и трехмерной эхографии позволяет визуализировать мельчайшие сосуды органа, оценить ангиоархитектонику исследуемой области. Это в свою очередь значительно повышает возможности ультразвукового метода в ранней диагностике плеоморфной аденомы

ОУСЖ. Сонография из-за высокой чувствительности является методом выбора ранней диагностики при опухолях слюнной железы, тогда как КТ необходима при изучении глубоко расположенных опухолей для их полного пространственного определения, а также определения соотношения лицевого нерва и опухоли, от чего зависит тактика дальнейшего лечения. По мнению ряда авторов, КТ как правило используется на поздних стадиях заболевания, при рецидивах плеоморфной аденомы, а также при поражении глубокой доли ОУСЖ или подозрении на злокачественный процесс [5].

Выводы

Ультразвуковой метод исследования в настоящее время является динамично развивающимся методом, не уступающим по темпам развития рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографиям. Проведенный анализ литературных данных показал, что, несмотря на некоторые достижения в диагностике плеоморфной аденомы ОУСЖ у детей, остаются многие нерешенные вопросы в предоперационном обследовании больных.

Литература

1. Поляков, В. Г., М. В. Болотин, Р. В. Шишков, Н. В. Иванова, И. В. Глеков, А. И. Павловская. Опухоли слюнных желез у детей и подростков. /Детская онкология. — 2008.
2. Быкова А. А. Комплексная сонография в диагностике и лечении объемных образований слюнных желез. Автореф. дисс. канд.мед.наук, Москва, 1999.
3. Смысленова М. В. Методика ультразвукового исследования больших слюнных желез. Радиол. — практ. 2013. — №2. — С. 61-69.
4. Fernandez L. J., Aguilar A., Pardi S. Three-dimensional ultrasound in small parts: is it just a nice picture. Ultrasound Q. — 2004. — V. 20, № 3. -P. 119–125.
5. Mendenhall W.M., Mendenhall C.M., Werning J.W. et al. Salivary Gland Pleomorphic Adenoma. Am. J. Clin. Oncol.— 2008. — V. 31. — P. 95-99.

В. А. Абросимова, С. А. Мошкина, Ю. В. Тимакова, 1 курс,
стоматологический факультет;

А. Ю. Соколова

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра иностранных и латинского языков
Научный руководитель: к. филол. н., доцент А. Ю. Соколова

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Как известно, общение с пациентом — важнейший элемент процесса лечения. Для того чтобы преуспеть в медицине, каждый её работник, включая стоматологов, должен быть компетентен в медицине (иметь практические навыки, быть способным воспринимать новые знания и совершенствоваться в мастерстве принятия правильных решений) и в общении (навыки общения с разными людьми: пациентами, членами их семей, коллегами, работниками администрации и с другим медицинским персоналом).

Цель исследования: рассмотреть особенности общения стоматолога с пациентами.

Материалы и методы

Использовались оригинальные статьи на русском и английском языках по проблемам эффективной коммуникации «врач — пациент». Общение стоматолога и пациента осложняется следующими обстоятельствами:

1) Различное эмоциональное состояние врача и его пациента. Стоматолог, находящийся в знакомой для себя среде и занимающийся рутинными осмотрами и лечением, приходит на работу (в большинстве случаев) уравновешенным. Он обычно сам управляет ходом своей работы. Его отношения с большинством пациентов эмоционально индифферентны. Пациент же, который попадает в чуждую ему обстановку, считает себя в опасности. Один только факт, что он должен идти к стоматологу, является чем-то странным, необычным и пугающим. Ему

необходимо много времени, чтобы принять решение пойти туда. Пациент мысленно готовится к неприятным ощущениям. Он не контролирует ход событий, он должен ждать, что скажет ему медсестра, что врач попросит его сделать. Пациенту кажется, что он полностью безволен.

2) Различные потребности врача и пациента (таблица 1).

Таблица 1

Соотношение потребностей стоматолога и пациента

Потребности стоматолога	Потребности пациента
Проводить стоматологическую работу на стандартном уровне качества	Избавиться от проблем, облегчить боль
Достигнуть экономически адекватного вознаграждения за проделанную работу	Заплатить доступную цену за стоматологическую помощь
Достичь целей профилактического ухода	Улучшить свой внешний вид
Включить пациента в процесс принятия решений по дальнейшим процедурам, лечению	Передавать ответственность за состояние рта стоматологу

Результаты

Сформулируем основные моменты общения, на которые должен обратить внимание стоматолог, для того, чтобы общение было доверительным и способствовало достижению обоюдных целей и приведем примеры языковых конструкций, которые могут использоваться на каждом этапе общения.

Перед осмотром		
Действие врача	Реплика на английском языке	Коммуникативная значимость
Поприветствовать пациента	Good morning, Mrs. Jones. Good afternoon, Mr Black. Hello Peter!	Обязательный вводный элемент общения
Успокоить пациента	Have you already made a trip to England? It is a really beautiful day today. Is it still raining? Did you get wet?	Необходимо отвлечь внимание пациента от страха или беспокойства и открыть пространство для общения на общие темы,

		чтобы уменьшить напряженность. В то же время необходимо выяснить, какая тема наиболее подходит для разговора.
Приободрить пациента, усаживая в кресло	So please make yourself comfortable. Do you have your head supported well? Is it ok for you? If not, tell me, I will adjust it. Does the headrest hurt?	
Задать вопросы, выделяя из ответов релевантную информацию	Have you come for the examination of your teeth? Do you have any problems? How long have you had these problems? Have you been examined for the same problems somewhere else? What is your general health? Are you currently undergoing any treatment? Are you using any medication?	
Во время осмотра		
Задать конкретные целенаправленные вопросы	Is this swelling painful? Does it hurt when you open your mouth? Did the wound bleed? Does the tooth hurt on percussion? Does hurt here in this place? Yes: "Does the swelling hurt when I press it here?" No: "And what about lateral palpation, does it hurt?"	Не следует забывать, что пациенту необходимо предоставить физическую возможность ответить на вопросы — убрать инструмент, извлечь тампоны и т.д. Не стоит использовать медицинские термины.
После осмотра		
Информировать пациента о результатах осмотра Предложить возможные (необходимые) процедуры	Yes: "Your problem can be cured by pulling out the tooth. Of course, we will first give you an anaesthetic so you will feel no	Объяснение должно быть полным и точным. Необходимо использовать меньше медицинской терминологии.

Убедить пациента в необходимости проведения процедуры Проинформировать пациента о том, как процедура будет происходить	pain”. No: “We will do extraction in anaesthesia”. Yes: “You know, it looks a bit strange to me. This might be something more complicated. You’d rather drop in at hospital with this. We should not neglect this”. No: “Go to hospital with this!”	Предоставленный план лечения, по возможности, должен включать несколько вариантов (по медицинским и экономическим соображениям) Пациенту должен самостоятельно определиться с дальнейшим лечением
Попрощаться с пациентом	Goodbye, Mr Newman. Please do not forget to come for a follow-up in 6 months. Goodbye Mrs Newman, I will see you tomorrow morning or tomorrow afternoon. I have to look at you again to be sure that you are all right and the wound is healing properly.	Обязательный заключительный элемент общения

Заключение

При распространении частной медицинской практики навыки общения с пациентами стали играть еще большую роль. Частные стоматологи должны обладать хорошими навыками общения с пациентами, иначе их пациенты пойдут к другому специалисту, который сможет их успокоить, приободрить, объяснять им ход процедур, дать советы, сделать все, помимо самого лечения, чтобы пациенты ушли из клиники удовлетворенными.

А. К. Абукеримова, И. А. Вальц, 5 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Кафедра хирургических болезней лечебного факультета

Научный руководитель: д.м.н. Н. А. Бородин

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ СКРИНИНГОВ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОЙ КИШКИ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Новообразования занимают второе место в структуре заболеваемости и смертности в Российской Федерации и в Тюменской области, в частности [1, 2, 3]. Онкопатология органов желудочно-кишечного тракта входит в пятерку лидеров среди остальных новообразований за последние пять лет. Данные заболевания легче лечить на ранних этапах развития [4]. Именно поэтому так важно развивать скрининговую службу в этом направлении [5].

Цель исследования: проанализировать онкологическую ситуацию в России и Тюменской области, а также оценить эффективность эндоскопических онко-скринингов желудка и толстой кишки.

Материалы и методы

Представлены статистическим анализом, а также методами сравнения, анализа и синтеза. Использовались следующие материалы: данные ФГДС, колоноскопий и биопсий на базе ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1» за 2016 год, литературные источники, сведения официальных сайтов статистики России и Тюменской области, а также иные источники интернета.

Результаты и обсуждение

За последние 5 лет (на 100 тыс. нас.) по Тюменской области наблюдается рост заболеваемости (227,2-267,8) и снижение смертности (114,5 — 97,8) населения от рака [3]. При этом на 2015 год средний возраст мужчины, у которого выявили новообразование — 64,5 лет, а у

женщины 63,9. Средний возраст умерших от онкопатологии на тот же год среди мужчин — 68 лет, среди женщин — 65,7. Показатель выявления на I-II стадии увеличился с 52 % в 2013 году до 55 % в 2014 году, а в 2015 году увеличилось до 55,2 %.

Среди мужского населения за 2010-2015 год в структуре заболеваемости онкопатологией (на 100 тыс. нас), по-прежнему лидируют заболевания дыхательной системы (19,5-17,8). На втором месте наблюдается планомерный рост показателей рака предстательной железы (11,4-14,4). Далее следуют новообразования кожи (11-11,4), желудка (9,4-7,9) и ободочной кишки (5,7-6,1), чьи показатели за данный период существенно не изменились.

Среди женского населения (на 100 тыс.нас.) за 2010-2015 года в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями занимает лидирующую позицию рак молочной железы (20,5-20,9). Далее наблюдается планомерный рост показателей новообразований кожи (16,3-16,5), тела матки (7,1-7,7), ободочной кишки (6,9-7,1). На пятом месте новообразования желудка (6,2-5,2), чьи показатели постепенно снижаются.

Таким образом, новообразования желудка и ободочной кишки входят в пятёрку лидеров онкопатологии среди мужского и женского населения Российской Федерации. Это говорит о важности проведения онко-скрининга в системе желудочно-кишечного тракта, для ранней диагностики и лечения данной патологии. По данным эндоскопических отделений ГБУЗ ТО "Областная клиническая больница №1" в 2016 году профильное обследование проходили 1453 человек, из них у 673 было выявлено онко-поражение органов желудочно-кишечного тракта.

Первое место заняли новообразования толстой кишки (508 человек), из них 114 приходится на сигмовидную кишку, 56 на прямую, 20 на ободочную кишку, 17 на ректосигмоидный отдел толстой кишки, 13 на слепую кишку. При этом среди всех новообразований преобладает

2а степень — неполипвидные образования, плоские приподнятые. Второе место занимают новообразования желудка с преобладанием 2а степени — 84 человека. Среди 673 биопсии определились следующие группы: эпителиальные образования 547 штук (1s — 262, 2а — 285), BL 17 штук (в т.ч. 5 аденокарцином), 4 ксантомы.

Выводы

Показатели смертности населения от новообразований в Тюменской области уменьшаются, при этом заболеваемость увеличивается. Этот факт дает возможность предположить достаточно высокий уровень профилактики и диагностики онкопатологии, использования врачами современных, в т. ч., высокотехнологичных методов лечения, позволяющих влиять на уровень смертности. Новообразования желудка и ободочной кишки занимают лидирующие позиции среди других онкопатологии мужского и женского населения Российской Федерации [2]. По нашим данным, наибольшей эффективностью в диагностике новообразований желудочно-кишечного тракта обладают скрининговые исследования в виде колоноскопии и фиброгастродуоденоскопии. У половины пациентов, проходивших данные процедуры, были выявлены новообразования в желудке или толстой кишке, с преобладанием эпителиальных образований, что является важным прогностическим критерием, определяющим дальнейшую тактику лечения и исход [1, 4].

Литература

1. Вусик, М.В., Черемисина, О.В., Каракешишева, М.Б., Авдеенко, Т.В., Афанасьев, С.Г. Диагностические возможности увеличительной и узкоспектральной эндоскопии в выявлении и лечении полипов толстой кишки. Сибирский онкологический журнал. 2015; Прил. No 2: 21.
2. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. илл. 250 с.
3. Маландин, А.Г., Меркулов, И.А., Иванов, Ю.В., Пастухов, А.И. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST): особенности диагностики и лечения // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова — 2012. — № 3. — С. 32-41
4. Chan A. O., Lee L. N., Chan A.C. et al. Predictive factors for colonoscopy complications. Hong Kong Med. J. — 2015 Feb; 21 (1): 23-9.
5. Gall T.M., Frampton A.E. Gene of the month: E-cadherin (CDH1). J ClinPathol 2015; 66(11): 928–32.

А. К. Абукеримова, И. А. Вальц, 5 курс, А. Д. Кузеванова, 4 курс,
лечебный факультет;

Р. В. Павлова, врач

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель: д.м.н., доцент Т. П. Шевлюкова

СОМАТОФОРМНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПРОГРЕДИЕНТНЫЙ ФАКТОР ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА

В настоящее время нет четкого алгоритма ведения и прогнозирования исходов у беременных женщин с соматоформной дисфункцией (СФД), поскольку патология представляет собой динамически колеблющуюся симптоматику, которая по мере ослабления компенсаторных адаптационных механизмов приводит к трансформации функциональной дисфункции в органический дефект.

Цель исследования: изучить влияние вегетососудистой дистонии (ВСД) на течение беременности и исход родов.

Материалы и методы

Были оценены результаты двух женских консультации в г. Тюмень за 2015-2017 годы, а также истории родов женщин с диагнозом ВСД посредством анализа, синтеза, статистической обработки, моделирования.

Результаты и обсуждение

Каждой второй беременной (65,96 % за 2017 год) на приеме в женских консультациях № 1 и №2 выставляют диагноз ВСД, при этом из года в год данная статистика фактически не меняется (таблица 1).

Таблица 1

Количество беременных женщин с диагнозом ВСД за 2015–2017 годы

Период наблюдения	Встало на учет в ЖК №1, 2	DS: ВСД	
		абс.	%
2015	3019	1940	64,25
2016	2980	1514	50,80
2017	2809	1853	65,96

Синдром ВСД, включающий как вегетативные, так и эмоциональные расстройства, является обязательным в клинической картине беременных, так как встречается у 92 % обследованных и фундаментом его является психовегетативный симптомокомплекс, обоснованный высокой тревожностью и исходной нейроэндокринной перестройкой организма.

Данные изменения связаны с самим фактом беременности, беспокойством за рождение здорового потомства, треть исследуемых (35 %) акцентировали внимание на состоянии, которое соответствует астеническому синдрому. На вопрос «необходимо ли внедрение службы для психологической помощи беременным?» 92 % опрошенных женщин дали положительный ответ.

Хроническая внутриутробная гипоксия, являющаяся доминирующим признаком плацентарной недостаточности, у беременных с ВСД была выявлена в 12 % случаев. При исследовании сердцебиения плода у 7 % женщин выявились нарушения, соответствующие 7 баллам, у 5 % — 6 баллам по шкале W. Fischer. Согласно доплерометрическому исследованию маточно-плацентарного кровотока 5 % выявлена ЗВУР плода, в 1,5 % ЗВУР произошла на фоне гестозасредней и тяжелой степени, в 0,5 % — на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода.

Подтверждено неблагоприятное влияние ВСД на течение гестационного процесса: способность вызывать осложнения в период беременности (угроза прерывания, гестоз), родов (несвоевременное из-

литие околоплодных вод 25,3 %, кровотечения 13,9 %, внутриутробная гипоксия плода 12 %, аномалии родовой деятельности 17,1 %) и в послеродовом периоде (несостоятельность швов 6,34 %, лактостаз 5,1 %), которые отрицательно воздействуют на здоровье матери и ребенка (рис. 1).

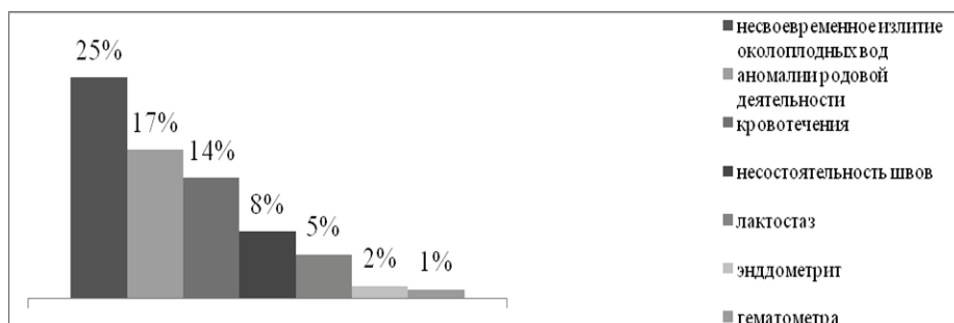


Рис. 1. Влияние ВСД на течение гестационного периода

Данный контингент женщин в ходе диспансерного наблюдения нуждается в детальном обследовании, проведении дополнительных параклинических исследований, а также комплекса лечебных мероприятий для улучшения перинатальных исходов.

Выводы

1. Наличие диагноза ВСД у каждой второй беременной, прогностически неблагоприятное протекание беременности и родов у трети исследуемых даёт веские основания для дальнейшего исследования проблемы, поиска подходов к диагностике, лечению и профилактике данной патологии.
2. ВСД также сочетается с эмоциональными нарушениями, в связи с этим необходима не только врачебная, но и психологическая помощь данным пациенткам.
3. ВСД может привести к осложнениям беременности, родов, послеродового периода, соответственно к увеличению перина-

тальной смертности, негативном влиянии на дальнейшее психическое развитие ребенка.

4. Оценку автономной нервной системы с помощью параклинических способов можно применить в качестве объективного критерия состояния механизмов адаптации беременной, что позволит разработать лечение ВСД у данного контингента женщин путем воздействия на патогенетические звенья этой патологии.

Литература

1. Абдуева, Ф. М., Каменская, Э. П. Вегето-сосудистая дистония или соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца // Вестник Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина. Серия «Медицина». — 2012. — № 23 (998).
2. Акушерство: национальное руководство/под редакцией Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой/ М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1200 с.
3. Боташева, Т. Л. Особенности системы сосудисто-эндотелиальных факторов роста при физиологической беременности в зависимости от пола плода / Т. Л. Боташева, В. А. Линде, Н. В. Ермолова, О. Д. Саргсян, Н. А. Рогова // Медицинский вестник юга России. — 2013. — №4. — С. 38-42.
4. Влияние вегето-сосудистой дистонии на течение беременности и исход родов / В. А. Кулавский, Е. В. Кулавский, В. И. Беглов, А. М. Зиганшин // Мать и дитя в Кузбассе. — 2015. — №2. — С. 59-62.
5. Влияние состояния вегетативной нервной системы на течение беременности, родов и неонатального периода/ Л. С. Александров, М. И. Ковалев, К. П. Маслянкина, Н. В. Туттер // Гинекология — 2013. — №2. — С. 62-66.

А. К. Абукеримова, К. Э. Некрасова, 5 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Кафедра нервных болезней с курсом детской неврологии

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. А. Лебедев

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФАРКТА МОЗГА НА ФОНЕ ДИСЕКЦИИ
ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ С НАЛОЖЕНИЕМ
ЭКСТРАИНТРАКРАНИАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА**

Диссекция — это проникновение крови под внутреннюю оболочку артерии в результате расслоения сосудистой стенки с формированием интрамуральной гематомы, которая стенозирует или окклюдует просвет артерии либо является источником артерио-артериальной эмболии, что приводит к ишемическому инсульту [1]. Первые морфологические описания диссекции были сделаны в 80-е годы XX в., а её изучение началось с 90-х годов прошлого столетия в Научном центре неврологии РАМН. В 75 % случаев диссекция наблюдается у лиц в возрасте до 45 лет [5]. У мужчин чаще повреждается внутренняя сонная артерия, а у женщин — позвоночная. Прогноз для жизни в большинстве случаев благоприятный, летальный исход наблюдается примерно в 5 % случаев [3].

Важная роль в диагностике диссекций принадлежит ангиографии, при этом патогномичными симптомами являются «симптом пламени свечи», который обнаруживается при окклюзии или субтотальном стенозе внутренней сонной артерии (ВСА) вследствие «косого» отслоения интимы на 1–2 см выше ее устья, «симптом струны», «симптом четок», или «нити бус», наличие псевдоаневризмы [2].

Лечение. 1. Медикаментозное: рекомендуется введение антикоагулянтов (альтернатива — антиагреганты) с последующим переходом на прямые, периодом до 2-3 месяцев. 2. Хирургическое: настоящее время применяется операция экстра-интракраниальный микрососуди-

стый анастомоз (ЭИКМА) с целью увеличения кровотока для лечения пациентов с недостаточной мозговой перфузией со стойкими ишемическими симптомами, имеющимися несмотря на проводимую консервативную терапию [1].

Цель исследования: анализ эффективности ИЭКМА и динамики состояния пациента до и после проведенной операции.

Материалы и методы

Использовались клинические и параклинические методы обследования: опрос и осмотр пациента, заключения врачей; данные лабораторных и инструментальных методов обследования пациента.

Результаты и обсуждение

Пациент К., 33 года, 16.01.2017 попал в ДТП. По выписке из амбулаторной карты № 536/6 приемного отделения ГБУЗ ТО «Областная больница №3» у пострадавшего имелся ушиб мягких тканей лобной области; ушибы и ссадины лица; ссадины на правой кисти; ушиб поясничного отдела позвоночника; ссадины в области правого коленного сустава. Отмечались подкожные гематомы лобной и теменной областей справа. Была назначена симптоматическая терапия. 27.01.2017 поступил в приемное отделение ГБУЗ ТО «ОКБ№2» в экстренном порядке с признаками нарушения мозгового кровообращения. При осмотре невролога: сознание ясное, сенсомоторная афазия, лицо ассиметричное с выраженной сглаженностью носогубной складки справа, правосторонняя гемиплегия. Сухожильные рефлексы с конечностей S>D, выявляются патологические стопные рефлексы Бобинского, Оппенгейма, Россолимо справа. Координаторные пробы правыми конечностями не выполняет из-за отсутствия активных движений. Функцию тазовых органов контролирует, координаторные пробы не выполняет, т.к. плохо понимает обращаемую речь. На МРТ: картина «свежего» ишемического инсульта в бассейне СМА слева Клинический диагноз: Ишемический инсульт в бассейне ЛСМА, правосторонняя гемиплегия, выраженная сенсомоторная афазия, острейший период. По данным МР-

ангиографии: тромбоз ЛВСА с признаками её диссекции. При проведении консилиума было принято решение: реваскуляризация головного мозга путём наложения низкопоточного анастомоза между поверхностной височной артерией и ЛСМА в М4 сегменте. 3.02.17 Из протокола операции: Под эндотрахеальным наркозом, в положении больного на спине с поворотом головы вправо, проведен дугообразный разрез кожи и подкожной клетчатки в левой лобно-височной области. Под операционным микроскопом выделена поверхностная височная артерия на протяжении 8 см. Проведена краниотомия височной кости. Выделен участок средней мозговой артерии М₄ сегмент — реципиент. Выполнено сшивание поверхностной височной артерии и средней мозговой артерии по типу «конец в бок» отдельными узловыми швами. На третьи сутки после операции пациент ходил с помощью «ходунков», на восьмые сутки свободно передвигался самостоятельно. Значительно уменьшилась афазия, стал почти полностью понимать обращаемую речь [4].

Заключение

Создание экстра-интракраниального микроанастомоза является эффективным методом лечения диссекции внутренней сонной артерии с её тромбозом, что соответствует данными литературы.

Литература

1. Добрынина Л.А., Калашникова Л.А., Кремнева Е.И., Павлова Л.Н. Диссекция внутренней сонной артерии: локализация и механизм развития инфарктов головного мозга. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. Приложение «Инсульт». 2011. № 12:10–16.
2. Калашникова Л.А., Добрынина Л.А., Диссекция артерий головного мозга: ишемический инсульт и другие клинические проявления. М.: ВАКО, 2013. 208 с.
3. Элиава Ш.Ш., Мартиросян Н.Л., Реваскуляризация головного мозга: история и современное состояние//Вопросы нейрохирургии. -2008. — №2. -С. 53-57.
4. Калашникова Л.А. Диссекция внутренних сонных и позвоночных артерий: клиника, диагностика лечение. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. — спецвыпуск 2. — С. 40-45.

А. К. Абукеримова, Д. С. Старкова, 5 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Фомина

АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Большое внимание в акушерской практике уделяют преждевременным родам (ПР) [2, 3, 4, 5]. За последние несколько лет частота ПР в России и Тюменской области начала снижаться [4, 5]. Это связано с соблюдением этапности оказания медицинской помощи [4, 5]. Наиболее неблагоприятный срок родоразрешения при ПР — 22-27,6 недель. ПР являются как медицинской, так и экономической проблемой, так как выхаживание недоношенных новорожденных требует больших затрат от семьи и государства. Причиной смерти являются частые осложнения, а выжившие дети имеют высокую заболеваемость [2,3].

Цель исследования: сравнить частоту и структуру ПР очень раннего срока за 2014 и 2016 гг.

Материалы и методы

Проведено сплошное ретроспективное исследование 644 историй родов женщин, родоразрешенных в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г.Тюмень), далее ПЦ, в 2016 г. и 489 в 2014 г. (уч. форма № 096/у), заключений гистологических исследований последов (уч. форма № 014/у), индивидуальных карт беременных и родильниц (уч. форма № 111/у), а также «Формализованные истории болезни» (ФИБ) родов, женщин, родивших в других родовспомогательных учреждениях Тюменской области (ТО) в 2016 г. Для обработки материала использована программы Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

В целом в ТО уделяется большое внимание проблеме ПР. Так, активно внедряются клинические протоколы по ПР, используется неинвазивный метод коррекции истмико-цервикально недостаточности (ИЦН) — акушерские пессарии, назначаются препараты прогестерона (при наличии показаний), проводятся мероприятия по просвещению беременных женщин. С 2016 года для постоянного аудита ПР внедрено в работу всех родовспомогательных учреждений ТО заполнение на каждый случай ПР ФИБ родов врачом, который принял роды. В нем указываются основные данные по сроку, методу родоразрешения, причине ПР, выявленным дефектам оказания медицинской помощи, наличие проведения курса профилактики синдрома дыхательных расстройств (СДР) плода. Вследствие совокупности проведенных мероприятий в ТО, направленных на улучшение положения по проблеме ПР, в 2016 г. этот показатель стал равным 4,4 % и снизился на 1,0 % по сравнению с 2014 г., что даже ниже такового показателя по РФ 5-6,5 % [1].

Выделяют: очень ранние ПР (произошли в 22-27,6 недель гестации) — 5 %, ранние ПР (в 28-33,6 недель) — 25-35 % и поздние ПР (в 34-36,6 недель) — 60-70 % [1]. Обращает на себя внимание снижение числа очень ранних ПР с 2014 года — 7 % до 5,7 %, что приблизилось к таковому показателю в РФ — 5 %. Можно сделать заключение, что в ТО, несмотря на проводимые мероприятия, удерживается высокий показатель в очень раннем сроке, чем в среднем по РФ.

ПР также делятся по характеру на самопроизвольные и индуцированные [1]. К спонтанным (самопроизвольным) ПР относят: роды начавшиеся вследствие преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО), ИЦН и спонтанно развившейся родовой деятельности. Наиболее часто к медицинским показаниям для завершения беременности относят: преэклампсию, острую гипоксию плода, синдром задержки роста плода (СЗРП), преждевременную отслойку нормально

расположенной плаценты (ПОНРП), предлежание плаценты с кровотечением, антенатальную гибель плода, гемолитическую болезнь плода (ГБП).

В 2016 г. большее количество преждевременных родов относились к самопроизвольным - 62,3 %, а 37,7 % к индуцированным, в сравнении с РФ: самопроизвольные — 70-80 %, а индуцированные — 20-30 %. Сравнив данные с 2014 г. — 56 % можно проследить, что среди ПР очень раннего срока в 2016 г. выросло число самопроизвольных, что бесспорно является положительным фактом.

На рисунке 1 отображена динамика причин индуцированных ПР в 22-27,6 недель гестации в 2014-2016 гг.

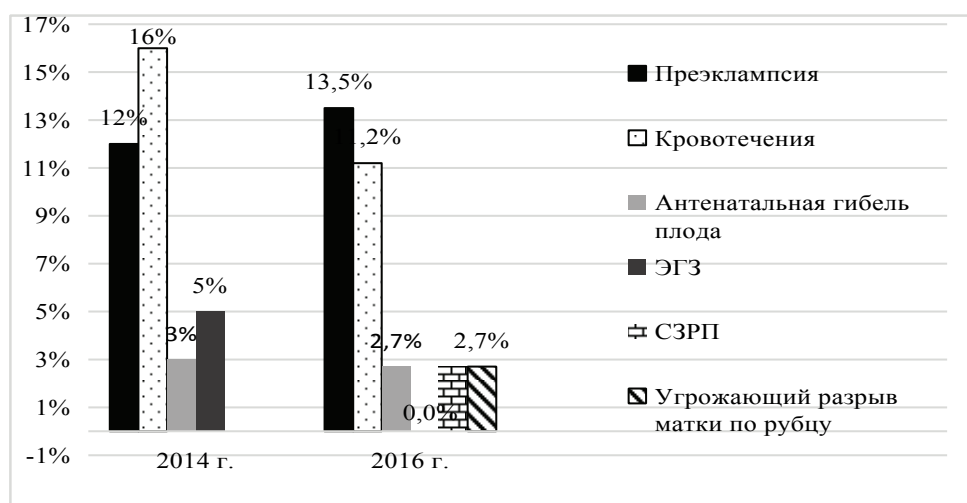


Рис. 1. Динамика причин индуцированных родов в 22-27,6 недель Э в 2014 и 2016 гг.

Как видно из рисунка 1, самой частой причиной индуцированных ПР является преэклампсия — 13,5 % в 2016 г., а в 2014 г. — 12 %. Отмечается снижение кровотечений вследствие ПОНРП и предлежанием плаценты с 16 % до 11,2 %. Прерывание беременности из-за де-

компенсации экстрагенитальной патологии в 2016 г. в этом сроке не выявлено, в отличие от 2014 г. В 2016 гг. СЗРП и угрожающий разрыв матки встречались гораздо реже — 2,7 %, чем вышеперечисленные причины ПР.

Сравнивая причины спонтанных ПР в 22-27 недель, виден резкий рост ПРПО с 16 % в 2014 г. до 35 % (в 2,2 раза) в 2016 г. Касательно иных причин, то они встречались реже. Так, например, случаи спонтанно развившейся родовой деятельности снизились с 22 % до 16 % и ИЦН с 16 % до 13,5 %, что связано с использованием акушерских пес-сариев [5].

Выводы

ВТО за 2016 г. снизилось число ПР на 1,0 % по сравнению с 2014 г. (2016г. — 4,4 %, 2014 — 5,4 %), что даже ниже такового показателя по РФ 5-6,5 %. 2. Произошло снижение количества очень ранних ПР с 7 % (2014г.) до 5,7 % (2016г.). 3. Основной причиной ПР очень раннего срока является ПРПО, возросший в 2,2 раза, по сравнению с 2014 годом, при некотором снижении числа прочих причин.

Литература

3. Акушерство. Национальное руководство / ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского.- 2-е изд., перераб.и доп. — Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. — 264 с.
4. Атласов, В. О. Преждевременные роды и недоношенный ребенок в 22-27 недель гестации: практическое руководство для врачей / В. О. Атласов, Д. О. Иванов, И. Б. Года. — СПб.: ФОЛИАНТ, 2012. — 256 с.
5. Баранов, И. И. Медицинские и социальные аспекты преждевременных родов / И. И. Баранов, Ю. П. Скрипниченко, З. З. Токова, И. Н. Кузьмич // Акушерство и гинекология. — 2014. — № 5. — С. 90-93
6. Фомина И. В., Полякова В. А., Кукарская И. И., Кукарская Е. Ю. Преждевременные роды: изменения к лучшему//Современные проблемы науки и образования. — 2017. — №5;URL:<http://www.science-education.ru/article/view?id=27001>(дата обращения: 17.10.2017).
7. Фомина И. В., Полякова В. А., Пыленко Н. В., Абукеримова А. К. Преждевременные роды: куда двигаться дальше // Международный научно-исследовательский журнал.- 2017. — №12(66)Ч.4. — С.124-127.URL: https://researchjournal.org/wpcontent/uploads2011/10/1246.pdf?utm_source=sendinblue&utm_campaign=Pdf__&utm_medium= email (датаобращения: 16.02.2018).

Ф. А. Авакян, Д. М. Ермакова, 6 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
Научный руководитель: д.м.н., доцент О. Б. Поселюгина

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ

Контраст-индуцированная нефропатия (КИН) — ятрогенная патология, которая возникает после введения контрастного вещества с диагностической целью.

Лучшим способом профилактики КИН является адекватная перипроцедурная гидратация.

Цель исследования: рассмотреть различные подходы к проблеме патогенеза, факторы риска и достижения в профилактике контраст-индуцированных нефропатий.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели был проведен анализ современной литературы, клинических рекомендаций, а также клинической истории болезни пациента с острым коронарным синдромом, находящегося на лечении в кардиологическом отделении ГБУЗ Тверской области ОКБ.

Под КИН в настоящее время понимают острое повреждение почек вследствие почечной токсичности контрастного вещества (КВ), содержащего йод, что сопровождается относительным ($\geq 25\%$) или абсолютным (44 мкмоль/л) увеличением сывороточного креатинина (СК) после введения КВ по сравнению с исходным значением.

КИН занимает третье место среди причин развития острого повреждения почек (ОПП) и достигает 12 % среди госпитализированных больных.

Смертность в результате ОПП при применении контрастного средства может достигать 34 %.

В группу риска по развитию КИН входят пациенты с сахарным диабетом, сердечной недостаточностью (III и IV класс NYHA), инфарктом миокарда, артериальной гипертензией, лица пожилого возраста.

Наиболее опасны высокоосмолярные КВ, обладающие выраженной нефротоксичностью, которая также зависит от объёма вводимого вещества. Более безопасными являются низкоосмолярные КВ (йогексол (омнипак), йопромид (ультравист), йодиксанол (визипак)).

В основе патогенеза КИН лежит прямое токсическое действие КВ, вызывающего некроз эпителия клеток почечных канальцев. При этом ухудшается почечная гемодинамика, что приводит к снижению СКФ и к ОПН. После введения КВ повышается креатинин крови, что соответствует проявлению ОПН. На 3-5 сутки при неосложненном течении функция почек восстанавливается. Ухудшает течение заболевания наличие сопутствующей патологии и поздняя постановка диагноза и начало лечения.

Европейское общество урогенитальной радиологии (ESUR, ЕОУР) рекомендует считать критическим уровнем нормальной функции почек: креатинин в сыворотке крови — более 120 мкмоль/л, СКФ — менее 50 мл/мин/1,73 м² площади поверхности тела.

В связи с увеличением количества больных, которым необходимо проведение исследований с использованием КС, возросло развитие КИН. В связи с выше указанным была поставлена цель представить клинический случай по данной нозологии.

Пациент О.Б.М., 86 лет, поступил в отделение кардиологии с диагнозом: Острый коронарный синдром без подъёма ST, осложненный острой сердечной недостаточностью, Killip I. Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4. Гипертонический нефроангиосклероз. ХПН IIA стадии. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Риск тромбоэмболических осложнений высокий (6 бал-

лов по шкале CHA2DS2VASc). Риск кровотечения высокий (5 баллов по шкале YAS-BLED).

Пациент поступил в отделение с целью проведения коронароангиографии.

Накануне проведения данной процедуры у пациента определялся уровень креатинина крови, который был повышен и составил 154,1 мкмоль/л, рассчитывалась СКФ — 35 мл/мин. Указанные изменения были расценены как лабораторные проявления хронической почечной недостаточности. Учитывая наличие сопутствующей патологии, пациент входит в группу риска по развитию КИН.

По жизненным показаниям пациенту на следующий день выполняется коронароангиография, в ходе которой вводится 420 мл контрастного вещества «Юнигексол». Предварительная подготовка пациента с целью профилактики КИН не осуществлялась. В послеоперационном периоде пациенту с целью профилактики развития данной патологии было введено 0,9 % NaCl 1300,0 мл в/в. На 5 сутки послеоперационного периода (09.10.2017 года) у пациента произошел стремительный подъем уровня креатинина крови до 488 мкмоль/л, и на этом фоне отмечалось ухудшение самочувствия пациента (жалобы на слабость, тошноту, запор в течение нескольких дней). В общем анализе мочи выявлялась незначительная протеинурия до 0,33 г/л. По данным УЗИ почек отмечались диффузные изменения в паренхиме почек с уменьшением толщины паренхимы до 8 мм.

В связи с развитием данного осложнения пациент осматривался нефрологом, который вынес следующее заключение: Гипертонический нефроангиосклероз, азотемическая стадия. ХПН 2Б стадия с компонентом ОПН на фоне развития рентгеноконтрастной нефропатии. В плане дальнейшей тактики ведения было рекомендовано с целью ликвидации копростазов проведение очистительной клизмы, внутрь леспеплан, энтеросгель, в вену фуросемид.

На фоне проводимой терапии показатели азотемии не снижались, в биохимическом анализе крови от 13.10.2017 креатинин составлял 479 мкмоль/л, СКФ — 14 мл/мин. Назначена консультация врача отделения хронического гемодиализа для решения вопроса о необходимости подготовки к началу лечения заместительной почечной терапией.

Таким образом, у пациента 86 лет рентгеноконтрастная нефропатия развилась на фоне уже имеющейся сниженной функции почек, обусловленной гипертоническим нефроангиосклерозом. Наличие тяжелой сопутствующей патологии, сердечной недостаточности существенно ухудшило прогноз для выздоровления. Течение КИН осложнилось острым почечным повреждением, которое оказалось необратимым для пациента.

Ретроспективный анализ имеющихся факторов риска у пациента в плане развития КИН (объем контрастного препарата, возраст, СКФ, анемия) показал значение 15 баллов, что соответствует высокому риску развития данной патологии.

Следует отметить, что профилактика РКН, проведенная перед введением КВ, несомненно, уменьшила бы тяжесть поражения почек.

В настоящее время проводится следующая профилактика данной патологии:

перед введением контрастного вещества следует исключить все препараты, влияющие на СКФ, после операции необходимо следить за диурезом пациента.

У пациентов с повышенным риском КИН рекомендуется гидратация: 3 мл/кг изотонического раствора хлорида натрия за час до процедуры и 1 мл/кг в час в течение 6 ч после процедуры; ацетилцистеин (АЦЦ): 600 мг × 2 раза в сутки до выполнения и в первые сутки после введения РКС.

Выводы

1. Низкоосмолярные РКС обладают меньшей нефротоксичностью.
2. Для оценки развития КИН необходимо проводить анализ ФР.
3. Профилактика перед введением РКС уменьшает тяжесть поражения почек.
4. У пациентов с повышенным риском КИН рекомендуется гидратация до и после введения РКС.

Литература

1. Раптанова В. А., Сперанская А. А., Прошин С. Н. Контраст-индуцированные нефропатии (фармакология рентгеноконтрастных средств)//Педиатр, том VII #1, Санкт-Петербург, 2016 г, С. 97-105.
2. Каюков, И. Г. Рентгеноконтрастная нефропатия ГОЭТАР-Медиа.– М., 2009, С. 12-16.
3. Дунаева А. Р., Щербакова А. С., Хафизов Е. Н., Загидуллин Н. Ш. Контрастиндуцированная нефропатия при коронарографии. // Практическая медицина. 2014. — №3(79). — С. 35-40.
4. Мухин, Н. А. Нефрология: национальное руководство/ М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 720 с.
5. Блейкли С. Почечная недостаточность и заместительная терапия (Комплексное лечение критических состояний) / М.: Издательский дом Видар, 2013. — 160 с.
6. Волгина Г. В., Козловская Н. Л., Щекочихин Д. Ю.// Клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению контраст-индуцированной нефропатии// Научное общество нефрологов России, 2014 г.
7. Белопухов В. М., Якупов И. Ф., Айнутдинова И. А., Иванова А. Ю. //Нарушения функции почек у больных с инфарктом миокарда и чрескожными коронарными вмешательствами в до- и послеоперационном периоде// Медицинский альманах: Анестезиология, реаниматология, перфузиология, 2013, 56 с.

Ф. А. Авакян, Д. М. Ермакова, 6 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
Научный руководитель: д.м.н., доцент О. Б. Поселюгина

КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ

Ежегодно в мире используется около 60 миллионов доз контрастных веществ(КВ), но, несмотря на использование более новых и менее нефротоксичных препаратов, риск контраст-индуцированной нефропатии (КИН) остается значительным, особенно среди пациентов с предшествующим нарушением функции почек.

Цель исследования: рассмотреть различные подходы к проблеме патогенеза, факторы риска и достижения в профилактике контраст-индуцированных нефропатий.

Материалы и методы

Проведен анализ современной научной литературы, клинических рекомендаций.

Результаты и обсуждение

Под КИН понимают острое повреждение почек вследствие почечной токсичности КВ, содержащего йод, сопровождается относительным($\geq 25\%$) или абсолютным (44 мкмоль/л) увеличением сывороточного креатинина (СК) после введения КВ по сравнению с исходным значением.

КН занимает третье место среди причин развития острого повреждения почек (ОПП) и достигает 12 % среди госпитализированных больных.

Смертность в результате ОПП при применении контрастного средства может достигать 34 %. Факторы риска при КИН можно разделить на «внутренние» и «внешние». «Внутренние»: предшествующая почечная недостаточность; сахарный диабет(СД); уменьшение эффек-

тивного внутрисосудистого объема (сердечная недостаточность (III и IV класс NYHA), инфаркт миокарда, цирроз печени); пожилой возраст; артериальная гипертензия. «Внешние» факторы риска включают: разницу в физико-химических и фармакокинетических показателях КВ (осмолярность вводимого препарата); большой объем вводимого препарата; путь введения.

Mehran et al создали шкалу оценки риска по 4-м классам (низкий риск — до 5 баллов, средний — 6-10 баллов, высокий риск — 11-15 баллов, очень высокий риск — более 16 баллов) для прогнозирования возникновения КИН после ангиографии, с «весовыми» коэффициентами для отдельных факторов риска, таких как: гипотензия, внутриартериальная баллонная контрпульсация, хроническая сердечная недостаточность III-IV NYHA, возраст более 75 лет, анемия ($Ht < 39\%$), сахарный диабет, объем контрастного препарата, креатинин сыворотки $> 1,5$ мг/мл. Наиболее безопасными являются неионные низкоосмолярные КВ: омнипак, йопромид, йодиксанол. Следует использовать меньшие объемы необходимых для визуализации КВ, так как риск возникновения КИН увеличивается с увеличением доз контрастных веществ, в частности, как было показано в исследовании RECOVER, при объеме контрастных веществ ≥ 140 мл возрастает риск развития КИН.

Выделяют три важных патогенетических механизма, провоцирующих развитие нефропатии. Прямое токсическое действие КВ на эпителий клеток канальцев приводит к изменению почечной гемодинамики (первоначальное увеличение кровотока с последующим устойчивым снижением). Кроме этого, возникает спазм сосудов клубочкового вещества почек, что приводит к снижению почечной фильтрации и повышению сосудистого сопротивления.

Выделяют внутривнепочечные механизмы возникновения КИН: увеличение давления внутри канальцев вследствие осмотического диуреза; повышение вязкости мочи; тубулярную обструкцию; повышение активности почечных вазоконстрикторов; ишемию мозгового вещества

почки. В итоге развивается клиника острого повреждения почек (ОПН). После введения КВ возможно кратковременное повышение уровня креатинина через 24 ч, однако это еще не означает развития КИН. При развитии последней уровень креатинина сыворотки возрастает на 0,5 мг/дл и более.

Максимальный пик концентрации креатинина в сыворотке отмечается на 3–5-е сутки и к исходному уровню обычно возвращается в течение 10–14 дней, но может сохраняться до 3 недель.

Представителями нефрологических ассоциаций (ASN, ISN и NKF) и Европейского общества интенсивной терапии была предложена концепция «острого повреждения почек» (ОПП — acute kidney injury — AKI). Данное повреждение подразделяется на 3 стадии, основываясь на изменении уровня креатинина крови и диуреза. CI-AKI Consensus Working Panel пришла к выводу, что риск КИ-ОПП становится клинически значимым при креатинине в сыворотке крови мужчин ≥ 115 мкмоль/л и $\geq 88,4$ мкмоль/л у женщин.

В последнее время исследованы несколько перспективных биомаркеров тубулярного повреждения: pNGAL, pCysC, uNGAL, uIL-18, uL-FABP, ubNAG. Данные биомаркеры актуальны для диагностики КИН, так как могут выявляться ранее повышения уровня креатинина крови.

Самыми эффективными из них на сегодняшний день признаны плазменный п-ацетил-β-глюкозамин (pNGAL) и плазменный цистатин С (pCysC). До введения КВ должны быть в обязательном порядке отменены средства, уменьшающие СКФ. Использование петлевых диуретиков и маннитола увеличивают риск развития КИН, применение их в профилактике КИН не оправдано.

У пациентов с низким риском КИН рекомендуется использовать пероральный путь гидратации при уверенности адекватного потребления жидкости и соли.

У пациентов с повышенным риском КИН рекомендуется адекватное внутривенное восполнение объема 0,9 % NaCl со скоростью 1,0-1,5 мл/кг/ч в течение 6-12 часов до и после процедуры.

Гидратация 0,9 % раствором хлорида натрия в сравнении с 0,45 % является предпочтительной: гидратация: 3 мл/кг изотонического раствора хлорида натрия за час до процедуры и 1 мл/кг в час в течение 6 ч после процедуры; ацетилцистеин (АЦЦ): 600 мг × 2 раза в сутки до выполнения и в первые сутки после введения РКС; в urgentных ситуациях: гидратация изотоническим раствором хлорида натрия, АЦЦ — 600 мг в/в болюсом перед процедурой и по 600 мг 2 раза в сутки *per os* на следующий день после процедуры.

У пациентов с высоким риском КИН возможна альтернативная гидратация раствором бикарбоната натрия (154 mEq/l в 5 % растворе глюкозы) со скоростью 3 мл/кг/ч за 1 час до и 1 мл/кг/ч в течение 6 часов после введения йодсодержащего КВ.

Гидратацию у пациентов следует проводить только после оценки состояния водного баланса. Роль гемодиализа у пациентов высокого риска КИН остается сомнительной. Контрастные вещества не являются белками, имеют относительно низкий молекулярный вес и легко очищаются с помощью диализа, в связи с чем продолжается изучение превентивной заместительной почечной терапии как меры профилактики КИН.

Выводы

1. КИН является многофакторным процессом и до сих пор изучена не полностью, что затрудняет ее диагностику и лечение.
2. Наиболее безопасными являются неионные низкоосмолярные КВ.
3. Следует использовать меньшие объемы необходимых для визуализации КВ.

4. Риск КИ-ОПП становится клинически значимым при креатинине в сыворотке крови мужчин ≥ 115 мкмоль/л и $\geq 88,4$ мкмоль/л у женщин.
5. Самыми эффективными биомаркерами признаны pNGAL и pCysC.
6. До введения КВ должны быть в обязательном порядке отменены средства, уменьшающие СКФ.
7. У пациентов с повышенным риском КИН рекомендуется адекватное внутривенное восполнение объема 0,9 % NaCl до и после процедуры.
8. Гидратацию у пациентов следует проводить только после оценки состояния водного баланса.

Литература

1. Раптанова В. А., Сперанская А. А., Прошин С. Н. Контраст-индуцированные нефропатии (фармакология рентгеноконтрастных средств)//Педиатр, том VII #1, Санкт-Петербург, 2016 г. — С. 97-105.
2. Каюков, И. Г. Рентгеноконтрастная нефропатия. ГОЭТАР-Медиа.— М., 2009, С.12-16.
3. Дунаева А. Р., Щербакова А. С., Хафизов Е. Н., Загидуллин Н. Ш. Контрастиндуцированная нефропатия при коронарографии. // Практическая медицина. 2014. — №3(79). — С. 35-40.
4. Мухин, Н. А. Нефрология: национальное руководство / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 720 с.
5. Блейкли, С. Почечная недостаточность и заместительная терапия (Комплексное лечение критических состояний) / М.: Издательский дом Видар, 2013. — 160 с.
6. Волгина Г. В., Козловская Н. Л., Щекочихин Д. Ю.// Клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению контраст-индуцированной нефропатии// Научное общество нефрологов России, 2014 г.
7. Белопухов В. М., Якупов И. Ф., Айнутдинова И. А., Иванова А. Ю. //Нарушения функции почек у больных с инфарктом миокарда и чрескожными коронарными вмешательствами в до- и послеоперационном периоде// Медицинский альманах: Анестезиология, реаниматология, перфузиология, 2013 — 56 с.

Л. М. Авдеева, А. А. Даниленко, 5 курс, стоматологический факультет;
Л. Н. Соколова доцент кафедры детской стоматологии и ортодонтии с
курсом детской стоматологии ФДПО, интернатуры и ординатуры

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра детской стоматологии и ортодонтии с курсом детской
стоматологии ФДПО, интернатуры и ординатуры
Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. Н. Соколова

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО ВОПРОСАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гормональная перестройка во время беременности влияет на стоматологический статус женщины: понижается рН ротовой жидкости, замедляются процессы регенерации эпителия, увеличивается количество условно-патогенных микроорганизмов.

Беременные женщины образуют группу риска по стоматологическим заболеваниям. Одним из главных факторов предупреждения развития стоматологических патологий у ребёнка является осведомленность матери о гигиене полости рта и профилактики стоматологических заболеваний: распространенность кариеса достигает к концу III триместра 91-100 %, при интенсивности 9-12 зубов; частота встречаемости заболеваний пародонта — 64-100 % в зависимости от характера течения беременности.

Цель исследования: выявление уровня знаний беременных женщин г. Твери и г. Старой Руссы (Новгородская область) по вопросам гигиены полости рта и профилактики стоматологических заболеваний.

Материалы и методы

Методом анкетирования были опрошены 100 беременных женщин из городов Твери и Старой Руссы по вопросам гигиены полости рта и профилактики стоматологических заболеваний. Возрастной диапазон составил от 19 до 40 лет (средний возраст 26 лет). Разработанная

авторская анкета состояла более чем из тридцати вопросов и содержала три раздела: гинекологический анамнез, вопросы по гигиене полости рта, вопросы профилактики стоматологических заболеваний у детей.

Результаты и обсуждение

Среди опрошенных женщин города Твери преобладали лица с высшим образованием, а в г. Старая Русса — со средним профессиональным. По срокам беременности женщины распределились следующим образом: в г. Твери более половины опрошенных находились на 3-м триместре беременности, в районном центре контингент опрошенных представлен всеми триместрами в равном количестве. Токсикоз в 1 триместре беременности был у 60 % анкетированных женщин, в обоих населённых пунктах около трети не страдали токсикозами. У большинства жительниц Твери это была первая беременность, у 37 % рушанок — первая и третья. Среди опрошенных тверичанок оказалось больше первородящих женщин. Женщин с 1,2,3-мя детьми было больше в Старой Руссе. Половина респондентов в питании себя не ограничивают. Более 20 % беременных ограничили приём жирной пищи, треть ограничили употребление простых углеводов. По мнению более 60 % опрошенных женщин, состояние их зубов и десен за время беременности не изменилось. Примерно у трети опрошенных — ухудшилось. До наступления беременности стоматолога посетили 40 % женщин, с наступлением беременности ещё столько же. Остальные женщины только планируют визит к стоматологу, 8 % жительниц райцентра затрудняются вспомнить дату последнего посещения стоматолога. В основном при последнем посещении стоматолога женщинам проводилось лечение зубов. Не более 10 % женщин проводились процедуры по профилактики кариеса зубов и болезней десен и рекомендовали дополнительные предметы и средства гигиены полости рта. По результатам опроса оказалось, что профилактическая работа хуже поставлена в женской консультации районного центра. Анализ плана профилакти-

ческой работы с беременными женщинами в школах будущих матерей показал, что в женской консультации города Твери занятие со стоматологом в графике обозначено, тогда как с беременными женщинами Старой Руссы такие встречи не запланированы и не проводятся. Около 40 % беременных в настоящее время отмечают кровоточивость десен при чистке зубов. Болезненность десён явилась нехарактерным симптомом: отсутствовала у большинства опрошенных. Мы выявили нарушения в режиме чистки зубов: согласно опросу, утром, до завтрака в Твери чистят зубы четверть респондентов, в Старой Руссе половина; утром, после завтрака чистят треть и 22,1 % соответственно. Лишь 39 % опрошенных тверичанок и четверть рушанок чистят зубы перед сном. По 5 % женщин в обоих городах сообщили, что чистят зубы после каждого приёма пищи. Рекомендованные 2-3 минуты тратят на чистку зубов более трети опрошенных. При чистке зубов женщины используют разнообразные типы движения зубной щетки. Однако, подметающие движения — примерно 14 % опрошенных. К сожалению, наибольшим спросом у беременных обоих городов пользуются отбеливающие пасты. Пятая часть тверичанок считает, что их паста гигиеническая, примерно такое же количество женщин затрудняются классифицировать свою зубную пасту. При выборе зубной пасты женщины в Твери ориентируются на содержание противовоспалительных компонентов и содержание солей кальция и фосфатов, а в Старой Руссе большинство беременных, к сожалению, затрудняются описать состав их зубной пасты. Только половина опрошенных меняют свою зубную щётку 1 раз в 3 месяца. Подавляющее большинство опрошенных используют зубную щётку средней степени жёсткости (хотя 40 % женщин указали на кровоточивость дёсен, при которой стоматологи рекомендуют мягкую зубную щётку). Что касается интрадентальных предметов гигиены полости рта, то большинство беременных не используют зубную нить; 60 % респондентов г. Твери и треть г. Старая Русса редко пользуются зубочисткой, не нуждаются в зубочистке треть и половина соответ-

венно. У большинства опрошенных женщин положительное отношение к жевательной резинке, треть не считают нужным её использовать. В среднем только 11 % всех респондентов регулярно используют ополаскиватель для полости рта, треть тверичанок и половина рушанок никогда не пользуются жидкими средствами гигиены полости рта. Ни одна из опрошенных женщин не использует ирригатор: половина респондентов ответили, что не знают, что это такое. В процессе анкетирования мы выявили отсутствие у большинства респондентов должных знаний о гигиене полости рта ребёнка. Только треть опрошенных женщин в г. Твери и четверть в г. Старая Русса знают, что ухаживать за полостью рта ребёнка нужно с рождения малыша. Большая часть опрошенных тверичанок считает, что применять зубную пасту у ребёнка нужно с прорезыванием первого зуба, жительницы Старой Руссы полагают, что следует подождать прорезывания всех временных зубов, в то время как детские стоматологи рекомендуют чистить временные зубы малыша до двух лет очень мягкой зубной щёткой или щёткой-напальчником без зубной пасты. Обращает на себя внимание тот факт, что более трети опрошенных женщин затрудняются ответить на этот вопрос. Согласно опросу, чуть более трети беременных в обоих городах считают, что первый визит с ребёнком к врачу-стоматологу осуществляется с прорезыванием первого зуба; треть рушанок обратятся только с появлением первых жалоб; 44 % опрошенных в Твери и только 13 % в Старой Руссе затруднились ответить. 100 % опрошенных женщин планируют кормить ребёнка грудью. Более 40 % рушанок и только четверть тверичанок собираются кормить ребёнка грудью до 1 года, до полутора лет — не более 13 % женщин. Положительные свойства естественного вскармливания отметили все женщины, но только 8 % связали его с правильным развитием прикуса и здоровьем зубов ребёнка. Около трети опрошенных женщин считают, что сладкое можно давать детям с 3-х лет. Столько же тверичанок проконсультируются по этому вопросу с врачом. Четверть жительниц Старой Руссы допус-

кают сладости с 1-го года. Затрудняются принять правильное решение 20 % тверичанок и 12 % рушанок. По мнению опрошенных женщин, соска-пустышка скорее вредна, чем полезна. Но большинство рушанок и около 40 % тверичанок всё-таки затрудняются ответить на этот вопрос. Большинство молодых мам по вопросам гигиены полости рта ребёнка будут обращаться к врачам-стоматологам, четверть — к педиатрам. В вопросе профилактики кариеса зубов у детей жительницы Старой Руссы больше надеются на регулярную чистку зубов. Тверичанки отдают предпочтение комплексу противокариозных мероприятий: гигиене полости рта, ограничению сладостей, профилактическим осмотрам и процедурам у стоматолога. Похожие ответы мы получили и на вопрос относительно профилактики болезней десен: треть жительниц Старой Руссы надеются на гигиену полости рта, тверичанки считают, что наряду с этим следует есть овощи и фрукты, дополнительно получать витамины и минералы и приходить к стоматологу на профилактические осмотры. Методом анкетирования выявлены «пробелы» в знаниях молодых женщин по вопросам гигиены полости рта. Уровень знаний женщин по вопросам гигиены полости рта и профилактики стоматологических заболеваний сопряжен с уровнем их образования. Профилактическая работа лучше поставлена в женской консультации областного центра. Стоматологическое просвещение, профилактика кариеса и болезней пародонта у беременных женщин также лучше организовано в областном центре. В женских консультациях необходимо регулярно проводить уроки стоматологического просвещения. Будущие мамы должны быть лучше информированы о предупреждении кариеса у детей раннего возраста, роли питания, современных методах профилактики стоматологических заболеваний у малышей, использованию зубных щёток, паст, сосок-пустышек, безопасному количеству сладостей. Сами будущие мамы нарушают режим чистки зубов, недостаточно используют дополнительные предметы и средства гигиены полости рта, нерегулярно посещают стоматолога.

Литература

1. Лукиных Л. М., Толмачева С. М., Стоматологические заболевания в период беременности и их профилактика — Медицинская книга, 2005. — 156 с.
2. Мышенцева А. П. Анализ ситуации по оказанию стоматологической помощи беременным женщинам/ А. П. Мышенцева// Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний/ Москва-С-Пб, 2011. — С. 117-118.
3. Профилактика стоматологических заболеваний. Ч. I: учебно-метод. рекомендации / под ред. Б. Н. Давыдова. — Тверь: РИЦ ТГМА, 2007. — 159 с.
4. Профилактика стоматологических заболеваний. Ч. III: учебно-метод. рекомендации / под ред. Б.Н. Давыдова. — Тверь: РИЦ ТГМА, 2007. — 67 с.
5. Якубова И. И., Кузьмина В. А., Секреты стоматологического здоровья будущих мам и их детей/ И. И. Якубова, В. А. Кузьмина // Профилактика today — 2015. — №19 (9). — С.16-21.

УДК 613.281:616.379-008.64

И. Г. Авдюхин, Д. А. Козлов, 4 курс, лечебный факультет;
С. Б. Марасанов, Г. А. Петров

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра фармакологии и клинической фармакологии
Научный руководитель: д.м.н., профессор С. Б. Марасанов

ПОТРЕБЛЕНИЕ МЯСНЫХ ПРОДУКТОВ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Цель исследования: установить зависимость между потреблением мяса и заболеваемостью сахарным диабетом.

Материалы и методы

Изучены статистические данные о заболеваемости сахарным диабетом и о количестве потребляемых мясных продуктов за период с 1990 г. по 2000 г. Для определения связи между этими величинами определялся коэффициент корреляции способом Спирмена (определение коэффициента корреляции рангов).

Результаты и обсуждение

По данным Росстата за период с 1990 г., по 2000 г., потребление мяса и мясопродуктов на душу населения в России уменьшилось с 75 кг до 45 кг в год (рис. 1).

В этот же период по данным ВОЗ заболеваемость сахарным диабетом населения возросла с 1744322 до 2061782 (рис. 2).

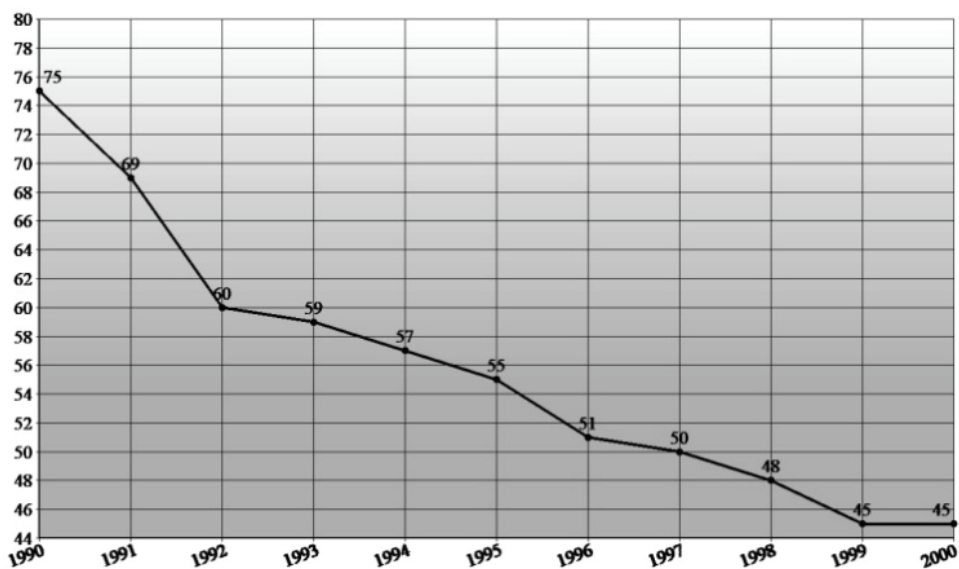


Рис. 1. Потребление мяса и мясопродуктов
в расчёте на душу населения (кг/год)

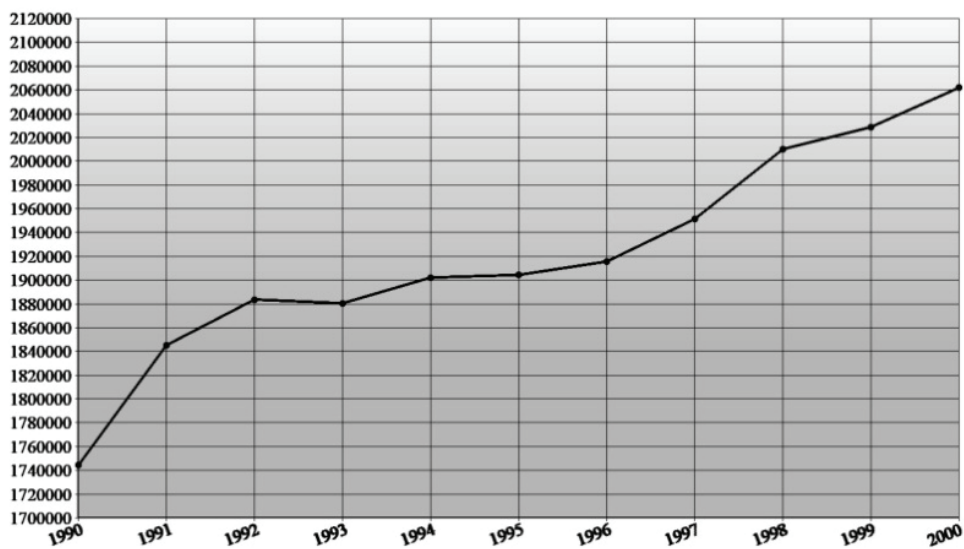


Рис. 2. Число лиц с сахарным диабетом на конец года

Получен коэффициент корреляции $r=-0,984$, что свидетельствует о полной обратной связи: чем меньше белка в рационе, тем выше заболеваемость сахарным диабетом. Получен результат, противоречащий привычным представлениям о профилактике сахарного диабета.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости нормализации потребления животного белка. Следует ожидать, что увеличение потребления белка снизит заболеваемость сахарным диабетом, для чего необходима рациональная санитарно-просветительная работа.

Литература

1. Гражданкин, А. И. Белая книга России. Строительство, перестройка и реформы: 1950–2013 гг. Научный эксперт / А. И. Гражданкин, С. Г. Кара-Мурза. — М., 2015. — С. 60.
2. Европейский портал информации здравоохранения [Электронный ресурс]: Путеводитель по базе данных «Здоровье для всех». URL: <https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer/>. (Дата обращения: 05.12.2017).
3. Полунина, Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник / Н. В. Полунина. — М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2010. — С. 82–89.
4. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие / Под ред. В. З. Кучеренко. — 4 изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — С. 145-154.
5. Федеральная служба государственной статистики, Российский статистический ежегодник: Стат.сб./Госкомстат России. — Р 76 М., 2001. — 679 с.

О. В. Авласевич, Е. А. Леонович, магистранты

Витебский ГУ им. П.М. Машерова, г. Витебск, Республика Беларусь
Кафедра биохимии

Научный руководитель: к.б.н., доцент О. М. Балаева-Тихомирова

СОДЕРЖАНИЕ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В ВОДНЫХ ЭКСТРАКТАХ РАННЕЦВЕТУЩИХ РАСТЕНИЙ

В биологических средах аскорбиновая кислота обладает чрезвычайно широким спектром антиоксидантных свойств. В число обезвреживаемых ею активных форм кислорода входят радикалы супероксид, гидродиоксил, алкилдиоксил, гидроксил, синглетный кислород и др. [1].

В клетках аскорбиновая кислота может также восстанавливать тиильный и тиопероксильный радикалы глутатиона. Аскорбиновая кислота превосходит другие антиоксиданты плазмы в защите липидов от перекисного окисления, так как только это соединение достаточно реакционноспособно, чтобы эффективно ингибировать инициацию перекисного окисления липидов в водной фазе. Аскорбиновая кислота входит в систему защиты растительных организмов благодаря ее способности обратимо окисляться и восстанавливаться [2].

При этом растения способны накапливать значительно больше аскорбиновой кислоты, чем животные.

Цель исследования: установить содержание аскорбиновой кислоты в зависимости от органов растений и водных разведений экстрактов первоцветов.

Материалы и методы

Объектами исследования являются водные экстракты (1:5) и (1:10) раннецветущих растений (медвежьего лука, первоцвета весеннего, шнитт-лука). Содержание восстановленной аскорбиновой кислоты определяли методом, основанным на взаимодействии окисленной аскорбиновой кислоты с 2 %-ной HPO_3 и 0,21M Na_3PO_4 . Математиче-

скую обработку полученных результатов проводили методами параметрической и непараметрической статистики с использованием пакета статистических программ Microsoft Excel 2003, STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение

Антиоксидантная активность растений изменяется в зависимости от вида [3]. Из таблицы 1 следует, что наибольшее содержание аскорбиновой кислоты (АК) наблюдалось в листьях медвежьего лука и шнитт лука, у первоцвета весеннего наибольшее содержание данного показателя наблюдалось в цветках. В водных экстрактах (1:5) наибольшее содержание аскорбиновой кислоты наблюдалось в генеративных органах — цветках первоцвета весеннего. В водных экстрактах (1:10) наибольшее содержание данного показателя наблюдалось также в цветках первоцвета весеннего (таблица 1).

Таблица 1

Содержание аскорбиновой кислоты мг/г в вегетативных и генеративных органах раннецветущих растений ($M \pm m$)

Растительный объект	Орган растения	Объекты исследования		
		Ботанический сад (г. Витебск)	Водный экстракт (1:5)	Водный экстракт (1:10)
Медвежий лук	Листья	23,12±0,15 ⁶	20,04±0,12 ⁶	18,77±0,18 ⁶
	Стебли	17,36±0,11 ⁶	15,22±0,12 ⁶	11,45±0,12 ⁶
	Корни	15,16±0,15 ^{1,2,6}	14,35±0,12 ^{1,2,6}	10,17±0,13 ^{1,2,6}
Лук шнитт	Листья	10,92±0,11 ^{1,6}	9,72±0,12 ^{1,6}	9,02±0,13 ^{1,6}
	Стебли	8,68±0,12 ^{4,6}	8,55±0,11 ^{4,6}	6,24±0,14 ^{4,6}
	Корни	7,34±0,14 ^{3,5,6}	7,01±0,11 ^{3,5,6}	5,98±0,12 ^{3,5,6}
Первоцвет весенний	Цветки	98,25±0,49 ¹⁻⁵	92,26±0,28 ¹⁻⁵	80,14±0,37 ¹⁻⁵
	Листья	77,03±0,67 ^{1,6}	68,15±0,44 ¹	62,45±0,69 ¹
	Стебли	27,12±0,26 ^{2,5,6}	25,13±0,16 ^{2,5,6}	19,78±0,22 ^{2,5,6}
Примечание — ¹ P < 0,05 по сравнению с листьями медвежьего лука; ² P < 0,05 по сравнению со стеблями медвежьего лука; ³ P < 0,05 по сравнению с корнями медвежьего лука; ⁴ P < 0,05 по сравнению с листьями лука шнитта; ⁵ P < 0,05 по сравнению со стеблями лука шнитта; ⁶ P < 0,05 по сравнению с цветками первоцвета ве-				

При сопоставлении полученных данных о содержании аскорбиновой кислоты в различных органах первоцветов статистически значимые результаты получены при сравнении листьев медвежьего лука с листьями первоцвета весеннего (в листьях первоцвета весеннего содержание АК больше в 3,33 раза); при сравнении корней шнитт лука с цветками первоцвета весеннего (в цветках первоцвета весеннего содержание данного показателя больше в 13,38 раз); при сравнении стеблей лука медвежьего с его водным (1:10) экстрактом (в экстракте содержание АК в 1,5 раза меньше).

Содержание аскорбиновой кислоты в органах первоцветов уменьшается в последовательности: растительный объект — водный экстракт (1:5) — водный экстракт (1:10) соответственно.

Выводы

Наибольший показатель содержания аскорбиновой кислоты наблюдается в водном экстракте (1:5) цветков первоцвета весеннего.

Высокое содержание аскорбиновой кислоты позволяет применять водные экстракты раннецветущих растений в качестве антиоксидантного и противорадикального средства.

Литература

1. Чупахина, Г. Н., Масленников, П. В., Скрыпник, Л. Н. и др. Антиоксидантные свойства культурных растений Калининградской области: монография / Г. Н. Чупахина, П. В. Масленников, Л. Н. Скрыпник, Н. Ю. Чупахина, П. В. Федурев. — Калининград: Изд-во БФУ им. И. Канта, 2016. — 18 с.
2. Чупахина, Г. Н. Система аскорбиновой кислоты растений: монография — Калининград : Изд-во КГУ, 1997. — 120 с.
3. Ферментативная активность тканей раннецветущих растений / О. М. Балаева-Тихомирова, Е. А. Леонович, А. Д. Кублицкая // Вестник Витебского государственного университета, 2015. — №4. — 30-37 с.

Н. А. Адамова, Н. З. Гусейнова, М. Т. Максимов, 5 курс, лечебный факультет;

И. А. Жмакин, В. Л. Красненков, Н. П. Кириленко, О. М. Королёва, Н. Н. Ильина

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф,

Кафедра поликлинической терапии и основ доказательной медицины,

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом истории медицины,

Кафедра управления и экономики фармации

Научные руководители: к.м.н., доцент И. А. Жмакин;

д.м.н., профессор В. Л. Красненков; д.м.н., доцент Н. П. Кириленко,

к. м.н., доцент О. М. Королёва, к.м.н., ассистент, Н. Н. Ильина

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЖИТЕЛЕЙ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ И ЕЁ ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Наибольший вклад в преждевременную смертность населения России вносят семь факторов риска (ФР), среди которых на долю артериальной гипертензии (АГ) приходится наибольший процент 35,5 % [1]. Поэтому в настоящее время идёт поиск новых технологий профилактики гипертонической болезни (ГБ), в том числе с использованием медицины «шаговой доступности» и телемедицины [2].

Цель исследования: оценка выявляемости ФР развития ГБ у посетителей торговых центров Твери и области и качества её вторичной профилактики.

Материалы и методы

На оборудованной медицинской площадке в торговых центрах г. Тверь и Тверской области проанкетировано 584 человека [(203 (34,8 %) мужчины и 381 (65,2 %) женщина)]. Распределение всех обследованных по возрастным группам составило: моложе 20 лет — 42 (7,2 %) человека [20 (47,6 %) мужчин и 22 (52,4 %) женщины], 20-35 лет — 164

(28,1 %) человека [89 (54,3 %) мужчин и 75 (45,7 %) женщин], 36-45 лет — 48 (8,2 %) человек [10 (20,8 %) мужчин и 38 (79,2 %) женщин], 46-60 лет — 147 (25,5 %) человек [44 (29,9 %) мужчины и 103 (70,1 %) женщины], старше 60 лет — 183 (31,3 %) человека [40 (21,9 %) мужчин и 143 (78,1 %) женщины]. У 199 (34, 1 %) профилактически проконсультированных ранее была установлена врачом ГБ.

У них проводилось анкетирование на предмет выявления поведенческих (потребление овощей и фруктов менее 400 г; досаливание пищи, не пробуя её; табакокурение; ходьба менее 30 мин в день; пагубное потребление алкоголя: мужчины более 20 г/день, женщины — более 10 г/день) и алиментарно-зависимых (избыточная масса тела — индекс Кетле 25-29,9 кг/м²; ожирение — индекс Кетле 30 кг/м² и больше; артериальная гипертензия — 140/90 мм рт. ст. и выше; гипергликемия — через два часа после еды уровень глюкозы крови 7,8 ммоль/л и выше; гиперхолестеринемия — 5,2 ммоль/л и выше) ФР развития неинфекционных заболеваний (НИЗ). Кроме этого учитывались ранее установленные врачом такие заболеваний, как ГБ, сахарный диабет (СД), ишемическая болезнь сердца (ИБС: стенокардия, перенесенные инфаркт миокарда, нарушения сердечного ритма и хроническая сердечная недостаточность) и цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), а также принималась во внимание наследственная предрасположенность к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, СД и приём гипотензивной и гиполипидемической терапии за две недели до опроса.

Всем проанкетированным было проведено обследование: антропометрия (рост, вес), расчет индекса массы тела (индекс Кетле), измерение уровня артериального давления и снятие электрокардиограммы (ЭКГ) с помощью виртуальных технологий в отведении I в положении пациента сидя. При оценке ЭКГ использовались 2 градации: норма и патология (нарушение процессов реполяризации желудочков и нарушения сердечного ритма). У части посетителей торговых центров оп-

ределялись уровни глюкозы и холестерина крови с помощью тест полосок. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета статистических программ WinPeri (использовался критерий Фишера).

Результаты и обсуждение

Установлено, что у посетителей торговых центров Твери и области часто выявляются поведенческие ФР развития ГБ. Наиболее часто у них регистрировались недостаточная физическая активность (47,7 %) и реже — досаливание пищи, не попробовав её (27,6 %). На этом фоне у 29,3 % была обнаружена избыточная масса тела, а у 26,7 % имелось ожирение. Обращает на себя внимание, что почти у половины профилактически проконсультированных (46,4 %) была отягощена наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. При этом оказалось, что ожирение статистически значимо чаще регистрировалось у женщин по сравнению с мужчинами (соответственно, 30,3 % и 20,1 %; $p=0,012$). По остальным показателям (досаливание пищи, не попробовав её, недостаточная физическая активность и избыточная масса тела) статистически значимых различий между мужчинами и женщинами выявлено не было (соответственно, 27,4 % и 27,6 %; 51,4 % и 45,7 %; 30,9 % и 28,4 %; $p=0,516-0,481$).

Важным аспектом, определяющим качество и длительность жизни больных ГБ, является эффективность её вторичной профилактики. В этом плане установлено следующее. К сожалению, больные ГБ по сравнению с остальными профилактически проконсультированными статистически значимо чаще досаливают пищу, не пробуя её (соответственно, 74; 37,2 % и 93 (24,2 %; $p=0,001$), у них в большем проценте имелаась низкая физическая активность (120; 60,3 % и 196; 50,9 %; $p=0,039$), они чаще злоупотребляли алкоголем (56; 28,1 % и 34; 8,8 %; $p=0,001$), у них чаще выявлялось ожирение (103; 51,7 % и 78; 20,3 %; $p=0,001$). Важно отметить, что только 148 (74,4 %) больных ГБ принимали гипотензивные препараты за две недели до профилактического

консультирования. При этом приверженность к гипотензивной терапии статистически значимо не зависела от пола (мужчины: 32; 68,1 % и женщины: 116; 72,9 %; $p=0,580$), но увеличивалась с возрастом (20-35 лет: 1; 25 %; 36-45 лет: 6; 54,5 %; 46-60 лет: 46; 73,0 % и старше 60 лет: 95; 75 %; $p=0,001$) и была большей при наличии ИБС, ЦВЗ и СД по сравнению с их отсутствием (соответственно, 81; 78,6 % и 66; 64,1 %; $p=0,03$). В то же время установлено, что у 131 (65,8 %) больного с указанной патологией было повышено артериальное давление систолическое, а у 107 (53,8 %) — артериальное давление диастолическое. Можно предположить, что низкое качество вторичной профилактики ГБ отрицательно сказалось на функциональном состоянии сердечной мышцы, что проявилось у больных ГБ статистически значимо в большем проценте случаев изменениями на ЭКГ по сравнению с остальными профилактически проконсультированными (соответственно, 90; 45,2 % и 105; 27,3 %; $p=0,001$). Столь низкие показатели эффективности вторичной профилактики ГБ дают основание предположить, что с этой категорией пациентов необходимо проводить дополнительную профилактическую работу (школы здоровья больных ГБ, технологии мобильного здравоохранения [2] и т. д.), чтобы повысить эффективность вторичной профилактики ГБ, и тем самым, снижая её фатальные осложнения, увеличить их длительность жизни. О необходимости проведения такой работы косвенно свидетельствует то, что почти у половины больных ГБ выявлены изменения на ЭКГ (нарушения процессов реполяризации и нарушения сердечного ритма), что свидетельствует о недостаточной эффективности проводимой вторичной профилактики ГБ.

Заключение

Среди посетителей торговых центров Твери и области довольно широко распространены как поведенческие (гиподинамия, досаливание пищи, не пробуя её), так и алиментарно-зависимые (избыточная масса тела и ожирение) ФР развития ГБ. У женщин по сравнению с

мужчинами чаще выявляется ожирение. Установлено также, что у больных ГБ недостаточно эффективно проводится вторичная профилактика, что проявляется высокой выявляемостью у них поведенческих (досаливание пищи, не пробуя её; гиподинамия и злоупотребление алкоголем) и алиментарно-зависимых (избыточная масса тела, ожирение, повышенное артериальное давление) ФР развития ишемической болезни сердца и нарушениями на ЭКГ у половины больных ГБ. Для улучшения ситуации необходимо разработать и внедрить новые формы вторичной профилактики ГБ (технологии мобильного здравоохранения), способные, как представляется, изменить вышеописанную ситуацию у больных ГБ в лучшую сторону.

Литература

1. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. — Москва, — 2013 г. Режим доступа: http://cardio-69.ru/sites/default/files/profilaktika_hronicheskikh_neinfekcionnyh_zabolevaniy._rekomendacii_gnicpm._chuchalin_a.g._boysov_s.a.pdf, свободный(09.02.18 г.).
2. Кириленко Н. П., Королёва О. М., Красненков В. Л. и др. Мобильное здравоохранение в Твери: реалии и перспективы // Верхневолжский медицинский журнал. — 2016. — Т. 15, вып. 3. — С. 9-12.

Н. М. Аксененко, 5 курс, лечебный факультет; Н. А.Вашневская

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. А.Вашневская

ОТОГЕННЫЕ И РИНОГЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Отогенные и риногенные осложнения представляют одну из наиболее сложных и трудноразрешимых проблем современной оториноларингологии вследствие сложности их клинического течения, диагностики, лечения и все еще очень высокой летальности. Поэтому знание этиологии, патогенеза, клиники и диагностики этих осложнений крайне необходимо врачам разных профилей — отоларингологам, терапевтам, неврологам, нейрохирургам, инфекционистам, реаниматологам.

Цель исследования: проанализировать частоту встречаемости отогенных и риногенных осложнений по материалам оториноларингологического отделения ГБУЗ «ОКБ» г. Твери и сформулировать выводы по этой актуальной проблеме.

Материалы и методы

Для решения поставленных задач были изучены информационные источники — истории болезни, интернет-ресурсы, с последующей статистической обработкой полученных данных.

Результаты и обсуждение

Различные формы внутричерепных осложнений выявляются примерно у 3,5–4 % больных с воспалительными заболеваниями уха, госпитализированных в ЛОР-стационар. В большинстве случаев (до 85 %) отмечаются отогенные внутричерепные осложнения, которые возникают на фоне хронического гнойного среднего отита. Отогенные внутричерепные осложнения характеризуются трудностями их ранней диагностики, тяжелым течением заболевания, а также продолжают

занимать доминирующее положение в перечне причин летальных исходов при патологии ЛОР-органов [1]. Все это определяет практическое значение вопросов, которые связаны с совершенствованием распознавания отогенных внутричерепных осложнений и повышения эффективности их лечения. К отогенным осложнениям относят и лабиринтиты (наблюдаются у 5 % больных с острыми или хроническими средними отитами). На практике наиболее часто встречается тимпаногенный ограниченный серозный лабиринтит.

Важную роль в формировании отогенных внутричерепных осложнений играет контактный путь распространения инфекции из очага хронического воспаления в среднем ухе [2]. Это обстоятельство представляет интерес с точки зрения оценки частоты и значения анатомических предпосылок развития внутричерепных осложнений. У больных хроническим гнойным средним отитом в 25 % случаев, по данным компьютерной томографии, выявляется разрушение костных стенок барабанной полости и/или антрума. Частота интраоперационного обнаружения дефектов основания черепа при хроническом гнойном среднем отите составляет примерно 10 %. Полагают, что в 25 % случаев такие дефекты могут иметь врожденный характер.

Существенным фактором, определяющим особенности течения и эффективность терапии отогенных внутричерепных осложнений, является микрофлора [6]. Микрофлора, высеваемая из первичного источника инфекции, в основном смешанная и непостоянная. Чаще всего преобладает кокковая флора: стафилококки, стрептококки, реже — пневмококки и диплококки, еще реже — протей и синегнойная палочка. Наряду с этим, результаты бактериологических исследований патологического содержимого нередко дают отрицательный результат. Перечисленные обстоятельства в известном смысле ограничивают клиническое значение микробиологических исследований в этих случаях [5]. Кроме этого, приходится констатировать и тот факт, что в большинстве наблюдений возбудители отогенных внутричерепных ос-

ложнений характеризуются устойчивостью к различным широко применяемым антибиотикам.

Среди основных видов отогенных внутричерепных осложнений чаще других встречается менингит, на втором месте — абсцессы мозга и мозжечка, на третьем — синустромбоз и отогенный сепсис. Самое частое осложнение в раннем и младшем детском возрасте — менингоэнцефалит.

Что же касается риногенных осложнений, то они встречаются реже отогенных, составляя не более 1,6 % всех больных с воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух, госпитализированных в ЛОР-стационар, но смертность при них очень высока и достигает 30 %. Риногенные внутриглазничные осложнения встречаются реже, но показатели смертности остаются высокими (около 20 %) [3]. К риногенным внутричерепным осложнениям относятся: гидроцефалия, арахноидит, серозный и гнойный менингиты, абсцессы (экстрадуральный, субдуральный и абсцесс мозга), флебит и тромбоз кавернозного и продольного синусов [4]. К риногенным внутриглазничным осложнениям относятся прежде всего инфильтративные и флегмонозные воспаления мягких тканей орбиты (реактивный отек, субпериостальный абсцесс, ретробульбарный абсцесс, тромбоз вен). Чаще эти осложнения возникают при поражении клеток решетчатого лабиринта и лобной пазухи, реже — верхнечелюстной и клиновидной.

В 2017 году в оториноларингологическом отделении ГБУЗ «Областная клиническая больница» г. Твери на стационарном лечении находилось 1611 больных по программе ФОМС. На долю всех пациентов с патологией уха приходилось 569 случаев, что составило 35,3 %. Но больных с острыми серозными и гнойными отитами и хроническими гнойными средними отитами было 325 человек (20,2 % от всех пролеченных и 57,1 % от доли больных с патологией уха соответственно). Было госпитализировано 3 больных с отогенными осложнениями, что составило 0,53 % всех пациентов с патологией уха и 0,92 % больных с

острыми и хроническими средними отитами. У 2 больных диагностирован хронический гнойный средний отит (полость после радикальной операции с неполной эпидермизацией), осложненный острым серозным лабиринтитом (1 женщина 30 лет и 1 мужчина 48 лет). 1 больная (женщина 50 лет) госпитализирована с острым серозным средним отитом, осложненным острым вторичным (отогенным) гнойным менингитом, гидромой лобно-теменной области. При бактериологическом исследовании отделяемого из уха выделена *Burkholderia ceracia* (грамотрицательная аэробная палочка). Анализ сроков обращения за медицинской помощью от начала заболевания или периода обострения выявил позднюю обращаемость (от 7 суток и более). Всем больным с отогенными осложнениями проводились оперативные вмешательства по экстренным показаниям, такие как парацентез барабанной перепонки 3 пациентам, трепанация черепа в височной области, дренирование воспалительной гидромы у 1 больной.

На долю всех пациентов с патологией носа и околоносовых пазух приходилось 527 случаев, что составило 32,7 %. В оториноларингологическом отделении ОКБ выявлено интракраниальное осложнение у 1 человека (мужчина 40 лет), что составило 0,19 %. У него диагностирован острый гнойный одонтогенный гайморит, острый гнойный фронтит, осложненный острым вторичным гнойным менингитом. Это осложнение развилось на фоне острого полисинусита.

Выводы

1. Поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью от начала заболевания или периода обострения привела к развитию тяжелых осложнений — отогенных и риногенных — у оториноларингологических больных.
2. Отмечается преобладание отогенных осложнений (0,53 %) над риногенными (0,19 %) и их соотношение составляет 2,7:1, что подтверждается данными других авторов (2,5:1).

3. При отогенных и риногенных осложнениях для достижения благоприятного исхода заболевания необходима активная лечебная тактика. К лечению таких больных часто приходится привлекать врачей смежных специальностей (неврологов, нейрохирургов, реаниматологов). Все это позволяет уменьшить процент летальности.
4. Среди причин отогенных внутричерепных осложнений на первом месте стоит менингит. Наиболее частой причиной развития риногенных внутричерепных осложнений является поражение лобных пазух. Полученные авторами данные после обработки материала подтвердили статистический анализ.

Литература

1. Курдова, З. И. Диагностика отогенных внутричерепных осложнений — М: Медицина, 2015. — 445 с.
2. Лучихина, Л. А. Пре- и постсептальные орбитальные риносинусогенные осложнения // Вестник оториноларингологии, 2015. — 400 с.
3. Митин, Ю. В. Риногенные орбитальные и внутричерепные осложнения — М: Медицина, 2016. — 225 с.
4. Пальчун, В. Т. Современные принципы диагностики и лечения орбитальных риносинусогенных осложнений // Вестник оториноларингологии, 2016. — 30 с.
5. Чумаков, Ф. И., Селин, В. Н., Голубовский, Г. А. Динамика летальности ЛОР-больных в конце XX века — М.: Медицина, 2016. — 552 с.
6. Шадыев, Х. Д. Практическая оториноларингология [Текст]: руководство / Х.Д.Шадыев, В. Ю. Хлыстов, Ю. А. Хлыстов. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: МИА, 2013. — 496 с.

Е. И. Аксенова, С. В. Богинская, А. Л. Головин, Д. В. Киселева, 4 курс,
фармацевтический факультет; О. А. Богомолова

ФГБОУ Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра управления и экономики фармации с курсами,
фармакогнозии, фармацевтической технологии, фармацевтической
и токсикологической химии

Научные руководители: ассистенты О. А. Богомолова, Н. С. Попов

РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНОГО СОСТАВА МЕДИЦИНСКОЙ МАЗИ, СОДЕРЖАЩЕЙ ЭКСТРАКТ КУРКУМЫ ДЛИННОЙ

Мази представляют собой мягкую лекарственную форму, в которой можно сочетать компоненты, различные по химической природе, агрегатным состояниям, назначениям и биологической активности. Мази используются для нанесения на кожу, раны, а так же на слизистые оболочки.

Куркума длинная способствует регенерации тканей, снижает жирность кожи, индуцирует апоптоз клеток, повышает образование соединительной ткани, способствует притоку крови, а также обладает противовоспалительными, антиоксидантными, антибактериальными, противогрибковыми, противовирусными и заживляющими свойствами.

Медицинская мазь, содержащая экстракт куркумы длинной может быть использована в качестве лечебно-косметического средства, предназначенного для ухода за поврежденной кожей для расширения ассортимента эффективных лекарственных средств на основе природных компонентов.

Цель исследования: Разработать оптимальный состав мази, содержащей экстракт куркумы длинной.

Материалы и методы

В качестве активного компонента мази был выбран экстракт куркумы длинной. В качестве мазовой основы использован гель гли-

церина и поливинилового спирта. В роли вспомогательных веществ выступали цинка сульфат и сок алоэ.

При разработке технологии мази медицинской учитывались физико-химические свойства активных и вспомогательных компонентов, фармацевтическое влияние на качество готового продукта и его стабильность.

Технология изготовления мази включала следующие стадии:

1. Подготовка компонентов лекарственной формы.
2. Приготовление мазовой основы.
3. Введение основного активного компонента — экстракта куркумы — в основу, гомогенизация лекарственных компонентов.
4. Добавление цинка сульфата и его диспергирование до однородности.
5. Добавление к остывшей массе по каплям сока алоэ, гомогенизация лекарственной формы.

На этапе подготовки компонентов мази было проведено отвешивание поливинилового спирта, экстракта куркумы и цинка сульфата на электронных весах. Дозирование глицерина осуществлялось на тарирных весах.

Приготовление мазовой основы производилось путем смешения глицерина и поливинилового спирта в предварительно подогретой выпарительной чаше. После смешения компонентов основы было проведено нагревание основы на водяной бане.

Введение экстракта куркумы осуществлялось после переноса горячей основы в подогретую фарфоровую ступку при тщательном перемешивании смеси пестиком до достижения ее однородности.

После внесения экстракта куркумы, в ступку помещали порошок цинка сульфата и пестиком перемешивали содержимое ступки до получения однородной смеси без видимых крупинок цинка сульфата, после чего к остывшей смеси добавляли по каплям сок алоэ. Перемешивание продолжали до достижения однородной консистенции смеси.

Оценку качества полученных образцов проводили путем органолептического контроля. Согласно ГФХIII (ОФС.1.4.1.0008.15 «Мази»), контроль включал в себя исследование агрегатного состояния, цвета, запаха, консистенции, вязкости, сохранения стабильности при хранении в различных условиях (при комнатной температуре и при температуре +3 — +5).

Образец мази, соответствующий всем требованиям нормативной документации, при анализе на белом фоне представлял собой массу бледно-желтого цвета, что соответствует цвету входящей в состав куркумы. Запах, определяемый на расстоянии 15 см, соответствовал входящим компонентам. При растирании проб по 0,02-0,03 г между предметными стеклами исследуемый образец однороден, без механических включений. При нанесении на кожу распределялся равномерно без стекания и крошения. При хранении в условиях комнатной температуры через сутки не изменил физико-химических свойств. Расслаивания не наблюдалось. При хранении в холодильнике через сутки образец был более густым.

Результаты и обсуждение

В ходе экспериментального исследования был изготовлен ряд опытных образцов мази с различным содержанием экстракта куркумы длинной, вспомогательных веществ и компонентов мазевой основы (таблица 1). Критериями отбора опытных образцов мази служили удовлетворительный внешний вид и равномерное без стекания и крошения нанесение на кожу. Полученный образец № 1 представлял собой однородную массу бледно-желтого цвета без механических включений с характерным запахом экстракта куркумы. При нанесении на поверхность кожи мазь крошилась и собиралась в комки. Полученный образец № 2 представлял собой однородную массу бледно-желтого цвета без механических включений с характерным запахом экстракта куркумы. При нанесении на поверхность кожи мазь ложилась легче и была более пластична, но также крошилась. Полученный

образец № 3 представлял собой однородную расслаивающуюся массу бледно-желтого цвета без механических включений с характерным запахом экстракта куркумы. При нанесении на поверхность кожи мазь стекала с поверхности. Полученный образец № 4 представлял собой однородную массу бледно-желтого цвета без механических включений с характерным запахом экстракта куркумы. При нанесении на поверхность кожи мазь ложилась легко, но неравномерно и крошилась. Полученный образец № 5 представлял собой однородную массу бледно-желтого цвета без механических включений с характерным запахом экстракта куркумы. При нанесении на поверхность кожи мазь распределялась равномерно без стекания и крошения. Согласно результатам экспериментального исследования было установлено, что образец №5 удовлетворил требованиям нормативной документации по установленным показателям. Образцы №1, 2, 4 удовлетворяли требованиям по показателю «внешний вид», но при нанесении на поверхность кожи образцы крошились; образец №3 не соответствовал требованиям нормативной документации по показателям агрегатного состояния, цвета и вязкости.

Таблица 1

**Соотношение компонентов, взятых для изготовления
опытных образцов мази**

Компоненты	№				
	1	2	3	4	5
Экстракт куркумы, г	0,025	0,025	0,025	0,025	0,025
Цинка сульфат, г	0,5	0,6	0,7	0,5	0,5
Поливиниловый спирт, г	7,0	6,5	5,7	6,0	6,7
Глицерин, г	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0
Сок алоэ, мл	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

Выводы

Разработан оптимальный состав мази содержащей экстракт куркумы длинной. Полученный опытным путем образец № 5 полностью

соответствовал требованиям нормативной документации. В его состав входили экстракт куркумы длиной 0,025 г, цинка сульфат 0,5 г, сок алоэ 0,2 мл, поливиниловый спирт 6,7 г, глицерин 19,0 г.

Литература

1. Богомолова, О. А., Шестова О. С. Разработка состава медицинского карандаша содержащего экстракт цветков календулы, лекарственной // Молодежь и медицинская наука: материалы V межвузовской научно-практической конференции молодых ученых (Тверь, 23 ноября 2017 года) — Тверь, 2018 — С. 83-87.
2. Гаврилов А. С. Фармацевтическая технология. Изготовление лекарственных препаратов. / Гаврилов А.С. [Текст] — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 624 с.
3. Яковлева Г. П. Фармакогнозия. Лекарственное сырье растительного и животного происхождения [Текст] / Г. П. Яковлева — 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: СпецЛит, 2010. -863 с.
4. Самылина. И. А. фармакогнозия: учебник / И. А. Самылина, Г. П. Яковлев. [Текст] — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 976 с.
5. Тальникова, Е. Е. Применение куркумина в дерматологии (обзор) / Е. Е. Тальникова, С. Р. Утц // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2016. — №12(3). — С. 484-487
6. Лаженцева, Л. Ю. Оценка антисептических свойств пряно-масляных смесей / Л. Ю. Лаженцева // Известия ВУЗов. Пищевая технология. — 2012. — №1. — С. 98-101

Т. А. Александрова, 3 курс, лечебный факультет, П. В. Васильев

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра гигиены и экологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент П. В. Васильев

ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫЙ РАДИКУЛИТ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВОДИТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ

На протяжении последних лет по статистическим данным установлено, что около 30 % работников Тверской области трудятся во вредных и тяжелых условиях [7]. Основная доля профессиональной патологии вследствие физических перегрузок и перенапряжения отдельных органов и систем принадлежит радикулопатиям различной локализации (пояснично-крестцовой, шейно-плечевой и др.) — 70,24 % [8], которым подвержены водители транспортных средств. Транспорт является важнейшей составной частью производственной инфраструктуры. Экономическое развитие страны сопровождается увеличением количества транспортных средств и ростом численности работающих во всех подразделениях транспортного комплекса.

Водители автотранспортных средств вынуждены испытывать на себе воздействие многочисленных неблагоприятных факторов, таких как: нервно-эмоциональное возбуждение, длительная концентрация произвольного внимания, общая и локальная вибрация, производственный шум, вынужденная рабочая поза, сложная смесь химических соединений, что отрицательно сказывается на состоянии здоровья. Воздействие неблагоприятных производственных факторов может приводить к развитию профессиональных и профессионально — обусловленных заболеваний [9]. К ним относятся: болезни, связанные с продолжительным воздействием стрессов; болезни, вызванные продолжительным нахождением в сидячем положении; болезни, связан-

ные с неполноценным и нерегулярным питанием в рабочее время; аллергические заболевания и пр.

Одним из профессиональных заболеваний водителей автотранспортных средств является пояснично-крестцовый радикулит. Радикулит (радикулопатия) — симптом, при котором наблюдается клиника поражения корешков спинного мозга. Наиболее характерны проявления радикулита — боли по ходу поражённых нервных корешков и образованных из них нервов, нарушение чувствительности, иногда двигательные расстройства. Обычно заболевание развивается остро, но во многих случаях переходит в хроническую форму с периодическими обострениями. В зависимости от места поражения нервных волокон выделяют различные формы радикулита [3]. У водителей наиболее распространён пояснично-крестцовый радикулит, при котором боли ощущаются в пояснично-крестцовой области, ягодице с отдачей в бедро, голень, стопу.

Основной причиной возникновения радикулита у водителей является нагрузка на позвоночник, обусловленная вынужденным положением тела. Возникает остеохондроз позвоночника, при котором межпозвоночные хрящевые диски утрачивают эластичность и расстояние между позвонками из-за этого снижается, что может привести к ущемлению пучков нервных волокон отходящих от спинного мозга. В ответ на снижение высоты дисков, на позвонках начинают формироваться краевые остеофиты, которые, смыкаясь краями, впоследствии закрепляют позвонки в одном определенном положении. Образующиеся вследствие этого выступы при физической нагрузке могут оказывать давление на нервные корешки и вызывать боль. Кроме того, к причинам развития радикулита также относят резкий перепад температуры, когда в холодное время года водители выходят на улицу из разогретого салона автомобиля или, наоборот, в жару открывают боковые стекла «форточки». Вследствие этих воздействий возникает воспаление корешков спинного мозга.

Цель исследования: провести анализ результатов анкетирования водителей транспортных средств, выяснить частоту профессиональной заболеваемости пояснично-крестцовым радикулитом среди них и дать профилактические рекомендации.

Материалы и методы

Обследование проводилось — водители АО «123 АРЗ» г.Старая Русса с использованием анкетирования.

Результаты и обсуждение

Исследование проводилось на базе АО «123 АРЗ» г. Старая Русса, подразделения: гараж. Объектом исследования явились 15 водителей (из 23) в возрасте от 31 года до 58 лет. Водителям был предложен ряд вопросов: возраст, стаж работы, «как часто Вы отправляетесь в рейс?», «сколько часов в сутки Вы проводите за рулем?», «имеется ли у Вас болевой синдром в области поясницы?», «какие меры Вы проводите для профилактики появления болей в поясничной области?», «установлен ли у Вас диагноз: пояснично-крестцовый радикулит?». В ходе проведенного анкетирования было выявлено, что у 5 респондентов установлен диагноз пояснично-крестцовый радикулит. 5 водителей, у которых не установлен диагноз пояснично-крестцовый радикулит, жалуются на болевой синдром в области поясницы вне зависимости от возраста и стажа. По стажу работы водители делятся на 4 группы: от 5 лет до 10 (2 человека); от 10 до 15 лет (3 человека); от 15 до 20 лет (1 человек); более 20 лет (9 человек). На вопрос «как часто отправляетесь в рейс?» восемь опрошенных ответили «каждую неделю»; четверо ответили «два раза в месяц»; трое ответили «один раз в месяц». На вопрос «сколько часов в сутки проводите за рулем?» двое ответили «менее 8 часов»; десять человек ответили «от 8 до 10 часов»; двое ответили «от 10 до 12 часов» и один человек ответил «от 12 и более часов». В ходе анкетирования было выявлено, что 13 из 15 водителей проводят частичные мероприятия для профилактики появления болей в пояснице (занятие спортом, применение ортопедических подушек, посеще-

ние массажного кабинета). Также по результатам опроса выявлено несоблюдение нормативов на рабочих местах [4]: 86 % опрошенных проводят за рулем более 8 часов в сутки.

Заключение

В ходе проведенного исследования было выявлено, что стаж работы водителей с установленным диагнозом пояснично-крестцовый радикулит составляет более 20 лет. Это водители в возрасте от 50 лет. Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что пояснично-крестцовый радикулит является хроническим профессиональным заболеванием, которое развивается в результате длительного систематического воздействия на организм неблагоприятных факторов труда: чрезмерной статической нагрузки на позвоночник, воздействие вибрации, неблагоприятных климатических условий.

Эволюционно первая неосознанная реакция человека на боль — затаиться, переждать, «перележать» неприятные ощущения. Именно поэтому для больного с поясничным радикулитом так естественно желание прилечь и не двигаться. Это — одна из распространенных ошибок. Сохранение щадящей, а значит, согнутой позы способствует дальнейшему сдавлению пораженных корешков спинного мозга. Важно, что по результатам анкетирования большинство водителей старается проводить профилактические меры появления болей в пояснице. Но эти мероприятия должны проводиться в комплексе. Необходимо: ограничение тяжелых физических нагрузок, особенно подъема тяжестей, избегание переохлаждений, особенно поясничной области; укрепление и развитие естественного мышечного корсета (плавание, выполнение специального комплекса упражнений). Немаловажно наличие удобного водительского кресла со специальным валиком в области поясничного отдела или массажной накидкой. Посадка, вылет руля также должны быть тщательно и правильно отрегулированы.

Таким образом, вынужденная поза в течение длительного времени создает большие физические нагрузки общего и местного харак-

тера, что способствует развитию радикулита. Для предупреждения развития радикулита водителям необходимо соблюдать рациональный режим труда и отдыха, проводить активные лечебно — профилактические мероприятия, что будет гарантировать отсутствие существенных отрицательных влияний на работоспособность, способствовать её поддержанию на достаточно высоком уровне.

Литература

1. Бобоха, М. А., Федотова, И. В. Влияние эргономических характеристик рабочего места на распространенность болевого синдрома у водителей — профессионалов. Статья из журнала «Гигиена и санитария». — 2015. — 94 (1). — С. 72-76.
2. Евлампиев, С. Ю., Махонько, М. Н., Шкрובה, Н. В. Профессиональные и профессионально-обусловленные заболевания у работников современного автомобильного транспорта. Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150) 2013г. Том3.№11.
3. Радикулит [Электронный ресурс]/<https://ru.wikipedia.org/wiki/Радикулит>.
4. Приказ Минтранса РФ от 20 августа 2004 г. N 15 «Об утверждении Положения об особенностях режима рабочего времени и времени отдыха водителей автомобилей».
5. «Санитарные правила по гигиене труда водителей автомобилей» (утв. Главным государственным санитарным врачом СССР 05.05.1988 N 4616-88).
6. Радикулит поясничный: симптомы и медикаментозное лечение [Электронный ресурс]/ <https://supersustav.ru/drugie-bolezni/radikulit-poyasnichnyi-simptomy-i-lechenie-medikamentoznoe.html>
7. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году».

А.В. Алехина, врач-стоматолог-терапевт ГБУЗ СП № 2 г. Твери;
Е. А. Зенцова, 4 курс, стоматологический факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра терапевтической стоматологии
Научный руководитель: к. м. н., доцент Е. В. Честных

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У КУРИЛЬЩИКОВ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ

Известно, что табакокурение является причиной возникновения сердечно-сосудистых, бронхо-легочных заболеваний, преждевременной инвалидности и смерти. Курильщики понимают опасность этой вредной привычки, но не каждый может самостоятельно избавиться от неё. Многие пытаются заменить обычные сигареты никотиновыми каплями, пластырями, спреями. В последние годы стало широко распространяться новое устройство — электронная сигарета, другое название — вейп. Причиной выбора вейпа люди называли её низкую токсичность, экономическую выгоду. Увеличивается число сторонников и противников данной новинки. Каждая из сторон не доверяет результатам и выводам исследований другой, упрекая в наличии конфликта интересов. На сегодняшний момент проведено мало исследований, отвечающих на вопрос, является ли вейпинг безопасным способом курения.

Цель исследования: выявить и сравнить изменения состояния слизистой оболочки полости рта у курильщиков электронных сигарет, некурящих и курильщиков обычных сигарет.

Материалы и методы

Было проведено клиническое обследование 90 человек в возрасте от 18 до 59 лет. Основную группу исследования составили 30 курильщиков, которые использовали для курения электронные сигареты. Сравнительную группу составили 30 человек, предпочитающие обычные сигареты. Контрольную группу составили 30 некурящих. Каждую группу разделили на подгруппы по возрасту пациентов (от 18 до 44 лет

и от 45 до 59 лет). Некурящих человек в возрасте от 18 до 44 лет было 15 человек, в возрасте от 45 до 59 — 15 человек, курильщиков обычных человек — по 15 человек в каждой возрастной подгруппе, курильщиков электронных сигарет от 18 до 44 лет — 20 человек, от 45 до 59 — 10 человек. Все обследуемые считали себя практически здоровыми, отрицали наличие тяжелой сопутствующей патологии (сахарный диабет, заболевание сердечно сосудистой системы и т.д.). Исследование было проведено на клинической базе кафедры терапевтической стоматологии — стоматологической поликлиники ТГМУ и на базе стоматологической поликлиники № 2 г. Твери в 2017 г. Все обследованы по единой схеме. Методы исследования, которые: сбор анамнеза, объективный осмотр, определение pH ротовой жидкости, определение скорости саливации. Интенсивность поражения кариесом определяли индексом КПУ зубов. Состояние тканей пародонта оценивали с помощью пародонтального индекса (ПИ) Рассела (Рассел А., 1956). Гигиену полости рта оценивали с помощью упрощенного индекса гигиены полости рта OHS-I (Green., Vermillion., 1964).

Результаты и обсуждение

Проведенные исследования показали, что курение электронных сигарет, так же как и обычных сигарет, влияют на состояние слизистой оболочки полости рта. При осмотре полости рта у всех обследуемых распространённость кариеса составила 96 %. Среднее значение индекса КПУ у некурящих в возрасте от 18 до 44 лет составил 8,7, а у некурящих в возрасте от 44 до 59 лет этот показатель составил 12,5. У курильщиков обычных сигарет мы зафиксировали более высокие показатели индекса КПУ, так в возрасте от 18 до 44 лет результат составлял 12,7, а в возрасте от 45 до 59 лет 14,1. У обследуемых, предпочитающие электронные сигареты в возрасте от 18 до 44 лет КПУ составил 10,3, в возрасте от 44 до 59 лет 13, 7.

При изучении пародонтального статуса оказалось, что распространённость заболеваний пародонта составила в первой возрастной

группе у некурящих 40 %, у курильщиков электронных сигарет 95 %, у курильщиков обычных сигарет 100 %. Во второй возрастной группе показатели у некурящих составили 80 %, у курильщиков электронных сигарет 90 %, у курильщиков обычных сигарет 100 %. Индекса Рассела изменений в пародонте не выявил (0-0,1 балла) у 6 некурящих и 1 вейпера в возрасте от 18 до 44 лет, 3 некурящих и 1 вейпера в возрасте от 54 до 59 лет. Начальная и первая стадия заболеваний пародонта (0,1 — 1,5 балла) выявлена у 5 некурящих, 3 вейперов, 3 курильщиков в возрасте от 18 до 44 лет, 7 некурящих, 3 вейперов и 1 курильщика в возрасте от 45 до 59 лет. Вторая стадия заболеваний пародонта (1,5 — 4 балла) — у 2 некурящих, 15 вейперов, 10 курильщиков в возрасте от 18 до 44 лет, 3 некурящих, 3 вейперов, 9 курильщиков в возрасте от 45 до 59 лет. Третья стадия заболеваний пародонта (4,0 — 8,0 балла) — у 1 вейпера и 2 курильщиков в возрасте от 18 до 44 лет, 2 некурящих, 3 вейперов и 5 курильщиков в возрасте от 45 до 59 лет.

Гигиену полости рта оценивали с помощью упрощенного индекса гигиены полости рта OHS-I (Green., Vermillion., 1964). В возрасте от 18 до 44 лет хорошая гигиена полости рта (0 — 0,6 балла) выявлена у 2 некурящих, 1 вейпера, в возрасте от 45 до 59 лет — 2 некурящих. Удовлетворительная гигиена полости рта (0,7-1,6 балла) выявлена у 12 некурящих, 6 вейперов и 1 курильщика в возрасте от 18 до 44 лет, 5 некурящих, 1 курильщика в возрасте от 45 до 59 лет. Неудовлетворительная гигиена полости рта (1,7-2,5 балла) в возрасте от 18 до 44 лет — у 1 некурящего, 12 вейперов, 14 курильщиков, в возрасте от 45 до 59 лет наблюдалась у 11 некурящих, 8 вейперов и 8 курильщиков. Плохая гигиена полости рта (более 2,5 балла) выявлена в возрасте от 18 до 44 лет у 1 вейпера и 5 курильщиков, в возрасте от 45 до 59 лет — у 2 некурящих, 2 вейперов и 6 курильщиков.

Уровень кислотно-щелочного равновесия у некурящих от 18 до 44 лет составил 6,97, от 44 до 59 лет 7,04, тогда как у курильщиков первой подгруппы 7,05, у второй подгруппы 7,11. У вейперов показатель в

возрасте от 18 до 44 лет 7,07, от 44 до 59 лет 7,11. После курения электронных сигарет отмечалось достоверное повышение рН, среднее значение у первой подгруппы 7, 26, через 5 минут 7,32, через 10 минут 7,37, через 15 минут 7, 39, через 30 минут 7, 40, через 45 минут 7, 31, через час 7, 17. У второй подгруппы повышение рН составило 7, 27, через 5 минут 7, 33, через 10 минут 7, 37, через 15 минут 7, 39, через полчаса 7, 42, через 45 минут 7, 32, через час 7, 21. У курильщиков обычных сигарет так же зафиксировали сдвиг рН в щелочную сторону. У курильщиков от 18 до 44 лет среднее значение рН после курения 7, 27, через 5 минут 7,37, через 10 минут 7,44, через 15 минут 7, 50, через 30 минут 7,42, через 45 минут 7, 25, через час 7, 12. У второй подгруппы повышение рН составило 7, 27, через 5 минут 7, 39, через 10 минут 7, 44, через 15 минут 7, 48, через полчаса 7, 42, через 45 минут 7, 35, через час 7, 25.

Скорость саливации у всех некурящих пациентов составила, в среднем, 0, 55 мл/мин. У курильщиков обычных сигарет первой подгруппы показатель был равен 0, 60 мл/мин. Сразу после курения она составила 0, 83мл/мин, через 15 мин 0,99мл/мин, через 30 мин 0, 86 через 45 мин 0,75 мл/мин, через 60 мин 0, 67 мл/мин. У второй подгруппы показатель 0, 54мл/мин. Сразу после курения скорость слюноотделения увеличилась 0,80 мл/мин, через 15 мин 1, 26 мл/мин, через 30 мин 1, 02 мл/мин, через 45 мин 0, 76мл/мин, через 60 мин 0, 68 мл/мин. У курильщиков электронных сигарет в возрасте от 18 до 44 лет скорость слюноотделения была равна 0, 56 мл/мин. От 44 до 59 лет показатель составил 0, 55мл/мин. Сразу после курения в возрасте от 18 до 44 лет она составила 0, 80мл/мин, через 15 мин 0,97мл/мин, через 45 мин 0,76 мл/мин, через 60 мин 0, 68 мл/мин. У второй подгруппы показатель 0, 54мл/мин. Сразу после курения скорость слюноотделения увеличилась 0,80 мл/мин, через 15 мин 1, 26 мл/мин, через 30 мин 1, 02 мл/мин, через 45 мин 0, 77мл/мин, через 60 мин 0, 70 мл/мин.

Выводы

В ходе исследований была выявлена связь между курением электронных сигарет и состоянием слизистой оболочки полости рта. Установлено, что электронные сигареты, так же как и обычные сигареты изменяют рН полости рта в щелочную сторону, увеличивают скорость слюноотделения. Можно предположить, что составляющая часть жидкости для электронных сигарет обладают стимулирующим действием на слюноотделение. Таким образом, кислотно-щелочное равновесие находится в прямо пропорциональной зависимости от скорости слюноотделения, чем выше показатели рН тем больше показатели слюноотделения. У курильщиков электронных и обычных сигарет выявлены более высокие показатели КПУ. Значения пародонтального индекса и упрощенного индекса гигиены полости рта OHS-I так же оказались в неудовлетворительных значениях. Все эти факторы негативно влияют на состояние полости рта, создавая риски возникновения заболеваний слизистой полости рта, слюнных желез, пародонта и твёрдых тканей зубов.

Литература

1. Giovino, G.A., Mirza, S.A., Samet, J.M., Gupta, P.C., Jarvis, M.J., Bhala, N., Peto, R., Zatonski, W., HsiaJ., MortonJ., PalipudiK.M., AsmaS.; GATS (GlobalAdultTobaccoSurvey) CollaborativeGroup. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys // *Lancet*. — 2012. — № 380(9842). — P. 668–79.
2. Goniewicz M.L., Zielinska-Danch W. Electronic cigarette use among teenagers and young adults in Poland // *Pediatrics*. — 2012. — № 130(4). — P. e879-85.
3. Maccani M.A., Knopik V.S. Cigarette Smoke Exposure-Associated Alterations to Non-Coding RNA // *Front Genet*. — 2012. — № 3. — P. 53.
4. Piper, M.E.75. A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies / M.E. Piper, S.S. Smith, T.R. Schlam [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 2009. — Vol. 66. — P.1253—1262.
5. Quaak M., van Schayck C.P., Knaapen A.M., van Schooten F.J. Implications of gene-drug interactions in smoking cessation for improving the prevention of chronic degenerative diseases // *Mutat Res*. — 2009. — № 667(1–2). — P. 44–57.

Л. Н. Аль-Гальбан, 2 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра микробиологии и вирусологии с курсом иммунологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент А. М. Самоукина

МОНИТОРИНГ УРОПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ИНФЕКЦИЯХ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ЭТИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Инфекция нижних мочевых путей (ИНМП), одна из самых частых инфекций урологического профиля, которая встречается как в амбулаторной, так и в стационарной практике. Распространенность ИНМП в России составляет около 1000 случаев на 100 000 населения в год. Ежегодно регистрируется около 26–36 млн. случаев острого цистита [1].

Цель исследования: определить спектр и факторы патогенности уропатогенной микрофлоры, вызывающей развитие неосложненной ИНМП и уточнить особенности этиотропного лечения пациентов с данной патологией.

Материалы и методы

Проведен обзор современной медицинской литературы по указанной теме.

Результаты и обсуждение

Для ИНМП характерна колонизация свыше 10⁴ колониеобразующих единиц (КОЕ) микроорганизмов в 1 мл мочи и/или микробная инвазия с развитием инфекционного процесса в какой-либо части мочеполового тракта от наружного отверстия уретры до коркового слоя почек. В зависимости от того, какой орган преимущественно поражается, все ИНМП подразделяют на цистит, простатит, уретрит и т.д. [1]. Неосложненными считаются ИНМП при отсутствии нарушений к оттоку мочи из мочевого пузыря, структурных изменений в мочевыводящих путях, а также у пациентов без тяжелой сопутствующей патологии. Чаще всего это острый восходящий цистит у женщин без нарушения оттока

мочи [2]. Основным возбудителем неосложненной ИМВП является *E.coli*, которая выделяется у 75-90 % пациентов, а также *S.saprophyticus*, *Enterococcus spp.*, *P.mirabilis*, *Klebsiella spp.* и другие представители семейства *Enterobacteriaceae*. Развитие неосложненной ИМВП является результатом преобладания вирулентности этиологического инфекционного фактора над защитными механизмами мочевого пузыря. Развитие инфекционно-воспалительного процесса в мочевых путях обычно протекает по следующему «сценарию»: адгезия — инвазия — колонизация — пролиферация — повреждение тканей хозяина [3]. Иницирующим этапом развития инфекции является адгезия бактерий к уроэпителиальным клеткам, как первый этап инфекционного процесса. Далее происходит персистенция этиологического агента посредством сосуществования с клеткой хозяина объединенным гликокаликсом. Этот феномен лежит в основе периодически возникающей агрессии микроорганизмов против клеток хозяина [4]. Адгезивная способность уропатогенных штаммов кишечной палочки обусловлена наличием белковых структур (адгезины, пилины). На поверхности микробных клеток располагаются пили, которые участвуют в процессе адгезии и конъюгации, в ходе которого бактерии обмениваются плазмидами, являющимися внехромосомными носителями генетической информации. В плазмидах содержится гены, кодирующие различные факторы вирулентности, включая фактор колонизации, токсинопродукции, мембранных белков, а также устойчивость к антибиотикам. Коагрегация бактерий приводит к формированию биопленки и может образовать плотный слой на поверхности клетки или искусственных материалах (катетерах). Уропатогенные штаммы кишечной палочки содержат различные адгезины, фимбриальные и нефимбриальные. Каждый тип адгезина (1, P, S, AFA) имеет на уровне мочевых путей свои места прикрепления. Так например, штаммы кишечной палочки, которые содержат адгезин P прочно срастаются с переходным и плоским эпителием уретры и проявляют тропность к паренхиме почки [4].

Один штамм уропатогенной *E. coli* может произвести на свет генетически разнородные адгезины. Возможность персистенции микроорганизмов в мочеполовой системе обусловлена разнообразными факторами патогенности бактерий. Фимбриальная клетка может переходить в нефимбриальную форму, менять количество «ресничек» в соответствии с экспрессией генов. Сейчас, как современный подход к терапии, рассматривается вариант селекционирования непатогенного пробиотического штамма *E. coli*, способного формировать биопленку в мочевыделительных путях, предотвращая адгезию уропатогенными штаммами *E. coli*. Кроме того, со стороны макроорганизма существуют генетические факторы, обуславливающие предрасположенность к рецидивирующей инфекции мочевых путей, наличие специфических рецепторов на слизистых оболочках для различных микроорганизмов [4].

Лечение неосложненных ИНМП проводится одной дозой и трехдневным курсом. Это лечение характеризуется высокой клинической и антимикробной эффективностью, снижением селекции резистентных штаммов, низкой частотой нежелательных реакций, хорошей переносимостью и более низкой стоимостью лечения. Наиболее распространённым препаратом для лечения неосложненной ИНМП является фосфомицина триметамол (монурал) — антибиотик широкого спектра действия, активный в отношении большинства аэробных грамотрицательных, включая представители родов *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Pseudomonas*, и грамположительных, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, бактерий. Монурал оказывает быстрое бактерицидное и длительное антиадгезивное действие, уменьшает коагрегацию бактерий, характеризуется отсутствием аллергии и перекрестной резистентности с другими антибиотиками. Однократный прием Монурала (в дозе 3 г) по эффективности сопоставим с семидневным курсом терапии нитрофурантоином. Однако, следует учесть, что если уровень резистентности уропатогенных штаммов *E. coli* к антибиотику

составляет в регионе более 10–20 %, то это является предпосылкой ограничения его использования как препарата выбора.

Наибольшее распространение при лечении неосложненной ИНМП получил трехдневный курс терапии фторхинолонами, обладающими широким спектром антибактериальной активности против основных возбудителей острого цистита, способными создавать высокие и длительно сохраняющиеся концентрации в моче после однократного приема. Наиболее эффективны и безопасны норфлоксацин, офлоксацин, цiproфлоксацин, левофлоксацин. Альтернативой фторхинолонам при остром цистите являются ингибиторозащищенные пенициллины (аугментин, амоксиклав), оральные цефалоспорины III и IV поколений. У беременных женщин при неосложненном цистите рекомендуется использовать цефалоспорины I–III поколений, фосфомицина трометамол (однократно), альтернативные препараты: амоксициллин/клавуланат, нитрофурантоин.

Выводы

Наиболее частым возбудителем неосложненной ИМВП является *E.coli*. Одним из важнейших факторов патогенности которой является способность к адгезии к уроэпителиальным клеткам. Выбор антимикробной терапии при лечении неосложненной ИНМП необходимо проводить с учетом данных бактериологического исследования мочи и ориентироваться на современные клинические рекомендации по ведению пациентов с данной патологией.

Литература

1. Перепанова Т. С., Хазан П. Л. Применение нитрофуранов при инфекции мочевых путей // Эффективная фармакотерапия в урологии. 2007. — № 4. — С. 20–30.
2. Urogenital infections/ Internation consultation on urogenital infections./ ad. K. Naber, A.J. Schaeffer, Ch.F. Heyns, T. Matsumoto, D. A. Shoskes, Truls E. Bjerklund Soehansen. 2010, European Association of Urology. 1800 p.
3. Страчунский Л. С., Козлов С. Н. Современная антимикробная химиотерапия // Руководство для врачей. М. Боргес. — 2002. — 436 с.
4. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). В. XI / под ред. А. Г. Чучалина, Ю. Б. Белоусова, В. Я. Яснецова/ М.: «Эхо», 2001. — С. 487–490.

А. О. Андреева, Д. Д. Волкова, М.А. Ельцова, 5 курс, педиатрический факультет;

Л. В. Сташевская, А. В. Иванов, 5 курс, стоматологический факультет;

И. В. Березовский, А. И. Березовский

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом истории медицины

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Березовский

ИСТОРИЯ ПЕРЕПИСЕЙ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ

(К 120-ЛЕТИЮ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВОЙ ПЕРЕПИСИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ)

Цель исследования: проанализировать значение переписей населения и течение демографических процессов в России.

Материалы и методы

В ходе написания статьи был использован идеографический метод изучения истории переписей населения.

История переписей населения в России берет начало со времен татаро-монгольского нашествия. Первая перепись, проведенная татарами, относится к 1245 г. Эта и последующие переписи три переписи проводились для учета обложения данью домов, расположенных на захваченной территории. В России в XIV—XVI веках проводились земельно-хозяйственные описания, результаты которых заносились в «писцовые книги». Наиболее ранние из сохранившихся «писцовых книг» — новгородские конца 15в. Они служили основанием для податного земельного обложения [1]. Переписи, проводимые Петром I, носили подворный характер. В переписи 1710 года было допущено большое количество неточностей из-за невежества и нечестности переписчиков. 26 ноября 1718 года Петр Великий издал указ, которым предписывалось «взять сказки у всех (дать на год сроку), чтобы правдивые принесли, сколько у кого, в которой деревне душ мужеского пола ...». С тех пор учеты населения в России стали называться «реви-

зиями». До отмены крепостного права прошло десять ревизий (1718, 1742, 1761, 1781, 1794, 1811, 1815, 1833, 1850, 1856). Они давали очень неточные сведения о населении, поскольку учитывали не фактическое число жителей, а только «приписных» из податных сословий — людей, числившихся в списках для уплаты подати налога.

Первая всеобщая перепись населения Российской империи (без Великого княжества Финляндского за пределами Гельсингфорса), была проведена 28 января 1897 года путём непосредственного опроса всего населения на одну и ту же дату, в соответствии с Высочайше утверждённым в 1895 году «Положением о Первой всеобщей переписи населения Российской Империи». Инициатором проведения переписи выступил русский географ и статистик П. П. Семёнов-Тян-Шанский. Полагаясь на результаты переписи, П. П. Семёнов-Тян-Шанский издал статью «Характерные выводы из первой всеобщей переписи».

Перепись 1897 года оказалась первой и единственной всеобщей переписью населения Российской империи. Она обошлась государству в 7 млн. рублей. Результаты переписи были опубликованы в 89 томах (119 книг) под заглавием «Первая всеобщая перепись населения Российской империи 1897 года».

По Положению от 5 июня 1895 года перепись должна была собирать 14 признаков о каждом лице, живущем в пределах страны: 1) имя, 2) семейное положение, 3) отношение к главе хозяйства, 4) пол, 5) возраст, 6) сословие или состояние, 7) вероисповедание, 8) место рождения, 9) место приписки, 10) место постоянного жительства, 11) родной язык, 12) грамотность, 13) занятие, 14) физические недостатки.

Затем ещё были добавлены вопросы о положении по воинской повинности; вопрос о грамотности разбивался на два: «умеет ли читать и где обучался» и вопрос о занятиях был расчленён на «главные и побочные», а также был введён вопрос «об отсутствии». Учёт проводился по трём категориям населения: наличному, постоянному (осёдлому) и приписному. Эти категории ввел в статистику населения бельгийский

ученый Адольф Кетле, который состоял директором бельгийского статистического бюро и был председателем бельгийской центральной статистической комиссии. По его определению постоянное население — это совокупность лиц, постоянно живущих в данной местности. Наличное население — это совокупность людей, находящихся в данной местности в тот или иной момент времени, независимо от того, сколько времени они здесь находятся или предполагают находиться, числятся они или нет в каких-либо списках. Приписное население — это те, кто значится в списках жителей данной территории, прописан здесь или связан с данной местностью какими-либо другими правилами регистрации независимо от фактического проживания.

Первая перепись населения проводилась в два этапа: — на первом (подготовительном, декабрь 1896 — январь 1897 гг.) счетчики обходили хозяйства и заполняли переписные листы, которые затем просматривались заведующими переписными участками;- на втором этапе (основном — 28 января 1897 г.) счетчики вновь посещали хозяйства, проверяли и при необходимости корректировали данные первого опроса. Для проведения переписи по всей стране было привлечено более 135 тыс. счетчиков из числа учителей, священников и грамотных запасных солдат.

Обработка данных переписи в общей сложности заняла более 8 лет. Всего за 1898 — 1905 гг. было выпущено 117 томов погубернских итогов (по 89 губерниям) и двухтомный «Общий свод по империи результатов разработки всеобщей переписи населения...». Она зарегистрировала в Российской империи 125 640 021 жителей, 13,4 % из которых проживало в городах, крупнейшим из которых был Санкт-Петербург. Количество мужчин составляло 49,7 %. Большинство придерживались православия — 69,3 %, 11,1 % составляли мусульмане, католики — 9,1 %, иудеи — 4,2 %. Уровень грамотности составил 21,1 %, причем среди мужчин он был существенно выше, чем среди

женщин (29,3 % и 13,1 %, соответственно). На 1 версту приходилось 6,66 жителей [2].

Следующая перепись населения проводилась в 1920 году. По причине гражданской войны в переписи приняло участие только 72 процента населения страны.

Все население страны впервые охватила Всесоюзная перепись населения 17 декабря 1926 года. Программа переписи включала 14 признаков: пол, возраст, народность, родной язык, место рождения, продолжительность проживания в местах переписи, брачное состояние, грамотность, физические недостатки, психическое здоровье, занятие (с выделением главного и побочного), положение в занятии и отрасли труда, для безработных — продолжительность безработицы и прежнее занятие, источник средств существования (для не имеющих занятия). В семейной карте учитывался состав семьи с выделением супружеских пар и их детей, продолжительность брака и жилищные условия.

При ее подготовке выдающиеся статистики В. Г. Михайловский и О. А. Квиткин выработали научные принципы, которые легли в основу как этой, так и следующих переписей населения. Численность населения РСФСР составила 92 735 млн. человек. Результаты по этой переписи были опубликованы в 56 томах.

Следующая перепись проводилась с 1 по 5 января 1937 года. Результаты переписи выявили негативные тенденции в жизни общества. Иосиф Сталин вынужден был признать ее «вредительской» и засекретить ее результаты. Основных причин было две. Первая — в результате переписи «прорисовались» страшные последствия голода 1932-1934 годов, когда страна потеряла, по разным данным, от 6 до 8 млн. человек. Причина вторая — «неправильные» данные о религиозных убеждениях населения. В результате организаторы и многие рядовые исполнители переписи оказались в лагерях вместе с «врагами народа», часть из них была расстреляна.

Всесоюзная перепись населения 1939 года имела четкую цель — любой ценой показать рост численности населения СССР. Полученные данные не дают общей картины, они разрознены и часто противоречивы. При расчете по СССР, баланс данных переписей населения 1937 и 1939 гг. позволил оценить, что число неучтенных смертей среди репрессированных равно 1252 тысячи [3]. Согласно данным учета смертности и в СССР, и в России на 100 умерших женщин приходилось в 1937-1938 гг. 113 мужчин.

Первая послевоенная перепись была проведена в 1959 году. Материалы переписи были разработаны по значительно более широкой программе, чем в 1939 году, на перфорационных вычислительных машинах, модернизированных специально для переписных работ. Данные переписи были использованы в планировании управления и послужили основой для последующих расчетов численности и состава населения. Численность населения РСФСР, составила по данным переписи 117,5 миллиона человек.

Таким образом, основными источниками данных о численности населения России являются результаты четырех переписей населения: 17 декабря 1926 г., 6 января 1937 г., 17 января 1939 г. и 15 января 1959 г. В силу различных обстоятельств (преднамеренных искажений и объективно неизбежных неточностей) окончательные результаты этих переписей населения нуждаются в той или иной коррекции [3]. Дальше переписи населения становятся регулярными — с периодичностью раз в 10 лет.

Литература

1. Мерзон, А. Ц. Писцовые и переписные книги XV-XVII вв. / А. Ц. Мерзон.- Москва: МГАИ, 1956. — 36 с.
2. Общий свод по Империи результатов разработки данных Первой Всеобщей переписи населения, произведенной 28 Января 1897 года. [Том 1] /Под ред. Н. А. Тройницкого. -С.- Петербург, 1905.-268 с.
3. Андреев, Е.М. Демографическая история России: 1927 — 1959 / Е.М. Андреев, Л.Е. Дарский, Т.Л. Харькова. — Москва: Информатика, 1998. — 187 с. URL.:<http://www.demoscope.ru/> (дата обращения 25.01.2018).

Л. Э. Андреюшин, 3 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВОТверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории
Отечества
Научный руководитель: к.п.н., доцент Л. А. Мурашова

МАГНИТНАЯ ЛЕВИТАЦИЯ КАК ИНВЕРСИВНЫЙ СПОСОБ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ

Болезни органов дыхания (БОД) занимают ведущие позиции в мире по распространенности и смертности и являются тяжелым социально-финансовым бременем для экономически развитых стран. В России БОД (острый и хронический бронхит, бронхиальная астма (БА), пневмония, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), рак др.) являются самой частой причиной временной нетрудоспособности и входят в число 5 групп болезней, являющихся основной причиной смертности населения[4].

Актуальность проблемы хронических заболеваний легких состоит в том, что они формируют весьма высокие уровни заболеваемости, инвалидности и смертности населения, оставаясь в то же время потенциально-предотвратимыми. На их фоне существенно возрастает риск острых респираторных заболеваний, в сочетании с которыми намного возрастает угроза жизни хроническим больным и пожилому населению. Респираторные заболевания, в целом, являются одной из наиболее распространенных причин заболеваемости и смертности во всех группах населения.

На их долю приходится наибольшее потребление антибиотиков и, следовательно, большая часть расходов здравоохранения. А с другой стороны, данная терапия обычно носит эмпирический характер в связи с тяжестью заболевания, трудностями идентификации возбудителя и необходимостью быстрого принятия нужного решения. За 1990-2002 гг. в Российской Федерации смертность от болезней органов ды-

хания выросла на 4,0 % и составила 70,7 случая на 100 тыс. населения, в том числе среди мужской части населения — соответственно 108,7 случая, женщин — 37,3. В структуре общей заболеваемости населения России, болезни органов дыхания традиционно занимают лидирующую позицию, на их долю приходится до 27,8 % всей зарегистрированной и 42,7 % выявленной впервые в жизни патологии. Заболевания органов дыхания являются одной из главных причин временной нетрудоспособности и инвалидизации населения. Так, например, рак легких является одной из главных причин смертности на земле. В среднем, на 100 зарегистрированных случаев этого заболевания 72 человека умирают в течение первого года после постановки диагноза. По статистике каждый 14-й человек сталкивался или столкнется с этим заболеванием в своей жизни. К сожалению, многие заболевания и патологии легких не поддаются лечению, по крайней мере, пока. Но разрабатываются и активно начинают внедряться методы культивирования и выращивания легочной ткани, а также ее дальнейшей трансплантации человеку. Так, одной из технологий, которая может позволить осуществить данный прием, является метод «магнитной левитации», внедренный в медицинскую область деятельности [1].

Магнитная левитация — технология, заключающаяся в подъёме объекта с помощью магнитного поля. Магнитное давление используется для компенсации ускорения свободного падения или любых других ускорений [2].

Самый простой и наглядный пример магнитной левитации, которая создается на постоянных магнитах — это так называемый левитрон. В основе конструкции два кольцевых магнита. Большой лежит строго горизонтально, а маленький вращается и висит над ним.

Многолетней целью в области биомедицинских исследований было создание органотипических совместимых культур, которые были бы представлены средами нативных тканей. В настоящее время, существует большой интерес в создании и представлении моделей культур

легких. Она является весьма сложной тканью, тем более для воссоздания ее в пробирке, так как имеет объемную и трехмерную структуру. Выращенная такая ткань в пространстве, более приближенного к двумерному (как пробирка), выдает существенные отклонения от реалий и искаженные данные при ее исследовании. Поэтому и эксперименты, проводимые над такой тканью, и полученные результаты в той или иной мере не точны. Да и перспективы применение 2-Д структур, той же легочной ткани, находятся под вопросом.

Так, одной из проблем, с которой столкнулись исследователи и ученые, при выращивании 2Д структур легкого в пробирке, это пробы на токсичность. Очень сложно в чашке культивировать данные структуры на границе раздела сред воздух-жидкость. В реальных же условиях структуры легкого находятся в постоянном контакте с токсичной средой воздуха и микроорганизмами, населяющие его. Соответственно и пробы на токсичность не объективны.

Но ученые из Райсовского университета смогли избежать этой, и других проблем, предложив инновационный способ по созданию 3-D модели легкого, с помощью технологии магнитной левитации. Этот метод был впервые применен в медицинской области, и достаточно удачно, учеными из Райсовского университета, с поддержкой Nano3D Biosciences в 2013 г. Данный метод позволил вырастить наиболее реалистичную модель легких, реализованную уже в 3Д пространстве, что позволяет избежать большое количество неточностей и огрех 2Д моделей.

Новая технология выращивания 3D-тканей базируется на внедрении в живые клетки инертных, нетоксичных магнитных нано-частиц. Для этого ученые использовали бактериофаги, вирусы, инжектирующие в клетку нано-частицы. Они являются своеобразными переносчиками данных молекул структуру каждой клетки. После этого, используя магниты для остановки и перемещения клеток, ученые смогли сформировать трехмерную ткань. Клетки, внутри которых находятся нано-магниты, буквально подвешены в пространстве. Они могут жить и раз-

множаться в этом состоянии, и это гораздо более приближено к природным условиям, нежели их рост в плоской чашке Петри. Этот рост повторял процесс, который происходит внутри человеческого тела. Новая ткань напоминает бронхиолы в гораздо большей степени, нежели все, что создавалось раньше. Это означает, что теперь на них с большой точностью можно проводить тестирование новых препаратов, испытания на токсичность воздуха и другие эксперименты.

В данном исследовании, ученым удалось совместить 4 типа клеток ткани, от стенок бронхиол, до глубоких структур легких и альвеол. И в конечном итоге, после объединения клеток, удалось получить и воссоздать реальную структуру легочной ткани и легкого [3].

Перспективы применения:

Во-первых, выращивание донорских легких для трансплантации. Многие болезни, в том числе, угрожающие жизни человека, связаны с нарушениями деятельности легких(рак, врожденные пороки развития легких, серьезные механические повреждения и т. д.). Далеко не во всех случаях эти нарушения можно исправить с помощью традиционных фармакологических или хирургических воздействий. Именно выращивание органов может быть наиболее естественным для организма способом восстановления при крупных повреждениях и тяжелых патологиях.

Во-вторых, тестирование потенциальных лекарственных веществ. Подробное изучение действия фармакологических препаратов, на легкие. Одной из актуальных проблем современной фармакологии и медицины является создание эффективных и безопасных лекарственных препаратов, направленных на лечение тех или иных заболеваний. Для их создания необходимы адекватные, воспроизводимые, а также относительно дешевые технологии и скрининга потенциальных лекарственных соединений. Развитие такой технологии позволит существенным образом сократить эксперименты по тестированию перспективных для фармакологии соединений на клетках животных.

В-третьих, более подробное изучение микроструктур в условиях, приближенных к реальным. На данный момент, выращенные в чашках Петри прототипные клетки и структуры имеют существенные отличия от реальных тканей, как в физическом смысле, так и в биохимических процессах. Выращенные структуры с помощью магнитной левитации, в точности повторяющие реальные легкие, можно будет подробнее и точнее изучать, получая при этом те необходимые знания, которые могут быть направлены в практическое русло.

В-четвертых, клеточные модели заболеваний человека. Изучение заболеваний, патологий на структуре реальных легких.

Обобщая вышесказанное, можно резюмировать, что для многих людей, страдающих легочными, неизлечимыми заболеваниями, вскоре появится реальный шанс на выздоровление и продолжение полноценной жизни. Медицина не стоит на месте, и с каждым похожим открытием человечество повышает свои шансы на победу тяжелых заболеваний, повышая тем самым качество жизни людей.

Литература

1. Атаев, М. Г., Гаджиева, Т. А., Абдуллаева, Э. К. Повозрастная смертность от болезней органов дыхания, населения сельской местности республики Дагестан, с учетом факторов риска // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований — М.: Академия естествознания, 2015. — №12. — С. 1037-1041.
2. Магнитная левитация: понятие // Википедия. — 2016 год. — 30 ноября [Электронный ресурс]. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Магнитная_левитация (Дата обращения 4.04.2017).
3. Статья Университета RICE. [Электронный ресурс]. URL:<http://news.rice.edu/2013/01/24/maglev-tissues-could-speed-toxicity-tests-2/> (дата обращения: 01 24, 2013)
4. Ханин А. Л., Чернушенко Т.И. Проблемы болезней органов дыхания и возможные пути их решения на уровне муниципального здравоохранения// Пульмонология — Рязань: ООО НЖП Пульмонология, 2011. — №2 . — С.115-118.

Л. Э. Андреюшин, К. И. Хорак, 3 курс, лечебный факультет,
А. М. Морозов

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

ФЕНОТИП И СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

Профилактика заболеваний является одной из важнейших задач современного здравоохранения. Превентивные меры воздействия способны не только облегчить течение заболевания, но и зачастую предотвратить его развитие. Существуют различные методы диагностики, один из них — иридодиагностика, оценка состояния пациента по радужной оболочке глаза. Цвет глаз, окраска волос и кожных покровов человека в Китайской медицине рассматривается с точки зрения патологии как предрасположенность к отдельным видам заболеваний или способность сопротивляться патогенным влияниям.

Цель исследования: установление корреляции между соматической патологией и фенотипом больного.

Материалы и методы

В ходе настоящего исследования было проведено анкетирование и сбор данных у 1122 больных различной соматической патологией обоего пола в больницах г. Твери. Из внешних признаков обследуемых нами были изучены цвет глаз, цвет волос и тональность кожи (цветность кожи). После обработки полученных статистических сведений была установлена зависимость патологии от определенного внешнего признака.

Результаты и обсуждение

Кардиологическом отделении опрошено 430 больных. По результатам исследования, аритмия встречалась в 70 % случаев (301 человек). Из них в 45 % случаев (135 человека) у больных с зеленой окраской радужной оболочки глаза, и 40 % случаев (120 человек) с голубой,

сероглазых 10 % (31 человек), лишь 5 % (15 человек) с карим цветом глаз. При этом 80 % опрошенных со светлой кожей, лишь 20 % со смуглой. Светлый окрас волос встречался лишь в 15 %, в отличие от темного, который превалировал.

По результатам исследования такое заболевание как стенокардия встречалось в 30 % случаев (90 человек). Из этого числа людей в 64 % случаев (58 человек) были подвержены люди, обладающие карим цветом глаз. Небольшой процент пришелся на голубоглазых и сероглазых больных (до 18 % — 16 человек). При этом 60 % (54 человека) опрошенных были со светлой кожей, а 40 % (36 человек) встречались со смуглой. В 85 % (77 человек) случаев люди с темной окраской волос, а совсем небольшая доля пришлось на людей, являющимися обладателями светлых волос — 15 %.

Больных с инфарктом миокарда было 30 человек. Из них кареглазый и зеленоглазый цвет превалировал над остальными (13 и 9 соответственно). В 90 % (27 человек) случаях они имели темную окраску волос. Притом у большинства наблюдалась светлая кожа.

По опросу выявлено 194 человека с гипертонической болезнью, среди которых кареглазые, голубоглазые и сероглазые встречались в равной степени. При этом черный и русый цвет волос доминировал над светлым в соотношениях 8:2. Установлено, что светлая и смуглая кожа встречались в равных соотношениях.

В пульмонологическом отделении опрошено 215 человек. После сбора и обработки статистических данных было выявлено 186 с заболеваниями верхних дыхательных путей, такими как ангина, ринит, фарингит, ларингит, синусит. В 50 % (94 человека) случаев это были обладатели серой окраски радужной оболочки глаз. Большая доля людей пришлось на обладателей светлого оттенка кожи (90 % — это 167 человек). На обладателей темного и русого цвета волос 88 % (164 человека). Доля блондинов — 10 % (19 человек) и рыжеволосых — 2 % (4 человека), что дает нам основания определить зависимость только для

брюнетов. Остальная часть людей имели зеленую, карею и голубую окраску глаз в равных соотношениях. 10 % (18 человек) людей пришлось на светловолосых людей со смуглым цветом кожи. Несмотря на то, что сероглазые люди чаще болеют заболеваниями верхних дыхательных путей, среди 22 больных выявлен только один сероглазый больной бронхиальной астмой, остальные в равной степени.

В гастроэнтерологическом отделении было опрошено 310 человек. Язвенная болезнь встретилась в 20 случаях. При этом 16 людей имели голубой цвет глаз со светлыми волосами и кожей. По два человека имели карий и зеленый цвет глаз с темным цветом волос. Среди опрошенных, людей серым цветом глаз не встретилось. Светлая кожа доминировала в 19 случаях.

С гастритом наблюдалось 86 человек. Среди них человека 43 % (37 человека) имели карий цвет глаз, и по 19 % — 20 % пришлось на другие окраски. Интересно, что из всех опрошенных 59 % имели рыжий цвет волос- это 51 человек, 27 человек (32 %) — черный цвет волос. 10 человек (6 %) со светлыми волосами, и около 3 % (3 человека) пришлось на рыжеволосых. В 79 % случаев (61 человек) имели светлую окраску кожи, и лишь в 21 % случаев (18 человек) смуглую.

С запорами наблюдалось 104 человека также в гастроэнтерологическом отделении. Больные с жалобами на кишечную непроходимость были преимущественно обладателями коричневого цвета радужной оболочки глаза. Собрав данные, мы выяснили, что на долю таких людей пришлось 86 % (что составляет 89 человек). Голубой цвет глаз — 4, серый цвет — 6, зеленый цвет — 5. Брюнеты- 61 % (что составляет 63 человека). На долю русских пришлось -27 % (29 человек). На долю блондинов 10 % (10 человек) и 2 % (2 человека) на рыжеволосых.

Среди опрошенных 30 человек наблюдались с заболеванием поджелудочной железы — панкреатитом, 17 из которых имели зеленый цвет глаз — 57 %, 6 человек с карием цветом радужной оболочки глаза, 5 голубоглазых, 2 человека с серым цветом. При этом черный

цвет волос превалировал над остальными в 67 % случаев — это 20 человек. На долю остальных пришлось блондины — 2 человека, и русые — 8 человек. В 67 % (20 человек) со светлым цветом кожи, и 33 % (10 человек) со смуглой окраской.

В нефрологическом отделении нами было опрошено 107 человек с такими заболеваниями как пиелонефрит и цистит. У 82 людей наблюдался зеленый цвет глаз. Это 77 %. При этом 90 больных (84 %) имели темную окраску волос, а 17 людей (16 %) имели светлый цвет волос. Удивительно, что в 90 % случаев люди имели светлую кожу.

В эндокринологическом отделении нами были опрошены больные с сахарным диабетом — 48 человек и зобом — 12 человек. Больные с сахарным диабетом в 40 % случаев (19 человек) были с зеленым цветом глаз, в 29 % (14 человек) с серым цветом, 22 % (11 человек) с голубым, 9 % (4 человека) коричневой окраской радужки. В 50 % случаев люди имели русский цвет волос, в 35 % случаев были блондины, и лишь в 15 % — брюнеты. В 85 % случаев больные имели светлую окраску кожи, а в 15 % — смуглую.

У больных с зобом в 7 случаев из 12 встречался зеленый цвет глаз. По 2 случая мы наблюдаем как серый цвет глаз, так и голубой цвет глаз, и лишь 1 больной у нас был с карим цветом. Из них 9 человек блондинов, 2 брюнета и один с русыми волосами. В 100 % случаев мы наблюдали больных с достаточно светлым цветом кожи.

Из выше приведенных статических данных можно сделать заключение о конкретной патологии характерной для определенного признака. Так, люди с голубым цветом глаз в высокой степени подвержены аритмиям, наименее подвержены гипертоническим болезням, сильно подвержены язвенным болезням желудка, в определенной степени к гастроэнтеритам, в меньшей степени подвержены заболеваниям эндокринной системы (сахарный диабет и зоб).

Для людей с зеленым цветом глаз в высокой степени характерны аритмии, инфаркт. В наименьшей степени характерны заболевания дыха-

тельных путей и язвенной болезнью желудка. Сильно характерны заболевания поджелудочной железы(панкреатита), пиелонефрита, цистита, а также заболевания эндокринной системы (сахарный диабет и зоб).

С карим цветом глаз не выявлено характерной зависимости с аритмиями, однако, высокая частота встречаемости со стенокардией и инфарктом. Немалый процент приходится на гипертонические болезни. Не характерны язвенные болезни желудка, однако, высокая степень развития гастроэнтеритов. Для обладателей данного цвета радужной оболочки глаза характерно высокая частота встречаемости кишечной непроходимости (запоры). Низкая частота встречаемости сахарного диабета и зоба.

С серым цветом глаз низкая частота встречаемости сердечнососудистых заболеваний (аритмий, стенокардий, инфарктов гипертонических болезней). Высокий риск заболевания верхних дыхательных путей (ангина, ларингит, фарингит, ринит, синусит), в то время наименьшее количество их среди астматиков. Невыраженные язвенные болезни, гастроэнтериты, панкреатиты. Имеется небольшой риск эндокринологических заболеваний (зоб и сахарный диабет).

Люди со светлым цветом кожи в отличие от смуглой наиболее подвержены развитию аритмий, стенокардий, инфарктов, не выявлены зависимости при гипертонических болезнях. Люди со светлой кожей наиболее подвержены заболеваниям верхних дыхательных путей, язвенной болезнью желудка, гастроэнтеритов, панкреатитов, пиелонефритов, циститов и в наибольшей степени вероятности сахарного диабета и зоба. У смуглых людей не выявлено зависимости развития патологии, есть вероятность, что они в наименьшей степени подвержены данным заболеваниям.

Брюнеты более подвержены аритмиям, стенокардиям, инфарктам и гипертоническим болезням. В большей степени русый и темный цвет волос сопоставим с заболеваниями верхних дыхательных путей. У них имеется выраженная зависимость с сахарным диабетом. Для

блондинов в большой степени характерны язвенные болезни желудка, а также зоб, в наименьшей степени гастроэнтериты. Для черного цвета волос характерны панкреатиты, пиелонефриты и циститы.

Заключение

На основании полученных данных можно предположить о корреляции внешнего вида больного с предрасположенностью к конкретной соматической патологии. С развитием данного направления в медицине будет возможно предполагать развитие заболеваний, не только исходя из семейного анамнеза, но и индивидуальных особенностей человека.

Литература

1. Исаева, О.Н. Физиологическое обоснование систем телемедицинского донозологического индивидуального контроля: дис. канд. биол. наук: 14.03.08.// М., 2015. — 203с.
2. Захаров, Ю.А. Практическая иридодиагностика. Метод топической неспецифической диагностики заболеваний по радужной оболочке глаза. — М.: Колос. — 2006г. — 115с.
3. Литвицкий, П.Ф. Патофизиология. Учебник. В 2 томах. / Том 1. — 2016. — 283 с.
4. Морозов, А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / А.М. Морозов, В.А. Кадыков, О.В. Пельтихина, Э.М. Аскеров, А.Д. Морозова // Синергия наук. — 2018. — № 19. — С. 1018-1024. — URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.
5. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник. 2-е изд. /Н.А. Мухин, В.С. Моисеев// М. : ГЭОТАР — Медиа. — 2015. — 848 с .

Е. П. Арсеньева, Е. П. Заводцова, В. А. Саганович, А. А. Йорданова,
6 курс, лечебный факультет;
И. А. Жмакин, В. Л. Красненков, Н. П. Кириленко, О. М. Королёва,
Н. Н. Ильина

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф, Кафедра поликлинической терапии и основ
доказательной медицины,
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом
истории медицины, Кафедра управления и экономики фармации
Научные руководители: к.м.н., доцент И. А. Жмакин;
д.м.н., профессор В. Л. Красненков; д.м.н., доцент Н. П. Кириленко,
к.м.н., доцент О. М. Королёва, к.ф.н., ассистент Н. Н. Ильина

**ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И
ФАКТОРОВ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ У ЖИТЕЛЕЙ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО
ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ
ТОРГОВЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРИ И РАЙОННЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРСКОЙ
ОБЛАСТИ, 2017 Г.)**

Всемирной организацией здравоохранения прогнозируется дальнейший рост сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) и смертности, как в развитых, так и развивающихся странах, обусловленный старением населения и особенностями образа жизни [1]. В связи с этим в настоящее время идёт поиск новых технологий профилактики ССЗ, в том числе с использованием медицины «шаговой доступности» и телемедицины [2].

Целью исследования является оценка выявляемости факторов риска (ФР) развития ССЗ у посетителей торговых центров Твери и области и качества их вторичной профилактики.

Материалы и методы

На оборудованной медицинской площадке в торговых центрах г. Тверь и Тверской области проанкетировано 584 человек [(203 (34,8 %) мужчины и 381 (65,2 %) женщина]. Распределение обследованных по

возрастным группам составило: моложе 20 лет — 42 (7,2 %) человека [20 (47,6 %) мужчин и 22 (52,4 %) женщины], 20-35 лет — 164 (28,1 %) человека [89 (54,3 %) мужчин и 75 (45,7 %) женщин], 36-45 лет — 48 (8,2 %) человек [10 (20,8 %) мужчин и 38 (79,2 %) женщин], 46-60 лет — 147 (25,5 %) человек [44 (29,9 %) мужчины и 103 (70,1 %) женщины], старше 60 лет — 183 (31,3 %) человека [40 (21,9 %) мужчин и 143 (78,1 %) женщины].

У них проводилось анкетирование на предмет выявления поведенческих (потребление овощей и фруктов менее 400 г; досаливание пищи, не пробуя её; табакокурение; ходьба менее 30 мин в день; пагубное потребление алкоголя: мужчины более 20 г/день, женщины — более 10 г/день) и биологических (избыточная масса тела — индекс Кетле 25-29,9 кг/м²; ожирение — индекс Кетле 30 кг/м² и больше; артериальная гипертензия — 140/90 мм рт. ст. и выше; гипергликемия — через два часа после еды уровень глюкозы крови 7,8 ммоль/л и выше; гиперхолестеринемия — 5,2 ммоль/л и выше) ФР развития ССЗ. Кроме этого учитывались ранее установленные врачом такие заболеваний, как гипертоническая болезнь (ГБ), сахарный диабет (СД), ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), а также принималась во внимание наследственная предрасположенность к развитию ИБС, СД и приём гипотензивной и гиполипидемической терапии за две недели до опроса.

Всем проанкетированным было проведено обследование: антропометрия (рост, вес), расчет индекса массы тела (индекс Кетле), измерение уровня артериального давления и снятие электрокардиограммы (ЭКГ) с помощью виртуальных технологий в отведении I в положении пациента сидя. При оценке ЭКГ использовались 2 градации: норма и патология (нарушение процессов реполяризации желудочков и нарушения сердечного ритма). У части посетителей торговых центров определялись уровни глюкозы и холестерина крови с помощью тест-полосок. Статистическая обработка результатов исследования проводи-

лась с помощью пакета статистических программ WinPeri (использовался критерий Фишера).

Результаты и обсуждение

Установлено, что у посетителей торговых центров Твери и области часто выявляются поведенческие ФР развития ССЗ. Наиболее часто у них регистрируются недостаточная физическая активность (47,7 %) и недостаточное употребление овощей и фруктов (44,0 %), реже — досаливание пищи, не попробовав её (27,6 %) и пагубное употребление алкоголя (24,4 %) и ещё реже — пассивное курение (18,7 %) и курение табака (15,6 %). На этом фоне у 29,3 % была обнаружена избыточная масса тела, а у 26,7 % имелось ожирение. Обращает на себя внимание, что почти у половины профилактически проконсультированных (46,4 %) была отягощена наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. При этом оказалось, что курение и пассивное курение статистически значимо чаще выявлялись у мужчин по сравнению с женщинами (соответственно, 26,4 % и 9,8 %; $p=0,0001$ и 23,1 % и 16,3 %; $p=0,042$), тогда как недостаточное употребление овощей и фруктов, а также ожирение статистически значимо чаще регистрировалось у женщин по сравнению с мужчинами (соответственно, 47,0 % и 38,5 %; $p=0,045$; 30,3 % и 20,1 %; $p=0,012$). По остальным показателям (досаливание пищи, не попробовав её, недостаточная физическая активность, пагубное употребление алкоголя и избыточная масса тела) статистически значимых различий между мужчинами и женщинами выявлено не было (соответственно, 27,4 % и 27,6 %; 51,4 % и 45,7 %; 27,9 % и 22,5 %; 30,9 % и 28,4 %; $p=0,5 — 0,4$).

На столь неблагоприятном фоне наличия ФР развития ССЗ таковые были у 336 (57,5 %) проконсультированных посетителей торговых центров. При этом чаще всего в анамнезе у них была ГБ (59,2 %), реже — ИБС (34,2 %) и ещё реже — ЦВЗ (6,5 %). Установлено также, что стенокардия и нарушения сердечного ритма статистически значимо чаще выявлялись у женщин по сравнению с мужчинами (соответственно, 41;

10,6 % и 11; 5,3 %; $p=0,029$; 67; 17,3 % и 18; 8,7 %; $p=0,004$), тогда как перенесенный инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность и ЦВЗ регистрировались практически одинаково часто ($p>0,05$).

Важным аспектом, определяющим качество и длительность жизни больных ССЗ, является эффективность их вторичной профилактики. В этом плане установлено следующее. У больные ССЗ на фоне их наблюдения у лечащего врача продолжали выявляться как поведенческие (табакокурение — 8,6 %; пассивное курение — 14,7 %; недостаточное употребление овощей и фруктов — 56,0 %; досаливание пищи, не пробуя её — 28,4 %; гиподинамия — 45,7 % и пагубное употребление алкоголя — 17,2 %), так и алиментарно-зависимые (избыточная масса тела — 33,6 %; ожирение — 45,8 %; повышенное артериальное давление — 60,7 % и повышенный уровень холестерина — 62,5 %) ФР развития ССЗ. Столь низкие показатели вторичной профилактики ССЗ дают основание предположить, что с этой категорией пациентов необходимо проводить дополнительную работу (школы здоровья больных ССЗ, технологии мобильного здравоохранения [2] и т. д.), чтобы повысить эффективность вторичной профилактики ССЗ, и тем самым, снижая смертность от них, увеличить их длительность жизни.

Заключение

Таким образом, среди посетителей торговых центров Твери и области довольно широко распространены как поведенческие, так и алиментарно-зависимые ФР развития ССЗ. Их наличие в большей степени определяется полом и в меньшей степени — возрастом. Установлено, что у больных ССЗ недостаточно эффективно проводится вторичная профилактика, что проявляется высокой выявляемостью у них алиментарно-зависимых ФР развития ССЗ. Для улучшения ситуации необходимо разработать и внедрить новые формы вторичной профилактики ССЗ (технологии мобильного здравоохранения), способные изменить вышеописанную ситуацию у больных ССЗ в лучшую сторону.

Литература

1. Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации, Москва, 2008. — Режим доступа: http://cardio-69.ru/sites/default/files/strategiya_profilaktiki_i_kontrolya.pdf, свободный (12.02.2018 г.).
2. Кириленко, Н.П., Королёва, О.М., Красненков, В.Л. и др. Мобильное здравоохранение в Твери: реалии и перспективы // Верхневолжский медицинский журнал. — 2016. — Т. 15, вып. 3. — С. 9 — 12.

К. С. Аслаханова, М. М. Имадаева, 5 курс, лечебный факультет;
С. А. Воробьев, кафедра факультетской терапии

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра факультетской терапии
Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Воробьев

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В современном мире большинство экстренных ситуаций в медицине связано с тромбозами либо геморрагиями, т.е. сложными нарушениями (иногда фатальными) в системе гемостаза. Такие заболевания как атеросклероз, инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, сахарный диабет, гемофилии, дисфункциональные маточные кровотечения напрямую связаны с патологией системы свертывания крови. В этих условиях знание современным врачом основ диагностики нарушений гемостаза представляется чрезвычайно важным.

Цель исследования: в работе представлено краткое обобщение современных данных о диагностике нарушений гемостаза.

Результаты и обсуждение

Традиционно нарушения свертывания крови разделяют на патологию сосудисто-тромбоцитарного гемостаза и плазменного (коагуляционного) гемостаза. Помимо этого принято выделять нарушения фибринолиза и системы антикоагулянтов. Лабораторная диагностика, учитывая физиологию гемостаза, строиться на оценке сосудисто-тромбоцитарного гемостаза (тромбоциты и их функция), плазменного звена гемостаза (АЧТВ, протромбиновое время, тромбиновое время, фибриноген), физиологических антикоагулянтов (антитромбин III, протеины С и S), системы фибринолиза (тесты на спонтанный фибринолиз, лизис эуглобулинового сгустка, Хагеман-зависимый фибринолиз, концентрация плазминогена) и тестов на активацию внутрисосудистого свертывания крови (Д-димер, РФМК — растворимые фибрин-

мономерные комплексы). Таким образом, в стандартную гемостазиограмму должно как минимум входить определение тромбоцитов, индуцированной агрегации тромбоцитов, АЧТВ, протромбинового времени, тромбинового времени, фибриногена, антитромбина III, РФМК, спонтанного фибринолиза или плазминогена. Это, к сожалению, не всегда совпадает с возможностями клинической практики. Интерпретация коагулограммы упрощается при точном знании смысла каждого отдельного теста.

Так, определение количества тромбоцитов является принципиальным для диагностики тромбоцитопатий и тромбоцитопений, т.е. для оценки сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Количество тромбоцитов и их объем в настоящее время определяются автоматически на гематологическом анализаторе. Современные анализаторы дают информацию о выходе количества тромбоцитов за референтные пределы, наличии агрегатов тромбоцитов, макротромбоцитов или других элементов. Для оценки функции тромбоцитов исследуют индуцированную агрегацию тромбоцитов с использованием АТФ, адреналина, коллагена, ристоцитина. Комбинации нарушений тех или иных функциональных свойств тромбоцитов, позволяют уточнить нозологическую принадлежность тромбоцитопатии.

Базовыми тестами для оценки плазменного звена гемостаза являются активированное парциальное (частичное) тромбопластиновое время (АЧТВ) и протромбиновое время (ПВ). АЧТВ используется для оценки внутреннего каскада свертывания крови, контроля за антикоагулянтным действием гепаринов, скрининговой диагностики волчаночного антикоагулянта. Укорочение АЧТВ наблюдается при активации внутреннего механизма свертывания при тромбозах, тромбоэмболиях, стадии гиперкоагуляции ДВС-синдрома. Удлинение АЧТВ отмечается при дефиците факторов внутреннего пути свертывания крови, дефиците фактора Виллебранда; ДВС-синдроме (в фазе гипокоагуляции); наличии волчаночного антикоагулянта.

Протромбиновое время (ПВ) используется для оценки внешнего пути свертывания крови, определения активности фактора VII, контроля за лечением непрямыми антикоагулянтами. Укорочение протромбинового времени происходит при различных видах активации внутрисосудистого свертывания крови, а удлинение при приеме антикоагулянтов непрямого действия, болезни печени и желчевыводящей системы.

Тромбиновое время (ТВ) характеризует превращение фибриногена в фибрин под действием тромбина, на него влияет концентрация фибриногена в плазме и наличие продуктов деградации фибрина. Укорочение происходит при гиперфибриногенемии, гиперкоагуляционной фазе острого и подострого ДВС-синдрома. Удлинение отмечается при терапии нефракционированным гепарином, гипофибриногенемии, при остром ДВС-синдроме и др.

Определение концентрации фибриногена в плазме также является базисным тестом исследования гемостаза. Снижение концентрации фибриногена наблюдается при остром ДВС-синдроме; дисфибриногенемии. Повышение концентрации фибриногена происходит при инфекционных, воспалительных и аутоиммунных процессах; подостром и хроническом ДВС-синдроме. Важно помнить, что повышение фибриногена отмечается при нормально протекающей беременности.

Антитромбин III (АТ) является основным физиологическим антикоагулянтом. Для его активации необходим гепарин. Большинство тестов по определению антитромбина III являются хромогенными, т.е. в процессе теста расщепляется субстрат, в результате чего образуется окрашенный продукт, количество которого напрямую зависит от исходной активности антитромбина III. Снижение активности АТ наблюдается при заболеваниях печени, нефротическом синдроме, онкологических заболеваниях легких, ДВС-синдром, множественной травме, поздних гестозах. Увеличение активности АТ определяется при остром вирусном гепатите, холестазах.

Система протеина С и S, также относится к антикоагулянтному звену гемостаза. Повышение протеина С отмечается во время беременности. Снижение его характерно для врожденного дефицита и аномалий структуры, заболеваний печени, нефротического синдрома, острой дыхательной недостаточности. Протеин S является кофактором активированного протеина С. Уменьшение содержания(активности) протеина S отмечается при заболеваниях печени, ДВС-синдроме, нефротическом синдроме, системной красной волчанке.

Система фибринолиза оценивается сложно и, к сожалению, не полностью. Чаще других используют определение времени лизиса эуглобулинового сгустка и определение концентрации плазминогена (%). Время лизиса эуглобулинового сгустка — это время спонтанного лизиса сгустка, образующегося из эуглобулиновой фракции бестромбоцитной плазмы при добавлении к ней раствора хлорида кальция. Укорочение времени лизиса (активация фибринолиза) происходит при гипо- и дисфибриногенемии. Увеличение времени лизиса (угнетение фибринолиза) наблюдается при состояниях с гиперфибриногенемией (крупозная пневмония, системные заболевания соединительной ткани и др.). Определение плазминогена используют для диагностики ДВС-синдрома и тромбофилий; выявления нарушений фибринолиза; контроля лечения фибринолитическими препаратами при тромбозах, тромбоэмболиях, инфарктах. Увеличение содержания плазминогена и его активаторов наблюдается при панкреатитах, метастазирующем раке предстательной железы, яичников; метастазы меланомы; гиперкалехоламинемия (стресс, тиреотоксикоз, гипертонический криз) терминальные и другие состояния, сопровождающиеся развитием ДВС-синдрома; цирроз печени. Дефицит плазминогена (чаще тканевого активатора плазминогена) отмечается при рецидивирующих венозных тромбозах; системных васкулитах, сепсисе, нефротическом синдроме.

Для характеристики интенсивности внутрисосудистого свертывания крови используют определение растворимых фибрин-

мономерных комплексов (РФМК) и D-димеров. Повышение РФМК регистрируется при ДВС-синдроме, тромбозе глубоких вен, эмболии легочной артерии. D-димеры — специфические продукты деградации фибрина, входящие в состав тромба. Наличие в крови D-димеров показатель слишком активного фибринолиза и процесса тромбообразования в организме, но не позволяет судить о локализации тромба. Повышение уровня D-димеров в крови определяется при возникновении венозных тромбозов, атеротромбозе, тромбоэмболии легочной артерии, ДВС-синдроме.

Заключение

Коагулограмма (гемостазиограмма) является рутинным тестом в современной клинической практике. Детальное знание тестов для диагностики патологии системы свертывания крови необходимо для ведения пациентов самого широкого терапевтического и хирургического профилей.

Литература

1. Долгов, В.В., Свирин, П.В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза. М., 2005.
2. Момот, А.П. Патология гемостаза принципы и алгоритмы клинко-лабораторной диагностики. СПб., 2006.
3. Синьков, С, Заболотских, И. Диагностика и коррекция расстройств системы гемостаза, М., 2017.
4. Папаян, Л.П. Новое представление процесса свертывания крови, 2004

У. Д. Ахмерова, Е. А. Чернышова, 3 курс, лечебный факультет; А. М. Морозов

ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

БИОНИЧЕСКИЕ ПРОТЕЗЫ, МЕХАНИЗМ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

В последние годы неуклонно развивается такое направление в науке, как киберпротезирование, объединяющее в себе медицину, нейрофизиологию, инженерию, программирование. Необходимость создания такого протеза, который был бы не просто инструментом, выполняющим либо пассивную декоративную функцию, либо простым механическим упором, а мог бы стать полноценной заменой утраченной конечности, т.е. давал бы возможность без особого труда совершать, как минимум, повседневные задачи, такие как ходьба, самообслуживание, письмо и т.д., а в перспективе и более сложные действия. Из этого следует потребность создания обратной связи с протезом за счет стимуляции периферических нервных окончаний, создания многофункциональных электродов с длительным сроком использования, важность воссоздания ощущения давления, температуры, приложенного усилия, проприорецепции и т.д.

Цель исследования: изучить историю развития киберпротезирования и перспективы ее развития.

Материалы и методы

В ходе настоящего исследования был произведен анализ и систематизация литературных данных по проблеме киберпротезирования.

Результаты и обсуждение

Движения человека подчиняются всем физическим законам, которые определяют движение любого материального объекта на Земле. Это — и закон всемирного притяжения, и законы Ньютона, и законы гидромеханики, колебательных и волновых движений и т.д. Дви-

жения, как правило, очень сложны, поскольку двигательный аппарат человека представляет собой многозвенную механическую систему, состоящую из костей, суставов, мышц, элементов нервной системы. Естественно, что при повреждении какого-либо звена двигательная деятельность человека нарушается, а при потере конечности и вовсе становится невозможной. Также помимо моторной функции утрачивается и сенсорная. Даже если человеку и удастся восстановить двигательную функцию с помощью различных протезов, он все равно не может вернуться к нормальной, полноценной жизни из-за отсутствия способности чувствовать прикосновение, силу сжатия, температуру и т.д. На данный момент для множества моторных и сенсорных нарушений не существует эффективных методов лечения, а восполнение всех функций утраченной конечности, к сожалению, еще пока не представляется возможным. Поэтому разработка многофункциональных роботизированных конечностей — одна из важнейших задач медицины на сегодняшний день.

Протезирование имеет свою длительную историю, в течение которой примитивные устройства сменялись все более и более сложными механическими конструкциями. Первые упоминания о протезировании восходят уже к 1500 году до н.э. Тогда это были простые тканевые либо деревянные косметические протезы. Со временем конструкция усложнялась, появлялись функциональные протезы, дававшие возможность, например, держать щит, затем тяговые протезы, которыми можно было управлять с помощью пружин, подвешенных на кожаных ремешках и т.п. С XX века начинаются разработки бионических протезов.

Интерфейс мозг-компьютер (ИМК) — перспективное средство лечения многих нервно-мышечных расстройств и не только. ИМК представляет собой компьютерную информационно-управляющую систему, которая регистрирует мозговые сигналы, анализирует их и переводит в команды, поступающие на выходные технические устройства для

осуществления желаемого действия. Целью этой технологии является восстановление утраченных функций организма человека. Она позволяет установить взаимосвязь между неповрежденными участками мозга или нервными окончаниями тела и выходными устройствами, компенсирующими моторные и сенсорные функции. С помощью ИМК пациенты смогут восстановить подвижность (через экзоскелеты, роботизированные конечности, биопротезы — моторные ИМК) и чувствительность при помощи сенсорных ИМК, соединяющих соматосенсорные отделы НС с биопротезами, оснащенными датчиками прикосновения, температуры, боли и вибрации и вызывающими ощущения посредством электрической стимуляции коры. Существуют также и двунаправленные ИМК, которые одновременно считывают и передают информацию.

Классическая схема управления движениями включает набор иерархически организованных областей нервной системы. Согласно этой схеме, корковые структуры находятся на вершине иерархической лестницы. Они управляют самыми сложными движениями, например, движениями пальцев рук. Ствол мозга и спинной мозг контролируют более простые функции: позные автоматизмы и спинномозговые рефлексы. Все эти типы движений кодируются в виде потенциалов действия (ПД) нейронами. Множественные эксперименты показали, что разряды нейронов содержат информацию, как о производимых в настоящем времени движениях, так и о планирующихся. На сегодняшний момент наиболее распространенными биопротезами являются протезы с системой управления на основе МИО датчиков (моторный ИМК). Датчики электрического сигнала, регистрирующие мышечную активность, прикрепляют к коже. Полученная от них информация передается на модуль сбора и обработки регистрируемых сигналов, с помощью которого происходит преобразование информации в цифровую форму. Затем преобразованная информация передается на протез.

Сенсорные ИМК могут быть использованы для восстановления слуха, зрения, вкуса, обоняния, тактильной и проприоцептивной чувствительности, чувства равновесия. Такие ИМК замещают поврежденные сенсоры человека и встраиваются в схему тела человека, т.е. подключаются к нейрональным цепям. Такая передача информации осуществляется, в основном, с помощью электростимуляции нервных окончаний.

Двунаправленные ИМК (интерфейс «мозг-компьютер-мозг») способны одновременно расшифровывать мозговую активность и передавать в него искусственные сенсорные сигналы, создавая петлю обратной связи. Принцип действия заключается в следующем: в кору головного мозга вживляются две группы микроэлектродов — одна считывает сигналы головного мозга и передает их на декодер, который в свою очередь передает сигнал на компьютер/механизм, другая группа передают искусственные тактильные ощущения обратно в мозг.

Однако механизм обратной связи ещё не достаточно изучен и сегодня не существует такого протеза, который мог бы полностью восстановить чувствительность. Основная масса протезов оснащена лишь зрительной обратной связью, чего не достаточно для осуществления нормальной работы протеза. Поэтому для улучшения функциональности устройства предлагаются протезы с тремя каналами сенсорной информации: визуальной, звуковой и тактильной. Информация о начале действия поступает от МИО датчиков на протез, в основание которого расположены вибродвигатели таким образом, чтобы они соприкасались с кожей пациента. Расположенные на кончиках пальцев резистивные датчики давления передают информацию о характере и силе захвата объекта через интенсивность вибрации, яркость свечения светодиодов, расположенных в каждом пальце протеза, и через звуковые сигналы.

В результате теоретического исследования было установлено, что современные достижения в области создания протеза, который мог бы

полностью заменить утраченную конечность, мало результативны. На данный момент не существует ни одного протеза, который мог бы восстановить полноценную рецепцию. Однако исследования в этой области с каждым годом продвигаются все больше и больше вперед, что дает большую надежду людям с ограниченными возможностями.

Заключение

Разработка системы обратной связи в биопротезировании является одним из перспективных направлений развития медицины, биотехнологии и робототехники. Произведенный анализ литературы показал, что технология нейроинтерфейсов, не смотря на ряд нерешенных задач, уже успешно применяется в медицине для замены или восстановления функции поврежденных органов. В перспективе планируется значительное улучшение работы бионических протезов, что возможно позволит человеку полностью восстановить функцию утраченных конечностей.

Литература

1. Ковалев, О.О. Разработка бионического протеза руки / О.О. Ковалев, Ю.Д.Акульшин, А.И. Прядко //Экстремальная робототехника. — 2015. — № 1 (1). — С. 202-205.
2. Левицкая, О.С. Интерфейс мозг-компьютер: будущее в настоящем / Левицкая, О.С., Лебедев, М.А. //Вестник российского государственного медицинского университета. — 2016. — № 2. — С. 4-16.
3. Морозов, А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / А.М. Морозов, В.А. Кадыков, О.В. Пельтихина, Э.М. Аскеров, А.Д. Морозова // Синергия наук. — 2018. — № 19. — С. 1018-1024. — URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.
4. Петров Г.Д.Применение нейрокомпьютерных интерфейсов в медицине / Петров Г.Д., Токач Д.Ю. // В сборнике: анализ современных тенденций развития науки сборник статей международной научно-практической конференции: в 2 частях. -2017. — С. 65-67.
5. Попов, Г. И. Биомеханика двигательной деятельности / Г. И. Попов,А.В.Самсонова // М.: Издательский центр «Академия». — 2014. — 314 с.
6. Сковорчевский, А.К. Разработка и исследование новых классов биопротезов и биороботов для реабилитации людей с ограниченными возможностями /А.К. Сковорчевский,А.М. Сергеев, А.А. Акентьев, Н.С. Ковалев, К.А.Сковорчевский // Медицина и высокие технологии. — 2015. — № 1. — С. 35-44.

У. Д. Ахмерова, Я. С. Костерова, А. А. Салтыкова, 3 курс, лечебный факультет; С. Б. Марасанов, Г. А. Петров

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор С. Б. Марасанов

РОЛЬ ИНСОЛЯЦИИ В КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ

Рак кожи является одним из наиболее частых онкологических заболеваний, а в некоторых странах он занимает первое место. Согласно статистике у мужчин этот вид опухоли занимает 3 место (его доля — 11,5 %), а у женщин — 2 место (16,6 %). Результаты множества исследований позволили углубить понимание патогенеза злокачественных новообразований кожи, и было установлено, что ультрафиолетовая часть солнечного спектра является одним из факторов риска возникновения злокачественных опухолей кожи.

Цель исследования: изучить канцерогенное влияние ультрафиолетового излучения и определить роль фотозащитных средств в профилактике возникновения злокачественных опухолей кожи.

Материалы и методы

В ходе настоящего исследования был проведен анализ литературных данных о роли инсоляции в канцерогенезе.

Результаты и обсуждение

В современном обществе загар считается признаком здоровья, а также ассоциируется с красотой и материальным успехом. Однако исследования последних лет показали, что ультрафиолетовая (УФ) радиация не всегда полезна. УФ-излучение способно приводить к инволютивным процессам кожи, фотостарению, ожогам кожи, фотодерматозам, пре- и неопластическим процессам в коже. Спектр солнечного излучения примерно на 10 % состоит из ультрафиолетовых лучей; 40 % лучей видимого спектра и 50 % инфракрасных лучей. Наибольший интерес представляет воздействие на кожу человека именно ультрафио-

летовых лучей. В зависимости от длины волны УФ-спектр условно делится на 3 диапазона: УФ-С, УФ-В и УФ-А (таблица 1).

Таблица 1

Характеристика диапазонов УФ-спектра

Спектр	УФ-С	УФ-В	УФ-А
Длина волны	до 280 нм	280-320 нм	320-400 нм
Проникновение	Поглощается мертвыми клетками рогового слоя	Эпидермис	Эпидермис и дерма
Положительное влияние		Стимуляция синтеза витамина D ₃	
Повреждающее воздействие	Эритема	Образование морщин, гиперплазия эпидермиса, эластоз, повреждение коллагена	Поражение тканей и сосудов, фотостарение
		Загар, иммуносупрессия, злокачественное перерождение клеток (фотоканцерогенез)	

Степень поражения кожи зависит от длины волны повреждающих лучей, общего времени инсоляции, а также от типа светочувствительности кожи человека. Тот факт, что по цвету кожи можно предсказать ее чувствительность к солнечным лучам, свидетельствует о том, что главным защитником кожи от УФ-излучения является меланин. Этот пигмент экранирует и поглощает избыточное количество лучей (таблица 2).

Непосредственно канцерогенное действие ультрафиолетового облучения связано со способностью повреждать ДНК и вызывать мутации. Считается, что УФ-излучение вызывает мутации туморсупрессорных генов p53, p16 и p15. Воздействие УФ-излучения вызывает характерное повреждение ДНК, а именно образование циклобутан-пиримидиновых димеров (ЦПД) и 6,4-пиримидин-пиримидон фотопродуктов. Они часто приводят к формированию мутаций с заменой одного основания или тандема оснований (С→Т, СС→ТТ). При повреж-

дении ДНК фотопродуктами (ЦПД, 6,4-ПП) репарация происходит с удалением нуклеотида. При недостаточности восстановления ДНК после повреждения может произойти формирование мутаций, которые сохраняются в течение всего периода жизни клетки, и их накопление может приводить к дисфункции органов, инволютивным и диспластическим процессам кожи.

Таблица 2

Типы кожи по Фитцпатрику

Тип кожи	Характеристика	Реакция на УФ-излучение	Фототип
I	Белая кожа, рыжие или светлые волосы	Никогда не загорают, всегда обгорают	Мелано-дефицитные
II	Светлая кожа, русые или каштановые глаза	Иногда удается загореть, но чаще обгорают	
III	Слегка смуглая кожа, темно-русые волосы	Хорошо загорают, иногда обгорают	Мелано-компетентные
IV	Оливковая кожа, темные волосы	Всегда загорают, никогда не обгорают	
V	Очень смуглая кожа, темные волосы	Быстро загорают без обгорания	
VI	Очень темная кожа, черные волосы	Никогда не обгорают	

В 2017 году в журнале «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики» были опубликованы результаты обследования 1113 пациентов с раком кожи, подвергающихся воздействию избыточной инсоляции. В этом исследовании принимали участие пациенты в возрасте от 19 до 95 лет, среди них 684 женщины (61 %) и 429 мужчин (39 %). Все пациенты связывали свои заболевания с воздействием УФ-лучей. У большинства пациентов (85,7 %) на коже помимо злокачественных новообразований имелись очаги солнечного лентиго и себорейного кератоза.

Исследуемые были разделены на 3 группы в зависимости от чувствительности их кожи к УФ-излучению, т.е. деление было основано на способности кожи к синтезу меланина (меланодефицитные и меланокompetентные группы). Было отмечено, что наибольшее количество возникновения рака кожи приходится на I тип фоточувствительности (54, 26 %). Следовательно, люди со светлой, меланодефицитной кожей более подвержены риску развития злокачественных новообразований кожи. У всех пациентов, которые были подвергнуты хроническому воздействию повышенной инсоляции, были исследованы локализации злокачественных новообразований. Образование рака кожи на открытых частях тела было отмечено у подавляющего числа исследуемых (93,4 %). Это означает, что длительное, повторяющееся воздействие УФ-излучения является основной причиной возникновения таких заболеваний.

Защита от ультрафиолетовых лучей является значимым методом профилактики возникновения злокачественных новообразований кожи. Различают эндогенную и экзогенную фотопротекцию (рис. 1). К эндогенным факторам относятся, например, токоферола ацетат (витамин Е), аскорбиновая кислота, ретинол, селен, цинк и другие агенты. Экзогенные факторы: ПАБК, салицилаты, эфиры коричной кислоты, диоксибензол и др. Факторы, входящие в состав экзогенных фотопротекторов, защищающих от лучей УФ-В (UV-B) и УФ-А (UV-A), соответственно, позволяют в разы снизить негативное влияние инсоляции и обеспечивают возможность пребывания на солнце без вреда для кожи и здоровья.

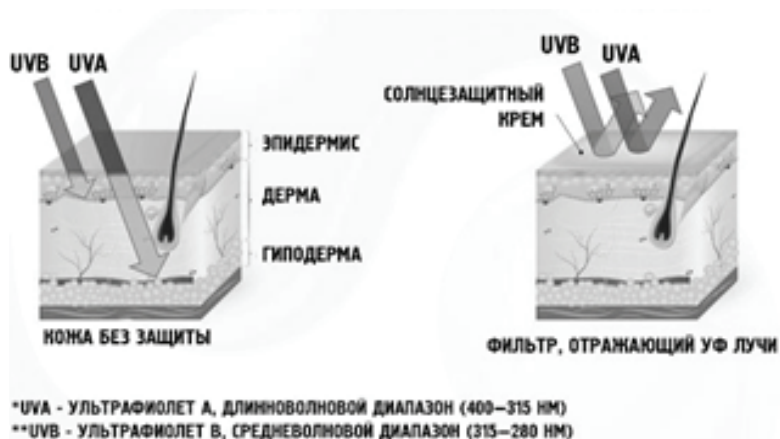


Рис. 1. Проникновение УФ-излучения через кожу при использовании экзогенных фотопротекторов и без них

Выводы

Несмотря на моду и популяризацию загара в обществе всегда важно помнить о возможных последствиях неразумной инсоляции. Избыточное УФ-излучение, отсутствие культуры применения различных групп фотопроекторов, игнорирование правил нахождения на солнце — всё это может привести к возникновению тяжёлых онкологических заболеваний кожи.

Литература

1. Аравийская, Е. Р. Ультрафиолет, его влияние на кожу. Современные принципы фотопротекции / Е. Р. Аравийская, Е. В. Соколовский // Вестник дерматолога. — 2003. — № 2. — С. 14-17.
2. Каприн, А. Д. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) / А. Д. Каприн, В. В. Старинский, Г. В. Петрова. — М.: МНИОИ им. П. А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. — С. 4-10.
3. Пономаренко, Г. Н. Общая физиотерапия: учебник / Г. Н. Пономаренко. — 5-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. — С. 359-389.
4. Пурцхванидзе, В. А. Избыточная инсоляция как фактор развития рака / В. А. Пурцхванидзе, Ю. Г. Симаков, Н. В. Баткаева // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. — 2017. — № 9. — С.72-78.
5. Чиссов, В. И. Злокачественные новообразования в России в 2007 году (заболеваемость и смертность) / В. И. Чиссов, В. В. Старинский, Г. В. Петрова. — М. : МНИОИ им. П. А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2009. — С. 4-12.

И. А. Бабчинская, М. А. Рожкова, 5 курс, лечебный факультет;
Л. А. Кудрич

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф
Научный руководитель: д.м.н., профессор Л. А. Кудрич

ИНФОРМАЦИОННАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РОССИИ

Проблема информационной безопасности и информационно-психологической войны продолжает оставаться острой в центре внимания политиков, ученых, психологов, военных. Своим Указом (2016) президент РФВ. Путин утвердил новую Доктрину информационной безопасности Российской Федерации [1]. В ней подчеркивается, что информационная сфера играет важную роль в обеспечении реализации стратегических национальных приоритетов России. Информационные технологии приобрели глобальный трансграничный характер и стали неотъемлемой частью всех сфер деятельности личности, общества и государства. Одним из основных негативных факторов, влияющих на состояние информационной безопасности, в документе названо «наращивание рядом зарубежных стран возможностей информационно-технического воздействия на информационную инфраструктуру в военных целях». Информационная безопасность рассматривается как составная часть национальной безопасности [2].

«Информационная война» имеет два значения:

1. воздействие на гражданское население путем распространения определённой информации
2. целенаправленные действия, предпринятые для достижения информационного превосходства путём нанесения ущерба информационным процессами информационным системам.

Ее целями являются:

- контроль за информацией и информационным пространством государства;
- дестабилизация институтов власти и влияние на политические решения государства;
- дестабилизация экономики, беспрепятственный доступ к ресурсам, уничтожение наукоемких производств;
- навязывание **ценностей и взглядов, внедрение собственных идеалов путем уничтожения исконных.**

Информационную сферу — сферу деятельности субъектов общественной жизни, связанную с созданием, сбором, преобразованием, хранением, распространением и использованием информации, делят на две составляющие: информационно-техническую и информационно-психологическую. Этим двум составляющим информационной сферы соответствуют два вида информационной безопасности: информационно-техническая и информационно-психологическая безопасность.

В настоящее время в Российской Федерации основным документом, содержащим совокупность официальных взглядов на цели, задачи, принципы и основные направления обеспечения информационной безопасности, является Доктрина информационной безопасности РФ [3]. Пересмотр приоритетов и акцентов в интерпретации проблемы национальной безопасности и перенос их с интересов государства на интересы самого человека поставили перед наукой и практикой необходимость разработки совершенно нового аспекта этой проблемы — информационно-психологической безопасности, являющейся составной частью информационной безопасности [4].

Как правило, об информационно-психологической борьбе речь идет в тех случаях, когда информационное оружие прямо или опосредованно используется против психики человека (или социальной группы). С помощью информационно-психологического воздействия можно влиять не только на индивидуальное сознание, но и на групповое,

массовое и общественное. В зависимости от преследуемых целей информационно-психологическое воздействие, как правило, осуществляется на конкретные сферы индивидуального, группового, массового и общественного сознания [4, 5]:

- мотивационную (убеждения, ценностные ориентации, влечения, желания), когда надо оказать влияние на людей и склонить их к определенным действиям;
- познавательную (ощущения, восприятия, представления, воображение, память и мышление), когда необходимо изменить в нужную сторону представления, характер восприятия вновь поступающей информации и, в итоге, «картину мира» человека;
- эмоциональную (эмоции, чувства, настроения, волевые процессы), когда под прицелом находятся внутренние переживания и волевая активность людей;
- коммуникативную (общение и взаимоотношения, взаимодействие, межличностное восприятие) с целью создания социально-психологического комфорта или дискомфорта, побуждения людей сотрудничать либо конфликтовать с окружающими.

Информационно-психологическое воздействие может осуществляться с помощью различных методов (приемов, форм, методик) и средств, большая часть из которых, непрерывно развиваясь и совершенствуясь, превратились сегодня в сложные технологии воздействия на психику людей, обобщенно называемые в литературе психотехнологиями. В основе понимания многих психотехнологий и других средств и методов информационно-психологического воздействия лежит измененное состояние сознания, отличное от обычного бодрствующего состояния. В системе информационно-психологического противоборства, осуществляемого в военных целях, выделяют феномены, квалифицируемые как «информационная война» и «психологическая война».

Психологическая война есть содержание деятельности специальных органов одного государства, оказывающих психологическое воздействие на гражданское население и (или) на военнослужащих другого государства ради достижения своих политических и военных целей [6].

Виды воздействия в психологической войне:

- информационно-психологическое;
- психогенное;
- психоаналитическое (психокоррекционное);
- нейролингвистическое;
- психотронное;
- психотропное.

В настоящее время во многих странах мира информационно-психологические средства осуществления психологических операций рассматриваются в качестве приоритетных при достижении военных целей. Для их разработки и практического применения привлекаются значительные материально-технические ресурсы, известные ученые, политики, деятели культуры и искусства, высококлассные военные специалисты.

Одним из основных методов информационно-психологической самозащиты является использование базовых защитных установок при негативном информационно-психологическом воздействии на человека в различных информационно-коммуникативных ситуациях, которые позволяют предотвратить или нейтрализовать угрожающие факторы, способные нанести ему ущерб. На индивидуально-личностном уровне для защиты от негативных информационно-психологических воздействий большое значение также играет знание и выполнение правил поведения, которые могут снизить уязвимость каждого человека от воздействия манипуляторов сознанием [4, 6, 7].

Информационно-психологическая безопасность создает условия для обеспечения психического здоровья отдельной личности и населения страны в целом, надежного функционирования государственных

и общественных институтов, а также формирования индивидуального, группового и массового сознания, нацеленного на прогрессивное развитие общества.

Литература

1. Указ Президента Российской Федерации от 05.12.2016г. № 646 «Об утверждении Доктрины информационной безопасности Российской Федерации».
2. Указ Президента РФ от 31.12.2015 №683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации».
3. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года. Утверждена Указом Президента РФ от 12 мая 2009 г. № 537. — Новосибирск: НВВКУ, 2009. — 36 с.
4. Баришполец, В.А. и др. Основы информационно-психологической безопасности. Под общей редакцией В.А. Баришпольца. М., МГФ Знание, 2012.
5. Информационно-психологическая и психотронная война. Хрестоматия /Под.общ. ред. А.Е. Тараса/ — Мн.: Харвест, 2003. — 432 с. — (Библиотека практической психологии).
6. Методы и приемы психологической войны/Сост. — ред. А.Е. Тарас. — М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2006. — 352 с.
7. Кудрич, Л.А., Брызгин, М.Б. Информационно-психологическое противоборство в современном мире /Актуальные проблемы практической психологии / Материалы Всероссийской научно-практической конференции.- Тверь: ООО «СФК-офис», 2016. С.76-80.

Р. Р. Багдасарян, Р. Р. Минажетдинов 3 курс, лечебный факультет;
А. М. Морозов

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Причиной развития перитонита могут явиться как гинекологические заболевания, так и хирургическая патология. Большая трудность в диагностике возникает при наличии нетипичных проявлений или же схожих симптомах разных заболеваний. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и гинекологических заболеваний очень сложна, и традиционные методы исследования не всегда разрешают сомнения, по этой причине следует более широко применять такой метод исследования, как экстренная диагностическая лапароскопия. На основании одних лишь клинико-лабораторных данных порой невозможно установить или отвергнуть наличие острого аппендицита, ультразвуковой метод исследования брюшной полости и органов малого таза тоже не является достоверным в полной мере.

Цель исследования: целью нашей работы является проведение дифференциальной диагностики гинекологической патологии и острого аппендицита, доказать эффективность лапароскопии при диагностике данных заболеваний.

Материалы и методы

В ходе настоящего исследования был проведен анализ 56 историй болезней пациентов хирургического отделения ГБУЗ ГКБ №7 за 2017 год, у которых отмечены нетипичные проявления острого аппендицита, а также возникли трудности в постановке клинического диагноза. Все пациенты разделены на четыре группы, в первую группу отнесены пациенты с острым аппендицитом (71 %), во вторую

включены пациенты с апоплексией (20 %), третья группа пациенты с аднекситом — 7 %, в четвертую группу пациенты с диагнозом внематочная беременность 2 %.

Результаты: представлены в таблице 1.

Проанализировав данные из историй болезни (2017 за год), а именно результаты анализа крови, мочи, жалобы больных, мы пришли к выводу, что по данным показателям невозможно дифференцировать аппендицит от гинекологических заболеваний. В качестве высокоинформативного метода дифференциальной диагностики возможно применение лапароскопии.

При возникновении затруднений в точной постановке диагноза на основании других предварительных исследований, лапароскопия позволяет:

- оценить с высокой точностью состояние обследуемых органов;
- установить наличие спаечного процесса, кист, опухолевых явлений, выявить их размеры, расположение;
- диагностировать маточные трубы, установив степень их проходимости, а также быстро определить внематочную беременность;
- выявить обширность очагов эндометриоза, выходящего за нормы разрастания эндометрия — внутренних покровов матки;
- уточнить первопричину появившихся болевых и дискомфортных проявлений в разнообразных органах брюшной полости.

Таблица 1

Данные историй болезни

	Аппендицит	Апоплексия	Аднексит	Внематочная беременность
Наличие характерной боли	Жалобы на ноющие боли в нижней части живота, в правой подвздошной области. 73 % (40 человек из 56)	Остро развившаяся разлитая боль в нижней части живота 20 % (11 человек из 56)	Жалобы на боли в животе без четкой локализации 7 % (4 человека из 56)	Жалобы на интенсивные внезапно острые схваткообразные боли в нижней половине живота, больше над лоном, справа, усиливающиеся при ходьбе 2 % (1 человек из 56)
Повышение температуры	До 37,5- 38,5 С (34 человека из 40) = 85 %	До 37-38 С (8 человек из 11) = 73 %	До 39 С (3 человека из 4) = 75 %	До 36 С (1 человек из 1) = 100 %
Тошнота, рвота	Тошнота (у 12 человек из 40) = 30 % Рвота (у 10 человек из 40) = 25 % Тошнота +Рвота = (18 человека из 40)=45 %	Тошнота (9 человек из 11)=82 % Рвота (1 человек из 11)=9 % Тошнота и рвота (1 человек из 11)=9 %	Тошнота (3 человека из 4)=75 % Тошнота+рвота (1 человек) =25 %	Тошнота +рвота(1 из 1) 100 %
Анализ крови	лейкоцитоз $5,1 \cdot 10^9$ — $21,6 \cdot 10^9$. СОЭ — ускорение (38 человек из 40) = 95 %	Со стороны картины крови наблюдается лейкоцитоз $4,5 \cdot 10^9$ — $10,77 \cdot 10^9$. СОЭ — незначительное ускорение (10 человек из 11) = 90 %	Со стороны картины крови наблюдается лейкоцитоз $6,3 \cdot 10^9$ — $10,6 \cdot 10^9$. СОЭ — незначительное ускорение (4 человека из 4)	Со стороны картины крови наблюдается лейкоцитоз $6,82 \cdot 10^9$. СОЭ — незначительное ускорение (1 человек из 1)
Анализ мочи	Со стороны картины мочи наблюдается лейкоцитоз 1-2 (32 человек из 40)=80 % 2-4 (8 человек из 40) =20 %	Со стороны картины мочи наблюдается лейкоцитоз 2-4 (5 человек)=45,5 % 4-6 (6 человек)=54,5 %	Со стороны картины мочи наблюдается лейкоцитоз 4-8 (4 из 4)=100 %	Со стороны картины мочи наблюдается лейкоцитоз 10-15 1 человек=100 %
Вздутие живота	Вздутие живота отсутствует	Живот слегка вздут (10 человек из 11) =91 %	Ощущение вздутия (у 3 из 4) =75 %	Живот вздут над лоном (1 человек из 1)
Пальпация	Резкая местная болезненность (38 человек из 40) = 95 %	Болезненность разлитая (5 человек из 11)=45,5 % Резкая болезненность (6 человек из 11) 54,5 %	Болезненность (2 человека из 4) =50 % Отсутствие боли (2 из 4) =50 %	Болезненность в паховой области 1 человек 100 %

Заключение

Лапароскопическое исследование позволяет поставить диагноз острого аднексита тогда, когда визуально обнаруживается неизменный червеобразный отросток и хорошо видна воспаленная маточная труба. Если же при выполнении лапароскопии червеобразный отросток визуализировать не удастся, а данные свидетельствующие о воспалительном процессе маточной трубы, не достаточно убедительные, следует ставить диагноз острого аппендицита и предлагать больной операцию.

Литература

1. Вихляева Е.М. Справочник по акушерству и гинекологии. 2-е изд. / Вихляева Е.М., Кулаков В.И., Серов В.Н. // М.: Медицина. — 1996. — 245с.
2. Кригер А.Г. Острый аппендицит / Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. // М.: Медпрактика-М. — 2002. — 244 с.
3. Морозов А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / Морозов А.М., Кадыков В.А., Пельтихина О.В., Аскеров Э.М., Морозова А.Д. // Синергия наук. — 2018. — № 19. — С. 1018-1024. — URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.
4. Подоненко-Богданова А.П. Ошибки в диагностике острых хирургических и гинекологических заболеваний // Киев.: Здоровья. — 1985. — 195 с.
5. Сидорова И.С. Внематочная беременность. / Сидорова И.С., Гуриев Т.Д. //Издательство: Практическая медицина. — 2007. — 98 с.
6. Степанковская Г.К. Акушерство и гинекология / Степанковская Г.К., Гордеева Г.Д. // Медицинский атлас. — М.:Эксмо. — 2008. — 400с.

Ш. А. Байсаев 3 курс, лечебный факультет; А. М. Морозов

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

ПЕРЕСАДКА КОЖИ

Кожная пластика — хирургическая операция, заключающаяся в воссоздании кожного покрова человека.

Реконструктивная хирургия является наилучшим методом для восстановления формы и (или) функции отдельных частей тела (органов или анатомических структур) путем перемещения, трансплантации или имплантации замещающих их материалов. После приживления кожные лоскуты могут выполнять следующие функции: покровная функция — восстановление полноценного кожного покрова, при дефектах тканей, длительно незаживающих ранах, изъязвленных рубцах и т.д.; каркасная функция — восстановление скелета при дефектах костей; эстетическая функция — восстановление приемлемого внешнего вида пораженной области; функция полноценной биологической среды — обеспечение нормальной регенерации нервов, сухожилий, заживления ран и полостей при обширных дефектах тканей; кинематическая функция — пересаженные ткани замещают утраченное звено кинематической цепи; сепситивно-опорная функция — создание чувствительной и опороспособной поверхности на кисти, стопе или культе конечности; регенеративная функция — репаративное действие лоскута на воспринимающее ложе.

Цель исследования: провести сравнительный анализ методик пересадки кожи, оценить эффективность последних.

Материалы и методы

Проведен сравнительный анализ различных методик пересадки кожи на основании литературных источников.

Результаты и обсуждение

Реконструктивные операции проводятся пластическими хирургами комбустиологами (специалистами по лечению ожогов и их последствий), травматологами-ортопедами. Современная реконструктивная пластика предполагает различные по виду и сложности вмешательства. Травматические дефекты устраняются собственными тканями (аутооттрансплантат), биосинтетическими полимерными материалами, донорскими тканями, в т. ч. и взятых у умерших людей. Современные технологии и оборудование позволит проводить все более и более сложные операции.

Таблица 1

Способы и критерии пересадки кожи

Критерии	Итальянский	Филатова	Яновича- Чаинского- Дэвиса	Тирша
Риск занесения инфекций	Минимален	Практически отсутствует	Минимален	Минимален
Удобства	Крайне неудобно для пациента	Доставляет пациенту некоторые неудобства	Практически не доставляет пациенту неудобства	Практически не доставляет пациенту неудобства
Приживаемость	Высокая	Высокая	Высокая	Средняя
Простота операции	Сложная	Сложная	Относительно сложная	Несложная
Объем материалов	Различный, в зависимости от пораженного участка	Различный, в зависимости от пораженного участка	Мало	Небольшой 2-3 см x 4-5 см, для лечения длительно незаживающих язв

Заключение

Современный период развития пластической хирургии (60-е годы XX века по настоящее время) непосредственно связан с развитием микрохирургической техники, использование которой позволило во многих случаях отказаться от многоэтапных пластических операций и

выполнить одномоментное замещение дефектов тканей самыми разнообразными аутооттрансплантатами. Конечно же, в XXI в. Вероятно произойдет преодоление барьера тканевой несовместимости, которое совершит еще одну революцию в пластической хирургии.

Литература

1. Байков, Д.А. Современные технологии в лечении амбулаторных ожогов / Д.А. Байков, Т.Р. Мавлютов, А.З. Гаймалетдинов // Актуальные проблемы термической травмы: Материалы международной конференции. — Санкт-Петербург. — 2002. — с. 240-241.
2. Вихриев, Б.С. Ожоги : руководство для врачей. 2-е изд. / Б.С. Вихриев, В.М. Бурмистров // М.: Медицина. — 1986. — 272 с.
3. Морозов, А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / А.М. Морозов, В.А. Кадыков, О.В. Пельтихина, Э.М. Аскеров, А.Д. Морозова // Синергия наук. — 2018. — № 19. — С. 1018-1024. — URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.
4. Парамонов, Б.А. Ожоги: руководство для врачей / Б.А. Парамонов, Я.О. По-рембский, В.Г. Яблонский // СПб: СпецЛит. — 2000. — 480 с.
5. В.Рудовский Теория и практика лечения ожогов: перевод с англ. / В.Рудовский, В.Назиловский, В.Зиткевич, В.Зинкевич // М.: Медицина. — 1980. — 388с.

К. Б. Баканов, доцент; А. А. Бахарева, Ю. А. Фадеева, Д. А. Гоностарева,
Т. С. Югова, 6 курс, педиатрический факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф
Научный руководитель: к.пс.н., доцент Л. П. Пикалова

ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЫШЬЯКА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Цель исследования: изучение токсического влияния мышьяка и препаратов на его основе на организм человека.

Для достижения поставленной цели были решены следующие задачи:

- 1) Дать токсикологическую характеристику мышьяку
- 2) Рассмотреть физико-химические свойства, токсические свойства, механизм токсического действия мышьяка
- 3) Выявить особенности клинических проявлений токсического действия мышьяка
- 4) Рассмотреть современные методы лечения и профилактики отравлений мышьяком.

Материалы и методы

Анализ доступных научных библиографических источников.

Результаты и обсуждение

В настоящее время соединения мышьяка нашли широкое применение. Ангидрид мышьяковистой кислоты применяется в медицине, в сельском хозяйстве (как инсектицид), в стекольной и кожевенной промышленности.

Арсениты и арсенаты некоторых металлов применяются в качестве ядохимикатов. Сюда относится парижская (швейнфуртская) зелень VI). Определенное токсикологическое значение имеют органические соединения мышьяка, применяемые в медицине (новарсенол, осарсол и др.). В

стоматологии используется мышьяковистая паста, но и пациенты и сами врачи — стоматологи любят ее называть просто «мышьяк».

Используют в медицинской практике и некоторые неорганические соединения мышьяка. Мышьяковистый ангидрид As_2O_3 , арсенит калия $KAsO_2$, гидроарсенат натрия $Na_2HAsO_4 \cdot 7H_2O$ (в минимальных дозах, разумеется) тормозят окислительные процессы в организме, усиливают кроветворение. Те же вещества — как наружное — назначают при некоторых кожных заболеваниях. Именно мышьяку и его соединениям приписывают целебное действие некоторых минеральных вод.

Механизм токсического действия. Мышьяк относят к условно эссенциальным, иммунотоксичным элементам. Известно, что мышьяк взаимодействует с тиоловыми группами белков, цистеином, глутатионом, липоевой кислотой. Мышьяк оказывает влияние на окислительные процессы в митохондриях и принимает участие во многих других важных биохимических процессах. Токсическая доза для человека: 5–50 мг. Летальная доза для человека: 50–340 мг.

Действия трехвалентного мышьяка направлено на блокаду пируватдегидрогеназного комплекса, играющего важную роль в гликолитических процессах.

Таким образом, трехвалентный мышьяк снижает ресинтез АТФ, образование щавелевоуксусной кислоты из пирувата (нарушает пируватный глюконеогенез), что в конечном итоге приводит к гипогликемии. Трехвалентный мышьяк блокирует также активность глутатионсинтетазы, глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы и глутатионредуктазы, что приводит к развитию дефицита глутатиона в печени и к ухудшению процессов детоксикации мышьяка. Вследствие нарушения гликолиза нарушается также и синтез ацетилхолина, что является причиной развития периферической невропатии.

Токсикодинамика пятивалентного мышьяка частично обусловлена его восстановлением в трехвалентный. Самостоятельное токсическое действие обусловлено замещением фосфора в его биохимических

реакциях вследствие сходства структуры. Пятивалентный мышьяк «включается» в реакции гликолиза, катализируемые ферментом глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназой, в результате чего образуется не 3-фосфоглицерат, а 1-арсено-3-фосфоглицерат, не способный участвовать в образовании АТФ. Более того, образование АТФ-арсената (вместо нативного АДФ) также нарушает нормальный синтез АТФ.

Таким образом, мышьяк оказывает повреждающее действие на гликолитические и окислительные процессы, что проявляется клинической картиной отравления в виде полиорганной недостаточности, обусловленной дефицитом энергии, с соответствующей клиникой отравления.

Особенности клинических проявлений. При остром отравлении мышьяком наблюдаются рвота, боли в животе, понос, угнетение центральной нервной системы. На территориях, где в почве и воде избыток мышьяка, он накапливается в щитовидной железе у людей и вызывает эндемический зоб.

Мышьяк в малых дозах канцерогенен, его использование в качестве лекарства, «улучшающего кровь» («Таблетки Бло с мышьяком») длилось до середины 1950-х гг., и внесло свой весомый вклад в развитие онкологических заболеваний. Недавно широкую огласку получила техногенная экологическая катастрофа на юге Индии — из-за чрезмерного отбора воды из водоносных горизонтов мышьяк стал поступать в питьевую воду. Это вызвало токсическое и онкологическое поражение у десятков тысяч людей.

Клиническая картина отравления мышьяком зависит от количества принятого яда, его характеристики (органическое или неорганическое соединение), путей поступления в организм и преморбидного фона. По времени развития интоксикации различают острую, подострую и хроническую формы.

Клиническая картина острых отравлений соединениями мышьяка складывается из симптомов поражения желудочно-кишечного тракта,

сосудистой системы и нервной системы. Паралитическая, или нервная форма, отравления мышьяком развивается в течение нескольких часов и проявляется глубокими поражениями центральной нервной системы: слабость, головная боль, бред, тонические судороги, потеря сознания, отек мозга, паралич сосудодвигательных дыхательных центров. При хронической интоксикации возникает гиперкератоз на поверхности ладоней и подошвенной части стоп, а на животе может проявиться пигментация бляшками в виде дождевых капель.

При острой интоксикации уровень мышьяка в моче при однократном измерении соответствует 50мкг/л, суточной более 10мкг/л.

Современные методы лечения и профилактики отравлении мышьяком. При работе с пылевидными соединениями мышьяка следует применять респираторы, защитные очки, резиновые перчатки, пользоваться душем, тщательно удалять остатки мышьяка со спецодежды и защитных приспособлений. Особое значение в профилактике отравлений мышьяком имеют периодические диспансерные осмотры лиц, работающих в контакте с мышьяком и его соединениями.

Лечение интоксикации препаратами мышьяка включает в себя стабилизацию состояния больного: устранение шока, отека легкого, аритмии, кровотечения, нарушения электролитного баланса; удаление не всосавшегося яда; проведения терапии хелатообразователями; раннее назначения парентерального питания. Оптимальным способом удаления мышьяка из ЖКТ является лаваж кишечника. Учитывая особенности токсикокинетики соединений мышьяка, перспективным методом удаления этого яда из кишечника является толстокишечный сорбционный диализ.

Специфическая терапия хелатообразующими препаратами включает применение унитиола 5 мл 5 % раствора, образующего нетоксичные комплексы с мышьяком, выводимые почками. Одновременно для обезвреживания всосавшегося яда внутримышечно вводят унитиол из расчета 0,05г препарата или 1мл 5 % раствора на 10кг массы больного.

Образующиеся в крови и тканях нетоксичные комплексы унитиола с мышьяком выводятся с мочой.

На основании анализа литературных данных установлено, что мышьяк относится к условно эссенциальным, иммунотоксичным элементам, к так называемым «тиоловый ядам». Механизм его токсичности связан с нарушением обмена серы, селена и фосфора. Мышьяк оказывает повреждающее действие на гликолитические и окислительные процессы, что проявляется клинической картиной отравления в виде полиорганной недостаточности, обусловленной дефицитом энергии, с соответствующей клиникой отравления.

Литература

1. Терапевтическая стоматология: Учебник/Под ред. Ю.М. Максимовского. — М.: Медицина, 2002. — 640 с.: С.258 — 259.
2. Информационный сайт о мышьяке www.arsenicum.net
<http://www.pathguy.com/lectures/env-23.htm>

Т. В. Бакулина, О. В. Грушина, 3 курс, лечебный факультет;
А. М. Морозов, ассистент, Н. Г. Гавриленко, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

Кафедра иностранных и латинского языков

Научный руководитель: канд. филол. наук, доцент Н. Г. Гавриленко

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ПЕРЕВОДА АНГЛОЯЗЫЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ НА РУССКИЙ ЯЗЫК

В связи с тем, что специалисты различных областей медицины делятся результатами научных исследований с иностранными коллегами, возникает необходимость в профессиональном переводе высокого качества. К медицинскому термину как основной единице специальной лексики предъявляются идеальные требования четкой дефиниции, однозначности, отсутствия эмоциональной окраски. Перед переводчиками, которые могут быть профессиональными лингвистами, но не иметь профильного медицинского образования, или быть практикующими медицинскими работниками без лингвистической подготовки, стоит сложная задача адекватной передачи значений терминологических единиц и сохранения их семантического объема.

Цель исследования: сравнительный анализ близких по форме терминологических единиц в английском и русском языках, которые могут вызвать затруднения при понимании научного текста, выявить особенности перевода конкретных медицинских английских терминов на русский язык и причины неверного перевода.

Результаты и обсуждение

Перевод медицинского текста — это сложный и многогранный процесс. Существуют два требования, которые предъявляются к результату перевода, — это точность изложения и ясность. Однако для медицинского текста ответственность возрастает, так как речь идет о

здоровье и жизни человека. В переводе медицинского текста должны полностью отсутствовать неточность формулировок и приблизительные значения.

Так как ведущей формой научного мышления является понятие, почти каждая лексическая единица (ЛЕ) в научном стиле обозначает некоторое понятие или абстрактный предмет, для обозначения которых используются особые единицы — термины. Исследователи определяют термины как отдельные слова или сочетания нескольких слов, которые обозначают понятия специальной области знания или деятельности и являются элементом определенной системы терминов. Внутри каждой отдельной системы термин стремится к однозначности (хотя она не всегда достигается ввиду разных подходов отдельных ученых и целых научных школ), не выражает экспрессии и является стилистически нейтральным. Таким образом, значение термина определяется при условии, что абсолютно точно известно, к какой терминологической системе (или даже подсистеме в рамках более крупной системы) он принадлежит.

Медицинская терминология включает в себя систему ЛЕ, обозначающих состояния и процессы, протекающие в организме человека, болезни и их проявления, методы диагностики, профилактики и лечения заболеваний, лекарственные средства, медицинское оборудование и др. Перевод медицинского текста должен быть контекстуальным, т.е. переводчик должен обращать внимание на соответствия, которые термин может иметь в контексте в отличие от его значений, приведенных в словаре.

При переводе медицинского текста можно столкнуться со значительными сложностями. Одной из часто встречаемых проблем является проблема перевода межъязыковых омонимов, или ложных друзей переводчика, то есть пар слов в двух языках, похожих по написанию и/или произношению, часто с общим происхождением, но отличающихся в значении. Ложные друзья переводчика могут приводить к не-

правильному пониманию и переводу текста. Часть из них образовалась из-за того, что после заимствования значение слова в одном из языков изменилось, в других случаях заимствования вообще не было, а слова происходят от общего корня в древнем языке, но имеют разные значения; иногда созвучие чисто случайно.

Представляется важным упомянуть в этой связи две основные сложности при переводе медицинского текста:

Во-первых, в качестве межъязыковых омонимов может выступать пара «медицинский термин — слово общеупотребительного языка» или «медицинский термин — термин иной (немедицинской) терминосистемы». Например, *There are different routes of medication administration* «Существуют различные пути введения лекарственных препаратов». Словари предлагают для данной ЛЕ множество вариантов перевода, среди которых «администрация», «руководство», «правительство» и только затем — «введение (лекарственного препарата)», «назначение (лекарственного препарата, вида лечения)».

Во-вторых, межъязыковыми омонимами могут оказаться пары «термин одной подсистемы медицины — термин другой подсистемы медицины». Именно эта разновидность межъязыковых омонимов заслуживает особого внимания и подробного рассмотрения.

Типичным ошибочным переводом на русский язык термина *cellulitis* является «целлюлит», тогда как на самом деле это «флегмона». Заимствованный из латинского языка суффикс *-itis* имеет значение «воспаление», следовательно *cellulitis* не может иметь отношение к русскому термину *целлюлит* (как его понимают в косметологии и бытовом общении).

Переводчик, не являющийся профессиональным медицинским работником, в переводе предложения *The most common cause of vitamin B12 deficiency is pernicious anemia* может сделать грубую ошибку, переведя его как «Самая частая причина дефицита витамина В12 — пернициозная анемия». Пернициозная анемия — это и есть В12-

дефицитная анемия. На самом деле, в английском языке *pernicious anemia* — аутоиммунный (атрофический) гастрит. Правильным переводом мог бы быть вариант: «Самая частая причина дефицита витамина B12 — атрофический гастрит». К подобной ошибке может привести и перевод предложения *In many the Cytomegalovirus infection remains subclinical; in other sit may result in fever, infectious mononucleosis or pneumonitis* как «Цитомегаловирусная инфекция часто протекает бессимптомно; возможны лихорадка, инфекционный мононуклеоз или пневмония». Инфекционный мононуклеоз не может быть проявлением цитомегаловирусной инфекции. На самом деле *infectious mononucleosis* — не только болезнь, но и симптом — появление в крови атипичных мононуклеаров, т.е. переводчик не принял во внимание подобное контекстуальное значение термина, образованное путем метонимического переноса.

Таблица 1

Англоязычные медицинские термины с их ошибочными и верными переводами на русский язык

Английский термин	Типичный ошибочный перевод на русский язык	Верный перевод термина на русский язык
Cellulitis	Целлюлит	Флегмона
Cystic fibrosis	Кистозный фиброз	Муковисцидоз
Pernicious anemia	Пернициозная анемия	Атрофический гастрит
Symptomatic hypertension	Симптоматическая артериальная гипертония	Артериальная гипертония с клиническими проявлениями
Potent pathogen	Потенциальный патоген	Мощный патоген
Elective	Элективный, необязательный	Плановый, неэкстренный
Associated	Ассоциированный	Вызванный
Ectodermal dysplasia	Эктодермальная дисплазия	Очаговая аплазия кожи
Angina	Ангина (острый тонзиллит)	Стенокардия
Mutilation	Мутиляция	Увечье

Английский термин	Типичный ошибочный перевод на русский язык	Верный перевод термина на русский язык
Mediterranean fever	Периодическая болезнь	И периодическая болезнь, и бруцеллез
Hemeralopia	Гемералопия (куриная или ночная слепота)	Дневная слепота
Nephrotic syndrome	Нефротический синдром	И нефротический синдром, и липоидный нефроз
Infectious mononucleosis	Инфекционный мононуклеоз	И инфекционный мононуклеоз, и появление в крови атипичных мононуклеаров

Заключение

Переведенный материал должен содержать тщательно проверенную медицинскую терминологию, чтобы не оказаться причиной неправильной диагностики, неточной интерпретации текста оригинала и, возможно, грубой ошибки в профессиональной деятельности.

Литература

1. Ахманова, О.С. Словарь лингвистических терминов. / М.: Едиториал УРСС. — 2009. — 576с.
2. Зубова, Л.Ю. К вопросу об особенностях и трудностях перевода английских медицинских сокращений // Вестник ВГУ — серия "Лингвистика и межкультурная коммуникация". — 2005. — № 2. С. 113–116.
3. Марковина, И.Ю. Английский язык для медиков. Грамматический практикум / И.Ю.Марковина, Г.Е. Громова // М.: Билингва. — 2002. — С.215–217.
4. Макушева, Ж.Н. Специфика медицинского дискурса на материале аутентичных текстов по специальности. / Ж. Н. Макушева, М. Б. Ковалева // Филологические науки. Вопросы теории и практики. — 2014. — № 5 (Ч.1). — С. 108–111.
5. Морозов, А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / А.М.Морозов, В.А. Кадыков, О.В. Пельтихина, Э.М. Аскеров, А.Д. Морозова // Синергия наук. — 2018. — № 19. — С. 1018-1024. — URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.
6. Хабиев Р.Р. Сложности перевода научного и академического текста: проблема межъязыковой омонимии. /Р.Р. Хабиев, Н.Г.Гавриленко//Молодежь, Наука, Медицина: материалы 61-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. — Тверь. — 2015. — С. 355-358.

А. А. Батурин, 3 курс, стоматологический факультет

ФГБОУ ВО Северо-Западный ГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава
России,

г. Санкт-Петербург, Россия

Кафедра терапевтической стоматологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Саханов

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДИК ПЛОМБИРОВАНИЯ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫМИ ЦЕМЕНТАМИ

Одним из самых важных этапов в лечении кариеса и его осложнений является постановка реставрации. Выбранный в соответствии с клинической ситуацией пломбировочный материал обеспечивает лишь часть успеха всей стоматологической манипуляции. Важной составляющей является правильная методика его применения. Зачастую врачи стоматологи инструкции по применению пломбировочного материала и, как следствие, существенно повышается вероятность появления рецидивов кариозного процесса и возникновение его осложненных форм. Одним из наиболее существенных осложнений, которое может возникнуть при нарушении методики пломбирования, это нарушение герметичности реставрации на границе пломба зуб; появление микротрещин. (рис. 5).

Цель исследования: обосновать оптимальную методику пломбирования стеклоиономерными цементами (СИЦ).

Задачи исследования: выявить оптимальную методику пломбирования зубов СИЦ; дать рекомендации по использованию наиболее эффективной методике пломбирования СИЦ.

Материалы и методы

В данном исследовании подробно рассмотрен класс СИЦ на примере популярного отечественного препарата «Стомафил» ЗАО СТОМАХИМ. В ходе исследования использовано 48 зубов. Выбран кондиционер для дентина — ортофосфорная кислота 10 % и защитный лак

«VitremerFinishingGloss 3MESPE». Для того, чтобы предупредить проникновение красителя через корень, зубы закреплялись в кассетах из гипса. В качестве среды, имитирующей ротовую жидкость, использовался изотонический раствор. Для того, чтобы обнаружить наличие или отсутствие щели на границе пломба/зуб, использовался краситель: раствор метиленового синего 2 %. На каждом зубе шаровидным бором сформирована полость. Каждая полость запломбирована определенным способом: без использования кондиционера и лака (№1); с применением кондиционера, без защитного лака (№2); с нанесением слоя лака, без кондиционера (№3); и с использованием, как протравочного геля, так и защитного лака (№4) (таблица 1). Сразу после пломбирования заготовки помещаются в гипсовые кассеты (рис. 2, таблица 2). Кассеты с зубами маркируются, коронками вниз погружаются в емкость с изотоническим раствором и помещаются в термостат с температурой 37°C.

Таблица 1

Способы пломбирования зубов

Методика	Кол-во зубов		
	24ч	72ч	168ч
без лака, без кондиционера	4	4	4
без лака, с кондиционером	4	4	4
с лаком, без кондиционера	4	4	4
с лаком, с кондиционером	4	4	4

Таблица 2

Количество зубов, и методика их пломбирования в одной кассете

Кассета	4 зуба, запломбированные без лака и без кондиционера
	4 зуба, запломбированные без лака, с кондиционером
	4 зуба, запломбированные с лаком, без кондиционера
	4 зуба, запломбированные с лаком, с кондиционером



Рис. 2. Кассета, готовая к погружению в изотонический раствор



Рис. 3. Та же кассета после 24 часов в 2 % растворе метиленового синего

Для первой кассеты время пребывания в растворе составляет 24 часа (1 сутки), для второй 72 часа (3 суток), для третьей кассеты 168 часов (7 суток). Данный этап необходим для имитации периода нахождения запломбированного зуба в полости рта. Предполагается, что чем дольше время пребывания заготовки в растворе, тем более выражены будут изменения в структуре материала, внесенного в полость по неправильной методике. По истечении времени, каждая кассета вынимается и погружается (коронками вниз) в раствор метиленового синего 2 % на 24 часа. После этого заготовки извлекаются из гипсовых кассет, промываются проточной водой, подсушиваются (рис. 3). Далее осуществляется сагиттальный распил через центр пломб алмазной фрезой не допуская перегрева. Оценка краевой проницаемости проводится с помощью анализа макрофотографии, используя шкалу. Наиболее удовлетворительной считалась методика, набравшая минимальное количество баллов.

Результаты и обсуждение

Способ пломбирования без использования кондиционера и протравки (№1) набрал наибольшую сумму баллов. Далее идет методика пломбирования с использованием кондиционера, без использования защитного лака (№2), потом методика с применением лака (№3). Самой удовлетворительный результат (наименьший балл) оказался при использовании как протравочного геля, так и защитного лака (№4).

Процессы, приводящие к потере герметичности, довольно сложные, так как зависят от множества факторов, таких как состав цемента, способ пломбирования и характер окружающей его среды в течение всего времени эксплуатации пломбы. Основная причина проникновения красителя — растворение не полностью отвержденного цемента. Происходит это в критические фазы: фаза выщелачивания ионов в процессе реакции отверждения СИЦ (протекает в течение 2-3 минут) и фаза затвердевания (может продолжаться до 7 суток).

В структуре материала возможен ряд изменений, если пломба не защищена от действия внешних факторов в эти периоды. Ионы алюминия (обеспечивают конечную прочность цемента и высокую степень сшивания полимерных молекул поперечными связями) могут диффундировать из материала, и, таким образом, утрачивается возможность образования поперечных связей с цепочками полиакриловой кислоты. Загрязнение избыточной влагой вызывает появление дефектов пломбы, нарушение формирования трехмерной пространственной структуры полимера. Если теряется вся вода, то не происходит завершения реакции отверждения, нарушается диссоциация полиакриловой кислоты, уменьшается выход ионов металлов из частиц стекла.

Все возможные случаи приводят к тому, что пломбировочный материал будет ослабленным, физико-механические и химические свойства резко изменятся, а это отразится на силе сцепления цемента с тканями зуба, герметичности на границе пломба/зуб, появлению подтеканий (рис. 5). По завершении отверждения, происходит резкое снижение количества выделяемых веществ из материала, показатель его растворимости становится минимальным, цемент больше не подвергается растворению. С этого времени СИЦ переходит в долгосрочную фазу.

Эксперимент показал важность и подтвердил необходимость этапа покрытия пломбы лаком, так как этот защитный слой необходим, чтобы цемент приобрел химические и физико-механические свойства, характерные для полностью отвержденного материала (рис. 6).

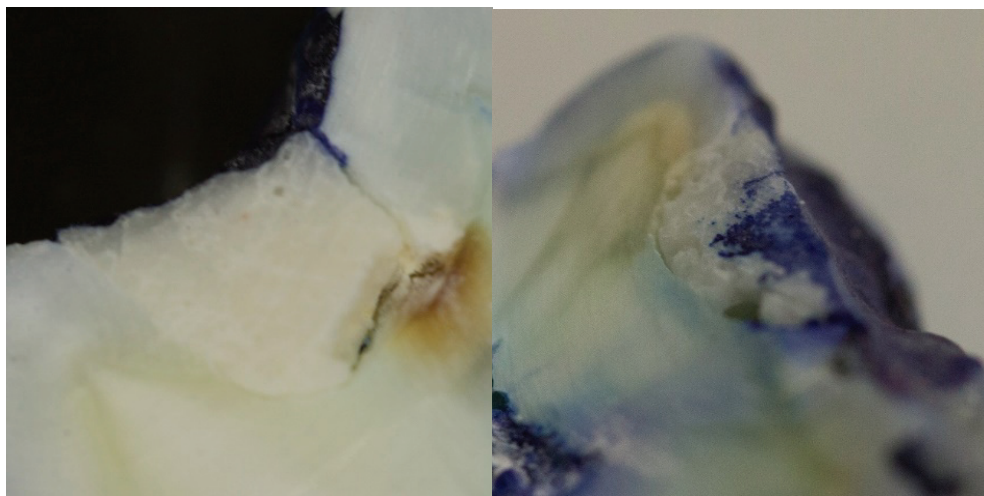


Рис. 5. Спилы зубов, запломбированных по методике №1 (24 ч, слева) и по методике № 2 (72 ч, справа). На фото слева произошло нарушение формирования структуры цемента, в результате чего он пропитался красителем. На фото справа нарушена герметичность полости, четко заметно проникновение красителя по границе пломба/зуб (в пределах эмали)

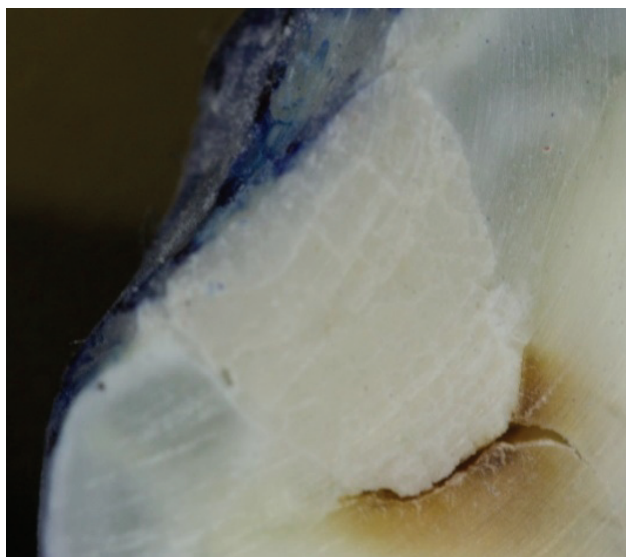


Рис. 6. Спил зуба, запломбированного по методике №3 (72 ч). Проникновение красителя между тканями зуба и пломбой не наблюдается

Выводы

Оптимальной методикой пломбирования является применение как кондиционера, так и изолирующего лака, дающая 92 % пломб, сохранивших свою герметичность. Методика пломбирования, при которой используется как кондиционер, так и защитный лак позволяет убрать смазанный слой, изолирует пломбу от ротовой жидкости в период ее отверждения.

Литература

1. Базилян, Э.А., Янушевич, О.О. Пропедевтическая соматология. Второе издание. ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Биденко, Н.В. Стеклоиономерные материалы, их применение в стоматологии. Книга плюс, 2003.
3. Каливрадзиян, Э.С. Пропедевтическая стоматология. ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4. Максимовский Ю.М., Митронин А.В. Терапевтическая стоматология. ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Николаев, А.И., Цепов, Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. 9 издание. МЕДпресс-информ, 2014.
6. Поюровская, И.Я. Стоматологическое материаловедение. ГЭОТАР-Медиа, 2008
7. RichardVanNoort. Introduction to Dental Materials, 4th Edition. Mosby, 2004.
8. Helvig E. Therapeutic dentistry / E. Helvig, J. Klimek, T. Attin. — Lvov: "GalDent", 1999. — 409 p.

Е. В. Бауло, 6 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра онкологии и паллиативной медицины.

Научный руководитель: ассистент кафедры И. В. Вакарчук

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Цель исследования: Проанализировать современные методы скрининга рака молочной железы.

Материалы и методы

В основу исследования был положен анализ литературных данных, посвященных современным методам скрининга рака молочной железы.

Результаты и обсуждение

В 21 веке существует большой выбор мероприятий, позволяющих диагностировать рак молочной железы. Однако, в последнее время, большое внимание уделяется методам, основанным на персонализированных подходах. Одним из них является генетический скрининг.

Наследственный рак молочной железы встречается в 5 % случаев и характеризуется ранним возрастом заболевших, высокой частотой билатерального и полифокусного поражения, менделевскими законами наследования, а также высокой общей выживаемостью больных. Многочисленные литературные источники указывают на спектр генетических мутаций в различных генах. Однако наиболее часто указанные события возникают в генах BRCA 1,2, CHEK 2, NBS1. По данным ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова», частота встречаемости этих генов у здоровых лиц и при онкопатологии представлены в таблице 1 [1].

Таблица 1

Частота встречаемости генов при онкопатологии

Ген	Основные мутации	Встречаемость у здоровых людей	Встречаемость у больных РМЖ с клиническими признаками наследственного рака	Встречаемость у «случайных» больных РМЖ	Встречаемость у больных РЯ
BRCA1	5382insC, 4153delA, 185delAG	~0,1%	~10%	2-4%	> 10%
CHEK2	1100delC, IVS2+1G>A	< 1%	~5%	~2%	<1%
NBS1	657del5	0,5%	~1%	0,7%	<1%

Стоит отметить, что у мужчин-носителей мутации в гене BRCA2 риск развития злокачественных опухолей молочной железы составляет 6 %, что в 150-200 раз выше, чем в общей популяции, в то время как у женщин-носителей мутации в гене BRCA2 риск развития рака молочной железы составляет 50-85 %, рака яичников 10-20 %.

Российский университет дружбы народов ФГУ «РНЦРР» Росздрава в работе «Онкогенетика и рак молочной железы» (авторы: В.П. Харченко, В.В. Кешелава, Г.О. Шайхаев, О.С. Ходорович) представил результаты генетического скрининга онкологических мутаций, приводящих к развитию рака молочной железы. Генетический скрининг был проведен у 150 женщин и включал в себя генотипирование трансформирующего фактора роста бета TGF- β и его рецептора TGFBR1; а также скрининг мутаций генов BRCA1 и BRCA2 [2].

Так, было выявлено, что у женщин с герминальными мутациями одного из аллей гена BRCA1 риск развития в течение жизни рака молочной железы составляет около 75 % в возрасте до 50 лет, а к 70 годам — до 85-90 %, а риск развития рака противоположной железы составляет 50 % и 65 % соответственно. При герминальных мутациях гена BRCA2 риск развития опухолей молочной железы несколько ниже, чем при мутациях BRCA1. В свою очередь, медико-биологические исследования показали, что снижение активности экспрессии трансформи-

рующего фактора роста TGF β 1 и его рецептора TGFBR1 связано с повышением риска развития рака молочной железы. Исследования, проведенные в рамках программы CancerGeneticProgram Северо-Западного Мемориального Госпиталя при Северно-Западном Университете Чикаго в США; данных Университета Нью-Йорка, Колумбийского Университета показали, что у носителей TGFBR1*6A риск развития рака молочной железы увеличивается на 120 % среди женщин старше 50 лет. Также повышается риск развития онкогематологических состояний, рака яичников, толстой кишки. Следовательно, полиморфизм TGR- β , T29C и TGFBR1*6A можно рассматривать в качестве маркеров рака молочной железы [3].

Самым распространенным методом скрининга считается маммография. Она позволяет обнаружить подозрительные на опухоль участки паренхимы железы. Однако характер этих изменений помогают уточнить такие методы диагностики как стереотаксис-биопсия или направленная биопсия по УЗИ.

Маммография как скрининговый метод была изучена и оценена в рандомизированных испытаниях, в которых женщины с ранее диагностированным РМЖ были исключены из числа участников. В семи из восьми испытаний эффект раннего обнаружения инвазивного рака проявляется через 5-7 от начала скрининга [4].

Возникает вопрос о выборе эффективного алгоритма диагностических мероприятий при обнаружении на маммограммах очаговых образований или кальцинатов неясного генеза. Не так давно существовало два пути решения: первый — выполнение эксцизионной биопсии (секторальная резекция со срочным морфологическим исследованием), второй — динамическое наблюдение. Примерно в 50 % наблюдений эксцизионная биопсия выполняется по поводу доброкачественных образований [5]. Тактика динамического наблюдения может закончиться запоздалым выявлением злокачественной опухоли. Для

того чтобы избежать ошибок используют биопсию под контролем ультразвука или стереотаксическую биопсию.

Используя ультразвук можно выполнять не только тонкоигольную аспирационную биопсию, но и трепан-биопсию. При этом, показаниями к выполнению являются: узловые образования, в случае расположения опухоли в тех участках молочной железы, которые не нашли отражения на маммограммах (субмаммарная, подключичная и подмышечные области). Под контролем УЗИ наиболее удобно выполнять биопсию при относительно крупных узловых непальпируемых образованиях, которые лучше фиксируются при проведении процедуры, чем мелкие (менее 0,5 см). Несмотря на то, что некоторые из них хорошо видны на маммографии, предпочтение может отдаваться биопсии под контролем УЗИ как наиболее простому в таких случаях методу. В случаях, когда при биопсии под контролем УЗИ невозможно получить достаточного для верификации количества материала, больным необходимо выполнить стереотаксическую биопсию.

Показаниями для трепан-биопсии молочной железы под рентгеновским контролем являются соответствующие признаки, требующие морфологической верификации: наличие образования с признаками злокачественности (например, очаги повышенной плотности, группированные или диффузные микрокальцинаты, локальная деформация структуры молочной железы и проч.). В ходе каждой биопсии производится забор от 6 до 10 образцов (в среднем 10) [4]. Для подтверждения точности биопсии после завершения каждой процедуры всегда выполняется контрольная маммография. При наличии скопления микрокальцинатов производится рентгенологическое исследование полученных образцов.

Биопсия с использованием лучевых методов диагностики обладает следующими преимуществами:

- менее инвазивная процедура по сравнению с эксцизионной биопсией;

- не требует общей анестезии и госпитализации; минимальная частота осложнений;
- отсутствие косметического дефекта;
- нет остаточных изменений в ткани молочной железы;
- позволяет избежать частых маммографических исследований.

Выводы

Рак молочной железы занимает 23 % среди всех злокачественных образований, при этом рассматриваемая патология встречается как у женщин, так и у лиц мужского пола. Следует отметить, что генетические методы скрининга, с учетом идентификации BRCA1 и BRCA2 генов лежат в основе не только диагностики ранних стадий злокачественных опухолей молочной железы, но и генетических признаков, что тоже важно учитывать у родственников больных с данной онкологической патологией.

Литература

1. Е.Н. Имянитов, «Наследственный рак молочной железы», 2016. [1]
2. А.В. Быкова, И.К. Воротников, Я.В. Вишневская, Д.А. Денчик, Л.Н. Любченко, «Проблема рака молочной железы у мужчин»//Сибирский онкологический журнал №4, 2015. [2]
3. В.П. Харченко, В.В. Кешелава, Г.О. Шайхаев, О.С. Ходорович, «Онкогенетика и рак молочной железы»//ФГУ «РНЦРР» Росздрава, 2017. [3]
4. В.Ф. Семиглазов, В.В. Семиглазов, «Скрининг рака молочной железы», 2014. [4]
5. А.И. Беришвили, К.П. Лактионов, «Особенности течения первичной отечно-инфильтративной формы рака молочной железы»//Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН №3, 2010. [5]

УДК 615.256.3:613.88

Е. В. Бауло, М. С. Попова, 6 курс, лечебный факультет; С. Ю. Досова

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и

гинекологии ФДПО, интернатуры и ординатуры

Научный руководитель: ассистент С. Ю. Досова

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ТВЕРСКИХ СТУДЕНТОВ О СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ

С начала своего развития человечество пыталось проводить контроль за рождаемостью, предупреждая возникновение нежелательной беременности. По мере развития репродуктологии в 30-е годы 20го века была установлена циклическая деятельность репродуктивной системы, определены механизмы фолликулогенеза и стероидогенеза в яичниках, процесса овуляции; в 60-е годы появились гормональные препараты для подавления овуляторных механизмов [3].

Сохранение здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства — основная задача современной медицины. Одним из путей ее решения является профилактика незапланированной беременности, снижение числа медицинских и криминальных аборт, материнской смертности после абортов.

Последствия аборта общеизвестны — это высокие материнская и младенческая заболеваемость и смертность, невынашивание беременности, бесплодие, осложненное течение последующей беременности и родов, ухудшение здоровья потомства и нации в целом. Основным методом предупреждения абортов является использование эффективных средств контрацепции [1].

В связи с актуальностью данной проблемы проведено анкетирование на базах Тверского государственного медицинского университета (ТГМУ) и Тверского промышленно-экономического колледжа (ТПЭК) о современных методах контрацепции.

Цель исследования: оценить осведомленность тверских студентов о современных методах контрацепции, а также отношение молодежи к планированию семьи.

Материалы и методы

Проводилось анкетирование среди юношей и девушек ТГМУ и ТПЭК. Общее количество опрошенных 234, возраст колебался от 16 до 24 лет.

Результаты и обсуждение

Первым вопросом анкетирования был определение источника информации о современных методах контрацепции. В результате опроса выявлено, что 53 % (50 человек) опрошенных студентов ТГМУ получили информацию в старших классах школ, тогда как учащиеся ТПЭК в половине случаев — самостоятельно.

Студентам были заданы такие вопросы как «отношение к медицинскому аборту», «использования контрацептивов», «какие права имеет плод» и другие, касающиеся темы «планирование семьи».

Анкетирование показало, что девушки и юноши серьезно относятся к вопросу планирования семьи, поэтому предпочитают пользоваться контрацептивами постоянно: 67 % (94 человека) опрошенных студентов ТПЭК и более 86 % (81 человек) студентов ТГМУ.

В связи с этим отношение к контрацептивам положительное у 84 % (194 человека) опрошенных.

По данным экспертов, применение эффективной и безопасной контрацепции позволит снизить материнскую и детскую смертность на 25-50 %, поэтому внедрение надежных методов предохранения от беременности — одна из приоритетных задач современной медицины [4].

По данным анкетирования студенты ТПЭК знают, что барьерные методы контрацепции предохраняют не только от нежелательной беременности, но и от ИППП, так считают 60 % (140 человек) всех рес-

пондентов. Относительно других методов контрацепции осведомленность невысокая (рис. 1).

Студенты ТГМУ знают как о положительном влиянии контрацептивов (нормализация гормонального фона женщин, косметический эффект, защита от ИПП), так и об отрицательном (влияние на свертывающую систему и прочее).

Современный уровень знаний и большой выбор контрацептивов дает возможность врачу и пациентке подобрать метод, наиболее соответствующий ее личным, социальным и медицинским характеристикам [5].

Самыми известными и распространенными методами контрацепции являются барьерные, по мнению 95 % (222 человека) опрошенных.



Рис. 1. Распространенные методы контрацепции

Они же, по мнению студентов являются самыми эффективными, так считают около 70 % (164 человека).

Студентам ТГМУ известны также и другие методы контрацепции: биологические (календарный метод, температурный метод, цервикальный метод, метод лактационной аменореи), ВМК, гормональная контрацепция, подкожные имплантанты, химическая контрацепция, экстренная контрацепция (рис. 2).



Рис. 2. Различные методы контрацепции

Большинство молодых людей против абортс и считают, что вопрос о прерывании беременности должен решаться не только женщиной, но и ее партнером, по мнению 65 % (152 человека) респондентов.

Тема «сексуальная жизнь подростков» актуальна уже длительное время. Цифры, предоставленные медицинской статистикой и социологическими исследованиями, дают однозначный ответ: 75 % старшеклассников крупных городов, в том числе и Твери, ведут половую жизнь. Ежегодно в России 40 тысяч девушек-подростков делают абортс, в среднем 190 тысяч женщин ежегодно прерывают первую беременность, 15 % из них остаются бесплодными [2]. Поэтому очень важным является своевременное информирование подростков о методах контрацепции. В связи с этим следующим вопросом нашей анкеты был «сроки проведения профилактических бесед на тему «сексуальная жизнь подростков» в школах».

Все студенты сошлись во мнении, что профилактические беседы необходимо проводить во всех образовательных учреждениях, начиная с 14-15 лет, привлекая к этим беседам специалистов. Так считают 90 % (211 человек) опрошенных.

Заключение

Большая часть молодого населения всерьез задумывается над вопросами планирования семьи, вследствие чего считает целесообраз-

разным использовать различные методы контрацепции. Все опрошенные студенты достаточно хорошо осведомлены о современных методах контрацепции и способах прерывания беременности, а также их влиянии на организм женщины. Также отмечают важность квалифицированного просвещения по вопросам планирования семьи и контрацепции в школах.

Литература

1. Научно-практическая программа. Современные методы профилактики абортов // Минздрав РФ. — М., 2017.
2. Двинских, Е.А. Современная контрацепция. Советы профессионала. СПб: «Питер», 2016. Пересада, О.А., Колодко, Т.В. Методы контрацепции: современные подходы и новые возможности. — Минск: БелМАПО, 2017.
3. Подзолкова, Н.М., Роговская, С.И. Современная контрацепция. Новые возможности и критерии безопасности: руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
4. Сперофф, Л., Дарни, Ф. Д. Клиническое руководство по контрацепции. — М.: Бином, 2015 г.

А. И. Бахвалова, В. А. Джанкараева, 3 курс, педиатрический факультет;
А. М. Морозов

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

СИНДРОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА

Синдром Меллори-Вейсса представляет собой поверхностные разрывы слизистой оболочки, которые возникают в брюшном отделе пищевода и кардиальном отделе желудка при рецидивирующей рвоте и сопровождаются кровотечением. Он был описан в 1932 году патологоанатомом Кеннет Меллори и врачом Сом Вейссом из Бостона, в честь которых синдром и получил название. Такое расстройство является причиной кровоизлияний у каждого десятого пациента с болезнями ЖКТ. В последнее время хирурги всего мира обратили внимание на неоднократное увеличение количества пациентов с синдромом Меллори-Вейсса. По этой причине о симптомах данного заболевания должны знать врачи всех профилей. По статистике, данное заболевание составляет около 20 % от всех желудочно-кишечных кровотечений. В ряде случаев длительная кровопотеря приводит к существенному ухудшению состояния пациента, а иногда патология протекает скрыто многие месяцы.

Цель исследования: установление симптоматики синдрома Меллори-Вейсса и корреляции с наличием вредных привычек у пациента.

Материалы и методы

В ходе работы было изучено 20 историй болезни пациентов, находящихся на лечении в хирургическом отделении Городской Клинической больницы № 7 г. Твери с синдромом Меллори-Вейсса с 2016-2017г. Анализ был направлен на выявление возрастной категории, среди которой отмечается данное заболевание; частоты встречаемости среди мужчин и женщин; основных причин госпитализации и жа-

лоб при поступлении; изменений общего и биохимического анализа крови, и состояния стенки пищевода при эндоскопическом исследовании; упоминаний в анамнезе о предшествующем употреблении алкоголя; а также методов лечения, применяемых при данной патологии.

Результаты и обсуждение

В результате обработки данных было установлено, что данное заболевание чаще всего встречается у мужчин (в 85 % случаев). Основной причиной госпитализации больных послужило желудочно-кишечное кровотечение (90 %). Наиболее частыми жалобами при поступлении были слабость (95 %) и рвота с примесью крови (90 %), головокружение встречалось в 60 % случаев, так же была отмечена мелена — 60 % случаев, и боли в эпигастральной области (около 40 %), нередко больные жаловались на тошноту.

В общем анализе крови у более половины больных проявилась лейкопения, в 65 % — эритропения, в 85 % — анемия разной степени тяжести, количества тромбоцитов у 92 % пациентов было в норме. Уровень сахара в крови в 65 % случаев находился в пределах нормы, в 30 % — повышен, и лишь в 5 % — снижен. На фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) в 100 % случаев наблюдался дефект слизистой.

В ходе лечения в 70 % случаев применялось консервативное лечение: инфузионная и гемостатическая терапия, гемотрансфузия, в 30 % — возникла необходимость в хирургическом лечении.

В ходе оценки приемного статуса больных, было выявлено, что 45 % из них поступили с признаками алкогольного опьянения, отдельного отметим, что все обследуемые были мужчинами трудоспособного возраста.

Заключение

Синдром Меллори-Вейсса развивается при поражении слизистой пищевода. Данное заболевание имеет четко выраженную клиническую картину кровотечения и почти всегда определяется при эндоскопическом обследовании. Однако нельзя недооценивать данное забо-

левания, которое часто приводит к массивным кровотечениям, не поддающихся консервативной терапии. Так же необходимо помнить, что синдром Меллори-Вейсса часто проявляется у мужчин трудоспособного возраста с отягощенным алкогольным анамнезом, которые должны быть отнесены в группу риска по данной нозологии.

Литература

1. Карпов, Т.А. Заболевания желудка и пищевода: причины, симптомы, лечение / Изд. «АСТ; СПб.: Сова». — 2010. — 128 с.
2. Морозов, А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / А.М. Морозов, В.А. Кадыков, О.В. Пельтихина, Э.М. Аскеров, А.Д. Морозова // Синергия наук. — 2018. — № 19. — С. 1018-1024. — URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.
3. Павлов, А.Л. Морфологические изменения органов при различных формах алкогольной болезни / А.Л. Павлов, А.З. Павлова, Д.В. Богомолов, З.В. Ларев, И.Н. Трофимова // Вопросы наркологии. — 2012. — № 3. — С. 34-40.
4. Плаченова, Т. С. Распространенность синдрома Маллори-Вейсса / Т. С. Плаченова, В. А. Халявина, С. О. Зибеев, С. Н. Стяжкина // Вопросы науки и образования. — 2017. — № 5 (6). — С. 122-126.
5. Стяжкина, С. Н. Особенности терапии при желудочно-кишечных кровотечениях по этиологическому признаку / С. Н. Стяжкина, Э. Г. Константинова, Л. М. Хайруллина // В сборнике: Молодой исследователь: вызовы и перспективы — Сборник статей по материалам XLVI международной научно-практической конференции. 2017. — С. 43-46.
6. Филимонов, С. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика и лечение / С. Филимонов, Д. Трухан, И. Викторова, Л. Тарасова // 2013. — 13 с.

В. С. Белякова, 2 курс, педиатрический факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра биохимии с курсом КЛД ФДПО интернатуры и ординатуры
ГБПОУ Тверской медицинский колледж, г. Тверь, Россия
Научные руководители: к.б.н., старший преподаватель
В. В. Жигулина, преподаватель русского языка и литературы
Е. А. Двоенко

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ — ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

Актуальными вопросами современных студентов являются сохранение и укрепление собственного здоровья. Здоровый образ жизни для каждого индивидуален, в своей жизнедеятельности человек руководствуется законами общества и индивидуальными законами своего организма. Сохранить здоровье молодого поколения — одна из важнейших социальных задач общества. Чтобы подготовить высококвалифицированных специалистов необходимо укреплять и формировать здоровый образ жизни (ЗОЖ), способствовать работоспособности студенческой молодежи. ЗОЖ обеспечивает гармоническое развитие, сохранение и укрепление здоровья, высокую работоспособность, а также позволяет раскрывать наиболее ценные качества личности, необходимые в условиях динамического развития нашего общества. В условиях ЗОЖ ответственность за здоровье формируется у студента как часть общекультурного развития, проявляющаяся в единстве стилевых особенностей поведения, способности построить себя как личность в соответствии с собственными представлениями о полноценной в духовном, нравственном и физическом отношении жизни [1, 2, 3, 4].

Цель исследования: определить границы здорового образа жизни молодежи и его влияние на состояние здоровья.

Результаты и обсуждение

Студенты — это составная часть молодежи, представляющая собой индивидуальную социальную группу и отличающаяся свойст-

венными ей условиями жизни, труда и быта, социальным поведением и психологией. Они относятся к группе повышенного риска, так как на непростые проблемы студентов, такие как: высокая эмоциональная и умственная нагрузка, приспособления к новым условиям проживания и обучения, накладывает негативное воздействие кризис всех основных сфер общества и государства. Все это приводит к ухудшению адаптации студентов, следствием чего являются серьезные медицинские и социально-психологические проблемы [5,6].

Проблема формирования ЗОЖ студенческой молодежи многогранна. Молодое поколение, обучающееся в институтах и университетах, являются сторонниками определенного образа жизни, в котором идеалом являются сигареты, алкоголь и наркотики. Содержание ЗОЖ студентов отражает результат распространения индивидуального или группового стиля поведения, общения, организации жизнедеятельности, закрепленных в виде образцов до уровня традиционного. К основным составляющим здорового образа жизни относят [2, 3, 5]:

1) режим труда и отдыха. Понимание важности хорошо организованного режима труда и отдыха основано на закономерностях протекания биологических процессов в организме. Человек, соблюдая устоявшийся и наиболее целесообразный режим жизнедеятельности, лучше приспосабливается к течению важнейших физиологических процессов. Режим дня — нормативная основа жизнедеятельности для всех студентов. В то же время он должен быть индивидуальным, т.е. соответствовать конкретным условиям, состоянию здоровья, уровню работоспособности, личным интересам и склонностям студента.

2) организация сна. Сон — обязательная и наиболее полноценная форма ежедневного отдыха. Для студента необходимо считать обычной нормой ночного монофазного сна 7,5-8 ч. Часы, предназначенные для сна, нельзя рассматривать как некий резерв времени, который можно часто и использовать для других целей. Это отражается на продуктивности умственного труда и психоэмоциональном состоянии.

3) организация режима питания. Культура питания играет значительную роль в формировании здорового образа жизни студентов. Каждый студент может и должен знать принципы рационального питания, регулировать нормальную массу своего тела. Рациональное питание — это физиологически полноценный прием пищи людьми с учетом пола, возраста, характера труда и других факторов. Питание строится на следующих принципах: достижения энергетического баланса; установления правильного соотношения между основными пищевыми веществами — белками, жирами, углеводами, между растительными и животными белками и жирами, простыми и сложными углеводами, сбалансированности минеральных веществ и витаминов, ритмичности приема пищи. Пища служит источником энергии для работы всех систем организма, обновления тканей. Часть энергии идет на основной обмен, необходимый для поддержания жизни в состоянии полного покоя (для мужчин с массой 70 кг он составляет в среднем 1700 ккал, у женщин на 5-10 % ниже). Энергозатраты на усвоение пищи составляют около 200 ккал или 10-15 %, около 30-40 % энергии уходит на обеспечение физической и профессиональной активности человека. Важным аспектом культуры питания является режим и распределение калорийности пищи в течение суток.

4) организация двигательной активности. Один из обязательных факторов здорового образа жизни студентов — систематическое, соответствующее полу, возрасту, состоянию здоровья использование физических нагрузок. Они представляют собой сочетание разнообразных двигательных действий, выполняемых в повседневной жизни, в организованных и самостоятельных занятиях физическими упражнениями и спортом, объединенных терминалом «двигательная активность». У большого числа людей, занятых в сфере интеллектуального труда, двигательная активность ограничена.

В то же время определенная часть студентов увлекается спортом, уровень достижений в котором требует от них выполнения сравни-

тельно высоких по объему и интенсивности физических нагрузок. Установлено, что в среднем двигательная активность студентов в период учебных занятий (8 мес.) составляет 8000-11000 шагов в сутки, в экзаменационный период (2 мес.) — 3000-4000 шагов, а в каникулярный период 1400-19000. Способ достижения гармонии человека — систематическое выполнение физических упражнений.

5) личная гигиена и закаливание. Знание правил и требований личной гигиены обязательно для каждого культурного человека. Уход за полостью рта и зубами требует, чтобы после еды рот прополаскивали теплой водой. Чистить зубы рекомендуется два раза в день. Чтобы сохранить зубы, важно, чтобы пища содержала достаточно кальция, из солей которого в значительной степени состоит ткань зубов, а также витаминов. Для укрепления десен следует больше употреблять в пищу лука, чеснока, свежих овощей. Во время еды избегайте быстрого чередования горячих и холодных блюд. Не реже 2 раз в год посещать врача-стоматолога для профилактического осмотра зубов. Гигиена одежды требует, чтобы при ее выборе руководствовались не мотивами престижности, а ее гигиеническим назначением в соответствии с условиями и деятельностью, в которых она используется. Дополнительные гигиенические средства включают гидропроцедуры, массаж, самомассаж и направлены на ускорение восстановления работоспособности. Душ оказывает температурное и механическое воздействие на организм: горячий и продолжительный душ понижает возбудимость, повышает интенсивность обменных процессов. Теплый душ действует успокаивающе. Массаж — его приемы действуют на расположенные в коже, мышцах и связках нервных окончания, оказывают влияние на ЦНС, а через нее на функциональное состояние всех органов и систем: улучшается эластичность и прочность мышечных сухожилий и связок, улучшается подвижность в суставах, ускоряется ток крови и лимфы. После массажа человек чувствует себя бодрее [1, 4, 6].

Заключение

Необходимо побуждать студентов к сохранению и укреплению здоровья, а именно к регулярным занятиям физической культурой, пропагандировать и поддерживать культуру здорового питания среди молодежи. Следует реализовывать образовательный процесс так, чтобы он был направлен на формирование здорового образа жизни, начиная с самого раннего возраста.

Литература

1. Черников, Н.К., Черникова, А.А. Отношение студенческой молодежи к здоровому образу жизни // Международный научный журнал «Инновационная наука». — 2016. — № 6. — С. 10-15.
2. Литвинов, В.А., Фролов, А.Ф. Проблемы воспитания и формирования культуры здоровья студентов // Инженерный вестник Дона (электронный журнал). — 2012. — № 7. — С. 19-24.
3. Истягина-Елисеева, Е.А. Анализ отношения к здоровому образу жизни, физической культуре и спорту в современной России // Историческая и социально-образовательная мысль. — 2015. — № 3. — С. 8-14.
4. Страхова, И.Б. Рациональное питание как фактор здорового образа жизни студенческой молодежи // Интерэкспо Гео-Сибирь. — 2015. — № 3. — С. 27-31.
5. Никонова, В.Е. Проблема здорового образа жизни современных студентов вуза // Научное сообщество студентов XXI столетия. — 2017. — № 2. — С. 5-9.
6. Жигулина, В.В. Питание студентов и их отношение к проблемам здоровья // Материалы II Международной научно-практической конференции «Проблемы современной медицины: актуальные вопросы». Вып. 2. — Красноярск, 2015. — С. 132-133.

УДК 616.831-005-039(471.331)

Г. А. Бердыева, Л. Х. Махмудова, 5 курс, педиатрический факультет;
И. А. Калугина, М. А. Рябочкина, 5 курс, лечебный факультет;
И. А. Жмакин, В. Л. Красненков, Н. П. Кириленко, О. М. Королёва,
Н. Н. Ильина

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф, Кафедра поликлинической терапии и основ
доказательной медицины,
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом
истории медицины, Кафедра управления и экономики фармации
Научные руководители: к.м.н., доцент И. А. Жмакин;
д.м.н., профессор В. Л. Красненков; д.м.н., доцент Н. П. Кириленко,
к.м.н., доцент О. М. Королёва, к.ф.н., ассистент Н. Н. Ильина

**ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ЖИТЕЛЕЙ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА
(ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ
ПОСЕТИТЕЛЕЙ ТОРГОВЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРИ И РАЙОННЫХ ЦЕНТРОВ
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ, 2017 Г.)**

Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), в том числе и инсульты, оказывают огромное и постоянно растущее влияние на здоровье населения, социально-экономические показатели, увеличивают нагрузку на систему здравоохранения [1]. При этом более 90 % случаев инсульта может быть предотвращено [2]. В связи с этим в настоящее время идёт поиск новых технологий профилактики ЦВЗ, в том числе с использованием медицины «шаговой доступности» и телемедицины [3].

Цель исследования: оценка факторов риска (ФР) развития ЦВЗ у посетителей торговых центров Твери и области и качества их вторичной профилактики.

Материалы и методы

На оборудованной медицинской площадке в торговых центрах г. Тверь и Тверской области проанкетировано 584 человек [(203 (34,8 %) мужчины и 381 (65,2 %) женщина)]. Распределение обследованных по

возрастным группам составило: моложе 20 лет — 42 (7,2 %) человека [20 (47,6 %) мужчин и 22 (52,4 %) женщины], 20-35 лет — 164 (28,1 %) человека [89 (54,3 %) мужчин и 75 (45,7 %) женщин], 36-45 лет — 48 (8,2 %) человек [10 (20,8 %) мужчин и 38 (79,2 %) женщин], 46-60 лет — 147 (25,5 %) человек [44 (29,9 %) мужчины и 103 (70,1 %) женщины], старше 60 лет — 183 (31,3 %) человека [40 (21,9 %) мужчин и 143 (78,1 %) женщины].

У них проводилось анкетирование на предмет выявления поведенческих (потребление овощей и фруктов менее 400 г; досаливание пищи, не пробуя её; табакокурение; ходьба менее 30 мин в день; пагубное потребление алкоголя: мужчины более 20 г/день, женщины — более 10 г/день) и биологических (избыточная масса тела — индекс Кетле 25-29,9 кг/м²; ожирение — индекс Кетле 30 кг/м² и больше; артериальная гипертензия — 140/90 мм рт. ст. и выше; гипергликемия — через два часа после еды уровень глюкозы крови 7,8 ммоль/л и выше; гиперхолестеринемия — 5,2 ммоль/л и выше) факторов риска (ФР) развития НИЗ. Кроме этого учитывались ранее установленные врачом такие заболеваний, как гипертоническая болезнь (ГБ), сахарный диабет (СД), ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), а также принималась во внимание наследственная предрасположенность к развитию ИБС, СД и приём гипотензивной и гиполипидемической терапии за две недели до опроса.

Всем проанкетированным было проведено обследование: антропометрия (рост, вес), расчет индекса массы тела (индекс Кетле), измерение уровня артериального давления и снятие электрокардиограммы (ЭКГ) с помощью виртуальных технологий в отведении I в положении пациента сидя. При оценке ЭКГ использовались 2 градации: норма и патология (нарушение процессов реполяризации желудочков и нарушения сердечного ритма). У части посетителей торговых центров определялись уровни глюкозы и холестерина крови с помощью тест-полосок. Статистическая обработка результатов исследования проводи-

лась с помощью пакета статистических программ WinPeri (использовался критерий Фишера).

Результаты и обсуждение

Установлено, что у посетителей торговых центров Твери и области часто выявляются поведенческие ФР развития ЦВЗ. Наиболее часто у них регистрируются недостаточная физическая активность (47,7 %) и недостаточное употребление овощей и фруктов (44,0 %), реже — досаливание пищи, не попробовав её (27,6 %) и пагубное употребление алкоголя (24,4 %) и ещё реже — пассивное курение (18,7 %) и курение табака (15,6 %). На этом фоне у 29,3 % была обнаружена избыточная масса тела, а у 26,7 % имелось ожирение. Обращает на себя внимание, что почти у половины профилактически проконсультированных (46,4 %) была отягощена наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. У 22 (3,8 %) профилактически проконсультированных ранее были установлены врачом ЦВЗ.

При проведении гендерного анализа оказалось, что курение и пассивное курение статистически значимо чаще выявлялись у мужчин по сравнению с женщинами (соответственно, 26,4 % и 9,8 %; $p=0,0001$; 23,1 % и 16,3 %; $p=0,042$), тогда как недостаточное употребление овощей и фруктов, а также ожирение статистически значимо чаще регистрировались у женщин по сравнению с мужчинами (соответственно, 47,0 % и 38,5 %; $p=0,045$; 30,3 % и 20,1 %; $p=0,012$). По остальным показателям (досаливание пищи, не попробовав её, недостаточная физическая активность, пагубное употребление алкоголя и избыточная масса тела) статистически значимых различий между мужчинами и женщинами выявлено не было (соответственно, 27,4 % и 27,6 %; 51,4 % и 45,7 %; 27,9 % и 22,5 %; 30,9 % и 28,4 %; $p=0,5 — 0,4$).

Важным аспектом, определяющим качество и длительность жизни больных ЦВЗ, является эффективность их вторичной профилактики. В этом плане установлено следующее. У больные ЦВЗ продолжают сохраняться поведенческие ФР (пассивное курение — 12,5 %; курение —

20,3 %; злоупотребление алкоголем — 25 %; досаливание пищи, не пробуя её — 26,6 %; недостаточное употребление овощей и фруктов — 46,9 % и гиподинамия — 25 %). У многих из них зарегистрированы и алиментарно-зависимые ФР развития ЦВЗ (ожирение — 59,4 %; повышенное систолическое артериальное давление — 83,3 %; повышенное диастолическое артериальное давление — 14,1 % и гиперхолестеринемия — 11,9 %). Столь низкие показатели вторичной профилактики ЦВЗ дают основание предположить, что с этой категорией пациентов необходимо проводить дополнительную работу (школы здоровья больных ЦВЗ, технологии мобильного здравоохранения [3] и т. д.), чтобы повысить эффективность вторичной профилактики ЦВЗ, и тем самым, снижая смертность от инсульта, увеличить их длительность жизни. О необходимости проведения такой работы косвенно свидетельствует то, что у 15,6 % больных ЦВЗ выявлены изменения на ЭКГ (нарушения процессов реполяризации и нарушения сердечного ритма), что свидетельствует о недостаточной эффективности проводимой вторичной профилактики ЦВЗ.

Заключение

Таким образом, среди посетителей торговых центров Твери и области довольно широко распространены как поведенческие, так и алиментарно-зависимые ФР развития ЦВЗ. Их наличие в большей степени определяется полом и в меньшей степени — возрастом. Установлено, что у больных ЦВЗ недостаточно эффективно проводится вторичная профилактика, что проявляется высокой выявляемостью у них как поведенческих, так и алиментарно-зависимых ФР развития ЦВЗ, а также нарушениями на ЭКГ. Для улучшения ситуации необходимо разработать и внедрить новые формы вторичной профилактики ЦВЗ (технологии мобильного здравоохранения), способные изменить вышеописанную ситуацию у больных ЦВЗ в лучшую сторону.

Литература

1. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / Под ред. З.А.Суслиной, М.А.Пирадова. — 2-е изд.— М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 288 с. : ил. Режим доступа: http://www.03book.ru/upload/iblock/3a5/298_InsulxothPiradovo.pdf, свободный (10.02.2018).
2. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*. 2010 Jul10;376(9735): 112-23. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60834-3. Epub 2010 Jun 17. Режим доступа: <http://www.scirp.org/%28S%28czech2tfqyw2orz553k1w0r45%29%29/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1425980>, свободный (10.02.18).
3. Кириленко, Н.П., Королёва, О.М., Красненков, В.Л. и др. Мобильное здравоохранение в Твери: реалии и перспективы // Верхневолжский медицинский журнал. — 2016. — Т. 15, вып. 3. — С. 9 — 12.

И. В. Березовский; Л. В. Сташевская, А. В. Иванов, 5 курс,
стоматологический факультет; А. Г. Голубева, О. А. Захарова, 5 курс,
педиатрический факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом
истории медицины

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Березовский

РАЗРАБОТКА ПРОБЛЕМ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СТАТИСТИКИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ В КОНЦЕ 19 НАЧАЛЕ 20 ВЕКА (К 160-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ П. И. КУРКИНА)

Цель исследования: проследить историческое развитие медицинской статистики в России, на основании научных исследований П. И. Куркина в области медицинской демографии и заболеваемости оценить состояние здоровья населения Московской губернии и России в целом и факторов влияющих на него.

Материалы и методы

В ходе написания статьи были использованы сравнительный и системный методы исторического исследования. В качестве материалов использовались научные труды П. И. Куркина, описывающие состояние здоровья населения России в дореволюционный период.

Становление и развитие медицинской статистики связано с введением в России земской медицины. К концу XIX в. в земствах было уже 23 санитарных бюро, первым санитарным врачом России (1872 г.) стал земский врач Пермской губернии Иван Иванович Молессон (1842-1902 гг.). В 1880-е гг. передовыми центрами земской медицины являлись Московская и Тверская Губернии. При этом Московская медико-санитарная организация была экспериментальной базой и школой для других земских организаций. В те годы ею руководил Евграф Алексеевич Осипов (1841-1904 гг.) — один из основоположников земской медицины и санитарной статистики. Евграф Алексеевич разработал «Про-

грамму санитарного исследования Московской губернии» и опубликовал капитальное исследование «Статистика болезненности населения Московской губернии за 1878-1882 гг.», основанное на изучении 642582 больничных карт, отразивших работу земских лечебных учреждений Московской губернии, за пять лет. На его смену 1 января 1896 г. пришел Петр Иванович Куркин, 38-летний, полный энергии молодой руководитель.

В 1902 году вышел большой труд (564 страницы) П. И. Куркина в области медицинской демографии «Статистика движения населения Московской губернии в 1883-1897 гг.» [1]. Эта работа начинается с описания населения Московского земства за анализируемый период. В ней также рассмотрены вопросы брачности. Так, средний уровень по Московской губернии составил 8,09 на 1000 населения. Определены уровни брачности по уездам. Автором выявлены географические особенности районов с более высокой брачностью (центральная полоса губернии). Большое внимание в работе уделялось анализу динамики брачности, определены максимальные и минимальные уровни данного показателя по уездам Московской губернии. Среди факторов, влияющих на брачность и рождаемость, П. И. Куркин цитирует Cauderlier, «которому принадлежит весьма подробный и самостоятельный анализ браков, по наблюдениям для Бельгии, Германии, Англии и Франции». По мнению Cauderlier колебания кривых брачности дают основание видеть «всю экономическую историю государств с войнами, введением новых налогов, торговыми трактатами, коммерческими кризисами и т.д.», т.е. «они находятся под непосредственным и прямым влиянием экономических условий, переживаемых страной». Автор также дает ссылку и на русских авторов. В. И. Покровский считает, что брачность и рождаемость бывают выше в годы и периоды относительного благополучия. «В 1861 году, ознаменованном великой крестьянской реформой, число браков в России увеличилось (против 1860 г.) на 15 %; рождаемость в 1861 и 1862 гг. увеличилась на 9 %...».

В своей работе П. И. Куркин провел всесторонний анализ рождаемости в Московской Губернии за период с 1883-1997 годы. Средний уровень рождаемости (количество родившихся на 1000 населения) составил 47,84 на 1000 населения. Минимальный уровень рождаемости был зафиксирован в 1894 — 46,37‰, а максимальный 1896 году — 50,15‰. В Европейской России рождаемость составила 47,7‰, а за тот же период рождаемость в странах Западной Европы колебалась от 20 до 50‰. В 2016 году уровень рождаемости в РФ составил только 12,9‰.

Интересен анализ и рассуждения автора по вопросу сезонности рождаемости. Он указывает на то, что «тонус жизни деревни в январе повышается и происходит увеличение совершающихся в это время зачатий; отсюда — повышенная рождаемость в октябре месяце. В феврале и особенно марте число зачатий понижаются до самого низкого уровня за весь год: эти месяцы совпадают со временем великого поста».

Отдельно анализировался показатель «незаконных рождений». В Московской губернии этот показатель составил 2,4 % от общей суммы рождений, в Европейской России (по Янсону) — 2,7 %. Изучая факторы, влияющие на рождаемость, П. И. Куркин рассматривает закон рождений, сформулированному Cauderlier: «Плодовитость замужних женщин постоянна... Она увеличивается, 1) когда улучшаются экономические условия, 2) уменьшается средний возраст вступления женщин в брак, 3) уменьшается средняя продолжительность брака, и 4) уменьшается пропорция городского населения к сельскому».

Четыре главы своей работы П. И. Куркин посвятил анализу смертности населения Московской губернии. В «интенсивных отношениях» общая смертность населения за 15 лет составила 41,1 ‰. Причем она снизилась с 43,6‰ в первом пятилетии до 39,7‰ в третьем пятилетии. На 100 умерших женщин число умерших мужчин составило 107,3 в итоге за 15 лет. «В общем возрастном составе умерших в губернии дети от рождения до года занимают немного менее половины (45,5 %), дети от 1 до 10-ти лет — несколько менее ¼-ти (23,7 %), возраста от 10

до 15-ти и от 15 до 20-ти лет немного более 1 % в каждой группе, далее производительный возраст — около 10 % (9,5 %) и старше 50 лет — около 20 % (19,4 %). Динамический анализ повозрастной смертности позволил автору сделать вывод, что «сила удара смертности переместилась с более молодых на более старшие группы, притом почти одинаково на обоих концах возрастной пирамиды населения... Середина пирамиды в тоже время сохранила чрезвычайное постоянство своего положения в возрастном составе смертности». Исследование сезонности привело к «установлению трех главных типов смертности; из них детскому типу, от рождения до 5 лет, свойственен летний maximum смертности, типу взрослых, 15-50 лет, весенний maximum и, наконец типу стариков, более 50 лет, зимний maximum смертности ...».

В своей работе автор указывает, что существует лишь одна теория смертности, именно, теория Мальтуса, объясняющая колебания смертности изменениями в области наличных средств существования. «Впоследствии некоторые экономисты остановились на хлебных ценах, как на показатели ценности жизненных благ». По Cauderlier смертность может изменяться под влиянием 4-х различных причин: прогресса науки и просвещения народа, изменений в сфере общественного благосостояния, атмосферных условий и эпидемий.

Третью часть своей работы П. И. Куркин посвятил изучению естественного движения населения и его связи с экономическим положением в Московской губернии. Автором выделены «главные факторы экономического состояния населения». К ним относятся такие факторы как: а) местные урожаи хлебных растений; б) хлебные цены; в) «внеземледельческие» заработки; г) колебания в «размахе скотовладения», поступления денежных сборов с крестьянского населения, «платы» рабочим. Анализ проводился путем сопоставления уровня выбранных экономических показателей и демографических показателей по годам анализируемого периода по уездам и Московской губернии. «Параллелизм» уровня брачности в Московской губернии, г. Москве и

Европейской России «понижение к середине 80-х, последующий подъём к maximum`у 1888 года, понижение в начале 90-х ...» автор соотносит с колебаниями «общерусского урожая». Связи между экономическими показателями и «производительной деятельностью населения» (рождаемостью) не выявлено. «Частное изучение смертности» выявило волнообразный ее характер по годам с 1883 по 1897 гг. с чередованиям «повышений и понижений» и «полный совершенный параллелизм экономических кризисов и высокой общей смертности населения». Значимым является замечание автора. Он указывает на то, что «нельзя забывать о существовании еще более энергичного фактора смертности населения. Это характер болезненности населения».

Вопросам статистики заболеваемости населения П. И. Куркин посвятил достаточно большое количество работ. Формирование статистических учетных форм началось уже на 1-ом съезде земских врачей Московской губернии [2]. В 1876 году на этом съезде была установлена и утверждена «бланковая форма для регистрации эпидемических больных, талонная книжка для квартирных больных и журнал для регистрации родовспоможений». Важным шагом было утверждение номенклатуры болезней. На последующих (2-м и 3-ем) съездах учетные формы совершенствовались. Решением 2-го съезда введена карточной системы учета для всех амбулаторных больных. Особенностью 4-го съезда было принятие правил «медико-статистической регистрации, с программой для собирания медико-топографических и статистических сведений о селениях». На седьмом съезде врачей введена система «текущих эпидемических сообщений» по четвертям года. Также съезд коснулся вопроса регистрации болезненности на фабриках и заводах губернии. На последующих съездах совершенствовалась система учёта «болезненности». Было обращено внимание врачей «на посемейную форму регистрации больных», в ежемесячные бюллетени введены «сведения о сифилитиках», рассматривались вопросы «о регистрации повторных посещений и последствий болезней». На 15-ом съезде бы-

ло принято важное решение о введении «с 1903 года номенклатуры Пироговского общества по регистрации болезненности и по составлению годового отчета...». В материалах съездов земских врачей «прослеживается тот путь, которым шли выработка и осуществление порядка и правил, назначение которых было — регулировать ... применение методов в первом акте статистической деятельности». Также в этой работе П. И. Куркина была проанализирована деятельность лечебных заведений за 1883-1897 гг. Болезненность населения анализировалась на основании абсолютных данных и «была классифицирована а) соответственно 4 главным категориям врачебных наблюдений, установленным по «правилам регистрации» (больные амбулаторные, эпидемические, квартирные и случайные), б) по подразделениям времени, в) соответственно разделению губернии по местности на 13 отдельных уездных единиц». К концу 1883 В Московской губернии года насчитывалось 37 врачебных участков. Кроме 12 городских земских больниц, 18 сельских лечебниц «с кроватями для коечного пользования больных», было еще 10 лечебниц «для приема приходящих больных». Ежегодно количество лечебниц увеличивалось. К 1997 году количество земских лечебниц увеличилось до 74, а общее число медицинских организаций в губернии достигло 153 (в т.ч. фабричных, думских, частных и д.р. организаций).

Из табличных материалов П. И. Куркина [3] можно судить о распространенности и структуре заболеваемости населения Московской губернии. Общая заболеваемость (болезненность) за период с 1898 по 1902 составила 540 случаев на 1000 населения. Первое место занимали болезни отдельных органов и систем (XI класс) — 335,3 на 1000 населения (в т.ч. болезни органов пищеварения — 106,3‰, болезни органов дыхания — 58,1‰, болезни кожи — 55,1‰). Второе место занимали заразные болезни (I класс) — 84,2‰ и третье место травмы, химические и термические повреждения (VI класс) — 39,8‰. Болезненность населения Московской губернии была выше сводных данных по

России в целом, что свидетельствовало о более полном учете случаев заболеваний. В своей последующей работе [4] П. И. Куркин проводит углубленный анализ заболеваемости населения Московской губернии с учетом пола, возраста, классов, групп и отдельных форм заболеваний. В заключительной работе посвященной изучению болезненности фабричного населения [5] П. И. Куркин дает определение профессиональной болезненности, рассматривает вопросы санитарных условий жизни и труда рабочих, анализирует данные профессиональной болезненности.

В 1911 г. П.И. Куркин показал на Международной гигиенической выставке в Дрездене достижения нашей статистики общей заболеваемости. По сравнению со многими, опубликованными до революции земскими сводками состава заболеваемости населения, работы П. И. Куркина по Московской губернии резко выделялись по своему научному уровню, по тщательности и убедительности трактовки, по широте обобщений, по стремлению выявить влияние различных факторов, в особенности экономических условий.

Заключение

Деятельность П.И. Куркина в предреволюционный период характеризуется, укреплением, развитием, научно-теоретическим обоснованием всей системы санитарной статистики нашей страны. В известной «схеме», предложенной им на Всероссийском совещании 1912 г. (при обществе им. Н. И. Пирогова), санитарная статистика подразделялась на отрасли: I. Статистика врачебной помощи населению, II. Статистика санитарного состояния населения, III. Население, физические и социальные условия его жизни, IV. Болезненность населения, V. Естественное движение населения, VI. Физическое развитие населения.

Литература

1. Куркин, П.И. Статистика движения населения Московской губернии в 1883 — 1897 гг. / П.И. Куркин. — Москва: Печатня С.П. Яковлева, 1902. — 564 с.
2. Куркин, П.И. Вып. 1 : Материалы по истории статистики болезненности населения и по деятельности лечебных заведений в Московской губернии в 1883-1897 гг./ П.И. Куркин. — Москва: Печатня С.П. Яковлева, 1907. — 247 с.: табл.

3. Куркин, П.И. Вып. 2 : Табличные материалы по болезненности населения Московской губернии в 1883-1897 гг. (медицинские участки) и в 1898-1902 гг. (районы волостей)/ П.И. Куркин.- Москва: Печатня С. П. Яковлева, 1908. — 113 с. : табл.
4. Куркин, П.И. Вып. 3 : Статистика болезненности населения в губернии, ее общие нормы и особенности/ П.И. Куркин.— Москва: Печатня С.П. Яковлева, 1908. — 163 с.
5. Куркин, П.И. Вып. 4 : Типы болезненности фабричного населения/ П. И. Куркин. — Москва: Печатня С.П. Яковлева, 1912 — 92 с.

С. Н. Бисаева, 4 курс, стоматологический факультет; И. А. Гор

ФГАОУ ВО Первый Московский ГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава
России, г. Москва, Россия

Кафедра хирургической стоматологии.

Научный руководитель: ассистент И. А. Гор

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ВЫВЕДЕННЫМ ПЛОМБИРОВОЧНЫМ МАТЕРИАЛОМ

По данным литературы частота выведения материала за апи-
кальное отверстие составляет 22,92 % (Кучер В.А., 2012).

Данное осложнение можно связать с плохой материально-
технической базой в ЛПУ, нарушении методики пломбирования. В от-
личие от использования временных материалов, использование мате-
риалов для постоянного пломбирования не предполагает выведение
материала за верхушку корня.

Практика показала, что выведенный пломбировочный материал в
небольшом количестве не оказывает никакого негативного воздейст-
вия на ткани. Иногда выведение пломбировочного материала необхо-
димо для создания очага асептического воспаления при хроническом
периодонтите. Европейская ассоциация эндодонтистов не рекоменду-
ет выводить пломбировочный материал за верхушку корня, так как это
может отразиться негативно на результате лечения.

Пломбировочный материал для корневых каналов чаще всего
подвергается частичной утилизации под действием макрофагов. При
увеличении площади соприкосновения пломбировочного материала с
периапикальными тканями за пределами корневого канала приводит
к возрастанию его токсического и аллергического действия.

Например, цинкоксид-эвгеноловая паста вызывает аллергиче-
скую реакцию и оказывает токсическое действие на окружающие тка-
ни.

При обращении в лечебное учреждение пациентам с выведенным пломбировочным материалом зачастую проводят противовоспалительную терапию, либо проводят удаление причинного зуба, что в свою очередь введёт к необходимости увеличения дополнительных затрат на восстановление дефекта зубного ряда.

Цель исследования: улучшение профилактики воспалительных осложнений при выведении пломбировочного материала у пациентов с хроническим периодонтитом.

Материалы и методы

В отделение Пушкинской городской стоматологической поликлиники обратилась пациентка М., 42 лет, с жалобами на периодически возникающие боли приступообразного или ноющего характера в области зуба 4.5, которые беспокоили ее в течение 3 лет. Пациентка связывала возникновение болей с эндодонтическим лечением, которое проводили около 3 лет назад, при котором ей был выведен пломбировочный материал за апикальное отверстие. Из истории болезни было выявлено, что пломбирование корневых каналов проводилось цинк-оксид-эвгеноловой пастой.

Через 1 год после проведенного лечения пациентка повторно обратилась к врачу с жалобами на интенсивные боли. В лечебном учреждении ей была назначена антибиотикотерапия курсом в течение 7 суток. После данного обострения пациентка неоднократно обращалась в лечебное учреждение с такими же жалобами. После чего ей было предложено удаление зуба. Однако пациентка была не согласна с тактикой лечения, обратилась в нашу поликлинику.

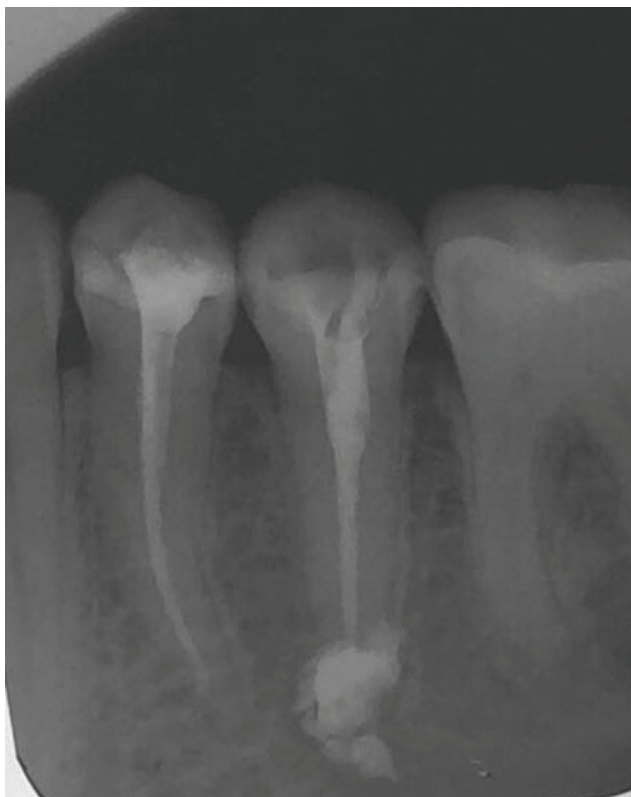


Рис. 1. Выведенный за апикальное отверстие пломбировочный материал на внутриротовой контактной рентгенограмме

Нами было рекомендовано провести удаление пломбировочного материала с сохранением зуба 4.5.

После получения информированного согласия на проведение операции по удалению пломбировочного материала, был проведен тщательный сбор анамнеза, осмотр и дополнительные методы обследования (выполнена внутриротовая контактная рентгенограмма). При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 4.5 бледно-розового цвета, вертикальная перкуссия зуба положительная, отмечается болезненность при пальпации переходной складки в области причинного зуба. На рентгенограмме определяется инородное тело размером 1*0,5 см, вокруг которого отмечается разрежение костной ткани.

Диагноз: K04.5 Хронический апикальный периодонтит зуба 4.5.

Ход операции: под местным обезболиванием проведен разрез по переходной складке в проекции корня 4.5 зуба, отслоен слизисто-надкостничный лоскут. Обнаружен выведенный пломбировочный материал, который частично располагался в мягких, а частично в костной ткани челюсти. Пломбировочный материал был окружен толстой соединительнотканной оболочкой. Произведено удаление пломбировочного материала. Так как корневой канал был хорошо obturated, мы не проводили резекцию корня и ретроградное пломбирование.

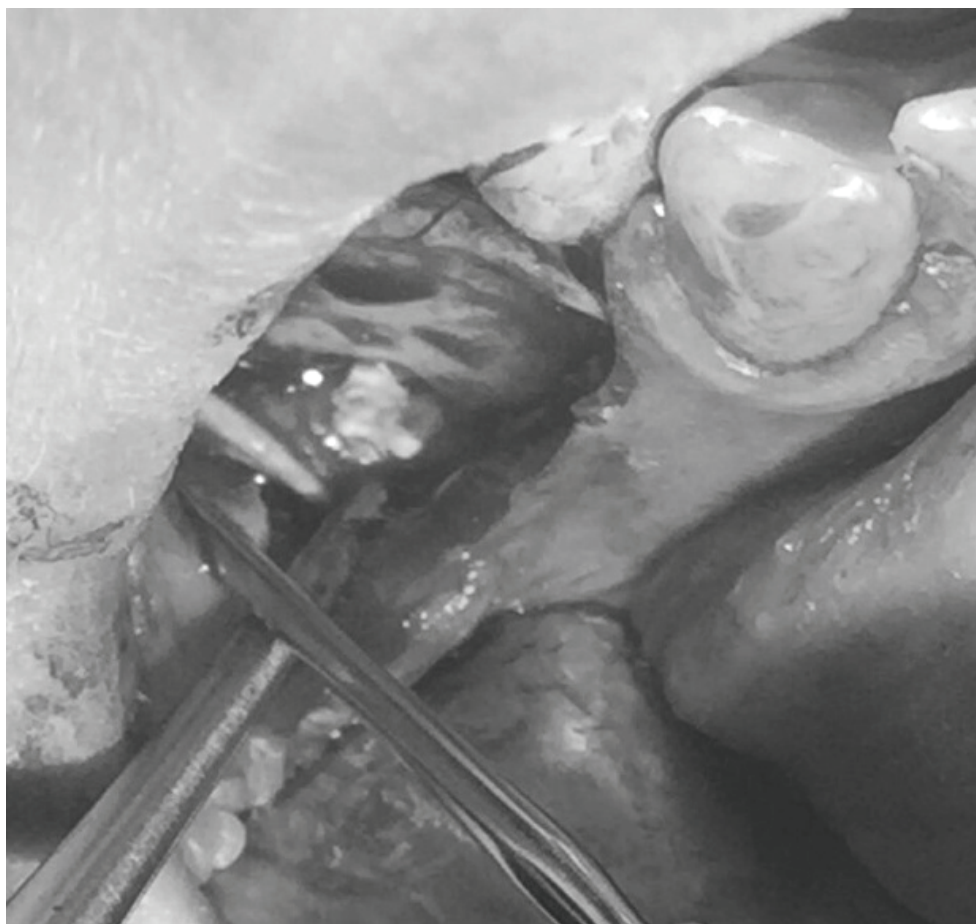


Рис. 2. Пломбировочный материал в мягких тканях

Результаты и обсуждение

На повторном осмотре через 3 суток после операции отмечали незначительный коллатеральный отек. Со слов пациента, боли в данной области отсутствовали. На 7 сутки отмечалась эпителизация послеоперационной раны, произвели снятие швов. Пациентка не отмечала болезненности в области бывшей операционной раны. Наблюдение через год: пациентка не отмечала рецидива боли. На внутриротовой контактной рентгенограмме нами было отмечено полное восстановление костной ткани в области послеоперационного дефекта. Отмечался мягкий эластический рубец на слизистой оболочке.

Заключение

В решении вопроса об удалении выведенного пломбировочного материала за апикальное отверстие при эндодонтическом лечении в каждом определенном случае следует учитывать: наличие и характер жалоб, длительность болевого синдрома, количество обострений патологического процесса, его локализация, данные лучевых методов исследования.

Литература

1. Кулакова А. А., Робустова Т. Г., Неробеева А. И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство/ «ГЕОТАР-Медиа», 2010.
2. Кучер В. А., Гажва С. И. Ошибки и осложнения при эндодонтическом лечении осложнений кариеса/ Нижегородский медицинский журнал. — 2008. — №2. — С.31.
3. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология. Издание четвертое /М.: Медицина, 2014.
4. Тронсдат Л. Клиническая эндодонтия. 2-ое издание / «МЕДпресс-информ», 2009.
5. Юдина Н. А. Современные стандарты эндодонтического лечения. Часть 2. Иригация и obturation корневых каналов. 08.06.2012. №2. С.2-18.

А. В. Блинова, 3 курс, стоматологический факультет; М. С. Куприянова,
В. А. Румянцев

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра пародонтологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. А. Румянцев

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГУТТАПЕРЧЕВЫХ И ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ ШТИФТОВ

По данным Международного общества врачей-эндодонтистов, при одноэтапном эндодонтическом лечении зубов с деструктивными изменениями в периодонте вероятность успеха не превышает в среднем 30 %, при многоэтапном лечении — 60 %. Повторное эндодонтическое лечение (перелечивание) успешно лишь в 20 % случаев [3]. Эти удручающие цифры свидетельствуют о кризисе традиционной эндодонтии, несмотря на имеющиеся в ее арсенале многочисленные инструменты, материалы, вспомогательную аппаратуру и технологии. По-прежнему наиболее популярной остается методика obturation корневых каналов (КК) зубов с использованием гуттаперчи. Применение первично твердых материалов считается обязательным условием качественного пломбирования КК [6]. К таковым относятся не только гуттаперчевые, но и появившиеся не так давно полипропиленовые штифты, а также термофилы [2]. Как правило, врач при оценке качества obturation КК ориентируется лишь на данные рентгенологического обследования, которое не позволяет в достаточной степени оценить прилегание корневой пломбы на всем ее протяжении к стенкам макроканала.

Цель исследования: сравнительная экспериментальная микроскопическая оценка степени прилегания корневых пломб к стенкам каналов однокорневых зубов при разных методах пломбирования с применением гуттаперчевых и полипропиленовых штифтов.

Материалы и методы

Изучили 36 удаленных по разным показаниям у больных в возрасте от 16 до 34 лет, не подвергавшихся ранее эндодонтическому лечению, однокорневых зубов. Эти зубы были использованы потому, что, как правило, КК их хорошо проходимы и легко поддаются формированию с помощью эндодонтических инструментов. Все КК зубов подвергали инструментальной обработке с использованием техники «Crown-Down» с помощью ручных инструментов «ProTaper». Проводили стандартную медикаментозную обработку и пломбирование КК наиболее популярными у врачей методами: латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов (12 зубов), с использованием системы «Термофил»[1](12 зубов) и с применением полипропиленовых штифтов «Flexpointneo» (NeoDentalChemicalProductsCo., Ltd). В качестве силера применяли материал «АН-Plus» (Dentsply).

Спустя трое суток после пломбирования корни зубов распиливали на уровне устьевой, средней и апикальной трети тонкой алмазной фрезой с водным охлаждением (20 зубов). Еще 8 зубов распилили продольно вдоль оси по центру КК для лучшей визуализации пространственного положения корневой пломбы в КК. Оценку качества пломбирования оценивали с помощью показателя степени прилегания корневой пломбы к стенкам ККзуба (ПСП). Его рассчитывали в процентах как отношение площади пломбировочного материала, заполняющего просвет ККзуба ($S_{пм}$), к площади сечения КК ($S_{ккз}$), умножен-

ное на 100:
$$ПСП = \frac{S_{пм}}{S_{ккз}} \times 100.$$

Площадь определяли с помощью компьютерной программы «IpSquare» по материалам, полученным в ходе микрофотосъемки. Всего было получено 108 спилов. Толщина поперечных спилов составляла около 1 мм. Спилов рассматривали под USBмикроскопом, соединенным с компьютером, при увеличении от $\times 15$ до $\times 40$. Фотографии получали в цифровом формате. Учитывали пустоты, находящиеся на границе пломбировочного материала и стенки ККзуба.

Статистическую обработку результатов провели с помощью программного пакета «Statistica». Сравнение двух независимых выборок проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Анализ полученных результатов позволил отметить следующее. На продольных спилах зубов, которых были запломбированы гуттаперчей (рис. 1), на их протяжении хорошо видны участки, не заполненные корневой пломбой.

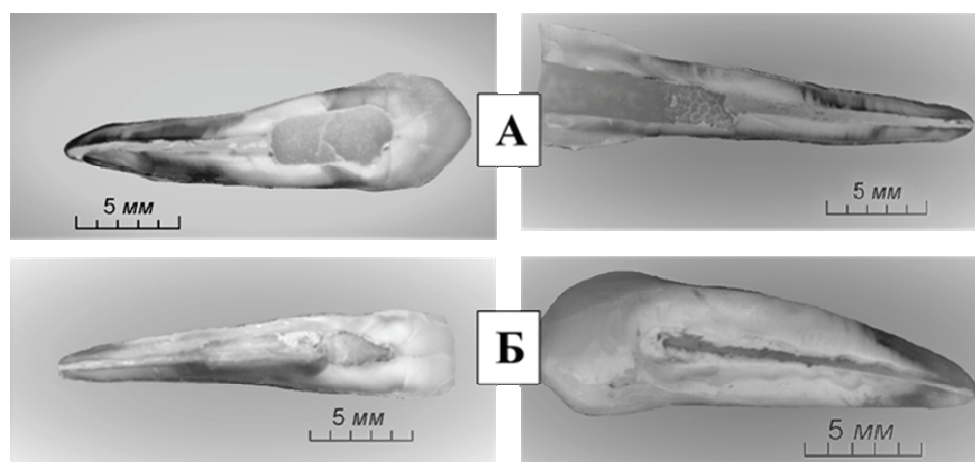


Рис. 1. Продольные спилы зубов

А — при латеральной конденсации гуттаперчи;

Б — при пломбировании с применением системы «Термофил» (ув. $\times 15$).

В них отсутствовал силер, а также имелись дефекты твердого наполнителя (гуттаперчи). При пломбировании методом латеральной конденсации гуттаперчи наилучшее прилегание корневой пломбы к стенкам КК наблюдалось на уровне средней трети, хуже всего пломба прилегала к стенкам канала в устьевой трети (таблица 1).

Таблица 1

**Показатель степени прилегания корневой пломбы к стенкам КК
зубов при пломбировании тремя разными методами ($M \pm m$, p , $n=12$)**

Участки корневых каналов	Показатель степени прилегания корневой пломбы к стенкам корневого канала (ПСП) при пломбировании:			p^*
	гуттаперчей		полипропиленовыми штифтами	
	с примениени- ем «термофила»	методом латеральной конденсации	моноштифт	
	1	2	3	
Апикаль- ная треть	99,15±0,42	98,68±0,37	98,93±0,41	-
Средняя треть	99,53±0,14	98,65±0,39	99,12±0,35	$p_{1-2}=0,0374$
Устьевая треть	99,51±0,07	97,58±0,79	98,45±0,24	$p_{1-2}=0,0240$ $p_{1-3}=0,0004$
Примечание: * — различия статистически значимы				

Однако эти различия не были статистически значимы ($p > 0,05$). При пломбировании с применением системы «Термофил» наилучшее качество корневой пломбы также отмечено в средней трети канала, хуже — в апикальной ($p > 0,05$). Использование в качестве филлера полипропиленовых штифтов показало, что на всем протяжении КК отмечалась их obturation. В то же время, в участках неровностей КК свободное пространство было заполнено силером. По-видимому, упругий полипропиленовый моноштифт достаточно хорошо уплотняет силер при его введении в КК и избытки материала заполняют эти неровности. Сравнение разных методик показало, что лучшее качество пломбирования наблюдается при применении системы «Термофил» и полипропиленовых штифтов. В области устьев КК это различие статистически значимо ($p < 0,05$).

Таким образом, по результатам исследования можно заключить, что все использованные методики пломбирования (латеральная конденсация гуттаперчи, применение системы «Термафил» и полипропи-

леновых штифтов) демонстрируют в эксперименте высокую степень прилегания корневой пломбы к стенкам КК. Однако ни на одном спиле корня не наблюдался показатель, равный 100 %. Это говорит о недостаточном качестве эндодонтического лечения. Именно в таких участках КК остаются микропустоты, которые наряду с открытыми дентинными канальцами являются резервуарами персистирования патогенной биопленки [5]. При пломбировании методом латеральной конденсации пустоты чаще статистически значимо встречались в устьевой трети, при пломбировании системой «Термофил» — в апикальной. Качество пломбирования системой «Термофил» выше, чем методом латеральной конденсации, но это различие существенно только в устьевой части КК. Использование полипропиленовых моноштифтов предпочтительнее, чем гуттаперчевых методом латеральной конденсации.

Заключение

Экспериментальное исследование на удаленных зубах показало, что применение системы «Термафил» или полипропиленовых моноштифтов выигрывает по качеству пломбирования КК перед методикой латеральной конденсации гуттаперчи только в области их устьевой части. При этом ни один из этих методов не позволяет достичь требуемого герметизма корневой пломбы даже при пломбировании хорошо проходимых КК однокорневых зубов. Это указывает на необходимость поиска современной эндодонтией принципиально новых способов obturation всей пространственной системы корня зуба [4], включая и многочисленные дентинные канальцы.

Литература

1. Завьялова Н.Г., Дубова М.А. Клинический опыт пломбирования корневых каналов obturatorом «Termafil» фирмы «DentsplyMaillefer» // Новости Dentsply. — 2005. — № 11. — С. 52 — 57.
2. Румянцев В.А., Николаян Э.А., Родионова Е.Г., Бочкарев А.Н., Черджиева Ф.Б., Замотаев С.А. Эндодонтическое лечение зубов с применением наноимпрегнации купралом и штифтов из полипропилена // Стоматология, 2009, том 88, № 5, С. 11 — 15.
3. Петрикас А.Ж., Захарова Е.Л., Ольховская Е.Б., Честных Е.В. Распространенность осложнений кариеса зубов // Стоматология, 2014, № 1, С. 19-20.

4. Румянцев В.А., Опешко В.В., Овчинников М.М., Полунина О.С. Нанотехнологии — основа новой парадигмы в стоматологии // Обозрение. Медтехника. Стоматология (Н. Новгород), 2014, № 3 (83), с. 34.
5. Фаустов Л.А., Леонтьев В.К., Попков В.Л., Гречишников В.В., Сычева Н.Л. Ультроструктурная характеристика твердых тканей корней зуба при пульпитах. Феномен формирования в дентине инфицированных очагов деструкции // Научные ведомости БелГУ. Серия «Медицина. Фармация», 2011, № 16 (111), Выпуск 15/1, С. 93 — 99.
6. Camilleri J. Sealers and warm gutta-percha obturation techniques // J. Endod., 2015, Vol. 41, № 1, P. 72 — 78.

УДК 615.1:380.838

А. В. Блинова, 3 курс, стоматологический факультет; С. Б. Марасанов,
Г. А. Петров

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра фармакологии и клинической фармакологии
Научный руководитель: д.м.н., профессор С. Б. Марасанов

ЛЕКАРСТВА, РЕКЛАМА, ИНТЕРНЕТ

Цель исследования: изучить влияние рекламы лекарств в Интернете на потребителей.

Материалы и методы

Авторами выбран метод социологического онлайн-опроса.

Были заданы 3 вопроса:

1. Пользуетесь ли Вы интернет-форумами при выборе лекарственных препаратов для себя?
2. Даёте ли Вы рекомендации о понравившихся лекарственных препаратах на интернет-форумах?
3. Влияет ли телевизионная реклама на Ваш выбор?

В исследовании приняли участие 350 человек. Из них 192 — студенты медицинских ВУЗов Российской Федерации (ТГМУ, г. Тверь; РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва; ИвГМА, г. Иваново; ЯГМУ, г. Ярославль; НГМУ, г. Новосибирск); 158 — граждане, не имеющие медицинского образования, в том числе студенты ведущих ВУЗов Российской Федерации (МГИМО, МФТИ, МГУ, РУДН, МАИ, МГЛУ, МГУП, г. Москва; КФУ, г. Казань).

Результаты и обсуждение

Таблица 1

Реакция на рекламу лекарств студентов-медиков и лиц, не имеющих медицинского образования, абс. (%)

№ вопроса	Варианты ответов	Студенты медицин- ских ВУЗов	Лица, не имеющие ме- дицинского образования
1. Пользуетесь ли Вы интернет-форумами при выборе лекарственных препаратов для себя?	а) Всегда пользуюсь	5 (2,6)	29 (18,3)
	б) Пользуюсь, когда не имею возможности проконсультироваться с врачом	43 (22,4)	64 (40,5)
	в) Пользуюсь, т.к. не уверен в компетентности своего врача	—	8 (5,2)
	ИТОГО положительных ответов	48 (25)	101 (64)
	г) Не пользуюсь, т.к. не доверяю мнению сторонних от медицины людей	144 (75)	57 (36)
2. Даете ли Вы рекомендации о понравившихся лекарственных препаратах на интернет-форумах?	а) Всегда даю	2 (1)	3 (2)
	б) Даю об исключительно понравившемся препарате	5 (2,6 %)	4 (2,5 %)
	в) Даю, если меня спросят	8 (4,2 %)	9 (5,7 %)
	ИТОГО положительных ответов	15 (7,8 %)	16 (10,1 %)
	г) Не даю	129 (67,2 %)	109 (69)
	д) Не даю, т.к. понимаю свою ответственность	48 (25)	33 (20,9)
	ИТОГО отрицательных ответов	177 (92,2)	142 (89,9)
3. Влияет ли телевизионная реклама лекарств на Ваш выбор?	а) Да, влияет	6 (3,1)	2 (1,3)
	б) Иногда обращаю внимание на особо рекламируемые препараты	41 (21,4)	49 (31)
	ИТОГО положительных ответов	47 (24,5)	51 (32,3)
	в) Нет, т.к. я доверяю только рекомендациям специалистов	54 (28,1)	55 (34,8)
	г) Нет, т.к. я в принципе не смотрю телевизор	91 (47,4)	52 (32,9)
	ИТОГО отрицательных ответов	145 (75,5)	107 (67,7)

Процент положительных ответов на первый вопрос выше у лиц, не имеющих медицинского образования (64 % против 25 % среди медиков).

Среди причин положительных ответов на вопрос № 1 преобладает невозможность проконсультироваться с врачом: 22,4 % у студентов-медиков и 40,5 % у лиц, не имеющих медицинского образования.

Проблема доступности медицинской помощи в РФ в настоящее время актуальна скорее в маленьких городах и поселках, где имеют место как большие очереди на прием к узким специалистам, так и транспортная удаленность от высокоспециализированных ЛПУ, отсутствие современного оборудования для обследований. В мегаполисах же на первый план выходит невероятно быстрый ритм жизни, в которой не остается времени на посещение медицинских специалистов даже во время заболевания, не говоря уже о плановых осмотрах.

Студенты–медики не указывают причиной пользования интернет-форумами некомпетентность врача (0 %).

Коллегиальная модель взаимоотношений между пациентом-медиком и лечащим врачом позволяет совместно обсуждать терапевтический процесс.

Процент положительных ответов на второй вопрос выше у лиц, не имеющих медицинского образования, которые по сути вообще не должны были давать положительных ответов. При этом граждане не всегда осознают свою ответственность за оставленные на веб-форумах рекомендации.

Телевизионная реклама больше влияет на выбор лекарств у граждан, не имеющих медицинского образования (32,3 % против 24,5 % среди медиков).

По сравнению с населением, не имеющим медицинского образования, студенты-медики мало смотрят телевизор: 47,4 % отрицательных ответов против 32,9 % среди населения, не имеющего медицинского образования.

Заключение

Система высшего медицинского образования не только направляет интеллектуальную деятельность молодых людей в созидательное русло, корректирует и регулирует досуг, но и своеобразно оберегает их от агрессивности телевизионной рекламы.

Литература

1. Бруххаузен, Ф. Фармакотерапия. Клиническая фармакология: практическое руководство для студентов и врачей / Ф. Бруххаузен, Х. Вёльхёнер, Х. Гробекер и др.; под ред. Г. Фюльграффа, Д. Пальма; пер. с нем. Г. И. Шаранды и др. — Мн. : Беларусь, 1996. — 689 с.
2. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: справочник. — М. : Видаль Рус, 2015. — 1480 с.
3. Улупова, Г. А. Терроризм как социальный феномен : автореф. дис. ...канд. филос. наук : 09.00.11 / Г. А. Улупова. — Тверь, 2003. — 22 с.
4. Федеральный закон от 13.03.2006 № 38-ФЗ (ред. от 08.03.2015) «О рекламе» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2015) [Электронный ресурс]. URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58968/8fbc3d05dbc778e17bfc1b45fb7339df525c1985/ (дата обращения : 29.02.2016).
5. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об обращении лекарственных средств» [Электронный ресурс]. URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99350/853195cbb3f495f82ffc51b29577b957324dbe0a/ (дата обращения: 29.02.2016).
6. Черносивтов, Е. В. Социальная медицина. Учеб. пособие для студ. высших учебных заведений / Е. В. Черносивтов. — М.: Владос Пресс, 2002. — С. 140-141.

А. И. Блюдина, 6 курс, лечебный факультет, М. Р. Азизова, 6 курс, педиатрический факультет; С. В. Волков, А. Г. Еремеев

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент С. В. Волков

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (ОГДК) В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

Цель исследования: анализ изменений организационной и клинической ситуации в отношении пациентов с ОГДК в Тверском регионе, выявление путей улучшения результатов их лечения.

Материалы и методы

Ретроспективное исследование за 30 лет. Изучение данных хирургических отделений ГБУЗ ТО ОКБ, годовых отчётов главного хирурга области, документов отделения плановой и неотложной консультативной помощи ГБУЗ ТО ОКБ (в дальнейшем — «санавиация»).

Результаты и обсуждение

Результатом исследования в первую очередь оказался тот факт, что реальную статистику и актуальность проблемы статистически показать крайне затруднительно. Причин для этого много. Нередко ОГДК являются лишь неучтённым эпизодом в мультидисциплинарном ведении больных с тяжёлыми системными заболеваниями (кардиологическими, гематологическими, неврологическими, др.), независимо от исхода лечения, «теряясь» в рамках основного диагноза и его осложнений. В этой связи мы провели анкетирование врачей-хирургов ГБУЗ ТО ОКБ о необходимости профилактики ОГДК у тяжёлых пациентов «нехирургического» профиля, которое подтвердило наше предположение. Выяснилось также, что в годовых отчётах разных уровней медпомощи (например, периода 2006-2009 гг.) имеют место определённые некорректности, связанные на наш взгляд с переходом с «бумажных»

на компьютерные технологии. Однако, некоторые результаты продолжающегося в динамике исследования настораживают. Ежегодное число пациентов с основным диагнозом «ОГДК» по Тверской области уменьшается незначительно: 429 (2015 г.) и 413 (2016 г.). При этом сохраняется поздняя доставка больных в стационар (более 24 часов — соответственно 41,5 % и 43,3 %; причём в 2010 г. этот показатель составлял 37,3 %). Задержка с госпитализацией, на наш взгляд, в основном связана с ограниченностью инфраструктуры (в т.ч. медпомощи) районов области, а также с неадекватным отношением части пациентов к собственному здоровью (низкий «комплаенс»). Общая летальность продолжает оставаться на прежнем уровне (в среднем 5,4 % и 5,6 %, а в «маломощных» или отдалённых ЦРБ — значительно выше).

В работе «санавиации» проблема ОГДК по-прежнему значима — 66,1 % из общего числа «хирургических» вызовов. Однако, за последние 5-6 лет изменилась нозологическая структура геморрагической гастродуоденальной патологии. Если в 1989-1991 годах основной причиной вызовов были язвенные кровотечения (62 % от всех ОГДК), то в настоящее время (2016 г.) «хронические» язвы составляют лишь 20,7 %. Другие хирургические причины (кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, синдром Мэллори-Вейсса и др.) занимают 24,4 %, относительно стабильно занимая свою нозологическую «нишу». Оставшиеся причины (54,9 %) — это кровотечения в большей степени системного профиля (эрозии и острые медикаментозные язвы, геморрагический гастрит и др.). Реально эндоскопист «санавиации» на вызове может выполнить временный или окончательный гемостаз не более чем у 15-20 % пациентов (технические ограничения). Кроме того, отсроченная клиническая опасность на данном этапе состоит в том, что эндоскопист, констатируя остановившееся кровотечение, затруднён в предсказании дальнейшего развития локально-деструктивного процесса в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, а транспорти-

ровка пациента в этой ситуации «на себя» (в ГБУЗ «ОКБ») зачастую невозможна.

Оперативная активность при ОГДК составила за 2015-2016 гг. соответственно 5,6 % и 6,3 % с послеоперационной летальностью 16,6 % и 23,1 % (выполнение «операций отчаяния»), что также не позволяет с уверенностью утверждать о стабильности клинической ситуации в отношении данной патологии.

Заключение: представляется целесообразной реализация нескольких направлений (в основном — системного характера) улучшения ситуации с ОГДК в Тверской области:

1. Приведение в соответствие со «Стратегией развития хирургии РФ» (2018 г.) процесса совершенствования эндоскопической и медико-транспортной службы районов области.
2. Развитие круглосуточного телемедицинского обеспечения, как центра, так и регионов, без участия «неофициальных» служб коммуникаций.
3. Социальный путь улучшения результатов лечения ОГДК лежит в повышении жизненного уровня жителей региона и исходящего из этого — комплайенса пациентов (в первую очередь имеется в виду своевременность обращения в учреждение медицинской помощи).
4. Реализация выполнения Национальных клинических рекомендаций по хирургии зависит не только от врачей-хирургов, но должна поддерживаться как врачами терапевтического профиля, так и медицинскими администраторами.
5. Для упорядочения оценки качества результатов лечения критических нехирургических больных в рамки критериев качества рубрикатора стандартов МЗ РФ (наряду с учётом отсутствия тромбоэмболических и гнойно-септических осложнений) имеет смысл ввести показатель «Отсутствие ОГДК за период лечения» (возможно — исключив первые 2-3 дня от момента госпитализации).

А. И. Блюдина, А. А. Шептала, 6 курс, лечебный факультет,
И. Ю. Колесникова

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
Научный руководитель: д.м.н., доцент И. Ю. Колесникова

ПЕРВИЧНЫЙ БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ: ПУТЬ К ДИАГНОЗУ

Первичный билиарный цирроз (ПБЦ) — хроническое медленно прогрессирующее деструктивно-воспалительное заболевание печени, характеризующееся хроническим негнойным деструктивным гранулематозным холангитом с поражением междольковых и септальных желчных протоков с последующим формированием цирроза печени и печеночной недостаточности. Распространенность его в Западной Европе составляет 1 случай заболевания на 700 человек, из них 90 % приходится на женщин 40-60 лет и 10 % — на мужчин. Основные осложнения ПБЦ — холангиокарцинома и холелитиаз (до 40 %) [1]. К группе аутоиммунных поражений печени входят также аутоиммунный гепатит, первичный склерозирующий холангит, которые могут протекать совместно, формируя перекрестные синдромы, как с патологией печени, так и с другими аутоиммунными заболеваниями [2].

Для ПБЦ характерно длительное латентное течение, что может представлять трудность в своевременной диагностике заболевания. Первоначально больных беспокоят такие жалобы как повышенная утомляемость (у 77 %), снижение трудоспособности (у 20 %) и кожный зуд (69 %). Желтуха, как правило, присоединяется на поздних стадиях заболевания [3]. Вследствие неспецифичности клинических проявлений диагноз ПБЦ может верифицироваться лишь спустя месяцы, а иногда — и годы от появления первых симптомов.

Цель исследования: изучить клинические проявления манифестации и дальнейшего течения ПБЦ.

Материалы и методы

В гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница» обследовано 43 женщины с диагнозом ПБЦ, средний возраст $61,5 \pm 1,35$ года. Уточнялись анамнестические данные, включая последовательность развития клинической симптоматики, сроки обращения за медицинской помощью, этапность и длительность обследования до момента подтверждения диагноза ПБЦ. Также оценивались лабораторные данные, прежде всего, функциональные печеночные пробы и серологические маркеры ПБЦ. При помощи ультразвукового исследования органов брюшной полости и эзофагогастродуоденоскопии уточнялась стадия заболевания и наличие осложнений.

Результаты и обсуждение

Возраст женщин на момент заболевания ПБЦ варьировал от 38 до 74 лет, составляя в среднем, $54,7 \pm 1,38$ года. Среди первых симптомов заболевания пациентки наиболее часто называли кожный зуд — 22 (51,2 %) человека, реже слабость и повышенную утомляемость — 14 (32,6 %) пациенток, еще реже желтуху — 9 (20,9 %) и боли в правом подреберье — 5 (11,6 %) человек.

Интервал времени от появления первоначальной симптоматики до диагностики ПБЦ варьировал от 2 мес. до 8 лет, составляя, в среднем, $10,1 \pm 1,22$ мес. В ходе диагностического поиска 8 (18,6 %) больных осматривались врачом-дерматологом, 11 (25,6 %) пациенток — врачом-хирургом, а 3 (6,9 %) больным с желтухой была выполнена холецистэктомия в связи с диагностикой желчнокаменной болезни!

Выявлена определенная закономерность между возрастом больных и сроками установления диагноза. При манифестации заболевания до 55 лет включительно (22 женщины — 51,2 %) время диагностики колебалось от 2 до 13 мес., среднее составило $3,6 \pm 0,50$ мес. При более поздней манифестации, в возрасте от 56 до 74 лет (21 женщина

— 48,9 %), на установление диагноза ПБЦ потребовалось от 3 мес. до 8 лет, средний срок диагностики равнялся $16,9 \pm 1,22$ мес.

Самый короткий срок диагностики был при манифестации заболевания желтухой в отсутствие желчнокаменной болезни — от 2 до 4 мес. При сопутствующем холелитиазе больные переносили холецистэктомию, что увеличивало время до установления диагноза ПБЦ, в среднем, на полгода.

Больше времени тратилось на верификацию ПБЦ при кожном зуде, при болях в правом подреберье. Наконец, самые продолжительные сроки диагностики отмечены при манифестации заболевания астеническим синдромом (до 8 лет).

Манифестация ПБЦ имела возрастные особенности. Кожный зуд, как первый симптом заболевания отмечали 12 женщин из 22 (54,5 %), заболевших в возрасте до 55 лет включительно, 10 женщин из 21 (47,6 %), заболевших после 55 лет. Выраженная астения отмечалась до 55 лет у 4 (18,2 %) женщин, после 55 — у 10 (47,6 %; $p_{\chi^2} < 0,05$) больных. Желтуха — у 6 (27,3 %) женщин до 55 лет и 3 (14,3 %) более старшего возраста, а боли в правом подреберье — у 1 (4,5 %) и 4 (19,0 %), соответственно.

На стадии холестатического гепатита (отсутствие признаков портальной гипертензии) ПБЦ был диагностирован у 22 (51,2 %) больных, а на стадии цирроза печени — у 21 (48,9 %) пациентки. При этом в возрасте до 55 лет ПБЦ на стадии цирроза печени диагностировался вдвое реже, чем в более старшем возрасте, соответственно у 7 (31,8 %) и 14 (66,7 %; $p_{\chi^2} < 0,05$) больных.

В старшем возрасте чаще регистрировались признаки печеночно-клеточной недостаточности (снижение альбумина, протромбинового индекса, холинэстеразы, повышение непрямого билирубина) — у 16 (76,2 %) женщин против 9 (40,9 %) более молодых. Не получено значимых различий между пациентками разных возрастных групп по уровням щелочной фосфатазы, АЛТ, АСТ.

Интересные данные получены при анализе представленности серологических маркеров ПБЦ и хронического аутоиммунного гепатита (ХАИГ) в разных возрастных группах.

Всего антимитохондриальные антитела (АМА) были обнаружены у 29 (67,4 %) пациенток, а антинуклеарные антитела (АНА), маркер ХАИГ, у 11 (25,6 %) больных. Таким образом, 67,4 % больных имели АМА-позитивный (серопозитивный) ПБЦ, у всех серонегативных больных диагноз ПБЦ был подтвержден гистологическим исследованием. При этом у четверти обследованных имелся так называемый overlap syndrome, или перекрестный синдром, с одновременным поражением печени двумя аутоиммунными заболеваниями — ПБЦ и ХАИГ.

В группе до 55 лет включительно АМА-позитивными оказались 20 (90,9 %) пациенток, а в более старшей группе — 9 (42,9 %; $p_{\chi^2} < 0,05$). Соответствующие показатели для АНА составили 8 (36,4 %) и 3 (14,3 %) человека.

Таким образом, можно сделать обоснованное предположение, что при близком возрасте начала заболевания АМА- и АНА-негативные больные имеют менее манифестное течение болезни с преобладанием астенических проявлений, что способствует более поздней диагностике как в отношении возраста больных, так и в отношении стадии заболевания (развития портальной гипертензии и печеночно-клеточной недостаточности).

Более быстро диагностируется ПБЦ у больных с развитием желтухи до стадии цирроза (то есть как проявление холестаза, а не печеночно-клеточной недостаточности), у АМА-позитивных и при перекрестном синдроме ПБЦ и ХАИГ.

Выводы

1. Наиболее часто первыми симптомами ПБЦ были кожный зуд — 51,2 %, слабость и повышенная утомляемость — 32,6 %, желтуха — 20,9 %, боли в правом подреберье — 11,6 %. У больных с мани-

- фестацией заболевания до 55 лет чаще выявлялась желтуха, а в более старшем возрасте — астения и боли в правом подреберье.
2. Интервал времени от появления первоначальной симптоматики до диагностики ПБЦ варьировал от 2 мес. до 8 лет, составляя, в среднем, $10,1 \pm 1,22$ мес., диагностический период был короче при желтухе без желчнокаменной болезни, а длиннее — при изолированной астении.
 3. В более старшем возрасте признаки портальной гипертензии и печеночно-клеточной недостаточности встречались чаще, чем в более молодом.
 4. Серопозитивность по АМА и АНА ассоциировались с более коротким периодом диагностики ПБЦ, тогда как серонегативность затрудняла постановку диагноза.

Литература

1. Гастроэнтерология: национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина. Т. Л. Лапиной. — М.: ГЭОТАР-медиа, 2015. — С. 305-322.
2. Блюдина, А. И. Генно-инженерная биологическая терапия у больной с сочетанием язвенного колита и первичного склерозирующего холангита/ А. И. Блюдина, И. Ю. Колесникова // Междисциплинарный взгляд на основы превентивной медицины: материалы I межрегиональной научно-практической конференции студентов и молодых учёных / ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. — Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2017. — С. 29-33.
3. Диагностика и тактика ведения первичного билиарного холангита: клинические рекомендации EASL/ Journal of Hepatology. — 2017. — Vol. 67. — P. 145–172.

С. В. Богинская, М. В. Воронкова, 4 курс, фармацевтический факультет;
Р. Н. Башилов

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории
Отечества
Научный руководитель: к. ф. н., доцент Р. Н. Башилов

ИЗУЧЕНИЕ ФЕНОМЕНА «СЕЛФИМАНИИ» В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Стремительное техническое развитие современного мира не может не оставить свои «отпечатки» на его жителей. Современные гаджеты прочно вошли практически во все сферы жизни человека благодаря своему удобству и многофункциональности. Не обошли современные технологии и искусство фотографии, позволяя запечатлеть мир не только с помощью специальных устройств (например, фотоаппаратов), но и с помощью обычного мобильного телефона, планшета. Это послужило почвой для появления нового модного увлечения — «селфи». Сейчас уже никого не удивит картина того, как окружающие люди фотографируют сами себя в абсолютно разных местах и ситуациях.

Цель исследования: изучение феномена «селфимании», стадий его возникновения, типичных проявлений и негативного влияния на личность индивида и общество.

Материалы и методы

Проведен анализ доступных современных источников (статьи и интернет-ресурсы), содержащих сведения о феномене «селфимании».

Результаты и обсуждение

Термин «селфи» происходит от английского слова "self", что означает «сам, себя». Первые селфи были сделаны на фотоаппарат «Кодак Брауни» от фирмы «Кодак». В обиход термин «селфи» вошел в конце 2000-х — начале 2010-х годов, когда в мобильные телефоны стали встраивать функции фотоаппарата. По сути, «селфи» является

разновидностью автопортрета, который делается при помощи зеркала, шнура или таймера. Часто селфи делают с расстояния вытянутой руки.

Раньше процесс запечатления самого себя на камеру был достаточно сложным, что делало такой вид фотографии непопулярным, однако сейчас сфотографировать себя может практически каждый, что в разы повысило популярность селфи. В связи с этим встает вопрос: селфи — болезнь или развлечение?

Желание фотографировать себя в какой-то степени не несёт каких-то неприятных последствий. Это проявление любви к своему внешнему облику, желание нравиться другим, что свойственно практически всем людям. Но ежедневные, а иногда и ежечасные, ежеминутные фотографии, выставленные напоказ обществу — это неконтролируемое поведение, влекущее за собой вовсе не невинные последствия. Самоснимок может быть невинным развлечением только тогда, когда фото делаются редко и не нарушают внутренний мир индивида и не препятствуют полноценному межличностному общению. Когда же желание фотографировать себя начинает препятствовать нормальному взаимодействию индивида с социумом, его саморазвитию и самосовершенствованию, говорят о возникновении феномена «селфимании».

Американские психологи, к которым постепенно присоединились многие психологи из других стран, данную страсть отнесли к психическим заболеваниям. На постсоветском пространстве зависимость от селфи рассматривается как аддитивное поведение, то есть такие действия, которые постоянно повторяются и мешают личностному и социальному развитию человека.

Ученые выделили 3 стадии возникновения «селфимании» у человека:

Эпизодическая: характеризуется наличием не более трех фотографий ежедневно без выкладывания в социальных сетях. Такое рас-

стройство ещё можно контролировать, и оно подлежит лечению силой воли и осознанием своих действий.

Острая: в день человек делает более трёх снимков и обязательно делится ими в интернет-ресурсах. Высокая степень расстройства психики — фотографирующий себя не контролирует своих действий.

Хроническая: самый сложный случай, абсолютно не контролируемый человеком. Ежедневно производится более десяти фотографий с публикацией в социальных сетях. Человек фотографируется где угодно! Это самое яркое доказательство того, что существует такая болезнь, как «селфимания».

Исследования привели к выводу, что селфи — это проявление эксгибиционизма и эгоцентризма. Люди, испытывающие страсть к постоянному фотографированию себя, а после выставлению на обозрение обществу, имеют низкий уровень самоуважения.

Ученые выделили определенные признаки «селфимании». К ним относятся:

Нервное состояние, возникающее в случае, когда человеку не удается сделать «идеальное» фото.

Стремительно возрастающее количество собственных фотографий в альбоме, постепенно вытесняющих фотографии родственников, друзей. Постепенный уход от реальности и усиливающееся самолюбование.

Сотни выложенных в социальные сети собственных фотографий. Стрессовые состояния, возникающие при невозможности выложить очередную фотографию в сеть.

Огромной проблемой является возрастающая популярность так называемых «экстрим-селфи». В погоне за «лайками», стремясь поразить и обескуражить знакомых и незнакомых людей «селфисты», кажется, отключают инстинкт самосохранения. Известны многие случаи, когда попытки сделать экстремальное и захватывающее селфи закон-

чились непреднамеренным суицидом и/или значительным ущербом для окружающих людей.

Можно выделить следующие риски экстремальных селфи, могущие привести к непреднамеренному суициду и/или причинению ущерба окружающим:

Травмоопасное поведение вследствие неосторожности: падение с высоты, электротравмы, термические повреждения, укусы и другие повреждения, наносимые животными, транспортные происшествия, особенно дорожно-транспортные. Так, по данным британских исследований, каждый пятый водитель рискует попасть в ДТП, делая селфи прямо за рулем.

Травмоопасное поведение, реализуемое вследствие подражания и/или соревнования. Основная группа риска — дети и подростки.

Провокационное поведение. Представляет собой нарушение социальных или юридических норм, на которое любитель селфи идет:

- а) непреднамеренно, не осознавая недопустимость своего антисоциального поведения, не предполагая возможные негативные последствия (ненамеренно провокативное селфи),
- б) либо делает это намеренно, понимая риск и стараясь его использовать для привлечения внимания к своим фотографиям в сети (поразить воображение зрителей), либо пытаясь оскорбить их чувства по принципу интернет-троллинга (намеренно провокативное селфи).

Нарушение морально-нравственных норм. Подобное поведение в определенных социальных ситуациях способно вызывать агрессию, объектами которой могут становиться любители селфи.

Нарушение юридических норм, граничащее с противоправным поведением и подталкивающее лиц, облеченных официальными полномочиями, к проявлению «легализованной» агрессии для пресечения подобных нарушений. Пример — случай, когда украинский пограничник открыл огонь по делавшим селфи россиянам.

Риск ущерба для третьих лиц. Показательный случай: пилота «Боинга» отстранили за селфи со стюардессой во время взлета. Сам пилот, возможно, в момент съемки не считал это селфи экстремальным, но оно, несомненно, являлось таковым и для экипажа, и для пассажиров самолёта.

Заключение

«Селфимания» может привести к возникновению физического, социального, культурно-исторического и/или морального вреда индивиду и обществу. Авторами дается определение «селфимании», формулируются основные этапы развития заболевания, приводятся основные риски для индивида и общества, сопровождающие данную патологию.

Литература

1. Богинская, С.В., Воронкова, М.В., Башилов, Р.Н. Проблема селфимании в современном обществе / Качество жизни: современные риски и технологии безопасности Материалы II Международной научно-практической конференции. 2017. Издательство:Тверской государственный технический университет(Тверь).
2. Сандомирский Марк Новая социальная эпидемия: селфимания, экстремальные селфи и селфицид / Сандомирский Марк // «Психопатология и Аддиктивная Медицина». — 2015. — № 1, 1. — С. 3—17.
3. Васюкевич, А.И. Селфи-зависимость — болезнь XXI века [Электронный ресурс] — <https://raklevichi.schools.by/pages/selfi-zavisimost-bolezn-xxi-veka> — статья в интернете
4. Фатеева Инна Болезнь «селфи-зависимость». Селфи — дурная привычка или заболевание? [Электронный ресурс] — <http://fb.ru/article/202352/bolezn-selfi-zavisimost-selfi---durnaya-privyichka-ili-zabolevanie> — статья в интернете.
5. Филатова Ольга Селфимания: Нарциссы XXI века [Электронный ресурс] — http://uinp.info/news/selfimaniya_narcissy_xxi_veka — статья в интернете.
6. Шлионская Ирина Селфиманию признали болезнью [Электронный ресурс] — <http://www.medpulse.ru/health/prophylaxis/psychotherapy/20280.html> — статья в интернете.

И. И. Богомазова, 3 курс, педиатрический факультет, А. М. Морозов

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

АНЕВРИЗМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Аневризмы сосудов головного мозга — порок развития сосудов головного мозга. Разрыв церебральной аневризмы является самой частой причиной возникновения нетравматического субарахноидального кровоизлияния (более 50 %), при котором кровь проникает в подпаутинное пространство головного мозга. Нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние (САК) является одной из самых тяжелых и частых форм острого нарушения мозгового кровообращения. В Российской Федерации частота встречаемости САК составляет около 13:100 000 населения в год. Чаще аневризмы головного мозга наблюдаются у женщин. Так, на 100 000 населения у женщин выявляют 12,2, а у мужчин — 7,6. САК вследствие разрыва аневризм наблюдается у лиц в возрасте от 40 до 70 лет (средний возраст 58 лет). Знания об эпидемиологии, клинической картине и хирургии аневризм головного мозга будут способствовать снижению риска возникновения рассматриваемой патологии.

Цель исследования: изучить клинико-морфологические особенности аневризм головного мозга и методы их хирургического лечения.

Материалы и методы

Исследование основано на анализе литературных источников по данной нозологии, использовались такие методы как: контент анализ, изучение и обобщение материала. В ходе данного исследования была изучена не только теоретико-статистическая информация об аневризмах головного мозга, но и особенности протекания данного заболевания, а также причины возникновения аневризм головного мозга.

Результаты и обсуждение

Аневризмы сосудов головного мозга — порок развития сосудов головного мозга. Различают артериовенозные аневризмы и артериальные аневризмы. Артериовенозная аневризма — клубок варикозно-расширенных сосудов разного диаметра с измененными стенками. Артериальная аневризма — это локальное выпячивание стенки артерии. Причинами возникновения аневризм головного мозга являются следующие факторы: гипертоническая болезнь, атеросклеротические изменения артерии, предрасполагающие врожденные факторы, гемодинамические особенности артериального круга большого мозга, черепно-мозговые травмы и эмболии при миксоте сердца. Само наличие аневризмы головного мозга не сопровождается какими-либо симптомами. В то время как типичная клиническая картина разрыва аневризм чаще всего начинается внезапно с сильной головной боли, которая может сопровождаться тошнотой и рвотой. Возникающая головная боль носит “жгучий”, “распирающий” характер. При выявлении аневризмы больному показано хирургическое лечение. В настоящее время используются два основных хирургических методов лечения аневризм головного мозга. Открытый и эндоваскулярный. Открытая операция складывается из нескольких этапов: трепанации черепа, вскрытия твердой мозговой оболочки, рассечения арахноидальной оболочки на основании мозга и аспирации ЦСЖ, выделения магистральных сосудов головного мозга, выделения несущей аневризму артерии, аневризмы и выключении ее из кровотока путем клипирования. При эндоваскулярной операции аневризму закрывают электрически разделяемыми платиновыми микроспиралями, либо изолируют от несущей артерии с помощью стента. Благодаря микроспиралям и стентам в полости аневризмы развивается тромбообразование, что и предотвращает повторные кровоизлияния.

Заключение

Понятие сосудистых заболеваний головного мозга, в частности аневризм еще только формируется. Границы этой формы сосудистой патологии мозга в значительной степени размыты, но в тоже время тщательно изучаются нейрохирургами, создаются новые методы диагностики, лечения и хирургии аневризм головного мозга. Зная этиологию аневризм, возникает возможность снизить или предотвратить действие патогенных факторов возникновения аневризм головного мозга, снизить риск их появления.

Литература

1. Ахвледиани, К.Н. Разрыв аневризмы сосудов головного мозга во время беременности / К.Н. Ахвледиани, Л.С. Логутова, А.А. Травкина, А.Ю. Лубнин, А.С. Хейреддин, Т.С. Коваленко // Российский вестник акушерства и гинекологии. — 2015. — Т. 15. — № 4. — С. 55-59.
2. Бывальцев, В.А. Неразорвавшиеся артериальные аневризмы головного мозга / В.А. Бывальцев, В.А. Сороковиков, Е.Г.Белых, П.Ж. Барадиева, А.Л.Кривошапкин// Клиническая неврология. — 2010. — № 1. — С. 36-39.
3. Крылов, В.В. Хирургия аневризм головного мозга // Москва. — 2011. — Т.1. — 516с.
4. Люнькова, Р.Н. Сложные артериальные аневризмы головного мозга. Современная стратегия лечения / Р.Н. Люнькова, В.В. Крылов // Нейрохирургия. — 2015. — № 4. — С. 81-98.
5. Махамбетов, Е.Т. Аневризмы сосудов головного мозга в аспекте эндоваскулярного лечения / Е.Т. Махамбетов, М.С. Бердиходжаев, Ф.Х. Смагулов, А.С. Шпеков, Ш.Маймон // Нейрохирургия и неврология Казахстана. — 2010. — № 1. — С. 6-10.
6. Морозов, А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / А.М. Морозов, В.А. Кадыков, О.В. Пельтихина, Э.М. Аскеров, А.Д. Морозова // Синергия наук. — 2018. — № 19. — С. 1018-1024. — URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.

А. И. Богомолова, Е. Г. Цыплякова, 3 курс, лечебный факультет;
А. М. Морозов, ассистент, Э. М. Аскеров, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научные руководители: ассистент А. М. Морозов,
к.м.н., доцент Э. М. Аскеров

СЕРГЕЙ СЕРГЕЕВИЧ ЮДИНА — ЭПОХА ПРОТИВ ЧЕЛОВЕКА

Сергей Сергеевич Юдин — самозабвенный труженик, скромный человек. Немало посвящено научных работ и библиографических очерков его яркой прекрасной жизни, исключительно плодотворной научной деятельности и выдающемся хирургическом мастерстве, которые оставили неизгладимый след в памяти советских хирургов. Он был признан и любим широкими слоями практикующих хирургов нашей страны, как выдающийся исследователь-практик, а так же, как хирург-виртуоз. Человек-легенда, выполняющий резекцию желудка за 20-30 минут, хирург, имеющий без антибиотиков и реаниматологов настолько низкие показатели послеоперационной летальности, что они удивительны даже сегодня.

Цель исследования: ознакомление с биографией выдающегося хирурга, заслуженного деятеля науки РСФСР С.С. Юдина и оценка его вклада в развитии хирургии.

Материалы и методы

В ходе настоящего исследования использовались методы исторического анализа библиографических источников: структурно-описательный метод, метод исторических аналогий.

Результаты и обсуждение

Сергей Сергеевич Юдин родился 9 октября 1891 года в Москве в многодетной семье служащего, технического директора фабрики военного обмундирования. В 1911 году С.С. Юдин поступил на естественное отделение физико-математического факультета Московского

университета, но через год он перевелся на медицинский факультет. Хирургическая деятельность С.С.Юдина началась ещё в университетские годы, когда все свободное время он отдавал работе по оперативной хирургии у профессора Р.И. Венгловского и работе в гинекологической клинике, возглавляемой профессором А.П. Губаревым. Личность С.С. Юдина была довольно сложной и противоречивой. С одной стороны, это был мягкий, очень интеллигентный человек, до бесконечности трудолюбивый, обладающий необычайно высокой эрудицией, отличной памятью и высоким интеллектом. С другой стороны, он был нередко излишне вспыльчив и обладал довольно неуравновешенным характером.

Первая Мировая война 1914-1918 года не позволила сдать ему государственные экзамены. Он был зачислен зауряд-врачом в один из полков, и с этого дня началась его самостоятельная работа. Кипучая натура Юдина не мирилась с положением только младшего врача, он и там искал деятельности. Пишет рапорты об улучшении условий солдат, пишет статьи о дизентерии и холере. Изучает по самоучителю английский язык. Вскоре становится начальником дивизионного санитарного отряда.

Оперировал раненых и даже участвовал в боевых операциях. Получил тяжелое ранение, которое прервало его пребывание на фронте, где он за храбрость был награжден георгиевской медалью. Оправившись от ранения, сдал все экзамены с отличием и получил диплом врача. После демобилизации, которая была вызвана последствиями контузии, его назначили заведующим хирургического лазарета Красного Креста.

С 1919 года занимался изучением костно-суставного туберкулеза в клинике профессора Т.П. Краснобаева и работал в небольшом санатории «Захарьино», где им была выполнена первая резекция желудка. Приобретен опыт торакопластических операций.

С 1922 по 1928 год С.С. Юдин проработал хирургом фабричной больницы города Серпухова. В это же время с 1925-1927 г. он ведет преподавательскую работу со студентами и занимает должность приват-доцента в клинике Н.Н. Бурденко.

В период с 1926-1927 гг. был в командировке в Англии и США, о которой написал книгу «В гостях у американских хирургов». Провел более 1000 операций под спинномозговой анестезией.

С 1928 года назначен заведующим хирургическим отделением МНИИСП имени Н. В. Склифосовского. Здесь он работал на износ, пережил свой первый инфаркт в 51 год. Достиг значительных результатов в желудочной хирургии; за десятилетний период он выполнил более 3000 операций на желудке. В 1930 году С.С. Юдина был случай перелить кровь: в приемный покой был доставлен обескровленный мужчина, пытавшийся покончить с собой путем перерезки вен и труп внезапно умершего человека. Кровь была собрана шприцем Эликера из нижней полой вены в сосуд с цитратом. Больной был перенесен в операционную, и Р.Г. Сакаян, занимавшийся тогда трансфузиями, приготовился к переливанию. Переливание прошло благополучно, больной выздоровел.

1935 году С. С. Юдину присвоена степень доктора медицинских наук.

Весь период Великой Отечественной войны 1941-1945 года прошел для С.С. Юдина в неустанном труде, практическом, научном, литературном и педагогическом. Забывая о себе, он весь отдавался кипучей деятельности. Тяжелый инфаркт уложил его в постель, но и лежа он продолжал работать, не забывая своих многочисленных учеников.

По выздоровлении С.С. Юдин был назначен старшим инспектором-консультантом при главном хирурге Советской Армии. Он действовал не только словом, но и показом, организовал бригады хирургов и выезжал непосредственно в действующую армию. На различных фронтах, он проводил громадную работу, популяризуя все последние

достижения в военно-полевой хирургии. За свою деятельность на фронте он был награжден орденом Ленина, двумя орденами Красного Знамени, орденом Красной Звезды и медалями.

В Москву в 1943 году приехали два зарубежных хирурга — Главный хирург английского Королевского флота контр-адмирал Гордон Тейлор и Главный хирург США, профессор Гарвардского университета профессор Элиот Катлер, которые вручить С.С. Юдину дипломы Почетного члена хирургических ассоциаций своих стран.

Война приближалась к полной победе советского народа. 30.06.1944 года была организована Академии медицинских наук СССР. С.С. Юдин был избран действительным членом академии. Вскоре его избрали и директором Института хирургии Академии наук СССР.

Вскоре после окончания войны в феврале 1946 года С.С. Юдиным Сергей Сергеевич 23 декабря 1948 года был задержан и обвинен по статьям 58-1 «б» и 58-10, часть 2 УК РСФСР как враг Советского государства, снабжавший разведку шпионскими сведениями о нашей стране. По протоколу Юдин значился «арестованным №7», в целях конфиденциальности. Часовые допросы сопровождались пытками и моральным унижением. В период 1948-1953 год были одни из самых тяжелых лет его жизни. Сначала был в заключении в тюрьме на Лубянке, а затем в одиночной камере в Лефортово, где пережил два приступа стенокардии. Во время нахождения в тюрьме написал книгу «Размышления хирурга». Ситуация Юдина переменилась летом 1951 года, когда его делом вместо В. И. Комарова занялся М. Д. Рюмин. Во время допроса 18 августа 1951 года Юдин заявил следователю о своём антисемитизме и обвинил профессора В. С. Левита в «еврейском национализме». Вслед за тем, расстрел «за измену Родине» заменили ссылкой в Новосибирскую область город Бердск сроком на десять лет. Поначалу заниматься хирургией было запрещено. Только 19 апреля 1952 года было позволено подойти к операционному столу в областной больнице города.

Спустя год, 13 января 1953 года, произошел очередной удар судьбы, которая разрушала все его планы. Вышла хроника ТАСС «Об аресте группы врачей-вредителей». Без того ограниченная научная работа Юдина была ещё больше приостановлена. Вместо восьми операционных дней, ему позволили оставить лишь один. Однако даже при таких сложностях академик умудрялся выполнять 6 сложных операций на желудке.

Особым Совещанием при министерстве Внутренних дел СССР от 29.07.1953 было решено полностью реабилитировать С.С. Юдина, который незамедлительно вернулся в Москву. Его неутомимая деятельность возобновилась. Сергей ежедневно успевал выполнять четыре больших операций на желудке и 1 на пищеводе.

В июне 1954 г. С.С. Юдин был приглашен на VIII Всеукраинского съезда в Киеве, где была предоставлена возможность выступить. В своем выступлении он дал анализ в развитии хирургии в стране и указал возможные пути для преодоления основных трудностей. В день отъезда из Киева 12 июня 1954 г. Сергей Сергеевич вновь пожаловался на боли за грудиной. Он отказался от госпитализации, решив, что по прилету домой ему станет легче, и он отправится к своим больным. Однако лучше не стало.

Сергей Сергеевич Юдин умер в 62 года от инфаркта. Похоронен на Новодевичьем кладбище.

Выводы: пройдут года и образ замечательного хирурга и человека, мастера слова в медицинской литературе в области хирургии будет освящен более полно и ярко. Мы коснулись лишь самых основных и интересных события жизни С.С. Юдина. Так высоко был оценен за рубежом советский хирург, всю жизнь, все силы и свои редкие дарования посвятивший хирургии на благо человечества, на благо служения своей родины. Он обладал также огромными дарованиями и знаниями во многих областях естествознания, искусства, науки, литературы и музыки. Юдин имел необычайно оригинальную внешность, манеру

держаться, свойственное только одному ему движение рук, интонацию голоса. Эта яркая и творческая индивидуальность привлекала к нему не только ученых-медиков и практических врачей, но и людей искусства, и в этом и кроется причина, почему ни один ученый не был столько нарисован, описан и изваян при жизни, как С.С. Юдин. После смерти пытались забыть его имя, но его открытиями до сих пользуются миллионы врачей.

Литература

1. Арапов, Д. А. Жизнеописание Сергея Сергеевича Юдина / в кн.: Юдин С. С. Избр. произв., кн. 1. //М. — 1960. — с. 5
2. Байжаркинова, А. Б. Сергей Сергеевич Юдин — выдающийся хирург и учёный — новатор. // Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова. — 2009. — 151-153 с.
3. Кистенова, О.А., Юдин С. С. Жизнь после смерти / О. А. Кистенова, Феликсович Э., В.В. Кистенов //Челябинск. — 2016. — 119-123 с.
4. Морозов, А. М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / А.М. Морозов, В.А.Кадыков, О.В. Пельтихина, Э.М. Аскеров, А.Д. Морозова // Синергия наук. — 2018. — № 19. — С. 1018-1024. — URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.
5. Теряев, В.Г. К 120-летию со Дня Рождения С.С.Юдина / В.Г. Теряев, Т.Н. Богницкая, М.П. Кузыбаева // М. — 2012. — 56-61 с.

О. А. Богомолова, ассистент; О. С. Шестова, 5 курс, К. А. Рыжиков,
3 курс, фармацевтический факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра управления и экономики фармации с курсами
фармакогнозии, фармацевтической технологии, фармацевтической
и токсикологической химии

Научные руководители: ассистенты О. А. Богомолова, Н. С. Попов

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО КАРАНДАША, СОДЕРЖАЩЕГО ЭКСТРАКТ КАЛЕНДУЛЫ, ПРИ ФОРМАЛИНОВОМ ОТЕКЕ ЛАПЫ У КРЫС

Воспаление относится к числу наиболее распространенных типовых патологических процессов. Причиной воспаления является любой фактор, способный вызвать повреждение тканей — флогоген. Течение воспаления определяется реактивностью организма, видом, силой и продолжительностью действия флогогена. В общебиологическом отношении воспаление является важной защитно-приспособительной реакцией, сформировавшейся в процессе эволюции как способ сохранения целого организма ценой повреждения его части. Вместе с тем целесообразность воспаления как защитно-приспособительной реакции является безусловной лишь в эволюционно-биологическом отношении. И как местный процесс при определенной локализации и распространенности воспаление может сопровождаться общими патологическими проявлениями (интоксикация, изменение реактивности и др.) и даже при обычном течении наносить вред организму.

Вышесказанное объясняет необходимость особого ухода за поврежденной при воспалении кожей. Медицинский карандаш, содержащий экстракт календулы лекарственной — универсальное лечебно-косметическое средство по уходу за поврежденной кожей при ожогах, экземе, ушибах, обморожениях, трещинах кожи и других воспалительных процессах.

Цель исследования

Оценить влияние медицинского карандаша с экстрактом календулы на течение острого экссудативного воспаления у крыс у крыс.

Материалы и методы

Изучение противовоспалительной активности медицинского карандаша, содержащего экстракт календулы, проводили на модели острого формалинового отёка лапы у крыс. Эксперименты выполнены на 14 белых неинбредных крысах обоего пола массой $170,2 \pm 1,2$ г. Подопытных животных содержали в условиях вивария (с естественным режимом освещения; при температуре 22–24; относительной влажности воздуха 40–50 %) с использованием стандартной диеты (ГОСТ Р 50258-92). Исследования проводили в соответствии с правилами качественной лабораторной практики (GLP) при проведении доклинических исследований в РФ, а также правилами и Международными рекомендациями Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых при экспериментальных исследованиях (1986). Перед постановкой эксперимента животные проходили карантин в течение 10–14 дней.

Острый воспалительный отек вызывали субплантарным введением (под подошвенный апоневроз) в заднюю правую лапу крысы 0,1 мл 2 % водного раствора формалина. Выраженность отека оценивали, измеряя толщину лапки подопытного животного с помощью инженерного электронного штангенциркуля Vorel 15240 (Польша) до и через 2, 4, 6 часов, а также в динамике через 24 часов после введения раствора формалина. Противовоспалительную активность исследуемых соединений выражали в процентах угнетения отека.

Исследовали действие медицинского карандаша, содержащего экстракт календулы. Подопытные животные были разделены на 2 группы (по 7 крыс в каждой): 1) Опытная группа, животные которой получали наружно карандаш с экстрактом календулы ежедневно, 2)

Контрольная группа, животные которой получали наружно изотонический раствор натрия хлорида.

Результаты исследования обработаны статистически с применением стандартного пакета программ Microsoft Office Excel 2003. Для ряда выборок вычисляли среднюю арифметическую и среднюю квадратическую ошибку. Определение нормальности распределения переменных проводили на основании гистограмм распределения, величины асимметрии и эксцесса. Для оценки достоверности различий выборок, имеющих нормальное распределение, применяли параметрический t-критерий Стьюдента. За достоверное принимали различие при уровне вероятности 95 % и более ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

Было выявлено, что при субплантарном введении 0,1 мл 2 % раствора формалина у подопытных крыс развивается выраженный отек лапы, о чем свидетельствует достоверное увеличение ее толщины. Отмечено, что максимальный отек лапки (пик воспаления) развивался через 2 часа после введения формалина, при этом толщина лапы у подопытных животных контрольной группы увеличивался в среднем на 29 % ($p < 0,05$). Через 48 часов после введения формалина различий в выраженности отёка в опыте и контролем выявлено не было. При нанесении на лапу крыс карандаша с экстрактом календулы в опытной группе отмечалось уменьшение выраженности формалинового отека (таблица 1). Так, было выявлено, что уже через 2 часа отек лапы был достоверно ($p < 0,05$) меньше на 26,9 %, по сравнению с контролем.

Таблица 1

Изменение толщины лапы крыс под влиянием экстракта календулы на выраженность формалин индуцированного отека лапы у крыс, $M \pm m$

Серия опыта	До введения раствора формалина	После введения раствора формалина			
		через 2 ч	через 4 ч	через 6 ч	через 24 ч
Толщина лап у животных опытной группы, мм	4,98±0,25	5,86±0,24*	5,52±0,09*	5,46±0,10*	5,19±0,19*
Толщина лап у животных контрольной группы, мм	4,99±0,16	6,00±0,15	5,85±0,16	5,7±0,08	5,35±0,33
Угнетение отёка, % (УО)		26,9	37,1	32,3	41,61
Примечание: * — различия с контролем достоверны ($p < 0,05$)					

Результаты экспериментального исследования показали, что медицинский карандаш, содержащий экстракт календулы обладает выраженной противовоспалительной активностью. Полученные результаты позволяют рекомендовать исследуемую лекарственную форму для расширенных испытаний эффективности и безопасности.

Выводы

1. Медицинский карандаш, содержащий экстракт календулы, обладает выраженной противовоспалительной активностью.
2. Нанесение медицинского карандаша с экстрактом календулы уменьшает выраженность формалинового отека лапы у крыс через 2 часа на 26,9 %; через 4 часа на 37,1 %; через 6 часов на 32,3 %; через 24 часа на 41,61 %.

Литература

1. Богомолова О. А., Шестова О. С. Разработка состава медицинского карандаша, содержащего экстракт из цветков календулы лекарственной / Молодёжь и медицинская наука: материалы V Межвузовской науч. практ. конф. молодых ученых с междунар. участием Твер. гос. мед. Ун-та. — Тверь: Ред. — изд. центр Твер. гос. мед. унив., 2018. — 535 с.

2. Казаишвили Ю. Г., Попов Н. С. Исследование противовоспалительной активности новых производных тиадиазола при формалиновом отеке лапы у крыс // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — № 3
3. Клиническая фармакология и фармакотерапия / Под ред. В. Г. Кукеса. — 3-изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2012. — 840 с.
4. Об утверждении Правил лабораторной практики: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23 августа 2010 г. N 708н: зарегистр. в Минюсте Рос. Федерации 13 октября 2010 г. N 18713 // Рос. газ. — 2010. — 22 октября.
5. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ / Под общей редакцией чл.-корр. РАМН проф. Р. У. Хабриева. — 2-изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2005. — 832 с.
6. Сернов Л. Н. Элементы экспериментальной фармакологии / Л. Н. Сернов, В. В. Гацура. — М.: ВНЦ БАН, 2000. — 352 с.

Е. Е. Болотова, А. Ю. Грекова, М. О. Румянцева, 5 курс, педиатрический факультет; А.А. Кожушная, 5 курс, лечебный факультет; И. А. Жмакин, В. Л. Красненков, Н. П. Кириленко, О. М. Королева, Н. Н. Ильина

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф, Кафедра поликлинической терапии и основ
доказательной медицины,
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом
истории медицины, Кафедра управления и экономики фармации
Научные руководители: к.м.н., доцент И. А. Жмакин;
д.м.н., профессор В. Л. Красненков; д.м.н., доцент Н. П. Кириленко,
к.м.н., доцент О. М. Королёва, к.ф.н., ассистент Н. Н. Ильина

**ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 У ЖИТЕЛЕЙ
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ И ЕГО ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА
(ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ
ПОСЕТИТЕЛЕЙ ТОРГОВЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРИ И РАЙОННЫХ ЦЕНТРОВ
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ, 2017 Г.)**

Актуальность проблемы сахарного диабета (СД) определяется «колоссальными экономическими расходами и социальным ущербом, связанными с ростом распространённости СД и диабетических осложнений, высокой инвалидизацией и смертностью» [1]. В связи с этим в настоящее время идёт поиск новых технологий профилактики СД, в том числе с использованием медицины «шаговой доступности» и телемедицины [2].

Целью исследования: является оценка выявляемости факторов риска (ФР) развития СД у посетителей торговых центров Твери и области и качества его вторичной профилактики.

Материалы и методы

На оборудованной медицинской площадке в торговых центрах г. Тверь и Тверской области проанкетировано 584 человек [(203 (34,8 %) мужчины и 381 (65,2 %) женщина)]. Распределение обследованных по возрастным группам составило: моложе 20 лет — 42 (7,2 %) человека [20

(47,6 %) мужчин и 22 (52,4 %) женщины], 20-35 лет — 164 (28,1 %) человека [89 (54,3 %) мужчин и 75 (45,7 %) женщин], 36-45 лет — 48 (8,2 %) человек [10 (20,8 %) мужчин и 38 (79,2 %) женщин], 46-60 лет — 147 (25,5 %) человек [44 (29,9 %) мужчины и 103 (70,1 %) женщины], старше 60 лет — 183 (31,3 %) человека [40 (21,9 %) мужчин и 143 (78,1 %) женщины]. У 28 (4,8 %) из них врачом ранее был установлен СД.

У посетителей торговых центров проводилось анкетирование на предмет выявления поведенческих (потребление овощей и фруктов менее 400 г; досаливание пищи, не пробуя её; табакокурение; ходьба менее 30 мин в день; пагубное потребление алкоголя: мужчины более 20 г/день, женщины — более 10 г/день) и биологических (избыточная масса тела — индекс Кетле 25-29,9 кг/м²; ожирение — индекс Кетле 30 кг/м² и больше; артериальная гипертензия — 140/90 мм рт. ст. и выше; гипергликемия — через два часа после еды уровень глюкозы крови 7,8 ммоль/л и выше; гиперхолестеринемия — 5,2 ммоль/л и выше) факторов риска (ФР) развития НИЗ. Кроме этого учитывались ранее установленные врачом такие заболеваний, как гипертоническая болезнь (ГБ), СД, ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), а также принималась во внимание наследственная предрасположенность к развитию ИБС, СД и приём гипотензивной и гиполипидемической терапии за две недели до опроса.

Всем проанкетированным было проведено обследование: антропометрия (рост, вес), расчет индекса массы тела (индекс Кетле), измерение уровня артериального давления и снятие электрокардиограммы (ЭКГ) с помощью виртуальных технологий в отведении I в положении пациента сидя. При оценке ЭКГ использовались 2 градации: норма и патология (нарушение процессов реполяризации желудочков и нарушения сердечного ритма). У части посетителей торговых центров определялись уровни глюкозы и холестерина крови с помощью тест-полосок. Статистическая обработка результатов исследования проводи-

лась с помощью пакета статистических программ WinPeri (использовался критерий Фишера).

Результаты и обсуждение

Установлено, что у посетителей торговых центров Твери и области часто выявляются поведенческие и алиментарно-зависимые ФР развития СД. Наиболее часто у них регистрировались недостаточная физическая активность (47,7 %), реже – избыточная масса тела (29,3 %) и ожирение (26,7 %). При этом оказалось, что ожирение статистически значимо чаще регистрировалось у женщин по сравнению с мужчинами (соответственно, 30,3 % и 20,1 %; $p=0,012$).

Важным аспектом, определяющим качество и длительность жизни больных СД, является эффективность его вторичной профилактики. В этом плане установлено следующее. У больных СД продолжали сохраняться как поведенческие (курение — 14,3 %; недостаточное употребление овощей и фруктов — 53,6 %; досаливание пищи, не попробовав её — 28,6 %; гиподинамия — 53,6 % и злоупотребление алкоголем — 14,3 %), так и алиментарно-зависимые [ожирение (60,7 %); повышенные систолическое (71,4 %) и диастолическое (57,1 %) артериальное давление и гиперхолестеринемия — 32,1 %] ФР развития сердечно-сосудистых заболеваний. Вероятно, поэтому у больных СД в 50 % случаев обнаруживались изменения на ЭКГ и у каждого пятого (21,4 %) имелась ИБС.

Столь низкие показатели эффективности вторичной профилактики СД дают основание предположить, что с этой категорией пациентов необходимо проводить дополнительную работу (школы здоровья больных СД, технологии мобильного здравоохранения [2] и т. д.), чтобы повысить эффективность вторичной профилактики СД, и тем самым, снижая смертность от неё, увеличить их длительность жизни. О необходимости проведения такой работы косвенно свидетельствует то, что у половины больных СД выявлены изменения на ЭКГ (нарушения процессов реполяризации и нарушения сердечного ритма), а у ка-

ждого пятого имеется ИБС, что свидетельствует о недостаточной эффективности проводимой вторичной профилактики СД.

Заключение

Среди посетителей торговых центров Твери и области довольно широко распространены как поведенческие, так и алиментарно-зависимые ФР развития СД. Установлено, что у больных СД недостаточно эффективно проводится вторичная профилактика, что проявляется высокой выявляемостью у них как поведенческих, так и алиментарно-зависимых ФР развития СД, а также нарушениями на ЭКГ. Для улучшения ситуации необходимо разработать и внедрить новые формы вторичной профилактики СД (технологии мобильного здравоохранения), способные изменить вышеописанную ситуацию у больных СД в лучшую сторону.

Литература

1. Дедов, И.И., Шестакова, М.В., Викулова, О.К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/epidemiologiya-saharnogo-diabeta-v-rossiyskoy-federatsii-kliniko-statisticheskiy-analiz-po-dannym-federalnogo-registra-saharnogo-svobodnyy> (10.02.18).
2. Кириленко, Н.П., Королева, О.М., Красненков, В.Л. и др. Мобильное здравоохранение в Твери: реалии и перспективы // Верхневолжский медицинский журнал. — 2016. — Т. 15, вып. 3. — С. 9-12.

О. С. Боровская, 5 курс, лечебный факультет

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,
Беларусь

Кафедра травматологии и ортопедии

Научный руководитель: к.м.н., доцент П. И. Беспальчук

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНЕВРАЛЬНОГО ФИБРОЗА

Периневральный фиброз, известная также под названием «подошвенная невралгия», «фокальный неврит подошвенного нерва», болезнь Мортоня является весьма распространённым заболеванием стопы, в основном у женщин среднего возраста. Для клинической картины настоящей патологии характерна сильная «жгучая», «невыносимая» боль по подошвенной поверхности стопы в третьем межпальцевом промежутке у основания III-IV пальцев. Боль усиливается при нагрузке и длительной ходьбе; ослабевает в покое и при снятии обуви.

Фиброз может возникнуть вследствие сдавливания нерва костями плюсны, которые проходят между третьим и четвёртым пальцами; поперечного плоскостопия; острых травм, гематом, облитерирующих заболеваний ног, а также хронических инфекций; длительного нахождения в положении стоя; ношение тесной обуви, которая вызывает болевые ощущения и дискомфорт при ходьбе, что служит причиной давления на нерв; избыточного веса — большая масса тела оказывает давление на ткани нервов нижних конечностей.

Начальная стадия заболевания визуально может быть не заметна, то есть при осмотре даже опытный специалист может сделать ошибочное заключение. Основным признаком наличия патологического процесса является боль при сжатии области между пальцами в поперечном направлении.

Пациенты жалуются на онемение в области пальцев ног; ноющие боли и жжение; дискомфорт и покалывание; ощущение инородного тела в области локализации заболевания.

Симптоматика болезни носит невыраженный характер и может утихать на некоторое время, иногда затишье длится на протяжении нескольких лет. Обострения невралгии возникают в период ношения узкой или тесной обуви, а также туфель на высоком каблуке. Болевые ощущения возникают только в период ходьбы, после снятия обуви и разминания стопы все признаки заболевания угасают.

Последняя стадия болезни имеет выраженные симптомы, заключающиеся в жгучей и стреляющей боли, которая становится постоянной. Подобные проявления возникают независимо от нагрузок и обуви, и распространяются от стопы к кончикам пальцев. Чем «старше» заболевание, тем сильнее болевые ощущения в межпальцевом промежутке, между четвёртым и третьим пальцем.

Пациенты с периневральным фиброзом могут обращаться к неврологу, ортопеду, травматологу. Установить диагноз возможно, основываясь на клинических данных. Патогномоничным симптомом является положительная проба со сжатием стопы во фронтальной плоскости, которая характеризуется нарастанием боли и ее иррадиацией в пальцы, иннервируемые пораженным пальцевым нервом. Для уточнения диагноза применяется рентгенография стопы, которая у большинства пациентов выявляет наличие продольно-поперечного плоскостопия. Однако рентгенография, как и КТ стопы не позволяет визуализировать невриному. При проведении МРТ невринома Мортонса определяется как нечетко отграниченный участок повышенной интенсивности сигнала. Однако визуализация невриномы при помощи МРТ затруднена и может давать ложноотрицательные результаты. Оптимальным методом диагностики выступает УЗИ в области предполагаемой локализации невриномы. Инструментальные исследования также позволяют исключить наличие травматических повреждений, опухолей (хондромы, остеомы, липомы), гематом; дифференцировать периневральный фиброз от артрита стопы и деформирующего остеоартроза.

Цель исследования: определить эффективность хирургического лечения периневрального фиброза после проведенной УЗИ диагностики.

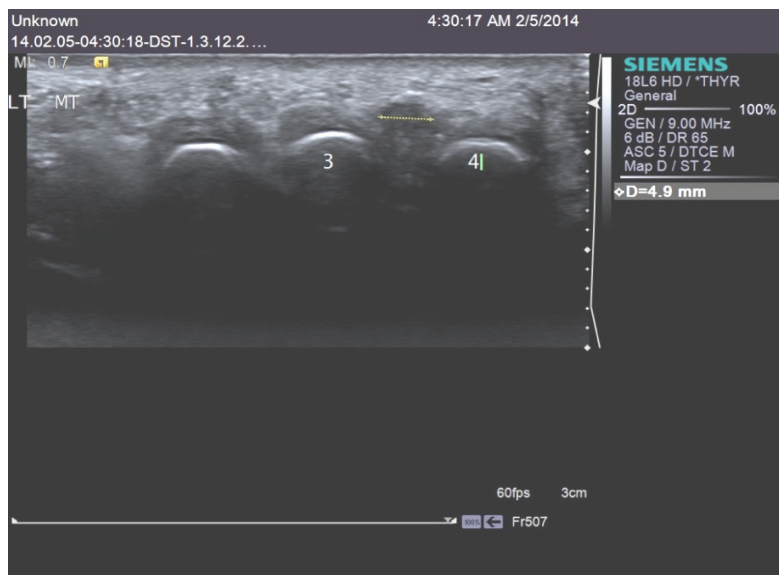


Рис. 1. УЗИ, тыльный доступ, без компрессии

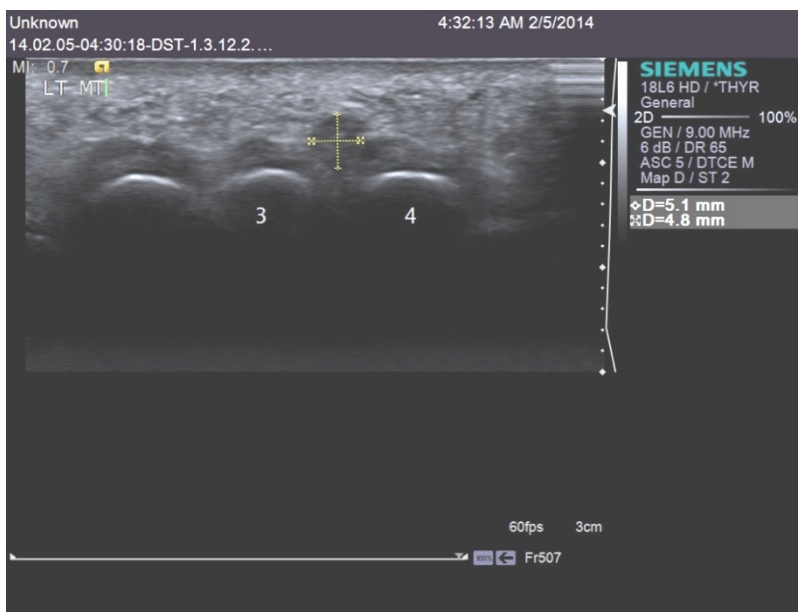


Рис. 2. УЗИ, тыльный доступ, боковая компрессия стопы на уровне плюснефаланговых суставов

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 20 пациентов в возрасте от 30 до 61 года. 19 женщин и один мужчина. Средний возраст 46 лет. Заболевание левой стопы имело место в 9 случаях, правой — в 8, обе стопы — в 3-х наблюдениях. Всем пациентам были выполнены радикальные хирургические вмешательства — резекция болезненной невromы.

Результаты

В 3 % случаях операции были выполнены одновременно на обоих стопах; в 2-х — поочередно (с промежутком 3-6 месяцев) было произведено хирургическое вмешательство на противоположной стопе. Таким образом, оперативный метод лечения применим на 23-х стопах. Тыльный доступ к патологическому участку использован в 14 случаях, подошвенный — в 9.

Заключение

УЗИ дает возможность установить наличие периневрального фиброза. Отдаленные результаты проведённых хирургических вмешательств изучены по прошествии года после операции. Все пациенты отмечали исчезновение боли и полноценную функциональную нагрузку оперированных стоп. Таким образом, хирургический метод лечения фокального неврита подошвенного нерва является эффективным.

Литература

1. Баиров, Г.А. Травматология и ортопедия/Г.А. Баиров /М.: «Медицина», 1976, 424 с.
2. Бойчев, Б.А. Оперативная ортопедия и травматология/ Б.А.Бойчев — София: «Медицина и физкультура»,1962. — 356с.
3. Корнилов, Н.В., Грязнухин, Э.Г., Осташко, В.И., Редько, К.Г. Ортопедия. Краткое руководство для практических врачей/ Корнилов Н.В. — СПб.:Гиппократ,2001. — 368 с.
4. Мовшович, И.А. Оперативная ортопедия/ Мовшович И.А.-М.: Медицина, 1985. — 245с.
5. Чаклин, В.Д. Основы оперативной ортопедии и травматологии/ В.Д. Чаклин — М.: Медицина,1964. — 163с.

Е. В. Бочкарева, В. В. Жукова, А. С. Скородумова, 2 курс,
педиатрический факультет; В. В. Жигулина

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра биохимии с курсом КЛД ФДПО
Научный руководитель: к.б.н., старший преподаватель
В. В. Жигулина

МЕЛАТОНИН — СИНХРОНИЗАТОР БИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ

Мелатонин — гормон эпифиза, который оказывает основное влияние на поддержание внутренних ритмов сна и бодрствования в организме, от чего зависит общее состояние здоровья человека. Несмотря на большое количество работ, посвященных данному вопросу, не будет ошибкой сказать, что эпифиз остается наименее изученной из всех эндокринных желез, а фундаментальная роль мелатонина только начинает осознаваться.

Цель исследования: изучить роль мелатонина, как синхронизатора биологических ритмов.

Материалы и методы

- 1) исследовать ритм секреции мелатонина и причины его сдвига
- 2) обнаружить влияние мелатонина на суточные ритмы организма
- 3) выявить возможность восполнения недостатка мелатонина.

Результаты и обсуждение

Сон — жизненно важный процесс, который обеспечивает физическое и психологическое восстановление организма. Инсомния — расстройство инициации, поддержания и качества сна. Хроническая инсомния характеризуется нарушением социальной, профессиональной или бытовой адаптации длительностью не менее месяца. Данное расстройство обозначается как первичная инсомния и отмечается у 15 % взрослых (чаще у женщин и лиц пожилого возраста), у лиц старше 65 лет инсомния встречается в 40 % случаев. В организме позвоночных большая часть мелатонина секретируется эпифизом. Секреция мела-

тонина синхронизирована с циклом день/ночь, при этом пик концентрации в плазме (200 пг/мл) приходится на ночное время, а минимум (10 пг/мл) — на дневное [1, 2, 3].

Клетки, продуцирующие мелатонин, обнаружены в эпифизе, сетчатке и цилиарном теле глаза, желудочно-кишечном тракте, в коже, дыхательных путях, поджелудочной железе, надпочечниках, почках, печени, коре головного мозга, мозжечке, супрахиазматических ядрах гипоталамуса, в гипофизе. Мелатонин не накапливается в этих органах, а способен проникать в кровяное русло, лимфу, мочу, слюну, спинномозговую и амниотическую жидкости. Действие гормона реализуется как посредством связывания с рецепторами, так и независимо от них. Мелатонин принимает участие в регуляции многих физиологических процессов, в том числе в цикле сон-бодрствование, колебании артериального давления, регуляции циркадианных ритмов, иммунологических реакциях, функции сетчатки, нейтрализации свободных радикалов, контролирует рост новообразований [4].

Доказательством эффективности влияния экзогенного мелатонина на суточные ритмы является способность препарата вызывать смену фаз эндогенных циркадианных ритмов и развитие сонливости. Многие исследования [5, 6] подтвердили, что назначение мелатонина изменяет показатели человеческих ритмов, в том числе сна, температуру тела, содержание эндогенного мелатонина, кортизола. Показано, что прием 6 мг мелатонина ускоряет «внутренние часы» на 1,5 часа.

Клинический эффект мелатонина зависит от времени его назначения. При его приеме перед сном и в первой половине ночи реализуется эффект ускорения смены фаз циркадианных ритмов, во второй половине ночи и в первой половине следующего дня скорость наступления очередной фазы цикла снижается. Подобный эффект достигается в диапазоне доз 0,5-10 мг, эффект носит дозозависимый характер [1, 3].

Влияние мелатонина на скорость смены фаз циркадианных ритмов обусловлено его действием на мембранные рецепторы супрахиа-

азматических ядер гипоталамуса. Нормализация циркадианных ритмов при приеме мелатонина может иметь важное значение у лиц, работающих в ночную смену. Недостаток сна и усталость, отмечающиеся у лиц с ночным графиком работы, являются факторами риска производственных травм и катастроф. Синхронизация синтеза эндогенного мелатонина с графиком работы людей, работающих в ночную смену, может сопровождаться улучшением дневного сна и бодрствования ночью. Было обнаружено, что у тех медсестер, у которых произошел перенос ночного пика синтеза мелатонина на другое время, отмечалась лучшая адаптация к условиям ночного графика работы. Мелатонин оказался эффективным в коррекции сонливости и нарушении бодрствования при синдроме смены часовых поясов. Нарушения сна и бодрствования могут быть классифицированы следующим образом [1, 2]:

- инсомния — нарушение засыпания, частые ночные или ранние утренние пробуждения;
- гиперсомния — увеличение продолжительности ночного сна или дневная сонливость, приступы внезапного засыпания в дневное время;
- парасомнии — двигательные и поведенческие нарушения, возникающие во время сна.

Для увеличения продукции собственного мелатонина рекомендуется:

- каждый день находить время для того, чтобы побыть на солнце, если это невозможно — создать оптимальный режим искусственного дневного света;
- не засиживаться за компьютером или телевизором за полночь — длительность ночного сна должна быть достаточной для того, чтобы утром ощущать себя бодрым и отдохнувшим;
- не включать ночью свет в спальне, на окна повесить плотные шторы, не пропускающие свет с улицы; также можно надевать на глаза повязку из ткани, не пропускающую свет;

- по возможности отказаться от ночной работы и длительных перелетов с пересечением нескольких часовых поясов;
- по возможности исключить прием лекарств, снижающих уровень мелатонина;
- съесть на ночь банан, кусочек индейки или цыпленка, мягкий сыр, пригоршню тыквенных семечек, миндальных орехов — все эти продукты богаты триптофаном, который является предшественником мелатонина;
- каждый день выделять время для медитации, аутотренинга или прогулок.

Известно, что по мере старения организма наблюдается уменьшение секреторной активности эпифиза и снижение концентрации мелатонина в плазме крови. При нейродегенеративных заболеваниях центральной нервной системы, в частности, болезни Альцгеймера, секреция мелатонина снижена более значительно, чем у здоровых лиц соответствующего возраста [4,6].

Выводы

1. Синтез и выделение мелатонина регулируется ритмозадающими структурами супрахиазматических ядер гипоталамуса и корректируются экзогенным ритмом свет-темнота. Ритм продукции мелатонина — экзогенный, так как наблюдается и в отсутствии цикла свет-темнота.
2. Мелатонин участвует в синхронизации биоритмов. Гормон сигнализирует организму о наступлении ночи, подготовки ко сну. Во время сна организм восстанавливает свои силы и нормализует работу различных систем. Недостаточная секреция гормона влияет на глубину и качество сна, общее самочувствие.
3. Необходимо соблюдать режим дня, а также режим сна и бодрствования.

Литература

1. Kostiuk N.V., Zhigulina V.V., Belyakova M.B., Leshchenko D. V., Miniaev M. V. Melatonin receptors and their agonists // Problems of biological, medical and pharmaceutical chemistry. — 2011. — № 5. — P. 49-58 [In Russian].
2. Kostiuk N. V., Belyakova M. B., Leshchenko D. V., Zhigulina V. V., and Miniaev M. V. Synthetic Melatoninerbic Ligands: Achievements and Prospects // ISRN Biochemistry. — Vol. 2014 (2014). — Article ID 843478. — 11 P.
3. Жигулина В. В. Некоторые эффекты биологического действия мелатонина // Электронный периодический научный журнал «SCI-ARTICLE.RU». — 2014. — № 14. — С. 62-69.
4. Датиева В. К., Ляшенко Е. А., Левин О. С. Применение мелатонина при нарушении сна // Современная терапия в психиатрии и неврологии. — 2015. — № 3. — С. 111-113.
5. Федорова С. А. Анализ лунно-суточной зависимости основных гормонов эндокринной системы человека // Вестник северо-восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. — Т. 11. — № 2. — С. 29-36.
6. Федорова Н.В., Никитина А.В., Губанова Е.Н. Нарушение сна в неврологической практике: роль мелатонина в терапии первичных нарушений сна и бодрствования у пациентов с болезнью Паркинсона // Клиницист. — 2013. — Том 7. — № 1. — С. 70-75.

Ю. Ф. Бревдо, И. А. Кубышкина, В. В. Шлапаков

ГУЗ Тверской области Детская областная клиническая больница
(ДОКБ), г. Тверь, Россия

ГБПОУ Тверской медицинский колледж, г. Тверь, Россия

Научный руководитель: зав. отделением плановой хирургии ДОКБ

Ю. Ф. Бревдо

К ВОПРОСУ О КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ ИРРИГАЦИЯХ

Колоректальные ирригации (лат. irrigatio орошение) — вливание в толстую кишку (с орошением ее слизистой) жидкостей при клизмах, ирригографии, ортоградном лаваже кишечника, промывании колостомы, гидравлической дезинвагинации кишки и т. д. Самым востребованным вариантом такого орошения является очистительная клизма. Например, в проктологическом отделении медицинским сестрам приходится выполнять до 40-50 таких клизм за один вечер [1]. Техника манипуляция за многовековую историю отработана до мелочей. Что же касается состава жидкостей для постановки очистительной клизмы, не все так однозначно.

В учебниках и учебных пособиях, по которым будущие медицинские сестры осваивают манипуляцию постановки очистительной клизмы. «Общий уход за больными» (Заликина Л. С., 1979), написано: «В кружку Эсмарха наливают 1-1,5 л воды комнатной температуры»; авторы С. А. Мухина и И. И. Тарновская (1989): «...В кружку Эсмарха налить 1-1,5 литра воды...»; те же авторы (2013): «Для очистительной клизмы взрослому человеку требуется 0,5-1 л воды»; автор И. Г. Фомина (2000): «Для усиления действия клизмы в жидкость добавляют 2-3 ложки вазелинового или подсолнечного масла или растворяют в воде столовую ложку мыльной стружки»; «Основы сестринского дела», авторы Т. П. Обуховец, О. В. Чернова (20-е издание, 2013): «Оснащение: ... — емкость с водой в количестве 1,5-2 литров»; «Сестринское дело в хирургии», автор В. Г. Стецюк (3-е издание, 2003): «В кружку Эсмарха

наливают воду или жидкость назначенного состава ... 1-1,5 л».

В руководстве для медсестер «Медсестра хирургического профиля. Практические навыки» авторы А. В. Возьмитина, Т. Л. Усевич (2001): «Приготовить ... — 1,5 л воды».

В ГОСТ 52623.2-2015 «Технология постановки очистительной клизмы», код А14.19.002 «Налить в кружку Эсмарха рекомендуемый объем воды определенной температуры».

В рубрике «Практикум для медсестер» журнала «Медицинская сестра» (2013 — №1,) рекомендуемая для очистительной клизмы жидкость названа раствором (без уточнения). По рисункам 1 и 4 можно догадаться, что применяется какой-то официальный препарат, а по рисунку 6 (отчет о выполненной процедуре) можно предположить, что это было описание фосфатной клизмы (в тексте ссылки на методику Fleet-enema нет).

В монографиях, посвященных колопроктологическим заболеваниям у взрослых и детей [1, 2], вода, как жидкость для постановки очистительной клизмы, не упоминается вообще.

Понять, каким образом различные жидкости, введенные в толстую кишку, влияют на состояние организма, в целом, и каким все-таки должен быть оптимальный состав жидкости для постановки, в частности, очистительной и сифонной клизм, можно только с позиции физиологии колоректальной зоны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Как известно, толстая кишка обеспечивает абсорбцию воды и электролитов, гидролиз и всасывание некоторых нутриентов, формирование каловых масс и т.д.

У взрослых за сутки через баугиниеву заслонку проходит около 4 л жидкости и до 700 мл экскретируется из крови (в основном с метаболитами и токсинами). Выделяется с каловыми массами 150-200 граммов. Таким образом, общий объем воды, абсорбируемой в толстой кишке, превышает 4,5 л. У детей раннего возраста колоректальная абсорбция составляет порядка 500-1000 мл жидкости и 50-100 мл ее выделяется с калом.

Пищеварительная функция толстой кишки осуществляется населяющей ее микрофлорой, насчитывающей свыше 400 видов бактерий (в основном, анаэробов), которые способны расщеплять нутриенты, резистентные к перевариванию в верхних отделах ЖКТ. Благодаря резидентной микрофлоре, слизистая толстой кишки получает питание не только из кровотока, но и из ее просвета, а организм обеспечивается необходимыми для его жизнедеятельности витамином К, короткоцепочечными жирными кислотами и антиоксидантами.

Формирование каловых масс во многом зависит от объема газов, влияющих на перистальтику толстой кишки и акт дефекации. Некоторое количество CO₂ поступает из тонкой кишки в виде мелкопузырчатой пены, которая в толстой кишке «гасится» и превращается в крупные газовые пузыри. Основное же количество газа (азота, водорода, метана, сероводорода, аммиака, меркаптана или метилмеркаптана) образуется в самой толстой кишке в результате вегетирования ее микрофлоры.

При формировании каловых масс происходит и адсорбция находящихся в них ядовитых веществ. В колоректальной зоне скапливается огромное количество токсинов. Основным их источником являются анаэробные бактерии и продукты гниения. Кроме того, из крови в толстую кишку организм экскретирует токсины, которые образуются в процессе обмена веществ и естественной гибели клеток. Большинство токсинов и метаболитов (индол, скатол, фенол, крезол, путресцин, протеиногенные амины и другие) связываются компонентами кала — пищевыми растительными волокнами, неперевааренными в тонкой кишке крахмальными зернами, комочками слизи. Но некоторое их количество вместе с водой всасывается в систему воротной вены и поступает в печень. В печени почти все токсины обезвреживаются и в конъюгированном виде выделяются с желчью в кишечник или поступают в кровь и экскретируются почками. Та часть токсинов, которая попадает в прямую кишку и всасывается системами средней и нижней

ректальных вен, поступает в нижнюю полую вену, то есть, минуя печень, оказывается в большом круге кровообращения.

Все виды колоректальных ирригаций так или иначе влияют и на абсорбционную, и на нутритивную, и на детоксицирующую функции толстой кишки, а последствия этого влияния во многом зависят от применяемой жидкости. Например, действие «водной» клизмы можно представить следующим образом.

При введении воды в толстую кишку и длительном ее удержании (обязательная рекомендация при постановке клизм) водорастворимые токсины высвобождаются из связывающих их компонентов кала, вместе с водой всасываются в систему воротной вены и оказываются в печени, где значительная их часть нейтрализуется. Поэтому постановка «водной» клизмы относительно здоровым лицам, как правило, не имеет негативных последствий. У больных же ослабленных, особенно с заболеваниями печени, с каловыми завалами, у стариков такая клизма приводит к различной тяжести интоксикации.

К интоксикации может привести даже введение с клизмой небольших объемов воды из-за поступления разжиженных каловых масс в прямую кишку (в норме их там быть не должно) и всасывание токсинов в среднем и нижнем ее отделах, которые сразу попадают в систему большого круга кровообращения. Признаками интоксикации при «водных» клизмах являются тахикардия, слабость, головокружение, холодный пот, тремор рук и другие. Постановка очистительной и сифонной «водных» клизм детям с болезнью Гиршпрунга (у них масса калового завала выше аганглионарной зоны иногда составляет несколько килограммов) сопровождается всасыванием такого количества ядовитых веществ, что может развиваться токсический криз и наступить каловая смерть.

В большинстве отечественных и зарубежных колопроктологических клиник для взрослых кишечника очищают преимущественно с помощью клизм из слабогипертонических солевых растворов или рас-

творов полиэтиленгликоля (ПЭГ). Такие же растворы используют и для ортоградного кишечного лаважа (синонимы общее промывание кишечника, интестинальный лаваж и др.), однако единого мнения об эффективности применения изоперистальтического промывания кишечника нет [1, 3].

В детской хирургии от воды для постановки клизм отказались уже более полувека назад. Вместо воды применяют 1 % или 2 % растворы хлорида натрия. В одной из первых публикаций о недопустимости применения воды для сифонной клизмы [4] написано: «При пороках развития толстой кишки, ее атонии, при болезни Гиршпрунга, при стенозах и задержке стула любого происхождения очистку кишечника проводят в течение 5-6 дней... Регулярно, в течение 4 предоперационных дней больному ставят обильные сифонные (солевые 1 %) клизмы 2 раза в день». И далее следует предостережение «Для очистки кишечника применяют многократно сифонную клизму из 1 % раствора хлористого натра, так как пользование обычной водой может привести к развитию шокоподобного состояния и даже смерти».

Последующие публикации, так или иначе относящиеся к проблеме очищения толстой кишки в детской хирургии, неизменно указывали на необходимость использовать для этой цели слабогипертонические растворы хлорида натрия. Опыт их применения (с марта 1963 года) есть и у коллектива врачей и медицинских сестер хирургических отделений ДОКБ.

Для очистительной клизмы мы применяем 1 %, а в последние 10-12 лет — преимущественно 2 % растворы хлорида натрия (10 или 20 граммов поваренной соли на 1 литр воды). Их концентрация всего на 0,15 % или, соответственно, на 1,15 % выше, чем у изотонического раствора, но при введении в толстую кишку они не абсорбируются против градиента давления (то есть, из-за повышенной осмолярности) и, следовательно, не всасываются растворившиеся в них токсины. В стационаре для получения нужных концентраций удобнее всего использо-

вать приготовленный в аптеке 10 % раствор NaCl, который разводят дистиллированной или обычной водой в соотношении 1:9 (100 мл 10 % хлорида натрия доводят водой до 1 литра и получается 1 % раствор), или 1:4 (к 200 мл маточного раствора соли добавляют 800 мл воды, чтобы получить 2 % раствор).

К технике постановки очистительной клизмы 2 % раствором NaCl, описание которой есть в учебных пособиях для медицинских сестер, можно добавить, что раствор, подогретый до 27-30° С, следует вводить постепенно, порционно (дробно), иначе может возникнуть стойкий спазм дистальных сфинктеров толстой кишки, что создает препятствие для поступления жидкости в вышележащие отделы кишки, и желаемого эффекта от клизмы не будет.

На способность удерживать жидкость (до 1,5 л) существенно влияет тонус анального сфинктера. У детей с врожденными пороками аноректальной зоны, у лиц, страдающих запорами, у больных с различного рода колитами, синдромом раздраженной кишки и новообразованиями толстой кишки, у пожилых людей способность удерживать жидкость при постановке очистительной клизмы часто резко снижена.

В последние годы для очищения толстой кишки стало модным применять методику Fleet-енема. Готовый препарат для клизмы содержит 45 мл раствора одно- и двухзамещенного фосфата натрия. В толстой кишке раствор вызывает активное образование пены, давление в кишке повышается, и через 5-20 минут после ирригации фосфатов происходит дефекация. Однако прием Fleet-енема может иметь побочные эффекты. Описаны случаи развития после такой клизмы дыхательной недостаточности и даже комы на фоне метаболического ацидоза, гиперфосфатемии, гипернатриемии и гипокальциемии. Нежелательные реакции на фосфатную клизму особенно выражены у престарелых пациентов и детей раннего возраста. «По-видимому, кроме удобств в применении (возможность постановки клизмы без участия медперсонала) больших преимуществ перед правильно выполненной очистительной клизмой методика Fleet-

епета не имеет» (цит. по М. Д. Ханевичу и соавт., 2003). По крайней мере, в отечественной детской хирургии и хирургической колопроктологии взрослых положительных отзывов об этом способе очищения кишечника почти нет.

В противовес очистительной, постановка сифонной клизмы является сугубо врачебной процедурой или зависимым сестринским вмешательством, то есть, выполняемым только в присутствии или с участием врача-хирурга. Вот некоторые особенности проведения этой манипуляции (из опыта подготовки детей к колопроктологическим операциям и исследованиям в хирургических отделениях профиля ДОКБ г. Твери).

Для сифонной клизмы необходимо 7-8 литров подогретого до 27-30°C 2 % раствора поваренной соли. При наличии препятствия в толстой кишке (например, аганглионарной зоны) приходится «вымывать» каловые завалы выше места сужения. В таких случаях используют прием под названием «высокая сифонная клизма», когда дистальный конец трубки от системы для сифонной клизмы (никакого наконечника не применяют) под контролем пальца, введенного в прямую кишку, заводят выше места сужения, и только после этого начинают процесс «вымывания» каловых масс. В течение всей процедуры требуется постоянный мониторинг состояния ребенка. За один сеанс обычно извлекается незначительное количество каловых масс, поэтому процесс полного опорожнения толстой кишки при постановке ежедневных клизм занимает 3-4 дня, а иногда и дольше.

В детской хирургии (как и в проктологических отделениях для взрослых) медицинским сестрам нередко приходится выполнять процедуру ирригации постоянной и временной колостомы. При болезни Гиршпрунга и аноректальной патологии у детей, у больных при колоректальном раке, чаще всего формируют сигмостому типа «двухстволки». Промывать следует как приводящий, так и отводящий отделы толстой кишки, для чего мы, как и ряд авторов [5], так же используем слабогипертонические растворы NaCl, а не воду, как написано в стан-

дарте промывания колостомы [6].

После формирования стомы зондом определяют направление приводящего и отводящего отделов толстой кишки. Трубку-ирригатор (ее длина и диаметр подбираются индивидуально для каждого пациента) вводят в приводящий канал колостомы на глубину до 10 см, затем к ней присоединяют систему для промывания (типа сифонной клизмы), заполненную 1 % или 2 % раствором хлорида натрия (его может потребоваться до 1,5 литров и более). Специальными приемами достигают полного освобождения приводящего канала колостомы от кишечного содержимого. Сменив ирригатор, подобную манипуляцию проделывают с отводящим каналом, применяя исключительно 1 % или 2 % раствор NaCl. Промывать дистальный канал колостомы столь же необходимо (а, может, и в большей мере) как и проксимальный, поскольку в отводящем отрезке кишки скапливаются слущенный эпителий (а при опухоли — атипичные клетки, продукты их жизнедеятельности и/или распада), слизь, токсины, продуцируемые анаэробной флорой, и токсины, экскретируемые в толстую кишку из крови. Причем все перечисленные ядовитые продукты не связываются пищевыми растительными волокнами или крахмальными зернами (их там нет), а постоянно всасываются и поддерживают интоксикацию.

Регулярные ирригации у детей позволяют во многих случаях отказаться от калоприемника, так как длительное его применение может привести к эвагинации колостомы и возникновению колостомической грыжи.

Первые сеансы ирригации медицинская сестра выполняет обязательно в присутствии врача, затем ее технике у маленьких детей обучают родителей пациента, а у детей старшего возраста и у взрослых — самого больного. В детском стационаре ирригацию колостомы проводят вначале ежесуточно, а после выработки у ребенка стойкого циркулярного рефлекса на эвакуацию каловых масс (дефекацию) через день.

Взрослым промывание колостомы рекомендуется проводить до

двух раз в сутки.

Техника ирригации конечной или одноствольной колостомы практически такая же.

Обязательным элементом сестринского процесса при ирригации колостомы является инфекционная защита пациента. Несмотря на явную, порой избыточную микробную контаминацию кишечного свища и окружающих его тканей, относиться к колостоме необходимо как к абсолютно стерильной ране. У детей и взрослых с колоректальной патологией иммунитет всегда ослаблен, поэтому чрезвычайно опасен риск кишечной суперинфекции и вторичного дисбактериоза.

В детской хирургии слабогипертонические растворы хлорида натрия применяют и для других колоректальных ирригаций. В частности, взвесь бария для ирригографии готовят на 2 % растворе поваренной соли. Совсем недавно [7] 2 % раствор NaCl стали использовать для гидравлической дезинвагинации кишок (взамен пневматической, при которой вероятность осложнений была довольно значительной). Ирригации раствора хлорида натрия применяют также с целью выработки у детей навыка удержания стула. После операций в аноректальной области (например, по поводу пороков развития) дети часто страдают недержанием кала. Из-за повреждения нервных и мышечных структур (особенно после повторных вмешательств) у них отсутствует рефлекс удержания стула. При вливании в прямую кишку 30-40 мл 3 % раствора NaCl происходит раздражение ее слизистой (3 % раствор в отличие от 1 % и 2 % обладает таким свойством). Когда появляются позывы на дефекацию, ребенку предлагают удержать стул волевым усилием, и после многократных подобных сеансов удается достичь стойкого положительного результата. Во всех перечисленных процедурах различной степени долевое участие принимают медицинские сестры.

Знание механизмов действия и возможных последствий процедур, выполняемых медицинской сестрой, относится к профессиональным компетенциям, которые формируются при обучении в колледже.

Порой у начинающих практическую деятельность медицинских сестер возникают ситуации, когда при работе в отделениях (особенно профильных) им приходится выполнять те или иные манипуляции «не так, как учили». Подобную несогласованность можно объяснить освоением некоторых сестринских навыков по принятым стандартам. По некоторым манипуляциям установленные стандарты не отвечают и в ряде случаев даже противоречат требованиям современной медицины. К подобным, стандартам, являющимся фактически противопоказаниями, относятся правила постановки медицинской сестрой очистительной клизмы и ирригации колостомы [6].

Выводы

1. Использование воды при колоректальных ирригациях (с целью очищения толстой кишки, ее рентгеноконтрастных исследований, промывания колостомы и иных целей) может сопровождаться интоксикацией различной степени тяжести.
2. О вероятности подобного осложнения должна знать медицинская сестра, выполняющая процедуру очистительной клизмы, участвующая в постановке сифонной клизмы, выполняющая промывание приводящего и отводящего колена двухствольной колостомы и другие манипуляции, сопряженные с необходимостью ирригации толстой кишки.
3. Для исключения возможной интоксикации при проведении колоректальных ирригаций у детей и взрослых целесообразно использовать слабогипертонические одно- и двухпроцентные растворы хлорида натрия, о чем будущие медицинские сестры должны быть информированы при обучении в колледже.

Литература

1. Ханевич М. Д. Колоректальный рак: Подготовка толстой кишки к операции/ М. Д. Ханевич, М. А. Шашолин, А. А. Зязин/ М.: МедЭкспертПресс; Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. — 136 с.
2. Детская колопроктология: Руководство для врачей / Под общ. ред. Гераськина А. В., Дронова А. Ф., Смирнова А. Н. / Издательская группа «Контэнт», 2012. — 664 с.

3. Воробьев Г. И., Чумак В. Н., с соавт. Ортоградное промывание кишечника как метод подготовки к колоноскопии // Хирургия. — 1994. — № 10. — С. 44-46.
4. Оперативная хирургия детского возраста. Под ред. Е. М. Маргорина/ изд. 2-е, доп. и перераб./ Медицина, Ленингр. Отд., 1967. — 519 с.
5. Сулайманов А. С., Хамраев А. Ж., Ленюшкин А. И. Временная колостомия у детей // Издательско-полиграфическое объединение им. Ибн Сины, 1993. — 80 с.
6. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ 52623.2 2015/ Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода. Технология пособия при стомах толстого кишечника (код А 14.18. 001); Технология пособия при постановке очистительной клизмы (код А 14.19.002) / Москва: Стандартинформ, 2015.
7. Румянцева Г. Н., Юсуфов А. А., Казаков А. Н., Бревдо Ю. Ф., Трухачев С. В., Светлов В. В. Неоперативное расправление инвагинации кишечника методом гидроколоноскопии // Журнал им. Н. В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». — 2015. — С. 55-61.

В. А. Брынских, 4 курс, фармацевтический факультет

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург, Россия

Кафедра управления и экономики фармации

Научный руководитель: д.ф.н., профессор, Г. Н. Андрианова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛИСТАМИ АПТЕК ИНФОРМАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ

Для оптимального функционирования современного фармацевтического рынка, специалистам, работающим в данной сфере, помимо прохождения обязательного подтверждения квалификации каждые 5 лет, необходимо постоянно заниматься самообразованием, в результате возникает большая потребность в проверенных и достоверных источниках профессиональной информации [1]. Но, в связи с высокой скоростью обновления информационной базы, происходит быстрое её устаревание, соответственно, найти качественные ресурсы с актуальной информацией о лекарственных средствах и в целом об инновациях в сфере фармации и медицине — непростая задача для современного провизора или фармацевта [2]. Разработок в области мониторинга информационной деятельности аптек и ее сотрудников крайне мало. Таким образом, нарушается одна из важнейших составляющих процесса обращения лекарственных средств, обеспечивающая эффективное и безопасное применение медикаментов[3]. Помимо этого, следует учитывать, что от доступности и заинтересованности работниками фармацевтического рынка в получении актуальной и современной информации напрямую зависит успешность их карьеры.

Источниками информации являются: специализированные издания (справочники, журналы, учебники); листки-вкладыши (инструкции); фирмы производители лекарственных средств; курсы повышения квалификации; центры информации о лекарственных средствах; электронные справочники и ресурсы в сети Интернет; профессиональная

информация медицинских и фармацевтических ассоциаций и научных сообществ; нормативная документация; государственный реестр лекарственных средств [4]. Далеко не все из перечисленных выше источников могут предоставить действительно достоверную и актуальную, на сегодняшний день, информацию. Изучение ресурсов, используемых современными работниками аптек, является актуальной темой, так как исходя из полученных результатов, можно судить о том, насколько достоверной и современной информацией обладают фармацевтические работники.

Цель исследования: оценить актуальность различных информационных отраслевых источников среди работников аптек.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 396 человек, из которых 60,4 % — фармацевты; 39,6 % — провизоры. Для проведения исследования была разработана анкета закрытого типа, с возможностью выбора как одного, так и нескольких вариантов ответа. Участникам опроса предлагалось ответить на вопросы, связанные с тем, какими источниками и ресурсами информации они пользуются в целях обновления и углубления профессиональных знаний.

Результаты и обсуждение

Следует отметить, что участники исследования занимают следующие должности: 82,1 % опрошенных — работники «первого стола»; 11,4 % — заведующие аптечными организациями; 6,5 % — заместители заведующего аптекой.

Специалистам фармацевтической сферы было предложено выбрать источники отраслевой информации, которые они обычно используют. Результаты опроса показали, что более 80 % работников предпочитают электронные ресурсы; 59,6 % — используют информацию, полученную от презентаций медицинских представителей; 42,4 % — получают знания на заседаниях и конференциях фармацевтической направленности; 39,9 % фармацевтов и провизоров узнают об иннова-

циях из бумажных источников; и, только для 28,8 % опрошенных — достаточно информации, получаемой при прохождении курсов повышения квалификации.

Следующей задачей анкетирования было выявление лидеров среди электронных ресурсов. Наиболее актуальными источниками по результатам анкетирования оказались: Лекарственные справочники ВИДАЛЬ, РЛС (50,8 %); Государственный реестр лекарственных средств (33,8 %); Сайт журнала «Катрен Стил» (31,6 %). Также для голосования были предложены такие варианты, как официальный сайт Министерства Здравоохранения Российской Федерации; сайты аптек/аптечных сетей, где работают фармацевтические работники, проходящие анкетирование; ресурсы SmartPharma, PharmEdu, EduMarket; официальные сайты журналов и газет «Фармацевтический вестник», «Российские аптеки»; но данные ресурсы оказались менее популярными. 45,7 % проголосовавших, используют электронные источники, не фигурировавшие в предложенном опросе, и, только, 5,8 % опрошенных вообще не используют электронные ресурсы.

Лидерами среди печатных изданий оказались следующие журналы и газеты: «Первый стол», «Аптекарь», «Вестник фармации», однако, более 50 % опрошенных не интересуются печатными изданиями, и аптеки, в которых они работают, не имеют на них подписки. Помимо вышеперечисленных печатных изданий для выбора были предложены следующие варианты: «Российские аптеки», «Фармацевтическое обозрение», «Фармацевтический бюллетень», «Биофармацевтический журнал», «Вестник Росздравнадзора», «Фармация», «Ремедиум», но их используют лишь от 1 % до 6,6 % участников анкетирования.

Выводы

1. Электронные источники информации явно преобладают перед другими вариантами. Лидерами среди них являются — Государственный Реестр Лекарственных Средств и справочники лекарственных средств РЛС, ВИДАЛЬ. Следует отметить, что Государственный Реестр

Лекарственных Средств, предлагает исключительно достоверную и актуальную информацию о медикаментах.

2. Лишь меньшая часть, прошедших опрос, была мало заинтересована в получении профессиональной информации, т.к. довольствовались, знаниями, получаемыми при прохождении курсов повышения квалификации. Исходя из этого, можно сделать вывод, что все-таки наибольшая часть специалистов осознает необходимость получения дополнительных знаний в своей профессии.

3. Среди газет и журналов ведущие места заняли издания, несущие в себе информацию скорее отраслевого популярного и развлекательного характера, нежели научного.

4. К сожалению, бумажные издания не являются распространенным ресурсом среди практикующих работников.

5. Так как среди предложенных вариантов было получено немало результатов с вариантом «Другое» (15,9 % — среди печатных изданий и 45,7 % — среди электронных ресурсов), можно говорить об общей осведомленности фармацевтических работников об информационных ресурсах и большом их количестве, а также можно сделать вывод, что в целом работники фармацевтического рынка заинтересованы в актуализации знаний.

Литература

1. Светлицкая, Т. Г. Структура рынка фармацевтических товаров / Т. Г. Светлицкая // Экономический вестник фармации. — 2003. — №5. — С.16-17.
2. Лебедев, Г. С. Информационные технологии в медицине 2011-2012 / под ред. Г. С. Лебедева, Ю. Ю. Мухина. — М.: Радиотехника, 2012. — 200 с.
3. Жеткевич, О. В. Анализ удовлетворенности фармацевтических специалистов профессиональной информацией о лекарственных средствах//Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Фармацевтическое образование, наука и практика: горизонты развития». — 2016. — С. 103-106.
4. Чубарев, В. Н. Фармацевтическая информация: учебник /; Под ред. акад. РАМН А. П. Арзамасцева. — М., 2000. — 442 с.

К. А. Буданова, А. И. Богомолова, Е. Г. Цыплякова, 3 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель: старший преподаватель Е. В. Немытышева

СИСТЕМНЫЕ ЭФФЕКТЫ МЕСТНЫХ АЛЬФА-АДРЕНОМИМЕТИКОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА ЛАБОРАТОРНОМ ЖИВОТНОМ

Широта сферы применения местных альфа-адреномиметиков весьма велика. Их применяют при острых ринитах, синуситах, гайморитах, евстахиитах, а также для облегчения риноскопии, для остановки носовых кровотечений, при аллергических конъюнктивитах. Системные побочные эффекты, возникающие при длительном применении данных средств, отмечаются редко. По данным литературы при длительном применении и дозах, превышающих рекомендуемые, могут развиваться местные явления в виде раздражения и атрофии слизистой, и системное влияние — тахикардия, повышенное артериальное давление. Являясь безрецептурными препаратами данные средства достаточно часто используются необоснованно и бесконтрольно, что в сочетании с такими распространенными патологиями как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца могут, по-видимому, давать негативные эффекты.

Цель исследования: Изучить влияние местных альфа-адреномиметиков при их длительном интраназальном применении на показатели углеводного, липидного обмена, состояние гемостаза и сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы

Эксперимент проводился на лабораторных животных (кроликах), которым в течении 6 недель 2 раза в день в полость носа закапывали по 2 капли местного альфа — адреномиметиканафазолин (нафазолина нитрат). Нафазолин — относится к альфа-адреностимулирующему сред-

ству, которое незамедлительно оказывает вазоконстрикторное действие на сосуды слизистой оболочки. Исследования свёртывания крови выполнялись по методу Бюркера (часовое стекло). Липиды — общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП определялись с помощью биохимического фотометра Statfax 1904 Plus. Изменение глюкозы производилось с помощью глюкометра OnetouchSelekt. Определение ЧСС проводилось в стандартизированных условиях (в покое, до проведения каких-либо манипуляций).

Результаты и обсуждение

В ходе исследования были выявлены существенные нарушения липидного обмена. Содержание ЛПНП в крови лабораторных животных стало заметно изменяться на 3 неделе. Эти изменения сохранялись на протяжении всего эксперимента, достигнув максимума к концу 6 недели. В свою очередь, параллельно увеличению ЛПНП, началось уменьшение ЛПВП на 4 неделе, и тенденция к их уменьшению сохранялась вплоть до завершения исследования. Таким образом, за 6 недель эксперимента у животных развилась атерогенная гиперлипотеинемия, характеризующаяся увеличением общего холестерина, ЛПНП и снижением содержания ЛПВП. Свертываемость крови и уровень глюкозы остались в пределах нормы и практически не изменились. Также отмечается тенденция к повышению частоты сердечных сокращений (таблица 1).

Таблица 1

Частота сердечных сокращений

№	Показатели	До опыта	Через 1 неделю	Через 2 недели	Через 3 недели	Через 4 недели	Через 5 недель	Через 6 недель
1	ЧСС, уд./мин	79	115	169	124	143	163	104
2	Глюкоза, ммоль/л	4,3	4,1	5,6	5,9	7,5	5,7	5,4
3	Время свертывания крови	4 мин. 35 сек	5 мин. 34 сек	4 мин. 27сек	4 мин. 27сек	4 мин. 15 сек	2 мин. 51 сек	3мин. 43 сек
4	Общий холестерин, ммоль/л	1,2	2,2	2,3	2,8	3,1	4,0	6,3
5	ЛПВП, ммоль/л	1,01	1,40	1,50	1,20	0,85	0,98	0,75
6	ЛПНП, ммоль/л	0,19	0,80	0,80	1,60	2,25	3,02	5,55

Можно предположить, что длительное использование местных альфа-адреномиметиков вызывает возникновение атерогенной гиперлипидемии. Вероятно, что механизм данного эффекта связан с активацией липолиза через альфа-адренорецепторы. Таким образом, длительное использование местных альфа-адреномиметиков может приводить к атерогенезу.

Заключение

Местные альфа-адреномиметики при длительном применении оказывают влияние на липидный обмен, стимулируя атерогенную гиперлипидемию. Данная гипотеза требует дальнейшего изучения и продолжения экспериментальной работы.

Литература

1. Харкевич, Д. А. Фармакология. Десятое издание/Д. А. Харкевич// — М.:Гэотар-Медиа, 2009. — 145 с.
2. Калинин, М.Н., Волков, В.С., Заварин, В.В. Атеросклероз: патофизиология, лечение, первичная профилактика./М.Н.Калинкин// — Тверь: РИЦ_ТГМА, 2009. — 215 с.
3. Цыган, В.Н. Патофизиология. Клиническая патофизиология:учебник для П20 курсантов и студентов военно-медицинских вузов: в 2 т./под ред. Проф. В.Н. Цыгана.// — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2018. — Т.1 : Патофизиология. — 430с.
4. Цыган, В.Н. Патофизиология. Клиническая патофизиология:учебник для П20 курсантов и студентов военно-медицинских вузов: в 2 т./под ред. Проф. В.Н. Цыгана.// — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2018. — Т.2 : Патофизиология. — 430с.
5. Эдже, М.А. Современные комбинированные средства в лечении пациентов с ринитом различного генеза/ М,А, Эдже, А.Ю. Овчинников// Медицинский совет.- 2016.- №9 — С.48-52.

К. А. Буданова, Т. С. Мареева, 3 курс, лечебный факультет,
А. М. Морозов
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК В МЕДИЦИНЕ — АКТУАЛЬНОСТЬ ИЛИ АНАХРОНИЗМ

Традиция изучения латинского языка в медицинской сфере имеет многовековую историю. С давних пор латинский язык, наряду с греческим, воспринимался как основной язык медицины, но можно ли сказать, что в 21 веке положение латинского языка в медицине по-прежнему остаётся на том же уровне, что и раньше?

Латинский язык относится к числу мёртвых языков, так как сейчас нет живого народа — носителя данного языка. История этого языка очень долгая, интересная, восходит к началу первого тысячелетия до н.э. и принадлежит к итальянской ветви индоевропейской семьи языков.

До кризиса античного мира международным языком считался греческий, который выполнял функцию языка медицины, служил средством профессионального общения для врачей разных этнических групп. Древнегреческая медицина, прежде всего, связана с именем её основателя — Гиппократом, в «Гиппократовом корпусе», были заложены основы научной медицинской терминологии, касающейся области физиологии, патологии, симптоматики и т. д. Греческий и латинский языки исторически и территориально взаимодействующие, поэтому недостающие обозначения заимствовались латинским языком из греческого.

Начиная с VIII в. народно-разговорный латинский язык стал «мёртвым», т.е. перестал быть понятным для народов, начинающих говорить на новых национальных языках Европы, основой для которых послужила народная латынь, и в это же время «мёртвая» латынь ока-

залась особым языком, потому что на протяжении ряда столетий она оставалась письменным, книжным языком и понятным только учёной и учащейся Европе.

С XVII века национальные языки стали постепенно замещать латынь в медицине, одними из первых стран так сделали Франция, Италия и Англия. Хирург Амбруаз Паре писал свои труды на разговорном французском языке, чем сильно нарушал установленные традиции, но до XVIII в. включительно латынь оставалась международным языком биологии и медицины, на котором издавались научные труды и велось преподавание. К середине XIX в. Положение резко меняется, когда латынь окончательно уступает место национальным языкам, и они становятся средством письменного и устного научного общения. Следует заметить, что так происходило в Англии ещё с XVI в. Из истории языка научной медицины в Англии интересным является тот факт, что в английском не было собственной терминологии, и термины создавались на латинской основе, при этом латинским словам придавалась англо-ирированная форма. Из этого можно сделать вывод, что латынь была побеждена путем заимствования терминов из нее самой.

В России латинский язык в течение многих десятилетий был языком науки, научной литературы и медицины в том числе. На латыни написаны многие научные труды М.В. Ломоносова, Н.И. Пирогова и других русских врачей и деятелей медицины.

Свою функцию международного общения и взаимопонимания врачей разных культур и языков, латинский язык в 21 веке утратил. Медицинские работники европейских стран в настоящее время активно используют английскую терминологию, оставив латынь в прошлом. Своё положение, как «язык науки» латынь сохраняет только в странах СНГ.

Цель исследования: исследовать значимость латинского языка в современной медицине.

Методы исследования

В качестве основного метода исследования использовалось анонимное анкетирование студентов ТГМУ и врачей. В опросе приняли участие 200 респондентов. Из них: студентов 3 курса лечебного факультета — 75, студентов 3 курса педиатрического факультета — 75, врачей — специалистов — 50.

Результаты и обсуждение

Полученные данные позволяют рассмотреть целый ряд проблем, которые можно разделить на 3 смысловых блока.

Блок 1 — частота использования латинской терминологии на рабочем месте. Согласно полученным данным, часто используют латынь на работе около 35 % студентов-лечебников, около 24 % студентов педиатрического факультета и 66 % врачей-специалистов.

Редко или иногда используют латынь на рабочем месте 62 % студентов лечебного факультета, около 75 % студентов-педиатров и 44 % врачей различных специальностей.

Совсем не используют латинскую терминологию на рабочем месте 3 % студентов-лечебников и 1 % студентов-педиатров.

Блок 2 — Значимость латинского языка и актуальность сохранения латинской терминологии в медицине.

По результатам анкетирования считают, что сохранение латинского языка в медицине — это «дань традиции» 56 % врачей-специалистов, 46 % опрошенных студентов лечебного факультета и 42 % студентов педиатрического факультета.

Блок 3 — отношение к внедрению английского языка в медицинскую литературу. Как показали данные опроса, поддерживают внедрение английского языка в медицину и выступают «за» распространение англоязычных терминов в медицине лишь 4 % врачей-специалистов, 25 % обучающихся на лечебном факультете и 32 % студентов-педиатров.

Выводы

Латинский язык в России продолжает оставаться важным культурным явлением, однако практическое применение его со временем утрачивается. Отчасти это связано с тем, что английский язык в современном мире претендует на звание международного, внедряясь во все социальные сферы. И медицина не исключение. Большинство современной литературы представлено на английском, тренинги, конференции также рассчитаны на знание этого языка. И в итоге, хотим мы этого или нет, обстоятельства вынуждают нас изучать английский язык, чтобы не допустить информационной изоляции, что для врача недопустимо.

Таким образом, изучение латыни в медицинских вузах реализуется как дань традиции, так как функциональность этого языка в настоящее время минимальна.

Литература

1. Беленкова, Г. А. Латинский язык как средство достижения профессионального взаимопонимания / Г.А. Беленкова, А.С. Чеплыгин // Вестник Камчатского политехнического техникума — Краевое государственное профессиональное образовательное автономное учреждение "Камчатский политехнический техникум" — Петропавловск-Камчатский — 2016. — С. 2.
2. Буданова, К. А. Латинский язык в современном медицинском студенческом обществе / К.А.Буданова, Т.С. Мареева // Материалы Всероссийского молодежного форума с международным участием: Неделя науки 2017: материалы. — Ставрополь — Изд-во СтГМУ — 2017. — С. 638-639
3. Буданова, К.А. О латинском языке в контексте современной медицины глазами студентов лечебного факультета Тверского государственного медицинского факультета / К.А.Буданова, Т.С. Мареева // Материалы Всероссийского молодежного форума с международным участием: Неделя науки 2017 — Ставрополь — Изд-во СтГМУ — 2017. — С. 640-641
4. Гордокова, Ю.А. Латинский язык: учеб. пособие для студентов медицинских и фармацевтических колледжей и училищ. — Москва: КНОРУС — 2017. — С. 13-14.
5. Морозов, А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / А. М. Морозов, В. А. Кадыков, О. В. Пельтихина, Э. М. Аскеров, А. Д. Морозова // Синергия наук. — 2018. — № 19. — С. 1018-1024. — URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.
6. Рагимова, В. М. Происхождение медицинской терминологии / В.М. Рагимова, З. Г.Саламова // Успехи современной науки и образования. — 2017. — том 3. — №1. — С.92 –94.

7. Петрова, В. В. Пособие для самостоятельной работы студентов по теме «История развития латинского языка. Общие сведения о развитии медицинской терминологии. Латинский алфавит. Правила чтения. // Уссурийск. — 2013. — С.24.
8. Язык. Образование. Культура. Сборник материалов X Всероссийской научно-практической электронной конференции с международным участием, посвященной 81-летию КГМУ (25-30 апреля 2016 г.) — Курск: КГМУ. — 2016. — С. 333-338.

Е. И. Буркова, 6 курс, лечебный факультет; О. Н. Крюкова

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия

Кафедра физической культуры и медицинской реабилитации

Научный руководитель: к.п.н., доцент О. Н. Крюкова

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

В настоящее время считается согласованной точкой зрения, что в основе высокой распространенности сердечно-сосудистой патологии у лиц с сахарным диабетом лежит раннее ускоренное развитие атеросклероза сосудов различной локализации, прежде всего коронарных сосудов, артерий головного мозга и нижних конечностей [1, 2]. Среди причин развития сердечно-сосудистой патологии у больных сахарным диабетом имеют значение несколько факторов. В результате крупных эпидемиологических исследований установлено, что у лиц с диабетом значительно чаще отмечаются такие общепризнанные «классические» факторы риска атеросклероза, как артериальная гипертензия, ожирение и дислипидемия [3-5].

Цель исследования: изучить распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных сахарным диабетом 2 типа в 2-х возрастных категориях: 40-59 лет и 60-79 лет, а также проанализировать эти показатели в зависимости от полового признака.

Материалы и методы

Всего было обследовано 60 пациентов поликлиники ГУЗ Липецкая ГБСМП №1, больных сахарным диабетом 2 типа. Все они были разделены на 2 равные по численности группы: 1-я группа — 40-59 лет, 2-я группа — 60-79 лет. Методы исследования: опрос, физикальное обследование больных, биохимические исследования крови. Проведено исследование следующих факторов риска ССЗ: низкая физическая активность, избыточный вес (ожирение), стрессы и вредные условия тру-

да на производстве, несоблюдение диеты, отягощенная наследственность по ССЗ, нарушение липидного обмена (дислипидемия), величина артериального давления во время визита в поликлинику, курение.

Отдельно проанализированы факторы риска среди мужчин и женщин. Статистическая обработка материала проведена с помощью электронных таблиц Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

Распространенность факторов риска наглядно представлена на рисунках 1-3.

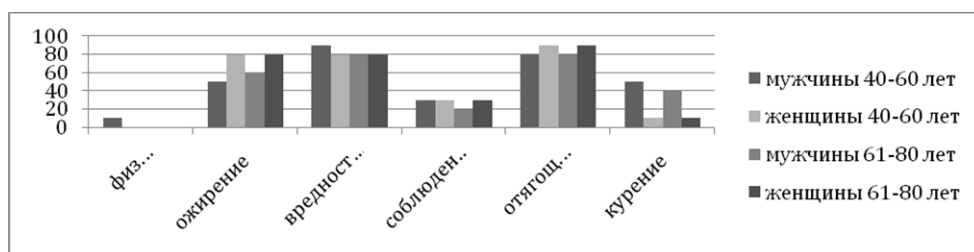


Рис. 1. Распространенность факторов риска в разных возрастных категориях у мужчин и женщин, %

В ходе исследования было выяснено, что в обеих возрастных категориях и мужчины, и женщины имеют низкую физическую активность. Только лишь один пациент (10 %) среди мужчин в возрастной категории 40-59 лет занимался активным отдыхом в виде езды на велосипеде (что составило 10 %). Обследованные женщины (как 40-59 лет, так и 60-79 лет) и мужчины в возрасте 60-79 лет не придерживались активного образа жизни. Вероятно, низкая физическая нагрузка связана не столько с нежеланием самих больных, но и с наличием у большинства сопутствующих заболеваний и прежде всего заболеваний опорно-двигательного аппарата.

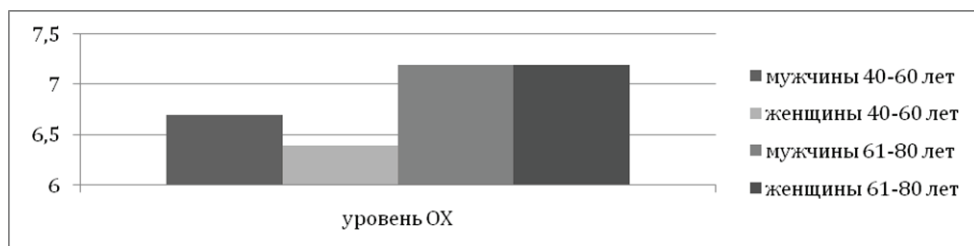


Рис. 2. Содержание общего холестерина в разных возрастных категориях у мужчин и женщин

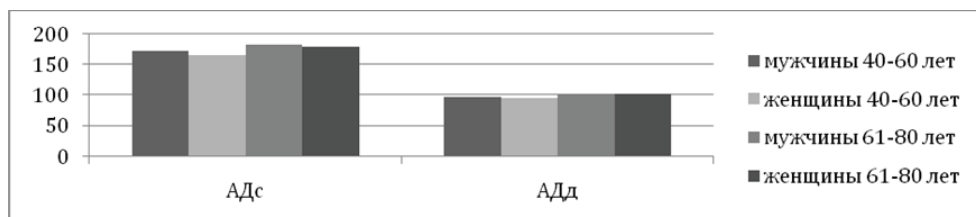


Рис. 3 — Максимальное значение артериального давления в разных возрастных категориях у мужчин и женщин

В ходе исследования было выяснено, что в обеих возрастных категориях и мужчины, и женщины имеют низкую физическую активность. Только лишь один пациент (10 %) среди мужчин в возрастной категории 40-59 лет занимался активным отдыхом в виде езды на велосипеде (что составило 10 %). Обследованные женщины (как 40-59 лет, так и 60-79 лет) и мужчины в возрасте 60-79 лет не придерживались активного образа жизни. Вероятно, низкая физическая нагрузка связана не столько с нежеланием самих больных, но и с наличием у большинства сопутствующих заболеваний и прежде всего заболеваний опорно-двигательного аппарата.

В ходе исследования выяснено, что женщины страдают ожирением чаще, чем мужчины (80 % и 50 % соответственно), при этом с возрастом количество мужчин с ожирением становится больше (50 % и 60 %). Неблагоприятные производственные условия, включая хронический стресс отмечались у большинства больных (более 80 %).

Среди обследованных мужчин и женщин диету с ограничением жиров и простых углеводов соблюдают лишь 20-30 %, при этом среди пациентов 60-79 лет женщины придерживаются диетических рекомендаций чаще мужчин (30 % и 20 % соответственно). Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям как фактор риска встречается очень часто как в первой, так и во второй возрастной категориях. Женщины отмечали данный фактор чаще, чем мужчины (90 % и 80 % соответственно).

В исследовании курящими пациентами гораздо чаще являлись мужчины, чем женщины (50 % и 10 % соответственно), однако в возрастной категории старше 60 лет количество курящих мужчин снизилось до 40 %.

Средний уровень общего холестерина был повышен по всех исследуемых группах. В возрастной категории 40-60 лет — несколько больше у женщин, чем у мужчин (6,7 и 6,4 ммоль/л соответственно). С возрастом этот показатель имел тенденцию к увеличению и оказался одинаковым как у мужчин, так и у женщин (7,2 ммоль/л).

Все обследованные пациенты страдали гипертонической болезнью с плохим контролем. В возрастной категории 40-59 лет среднее значение максимального АД у мужчин был выше, чем у женщин (172/98 и 166/95 мм рт. ст. соответственно). С возрастом этот показатель увеличился и стал примерно одинаков у мужчин и женщин (183/102 и 180/103 мм рт.ст.).

Выводы

1. Низкая физическая активность, вредные факторы на производстве, отягощенная наследственность по ССЗ являлись самыми частыми факторами риска (составляли 80-90 %), в то же время диету соблюдало очень малое количество пациентов — лишь 20-30 %.
2. Ожирением чаще страдали женщины, чем мужчины (80 % и 50 % соответственно), однако курению больше подвержены мужчины (50 и 10 %).

3. Средние показатели общего холестерина и значения АД с возрастом возрастают (с 6,4 до 7,2 ммоль/л и со 166/95 до 183/102 мм.рт.ст. соответственно).

Литература

1. ВГМА им. Н.Н. Бурденко — территория здорового образа жизни / И.Э. Есауленко, В.И. Болотских, А.А. Зуйкова, В.И. Попов, Т.Н. Петрова, О.Н. Красноруцкая. — Воронеж: Научная книга, 2011. — 206 с.
2. Изменение концентрации общего и лабильного цинка у пациентов с артериальной гипертензией на фоне приема препарата «Цинктерал» / Ю.А. Котова, А.А. Зуйкова, А.Н. Пашков, В.И. Болотских, О.Н. Красноруцкая, Н.В. Страхова, Е.Ю. Есина, И.С. Добрынина // Современные проблемы науки и образования. — 2016. — № 5. — С. 114.
3. Зуйкова, А.А. Изменение биологических ритмов организма человека на фоне стрессовых воздействий / А.А. Зуйкова, О.Н. Красноруцкая, Е.А. Ханина // Вестник новых медицинских технологий. — 2010. — Т. 17, № 2. — С. 195- 197.
4. Котова, Ю.А. Окисленные модифицированные белки сыворотки крови у пациентов с дислипидемией на фоне гипертонической болезни / Ю.А. Котова, А.А. Зуйкова, А.Н. Пашков // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. — 2015. — № 4. — С. 90-93.
5. Страхова, Н.В. Состояние гемодинамики у больных артериальной гипертонией и постинфарктным кардиосклерозом / Н.В. Страхова, О.Н. Красноруцкая, Ю.А. Котова // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). — 2016. — Т. 31. — № 1. — С. 47-49.

Е. И. Буркова, 6 курс, лечебный факультет; О. Н. Крюкова

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия

Кафедра физической культуры и медицинской реабилитации

Научный руководитель: к.п.н., доцент О. Н. Крюкова

ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ

Развитые и развивающиеся страны все чаще сталкиваются с одинаковыми медицинскими проблемами. Один из наиболее ярких примеров такой тенденции — тот факт, что такие болезни сердечно-сосудистой системы как гипертоническая болезнь, заболевания эндокринной системы, в том числе сахарный диабет, становятся основной причиной смертности в мире [1].

В настоящее время в России около 40 % населения (более 42 млн. человек) страдают артериальной гипертонией. Гипертония является причиной смертельного исхода приблизительно в 77-78 % случаев — это около 1,54 миллиона смертей в 2016 году [2, 3].

По данным ВОЗ на 2016 год 422 миллиона человек во всем мире страдают от диабета. По предварительным данным, в Российской Федерации в 2015 году число больных сахарным диабетом составляет 4 418 305 человек [4, 5].

Проблема коморбидности становится актуальной в условиях демографического старения населения. Сочетанная патология создает новую клиническую ситуацию, требующую учета ее особенностей при выборе тактики ведения пациента на всех этапах медицинской помощи.

Цель исследования: оценить эффективность тактики ведения пациентов с коморбидной патологией в рамках амбулаторно-поликлинического этапа (гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, ожирение).

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе БУЗ ВО Лискинская РБ, поликлиническое отделение, в период с 29.06.2017 по 22.07.2017. Объект наблюдения — 50 пациентов с коморбидной патологией: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, ожирение.

Учетные признаки: пол, возраст, ИМТ, физиологические данные за 2016-2017 гг.- АД, общий холестерин, глюкоза крови.

Методы диагностики показателей: анамнез, документация: медицинская карта амбулаторного больного (форма 025/у), талон амбулаторного пациента (форма 025-12/у-04), выписка из медицинской карты стационарного больного (форма 027/у), лабораторные, инструментальные данные.

Методы исследования: сравнение, наблюдение, измерение, описание, среднее арифметическое, комбинационная таблица.

Результаты и обсуждение

Всего было обследовано 50 человек, сформировано 3 группы больных: I группа — больные с диагнозом ГБ и СД 2 типа, 7 человек — 14 %; II группа — больные с диагнозом ГБ и ожирение, 31 человек — 62 %; III группа — больные с диагнозом ГБ, СД 2 типа и ожирение, 12 человек — 24 %.

Динамика АД у пациентов I группы (ГБ+СД 2 типа) в период 2016-2017 года на фоне проводимого лечения: июль 2016 1 степень АГ — 25 %, 2 степень АГ — 55 %, 3 степень АГ — 20 %. В июле 2017 года показатели АД соответствовали норме у 31 %, 1 степень АГ у 50 %, 2 степень АГ у 19 %.

У пациентов II группы (ГБ+Ожирение) в июле 2016 года 1 степень АГ — 35 %, АГ 2 степени у 50 %, АГ 3 степени у 35 %. В июле 2017 года у 25 % исследуемых АД стабилизировалось, у 40 % — АГ 1 степени, у 35 %- АГ 2 степени.

У пациентов III группы (ГБ+СД 2 типа+ожирение) в июле 2016 года АГ 1 степени было у 35 %, АГ у 2 степени — 35 %, АГ 3 степени у 45 %. В

июле 2017 года нормальное АД было у 35 %, АГ 1 степени у 40 %, АГ 2 степени у 25 %

Гиперхолестеринемия в 2016 году была выявлена у 90 % исследуемых. Средний уровень холестерина в группе ГБ+СД 2 типа — 6,5 ммоль/л, в группе ГБ+ожирение — 7 ммоль/л, в группе ГБ+СД 2 типа+ожирение — 7 ммоль/л. В 2017 году больных с гиперхолестеринемией снизилось до 11 %. Средний уровень холестерина в группе ГБ+СД 2 типа 4.5 ммоль/л, в группе ГБ+ожирение — 5 ммоль/л, в группе ГБ+СД2 типа+ожирение — 5,5 ммоль/л

Средний уровень глюкозы крови в 2016 году у больных в группах ГБ+СД 2 тип и ГБ+СД 2 тип + ожирение был 9 ммоль/л. На фоне лечения в 2017 году уровень глюкозы в этих же группах снизился до 7 ммоль/л.

Осложнения в виде ГЛЖ и ОНМК в группе ГБ + СД 2 тип составили 50 % и 35 % соответственно, у 15 % исследуемые осложнения отсутствовали, в группе СД + ожирение ГЛЖ наблюдалась у 60 % , ОНМК у 35 %. В группе ГБ + СД 2 тип + Ожирение ГЛЖ у 54 %, ОНМК у 46 % (рис. 1).

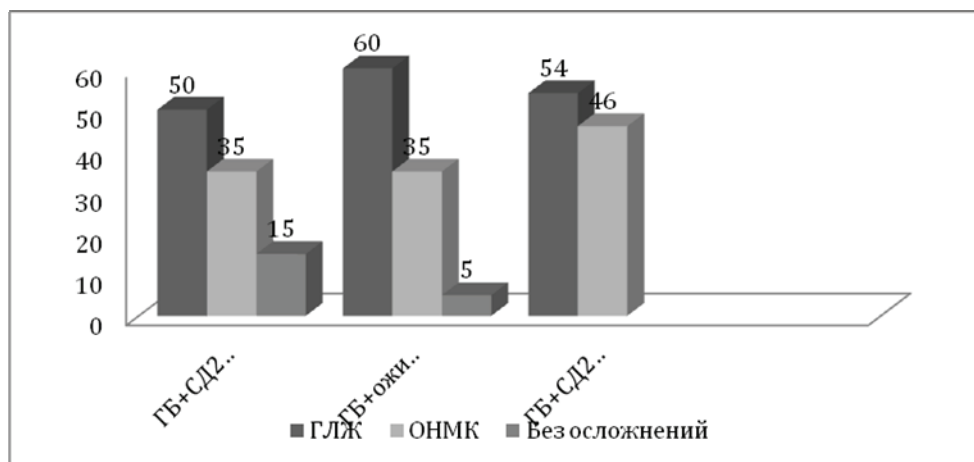


Рис. 1. Осложнения в виде ГЛЖ и ОНМК в группах сравнении

Заключение

При исследовании пациентов с коморбидной патологией (ГБ, СД 2 типа, ожирение) преобладали женщины -62 %, средний возраст которых составил 59 лет.

Распространенность коморбидной патологии у пациентов: больные с диагнозом ГБ и СД 2 типа, 7 человек-14 %; больные с диагнозом ГБ и ожирение, 31 человек — 62 %; I больные с диагнозом ГБ, СД 2 типа и ожирение, 12 человек — 24 %.

На фоне проводимой терапии в течение года показатели АД во всех группах улучшились и соответствовали норме у 31 % в I группе (ГБ+СД 2 типа), во II группе (ГБ + ожирение) у 25 % исследуемых. В III группе (ГБ+СД 2 типа + ожирение) нормальное АД было у 35 %.

Осложнения в виде ГЛЖ и ОНМК в группе ГБ+СД 2 тип составили 85 %, в группе СД + ожирение ГЛЖ наблюдалась у 95 %. В группе ГБ+СД 2 тип+ Ожирение составили 100 %.

Литература

1. ВГМА им. Н.Н. Бурденко — территория здорового образа жизни / И.Э. Есауленко, В.И. Болотских, А.А. Зуйкова, В.И. Попов, Т.Н. Петрова, О.Н. Красноруцкая. — Воронеж: Научная книга, 2011. — 206 с.
2. Изменение концентрации общего и лабильного цинка у пациентов с артериальной гипертензией на фоне приема препарата «Цинктерал» / Ю.А. Котова, А.А. Зуйкова, А.Н. Пашков, В.И. Болотских, О.Н. Красноруцкая, Н.В. Страхова, Е.Ю. Есина, И.С. Добрынина // Современные проблемы науки и образования. — 2016. — № 5. — С. 114.
3. Зуйкова, А.А. Изменение биологических ритмов организма человека на фоне стрессовых воздействий / А.А. Зуйкова, О.Н. Красноруцкая, Е.А. Ханина // Вестник новых медицинских технологий. — 2010. — Т. 17, № 2. — С. 195- 197.
4. Котова, Ю.А. Окисленные модифицированные белки сыворотки крови у пациентов с дислипидемией на фоне гипертонической болезни / Ю.А. Котова, А.А. Зуйкова, А.Н. Пашков // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. — 2015. — № 4. — С. 90-93.
5. Страхова, Н.В. Состояние гемодинамики у больных артериальной гипертензией и постинфарктным кардиосклерозом / Н.В. Страхова, О.Н. Красноруцкая, Ю.А. Котова // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). — 2016. — Т. 31. — № 1. — С. 47-49.

М. С. Бурлаков, Г. М. Терехов, 2 курс, стоматологический факультет;
В. В. Жигулина

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра биохимии с курсом КЛД ФДПО
Научный руководитель: к.б.н., старший преподаватель
В. В. Жигулина

МЕТАБОЛИЗМ L-АРГИНИНА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА МЫШЕЧНУЮ ТКАНЬ

В настоящее время в обществе сильно популяризуется культ тела человека, в частности, рост мышц. В настоящее время L-аргинин хорошо известен среди спортсменов и людей, заинтересованных в спорте. Есть много информации о влиянии L-аргинина на рост мышечной ткани, однако наблюдается отсутствие обобщенной научной информации по данному вопросу.

Цель исследования: изучить и обобщить последние научные исследования, посвященные влиянию L-аргинина на рост и восстановление мышечной ткани.

Материалы и методы

- 1) изучить влияние L-аргинина на рост мышечной ткани
- 2) исследовать влияние L-аргинина на восстановление мышечной ткани.

Результаты и обсуждение

Использовать аргинин (2-амино-5-гуанидинпентановую кислоту) в бодибилдинге стали раньше, чем комплексные аминокислоты. Для человека аргинин является условно незаменимой аминокислотой, однако в определенные периоды жизни, в частности, в периоды интенсивного роста и развития, а также при патологиях, организм не может обеспечить достаточного количества этого соединения, из-за чего она должна попадать в организм с пищей. Согласно норме, установленной специалистами, суточная потребность в аргинине у взрослых людей составляет до 6 г, а у детей до 4 г. Бодибилдерам, чтобы набрать мы-

шечную массу, советуют принимать 3-9 г в сутки, начиная с минимальной дозы. Основная роль L-аргинина в его действии на мышечную ткань связана с его метаболитами. Одним из его метаболитов является оксид азота — NO, легко проникающий сквозь мембраны клеток, не нуждаясь в каналах или рецепторах. Проникая в клетки гладких мышц сосудов, прилегающие к эндотелию, NO регулирует активность гемсодержащей гуанилатциклазы. Этот фермент дефосфорилирует гуанозинтрифосфат с образованием цГМФ, который, являясь вторичным мессенджером, в свою очередь активирует K^+ -каналы и ингибирует вход ионов кальция в клетки гладких мышц путем непосредственного угнетения кальциевых каналов, а также активирует протеинкиназу, фосфорилирующую легкие цепи миозина и белки саркоплазматического ретикулума, способствуя секвестрации ионов кальция в саркоплазматической сети. Результатом является расширение сосудов, увеличение кровоснабжения тканей, их питания, удаление из тканей метаболитов. Роль NO в поддержании сосудистого гомеостаза сводится к регуляции сосудистого тонуса, пролиферации и апоптозу, а также регуляции оксидантных процессов. Кроме того, NO присущи ангиопротекторные свойства, фибринолитический эффект. Таким образом, NO влияет на скелетную мышечную ткань, обеспечивая к ней доступ питательных веществ и кислорода путем увеличения ее кровоснабжения [1,2,3].

Аргинин является предшественником для синтеза креатина, улучшает его транспортировку в мышечные ткани. Креатин — вещество, поставляющее энергию мышцам и клеткам головного мозга. Синтез креатина идет с участием трех аминокислот: аргинина, глицина и метионина. Креатин поступает в мышцы и головной мозг, где из него образуется креатинфосфат, обеспечивающий энергией работающие мышцы и нервные клетки. Образование АТФ при участии креатинфосфата — наиболее быстрый путь генерации АТФ. Запас креатинфосфата обеспечивает интенсивную работу мышц в течение 2-5 секунд [4].

Аргинин участвует в орнитиновом цикле мочевинообразования,

который выполняет следующие функции:

- превращение аминокислот в мочевины, которая экскретируется и предотвращает накопление токсичных продуктов (аммиака),
- синтез аргинина и пополнение его фонда в организме.

За счет пополнения запаса орнитина, аргинин способствует выведению продуктов белкового распада, в первую очередь аммиака, который всегда образуется при высокой мышечной нагрузке. Накопление продуктов белкового распада ведет к мышечному и мозговому изнурению, если аммиак вовремя не выводится из клетки — клетка перестает работать, что ощущается, как утомление. Для хорошей работоспособности необходима хорошая работа орнитинового цикла [5, 6].

Аргинин вместе с орнитином и фенилаланином способствует выработке гормона роста — соматотропного гормона, который является естественным анаболиком. Аргинин в высокой концентрации способен снижать выработку гипоталамусом соматостатина, снижающего выработку соматотропного гормона гипофизом, позволяя соматолиберину выделить больше данного гормона гипофизом. Наиболее предпочтительными мишенями для соматотропного гормона являются костная, хрящевая, мышечная и жировая ткани. Соматотропный гормон [1, 6, 7]:

- стимулирует **раз**витие мягких тканей организма, а также линейный рост трубчатых костей,
- оказывает прямое анаболическое влияние на белковый обмен (стимулирует транспорт аминокислот в клетки, а также биосинтез белка из аминокислот),
- в физиологических концентрациях повышает уровень глюкозы в крови,
- стимулирует липолиз и мобилизацию жира из жировой ткани.

Выводы

1. L-аргинин увеличивает кровоснабжение тканей, увеличивает их питание и удаление из них метаболитов.

2. L-аргинин, способствуя выработке соматотропного гормона, обеспечивает рост мышечной ткани.
3. L-аргинина существенно снижает атрофию мышц.

Литература

1. Sandbakk S.B. Effects of acute supplementation of L-arginine and nitrate on endurance and sprint performance in elite athletes // Nitric Oxide. — 2015. — № 48. — P. 10-15.
2. Гаврилова, Н.Б., Щетинин, М.П., Молибога, Е.А. Современное состояние и перспективы развития производства специализированных продуктов для питания спортсменов // Вопросы питания. — № 2. — 2017. — С. 85-88.
3. Тарасова, Н.С., Лавренчук, С.С., Лавренчук, А.А. и др. Спортивное питание // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. — 2009. — № 5. — С. 12-17.
4. Колесов, С.А., Рахманов, Р.С., Блинова, Т.В. и др. Сывороточный оксид азота и адаптация к физическим нагрузкам на фоне приема продукта спортивного питания // Медицина труда и экология человека. — 2017. — № 3. — С. 28-32.
5. Осипенко, А.А. Роль системы оксида азота в процессах адаптации организма к физическим нагрузкам // Наука в олимпийском спорте. — 2014. — № 1. — С. 23-30.
6. Poortmans J.R. Nitrate supplementation and human exercise performance: too much of a good thing? // Curr Opin Clin Nutr Metab Care. — 2015. — V. 18. — № 6. — P. 599-604.
7. Larsen F.J. Regulation of mitochondrial function and energetics by reactive nitrogen oxides // Free Radic Biol Med. -2012. — V. 53. — № 10. — P.1919-1928.

М. Е. Василенко, 5 курс, стоматологический факультет

ГУ ЛНР Луганский ГМУ им. Святителя Луки, г. Луганск

Кафедра стоматологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент О. А. Шпулина

ПРЕИМУЩЕСТВА СПИРТОВОГО ПРОТОКОЛА АДГЕЗИИ ПРИ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ КОМПОЗИТАМИ

Матриксные металлопротеиназы (ММП) — это семейство протеолитических ферментов, выделяемых из минерализованного матрикса дентина, которые способны гидролизировать органическую матрицу деминерализованного дентина. После обработки дентина адгезивом образуется некоторое количество обнаженных коллагеновых волокон на поверхности гибридного слоя, что связано с недостаточным пропитыванием деминерализованного матрикса дентина адгезивом. Обнаженные коллагеновые волокна подвергаются гидролитической деградации, вызванной ММП, что приводит к снижению прочности сцепления пломбирочного материала с твердыми тканями зуба.

Большинство ММП синтезируются и выделяются одонтобластами в виде проферментов, которым требуется активация для деградации компонентов внеклеточного матрикса. Их активация может быть вызвана применением самопротравливающих адгезивов или адгезивов 5 поколения (требующих предварительного применения кондиционера). Деминерализованный дентинный матрикс, обработанный фосфорной кислотой, должен быть полностью пропитан адгезивом, для того, чтобы сформировался гибридный слой. Гибридный слой — это структура, состоящая из волокон коллагена I типа и протеогликанов, связанных полимерными цепями.

Зарубежными учеными было установлено, что ММП могут быть активированы при низких значениях pH микросреды. Такая микросреда может возникать при кариозном процессе, вызванная кариесоген-

ными бактериями, выделяющими молочную кислоту. Кроме того, ММП дентина могут активироваться кислотными свойствами адгезивных систем. Чтобы предотвратить разрушение связи дентин-адгезив, используют спиртовой адгезивный протокол, действие которого направлено на ингибирование ММП. Одним из самых эффективных ингибиторов протеаз является раствор хлоргексидина.

Цель исследования: обобщить имеющуюся информацию, касающуюся роли ММП в деградации дентинного матрикса, провести сравнительную эффективность применения спиртового адгезивного прокола с другими адгезивными техниками.

Методы и материалы

Все исследования проводились на базе кафедры стоматологии ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святого Луки». Отпрепарированы и запломбированы с помощью трех разных техник 87 зубов разных пациентов с глубокими однополостными кариозными дефектами I класса по Блэку: «закрытая сэндвич-техника» — 34 зуба, спиртовой адгезивный протокол — 25 зубов и классический адгезивный протокол — 28 зубов.

Методика проведения спиртового адгезивного протокола: после препарирования кариозной полости производили динамическое протравливание эмали 37 % ортофосфорной кислотой в течение 15 секунд и дентина в течение 3-5 секунд. По истечении указанного срока ортофосфорную кислоту смывали водным спреем в течение 15-30 секунд, не сушили и с помощью аппликатора наносили 2 % раствор хлоргексидина на влажный дентин, после чего наносили 95 % раствор этилового спирта на 30 секунд, дентин также не сушили. Затем в кариозную полость вносили адгезив (SingleBond 2, 3MESPE), тщательно распределив его по поверхности эмали и дентина воздушной струей, и полимеризовали 20 секунд. После данного этапа наносили жидкотекучий композит (FiltekUltimateflow, 3MESPE) на дно кариозной полости и полимеризовали его 20 секунд, после чего переходили к пломбированию

кариозной полости композитом светового отверждения Valux Plus (3M ESPE) и моделированию жевательной поверхности.

2 % раствор хлоргексидина биглюконата выпускается в виде жидкости «БелСол-№2» (производства «ВладМиВа», Российская Федерация), «Жидкость антисептическая хлоргексидин 2 %» (производства «ТехноДент» Российская Федерация), а также Дезин (20 % раствор хлоргексидина биглюконата). Смесь спирта и хлоргексидина также изготавливают в рецептурно-производственных отделах аптек.

Результаты и обсуждение

Как показал мировой опыт в течение последних лет, весьма успешным методом лечения глубокого кариеса считается «закрытая сэндвич-техника» (заполнение отпрепарированной кариозной полости стеклоиономерным цементом и покрытие его слоем композиционного материала). Опыт применения данного метода демонстрирует хорошее краевое прилегание, отсутствие краевой пигментации и послеоперационной чувствительности практически у всех пациентов как непосредственно сразу после лечения, так и в отдаленные сроки. Рациональность использования стеклоиономерного цемента оправдывается его профилактическим действием, минерализирующим и бактериостатическим эффектом, надежной химической связью с дентином. А недостатки цемента в виде низкой прочности, износоустойчивости и изменения цвета предотвращаются его покрытием слоем композита.

Нами проведена сравнительная эффективность трех методов заполнения глубокой кариозной полости первого класса по Блэку («закрытая сэндвич-техника», спиртовой адгезивный протокол и классический адгезивный протокол) в плане выраженности послеоперационной чувствительности и качества краевого прилегания (таблица 1).

Из данных таблицы видно, что классический адгезивный протокол (без использования спирто-хлоргексидиновой комбинации) уступает в показателях «закрытой сэндвич-технике». Особенно низкими оказались показатели послеоперационной чувствительности сразу по-

сле постановки реставрации. Также высокая послеоперационная чувствительность, плохое краевое прилегание и краевая пигментация наблюдались у пациентов спустя 6 месяцев после лечения глубокого кариеса с применением классического адгезивного протокола.

Таблица 1

Послеоперационная чувствительность и качество краевого прилегания

Клиническая оценка эффективности разных способов пломбирования глубоких одноплостных кариозных дефектов I класса по Блэку (СИЦ «Ketac Molar», композит Valux Plus (3M ESPE)						
Критерий	«Закрытый сэндвич» (n = 34)		Спиртовой адгезивный протокол (n = 25)		Классический адгезивный протокол (n = 28)	
	Сразу после пломбирования	Через 6 месяцев	Сразу после пломбирования	Через 6 месяцев	Сразу после пломбирования	Через 6 месяцев
Хорошее краевое прилегание и отсутствует краевая пигментация	100 %	91 %	100 %	92 %	100 %	71 %
Отсутствует послеоперационная чувствительность	100 %	100 %	84 %	88 %	68 %	82 %

Использование же спиртового адгезивного протокола позволяет добиться лучшего краевого прилегания и меньшей послеоперационной чувствительности в сравнении с классическим адгезивным протоколом, как в день постановки реставрации, так и полгода спустя. Результаты использования спирто-хлоргексидиновой композиции перед нанесением бонд-системы позволяет добиться результатов, аналогичных закрытой сэндвич-технике, которую мы считаем эталонной в лечении глубокого кариеса.

Выводы

Спиртовой адгезивный протокол имеет ряд преимуществ перед традиционным адгезивным протоколом, а именно:

- отсутствие постоперационной чувствительности;
- улучшение прочности бондинга дентина;
- предотвращение появления вторичного кариеса вокруг реставрации;
- продление срока службы реставрации.

Таким образом, применение спиртового адгезивного протокола в практике врача-стоматолога не требует дополнительных финансовых и временных затрат, однако значительно повышает качество и срок службы реставрации.

Литература

1. Боровский, Е. В. Терапевтическая стоматология: учебник для студентов мед. вузов / Е. В. Боровский, В. С. Иванов, Г. В. Банченко и др. ; под ред. Е. В. Боровского. — М.: МИА, 2011. — 798 с.
2. Левкин, А. В. Оценка качества пломбирования зубов современными композитными материалами в условиях долгосрочного наблюдения / А. В. Левкин, В. М. Гринин // Dental Forum. — 2013. — № 4. — С. 10–12.
3. Макеева, И. М., Николаев, А. И. Восстановление зубов светоотверждаемыми композитными материалами : практ. рук. для врачей стоматологов-терапевтов. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 368 с.
4. Николаев, А. И., Цепов, Л. М. Практическая терапевтическая стоматология: учеб. пособие по спец. 060105.65 «Стоматология» дисциплины «Терапевт. Стоматология» — 9-е изд., перераб. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 924 с.
5. Николаев, Д.А. Адгезивные системы: стабилизация гибридного слоя / Д. А. Николаев, Д.А. Данилова // Cathedra — стоматологическое образование. — 2014. — № 48. — С.8–12.
6. Baker A. B. Metalloproteinase inhibitors: biological actions and therapeutic opportunities / A. Baker, D. Edwards, G. Murphy // J. Cell Science. — 2002. — Vol. 115. — P. 3719–3727.

А. В. Васильева, 5 курс, стоматологический факультет; Н. Ф. Колядов, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Ф. Колядов

АНОМАЛИИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ОСОБЕННОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Научные данные патологии прорезывания зубов представлены в нескольких сотнях отечественных и зарубежных источниках. Что касается методов лечения патологии прорезывания зубов, то многие литературные источники ограничиваются лишь общими подходами и кратким описанием принципов лечения [1, 2, 3, 4]. Это обстоятельство послужило поводом детального освещения этого вопроса. Среди методов лечения, хирургическое удаление зубов мудрости является радикальным и подчас непростым вмешательством, связанным с частыми послеоперационными осложнениями. Совершенствование этой операции актуально. Опираясь на свой многолетний опыт лечения данной группы пациентов, мы предлагаем свой взгляд на обезболивание и тактические особенности при удалении ретинированных зубов.

Ретенция зуба (retentiondentis; лат. retentio — удерживание, задержка зуба) — задержка прорезывания нормально сформировавшегося постоянного зуба. Принято считать, что при полной ретенции зуб не виден в зубном ряду. Полуретенция (частичная ретенция) зуба — коронка зуба лишь отчасти скрыта слизистой оболочкой десны. Если ось ретинированного зуба образует с вертикалью угол, меньший или больший прямого, то употребляют термин «угловое (ангулярное) положение». Различают: медиально-угловое, дистально-угловое, вертикальное, горизонтальное, щечно-угловое положение, язычно-угловое положение, перевернутое положение — встречается очень редко. Среди крайностей является такое его глубокое положение, что вер-

хушки его корней находятся у края нижней челюсти или расположение в ветви. Клинически при ретенции зубов жалобы могут отсутствовать. В ряде случаев ретенция зуба проявляет себя болевыми ощущениями в области ретинированного зуба, гиперемией и отеком десны. Рентгенологическое обследование позволяет уточнить положение ретинированного зуба, состояние окружающей костной ткани, отношение ретинированного зуба к соседним зубам.

Цель исследования: выявить частоту и особенности патологии различных групп зубов, обобщить опыт лечения больных с патологией прорезывания.

Материалы и методы: проанализированы результаты обследования и лечения 683 больных, обращавшихся за помощью в стоматологическую поликлинику Тверского ГМУ. Проанализировано лечение пациентов с ретенцией и полуретенцией зубов нижней и верхней челюсти в стоматологической поликлинике ТГМУ в течение 17 лет 2010–2017 гг. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Частота аномалии прорезывания различных групп зубов

55			3	2	22					20		5			47
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
259			2							2					266

Результаты и обсуждение: изучая частоту ретенции и полуретенции в соответствии с групповой принадлежностью, очевидно, что наиболее многочисленную группу представили нижние третьи моляры. Они составили 525 пациентов что составило 76,86 %. При этом количественная разница между зубами правой и левой стороны не является существенной. Вторую группу, значительно меньшую по численности, представили третьи моляры верхней челюсти — 102 случая или 14,93 %, также с малозначимой разницей сторон. Такая же закономерность

прослеживается и при рассмотрении верхних ретинированных клыков — 42 пациента или 6,14 %. Случаи как верхних, так и нижних премоляров являются единичными. На первом месте по частоте ретенции стоят нижние зубы мудрости, на втором — верхние третьи моляры, затем верхние клыки и реже всего премоляры.

Изучение возрастного аспекта больных с ретенцией зубов показало, что подавляющее большинство их находилось в интервале 20 — 30 лет, единичные случаи выходили за рамки этого интервала. При этом мужчин было 251 (36,75 %) и 432 женщины (63,25 %). Неправильно расположенный или ретинированный зуб требует удаления. Удаление зуба мера, хотя и крайняя, но во многих случаях весьма необходимая мера, более того, это единственно возможный вариант решения проблемы. Когда коронка ретинированного или дистопированного зуба не видна, то прибегают к операции освобождения зуба с помощью бормашины. Удаление ретенированных зубов производят под местным проводниковым обезболиванием. Обычно, для этой цели требуется мандибулярная или торусальная анестезия. Г-образный разрез слизистой оболочки и надкостницы проводят в ретромоларной области от основания крыловидно-нижнечелюстной складки по гребню альвеолярного отростка. Второй — перпендикулярно первому от дистальной части коронки 2-го моляра к переходной складке. В ряде случаев больные отмечали болезненность в ретромоларной области при выполнении разреза и отслойке слизисто-надкостничного лоскута, что может объясняться участием тонзиллярных ветвей языко-глоточного нерва в иннервации данного участка (рис. 1) [5].



Для устранения чувствительности мягких тканей мы применяли дополнительную инфильтрационную анестезию в ретромолярной области. Это помогает снять нежелательную болезненности данной области. Отслоив слизисто-надкостничный лоскут, борами удаляют кость, прилежащую к вестибулярной и дистальной части коронки. Зуб вывихивают элеваторами. Рану обрабатывают антисептиками, удаляют патологическую грануляционную ткань. Слизисто-надкостничный лоскут укладывают на прежнее место и фиксируют швами. Иногда лунку прикрывают йодоформной марлей.

Варианты положения ретинированных зубов и способ их удаления. Наш опыт лечения больных с ретенцией и полуретенцией нижних зубов мудрости позволил сформулировать свой взгляд на тактику выполнения операции удаления таких зубов.

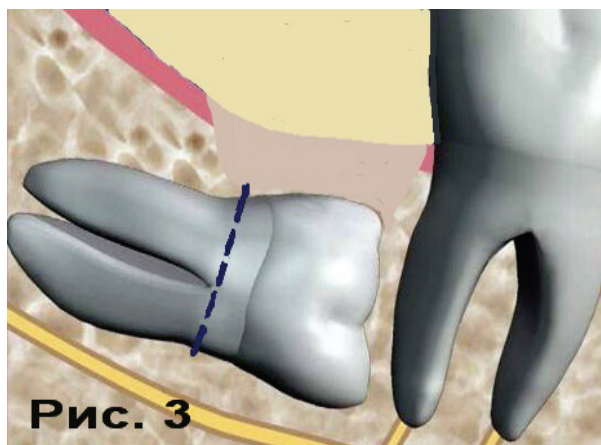
Рекомендация отсечения медиальной части коронки при удалении третьего моляра с медиально-угловым положением зуба (наиболее частая ситуация) не всегда обеспечивает хорошее выведение зуба из лунки из-за помехи рядом стоящего второго моляра. Само отсечение части коронки требует значительного времени и усилий, связанных с затрудненным доступом к глубоко расположенной медиальной части коронки. Достаточно хороший эффект дает тактика, при которой наклоненный медиально зуб переводится элеватором в вер-

тикальное положение. Для этого мы предлагаем удаление части костной ткани с дистальной стороны ретинированного зуба с помощью конусной фрезы (рис. 2).



Удаление третьего моляра с дистально-угловым положением зуба требует удаление костной ткани над медиальной частью коронки и корня. Отсечения дистальной части коронки может помочь извлечению зуба.

При горизонтальном расположении зуба, определенно, требуется отделение коронковой части от корневой с помощью фисурного бора и извлечение фрагментов элеватором (рис. 3).



Ретинированный зуб, расположенный ближе к нижнему краю челюсти, показано удалять наружным доступом в условиях стационара.

В послеоперационном периоде возможны боль при глотании, ограничение открывания рта, отек околожелюстных тканей. Заживление раны после этой операции нередко осложняется альвеолитом. Больным следует назначать антибактериальные препараты. Достаточно эффективным и надежным используемый нами в течение ряда лет является комбинированный препарат, ципрофлоксацин+тинидазол. Также требуются анальгетики, физические методы лечения с 4-6 дня, проводят ЛФК.

Выводы

1. Надежное обезболивание способствует успешному лечению.
2. Предлагаемые индивидуальные подходы при выборе тактики хирургического лечения способствуют улучшению результатов лечения больных с ретенцией зубов

Литература

1. Магид Е.А., Шейнберг В.М., Житницкий Г.Д. Волгоград, 1970 г.- 122 с.
2. Тимофеев А. А. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии/ Киев, «Червона рута», 1999. — 429 с.
3. Петрикас Г.А., Образцова Ю.Н., Филиппова Е.Б. Удаление третьих моляров/ Губернские медицинские вести. — 2001. — Т.4, вып.2. -С.40-43.
4. Панин А.М. Ретенция, дистопия, болезни прорезывания зубов. В кн.: Хирургическая стоматология. Под ред. проф. В.В. Афанасьева. Москва, 2016. — С. 183-194.
5. http://ilive.com.ua/health/polost-rta-cavitas-oris_75792i16013.html2.

А. А. Векшина, 1 курс, фармацевтический факультет;

Д. А. Гавриленко, провизор

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра иностранных и латинского языков

Научный руководитель: к. филол. н., доцент А. Ю. Соколова

PHARMACY: ТИПЫ АПТЕК И ВИДЫ (ОТРАСЛИ) ФАРМАЦИИ

При переводе иноязычного текста необходимо подобрать адекватный эквивалент переводимого слова. Для решения этой задачи нужно учитывать такое явление как лексическая полисемия — способность одного слова служить для обозначения разных предметов и явлений действительности.

Цель исследования: систематизация и анализ словосочетаний в английском языке, содержащих лексему “pharmacy”.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе лексических единиц английского языка в сопоставлении с русским языком.

Результаты и обсуждение

Как известно, наиболее распространенным переводом на русский язык слова “pharmacy” является слово «аптека»: (1). Так в Великобритании и США «pharmacy» — это место, где отпускаются и продаются лекарства, как рецептурные так и без рецепта.

Существует несколько типов аптек в Европе (2):

Community pharmacies — розничная аптека, наиболее распространенный тип аптек.

Hospital pharmacy — аптека при больнице, где отпускаются лекарства при больнице, медицинской клинике или доме престарелых. Больничная аптека обеспечивает оптимальный режим лечения для каждого пациента для достижения наилучших результатов. Здесь могут проводиться клинические испытания, а также комбинироваться

препараты для индивидуального дозирования.

Internet pharmacy — Интернет-аптека — современная услуга, которая позволяет купить необходимые лекарственные средства с доставкой на дом на специализированном интернет-сайте.

Compounding Pharmacy — рецептурно-производственная аптека занимается аптечным изготовлением лекарственных средств, не имеющих промышленных аналогов. Здесь приготовят растворы и мази, не содержащие консервантов, порошки и микстуры для детей младшего возраста, а так же препараты с ограниченным сроком годности. Здесь также могут отпускаться готовые лекарства в нужном количестве и определенной дозе.

Home Care Pharmacy — рецептурно-производственная аптека, занимающаяся приготовлением и доставкой на дом инъекционных препаратов для тяжелобольных пациентов.

Однако слово “pharmacy” является многозначным в английском языке. И наряду с русским «аптека» оно обозначает также деятельность по приготовлению лекарств, не связанная с промышленным производством и науку, изучающая проблемы создания, безопасности, исследования, хранения, изготовления, отпуска лекарственных средств, и переводиться как «фармация» (3).

В англоязычных источниках мы видим следующие виды (отрасли) фармации (4):

Clinical Pharmacy — клиническая фармация существует в различных условиях, включая больницы, дома престарелых и другие медицинские центры. Целью клинической фармации является обеспечение оптимального использования лекарств для достижения наилучших результатов путем предоставления информации о лекарственном средстве и проведения мониторинга безопасности и эффективности лекарств.

Industrial Pharmacy — промышленная фармация включает в себя исследования, производство, упаковку, контроль качества, маркетинг и

продажу фармацевтических товаров.

Consulting Pharmacy — консультационная фармация — относительно новая отрасль фармации. Она предлагает теоретический обзор лекарств, консультации по их применению в больницах, в домах престарелых, на дому.

Ambulatory Care Pharmacy — направление фармации, занимающееся оптимизацией применения лекарственных средств у амбулаторных больных с хроническими заболеваниями (такими как астма, диабет, сердечно-сосудистые заболевания и т.п.).

Nuclear pharmacy — ядерная фармация (радиофармация). Эта отрасль занимается приготовлением и контролем радиоактивных препаратов в медикаментах, используемых для профилактики и лечения лучевой болезни и других радиационных повреждений, а также для радиоизотопной диагностики и лучевой терапии. Ядерная фармация включает также ядерные аналитические методы, используемые при контроле обычно применяемых лекарств и при различных фармацевтических исследованиях.

Militarypharmacy — 1) направление фармации, занимающееся лекарственным обеспечением вооруженных сил и относящихся к их ведомству госпиталей; 2) аптека, находящаяся в ведомстве вооруженных сил, обслуживает только пациентов военных больниц и госпиталей — военная фармация/военная аптека соответственно.

В некоторых словосочетаниях существительное “pharmacy” обозначает сферы, связанные с фармацией, как например ManagedCare-Pharmacy— лекарственное страховое обеспечение или RegulatoryPharmacy — направление фармации, занимающееся правовыми аспектами регистрации лекарственных препаратов, допуска лекарств к клиническим исследованиям, маркетинга. Является связующим звеном между фармацевтическими компаниями и органами власти — фармацевтическая юриспруденция. ResearchPharmacy -направление фармации, занимающееся экономическими (стоимость курса лечения, экономиче-

ская эффективность лечения) и социальными (как и почему люди пользуются фармацевтическими услугами и товарами) аспектами — фармакоэкономика.

Выводы

Английское существительное “pharmacy” многозначно и имеет несколько эквивалентов в русском языке. Этот факт необходимо учитывать при переводе.

Литература

1. Соколова А. Ю., Курочкина Е. Д., Приймак А. Г. Лексикосемантическое поле «аптека» в современном английском языке // материалы 63-й всероссийской межвузовской студенческой научной конференции «Молодежь, наука, медицина». — Тверь : Ред.-изд. центр ТГМУ, 2017. — С.49-50.
2. Types of Pharmacies // The Green Book [Электронный ресурс]. URL:<http://www.thegreenbook.com/types-of-pharmacies.htm>
3. Sokolova, A.Yu., Gavrilenko, D.A., Polysemy of «pharmacy» word: translation problems// Modern Science: scientific publications journal. — № 01 (January), Vol.II. — Moscow: Scientificinformation publishing center «Strategic Studies Institute», 2018. — P. 86-88.
4. Types of Pharmacy [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.news-medical.net/health/Types-of-Pharmacy.aspx>

УДК 81:372.8=111:615.1

А. Д. Виноградова, 3 курс, фармацевтический факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра иностранных и латинского языков

Научный руководитель: к. филол. н., доцент Н. Г. Гавриленко

ЛЕКСИКО-СЕМАНТИЧЕСКОЕ ПОЛЕ «ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ / ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО/» В СОВРЕМЕННОМ АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Терминология фармации является сложной системой, состоящей из более частных подсистем, представляющих различные сферы фармацевтической науки. Эта система, ввиду активного развития теории и практики, находится в постоянной динамике, что отражается в возникновении новых терминологических единиц и исчезновении тех, которые либо потеряли свою актуальность, либо по определенным экстралингвистическим причинам были заменены на новые (например, заимствованные из других языков).

Ввиду того, что языки развиваются под влиянием множества внутренних и внешних факторов, могут возникать трудности при переводе терминологических единиц, имеющих близкую семантику.

Цель исследования: выявление особенностей терминологических и нетерминологических единиц, входящих в лексико-семантическое поле «лекарство /лекарственный препарат/ лекарственное средство», в английском языке. Авторами решаются задачи исследовать структуру данного поля, проследить его динамику, особенности перевода на русский язык его компонентов.

Материалы и методы

В качестве материала исследования использованы лексические единицы (ЛЕ) с семантическим компонентом «лекарство». Следующие ЛЕ были отобраны в двуязычных и одноязычных словарях (как общеупотребительной, так и специальной лексики) и подвергнуты семантическому и контекстуальному анализу: *drug, medicine, medication, remedy, nostrum, medicament, preparation, agent, pharmaceuticals, medicals,*

meds. Авторами были собраны примеры использования данных ЛЕ в составных терминологических структурах. Тщательному анализу были подвергнуты актуальные комментарии носителей английского языка на профессиональных и полупрофессиональных интернет-форумах, посвященных вопросам фармацевтической терминологии.

Результаты и обсуждение

Центром любой терминологии является термин — единица специальной сферы, в которой отражается определенное научное мировоззрение. К фармацевтическим терминам, прежде всего, относятся официальные названия структурных составляющих лекарств как таковых, фармацевтических субстанций, фармакологических групп лекарственных веществ, дисциплин, изучающих вышеперечисленные объекты, организаций, осуществляющих фармацевтическую деятельность и т.д. С фармацевтической терминологией неразрывно переплетены и терминосистемы других смежных наук: медицины, биологии, биохимии, микробиологии, физиологии, патологии и т.д.

Терминам предъявляются требования четкой дефиниции, обеспечивающей его однозначное понимание, отсутствия экспрессивности и синонимических отношений с другими членами данной терминосистемы. Эти требования являются идеальными и требуют большой работы как лингвистов, так и профессионалов специальной сферы.

Анализ показал, что центральной терминологической единицей данного поля является ЛЕ *drug*, которую Оксфордский медицинский словарь определяет как *any substance that affects the structure or functioning of a living organism... used for the prevention, diagnosis, and treatment of disease and for the relief of symptoms*. Фактически, словарь трактует ЛЕ *drug* как ‘лекарственное средство’ или ‘лекарственное вещество’, не учитывая лекарственную форму. Именно в этом значении *drug* используется во множестве составных терминов: *drugdependence*, *drugaction* и т.д. Однако в высказывании *Fervex is a nonsteroidal anti-inflammatory drug* данная единица однозначно передает значение ‘ле-

карственный препарат', что не отражено в его словарной дефиниции.

Для четкого разделения терминов лекарственное средство, лекарственное вещество и лекарственный препарат, которые часто передаются одной ЛЕ *drug* в текстах маркетингового или юридического характера (например, в документах, регулирующих оборот лекарственных средств) прибегают к использованию словосочетаний *drugsubstance* и *drugproduct*.

В названиях фармакологических групп термин *drug* часто заменяется на ЛЕ *gent*. Подобное использование ЛЕ *agent* ограничено рамками специальной сферы (преимущественно фармакологии).

Например: *Ciprofloxacin is abroad-spectrum antibacterial agent. Unlike most broad spectrum antibacterial drugs, ciprofloxacin is effective after oral or intravenous administration.* ЛЕ *preparation* ограничено употребляется специалистами, например, *iodine reparation, insulin preparation*, а ЛЕ *remedy* часто встречается в сочетании *herbal remedies* в публикациях научно-популярного характера, направленных на широкую публику.

Лексикографические источники (в частности, Оксфордский медицинский словарь) определяют синонимичность ЛЕ *drug* и *medicine*, однако конкретные случаи их употребления демонстрируют расхождения в сферах применения этих ЛЕ.

Как показывает анализ медицинских и переводческих интернет-форумов, носители языка стараются избегать употребления ЛЕ *drug* в значении «лекарство» ввиду того, что одним из зарегистрированных значений является «наркотический препарат» (*illegal drugs, street drugs, recreation aldrugs*).

Исследуемые лексические единицы были проанализированы с точки зрения использования в специальной сфере (*drug, agent, preparation*) /общелитературном языке (*medicine, medication, meds, medicals*), по принципу принадлежности к активной/ пассивной лексике (устар. *nos-trum, medicament*), а также в зависимости от сферы коммуникации:

специалист↔специалист (*drug, agent, medicine* — в сфере фармакологии, *medicine, medication*— в устном медицинском общении), специалист↔неспециалист (*medication, medicine, remedy*) и неспециалист↔неспециалист (*remedy, meds, medicine, medication, medicals*). ЛЕ *pharmaceuticals* используется преимущественно в сфере фармацевтического маркетинга как обобщающее наименование фармацевтических продуктов.

Заключение

Исследованное лексико-семантическое поле представляет значительные сложности не только для русскоязычных специалистов, но и для носителей английского языка. Перевод данных лексических единиц должен сопровождаться тщательным анализом «фактической стороны» текста.

Литература

1. Бабчинская И.А., Рожкова М.А., Гавриленко Н.Г. Коммуникация в системе «врач — пациент»: проблема использования специальной терминологии / МОЛОДЕЖЬ, НАУКА, МЕДИЦИНА Материалы 63-й всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. Тверь, 2017. С. 32-35.
2. Ивлева А. Ю., Воробьева А.В. Особенности перевода фармацевтической терминологии / Новая наука: стратегии и векторы развития. Уфа, 2017. С. 39-43.
3. Рыжиков К.А., Воробьев И.И., Гавриленко Н.Г. Лексико-семантическое поле «работник фармацевтической сферы» в современном английском языке / Тверской медицинский журнал. 2016. № 5. С. 99-102.
4. Шестак О.В. Полисемия терминов медицинских наук: Автореф. дис. канд. филол. наук. — Краснодар, 2000. — 15 с.
5. Oxford Concise Medical Dictionary. Oxford, OxfordUniversity Press, 2007. 807 p.

А. Д. Виноградова, В. А. Бакурадзе, 3 курс, фармацевтический факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра физической культуры и физической реабилитации

Научные руководители: ст. преподаватель Л. А. Коршунова,

ст. преподаватель Э. В. Буланова

ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ

Важной задачей современного высшего профессионального образования является создание условий для подготовки специалистов, не только владеющих определенным багажом знаний, умений и навыков, но и обладающих развитыми способностями к использованию их в познавательной и профессиональной деятельности, к анализу, осмыслению, решению поставленных задач. Исследования (Озеров В.П., 2015) показали, что степень усвоения знаний студентами существенно зависит от состояния психических познавательных процессов, то есть от функциональных возможностей ЦНС. Во время обучения предъявляются высокие требования к таким функциональным возможностям нервной системы студента, как психомоторная выносливость (ПВ), сенсорная работоспособность, когнитивные (познавательные) функции (КФ) (внимание, восприятие, память, логическое мышление). Исследования П. А. Байгужина показали, что по ряду параметров сенсорной нагрузки деятельность нервной системы студентов оценивается первой и второй степенью третьего класса напряжённости. Это уровень напряжённости трудовой деятельности, при котором создаётся такое превышение нормативов вредных воздействий, которое может вызвать функциональные изменения, восстанавливающиеся только при достаточно длительном прерывании контакта с вредными факторами (1-я степень), или вызвать стойкие функциональные изменения, приводящие в большинстве случаев к развитию заболеваний с временной утратой трудоспособности (без потери профессиональной трудоспо-

способности) после длительного контакта с этими факторами (>15 лет) (2-я степень) (Кича Д. И., 2010). Труд учащихся и студентов характеризуется высоким напряжением внимания, восприятия, памяти, наличием стрессов во время контрольных работ, зачетов, экзаменов и конфликтных ситуаций. При обучении значительная нагрузка ложится на лобные отделы полушарий головного мозга, где локализованы соответствующие координирующие центры (Акопова М. А., 2012). Односторонняя нагрузка нервных клеток вызывает их быстрое функциональное истощение, что проявляется в развитии охранительного торможения (уменьшении скорости двигательных реакций, сонливости и др.). Одновременно наблюдается отклонение от нормы тонуса кровеносных сосудов, особенно сосудов мозга и сердца, повышение обмена веществ. В связи с этим ведущее место среди хронических функциональных нарушений, формирующихся у учащихся в процессе обучения, занимают нарушения зрения (16 % всех патологий, выявляемых у студентов младших курсов при углублённом обследовании), вегетососудистая дистония (16 %) (Буланова Э. В., 2012). К концу первого года обучения снижаются функциональные возможности кардиореспираторной системы, увеличивается количество лиц с напряжённым состоянием периферического сосудистого русла, отвечающего спазмом на физическую нагрузку (Буланова Э.В. с соавт., 2015). Следует отметить, что напряженный и длительный умственный труд не требует такого расхода энергии, как труд физический, однако утомление после интеллектуального труда наступает быстрее. Процессы торможения в работающих центрах начинают преобладать над процессами возбуждения. Если утомление — это нормальное физиологическое состояние, то переутомление рассматривается исследователями как патологическое состояние, характеризующееся снижением работоспособности. В основе развития переутомления лежит постоянное несоответствие между продолжительностью и интенсивностью работы и возможностью и временем для восстановления затраченной энергии. Чаще все-

го оно развивается на фоне постоянного утомления, при котором работоспособность не восстанавливается к началу очередного рабочего дня. У людей в состоянии переутомления наблюдаются снижение памяти, ослабление внимания, головные боли, раздражительность, бессонница, ухудшение аппетита, понижение сопротивляемости организма к воздействию факторов окружающей среды. Переутомление может привести к неврозам, появлению и обострению сердечно-сосудистых заболеваний, язвенной, гипертонической и других болезней. При переутомлении качество когнитивных функций снижается по сравнению с исходными личными показателями человека. Мерами индивидуальной профилактики переутомления авторы называют рациональную организацию труда и отдыха, занятия физкультурой и спортом, рациональное питание. В физиологический смысл активного отдыха авторы вкладывают то, что при смене деятельности возникает новая доминанта и участок бывшей доминанты попадает в зону более глубокого торможения, чем при пассивном отдыхе, что способствует более быстрому восстановлению работоспособности клеток на участке основной рабочей доминанты (Горская И.Ю., 2014).

Цель исследования: оценить динамику когнитивных показателей студентов младших курсов ТГМУ в процессе физкультурно-оздоровительных занятий.

Рабочая гипотеза: смена деятельности приводит быстрому восстановлению работоспособности ЦНС.

Задачи: оценить психомоторные и когнитивные показатели (внимание, оперативная память, логическое мышление) студентов младших курсов; провести физкультурно-оздоровительные занятия (ФОЗ), организованные разными способами (первое (ФОЗ1) — способом общей физической подготовки (ОФП), второе (ФОЗ2) — способом релаксационных растягиваний и релаксации (Осипов В.Г. с соавт, 2015)) с оценкой динамики психомоторных и когнитивных показателей после активного отдыха; сравнить между собой результативность восстано-

вительного воздействия на ЦНС двух способов построения ФОЗ.

Объект исследования: студенты второго курса педиатрического факультета ТГМУ в количестве 45 человек средний возраст 18 ± 1 год.

Материалы и методы

Функциональные возможности нервной системы: координационные способности, психомоторная реакция и выносливость, когнитивные функции (память, внимание, логическое мышление).

Теппинг-тест (ТТ), в процессе которого оценивалась быстрота реакции (БР), быстрота движений (БД), скоростная выносливость (СВ) по 5-бальной шкале;

- тест на зрительно-моторную реакцию (ЗМР), проводимый с помощью линейки, где учитывался лучший результат (см), оценка осуществлялась по 5-бальной шкале;

- тест на оперативную память (ОП), проводимый с помощью цифровых таблиц, состоящих из 12 двузначных цифр, расположенных в произвольном порядке, учитывалось количество запоминаемых цифр, оценка осуществлялась по 5-бальной шкале;

- тест на внимание, проводимый с помощью модифицированной таблицы Шульте (В1), где учитывалось время (сек), оценка осуществлялась по 5-бальной шкале;

- тест на внимание (В2), проводимый по методике Мюнстерберга, где учитывалось время (сек), затраченное на выполнение теста, количество ошибок, оценка осуществлялась по критериям Мюнстерберга;

- тест на логическое мышление (ЛМ), проводимый по методике Липпмана, где учитывалось время (сек), затраченное на выполнение теста, количество ошибок, оценка осуществлялась по критериям Липпмана.

Исходное тестирование проведено перед началом каждого ФОЗ, контрольное тестирование — по завершении каждого ФОЗ. Занятия проводились в одно и то же время суток, в одном и том же спортивном зале, при одних и тех же санитарно-гигиенических условиях, одним и тем же преподавателем по физической культуре, с одним и тем

же контингентом обучающихся.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с расчетом средней арифметической и ошибки средней арифметической ($M \pm m$), сравнение результатов и достоверность различий оценивались по критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Таблица 1

Динамика координационных способностей, психомоторной реакции и выносливости, когнитивных функций студентов в процессе ФОЗ

Тест		Результаты тестов						p< Δ2 к Δ1
		ФОЗ 1			ФОЗ 2			
		исходн	контр	динамика (Δ1)	исходн	контр	динамика (Δ2)	
ТТ	БР	4,7±0,07	4,8±0,1	0,1±0,15	4,8±0,1	4,7±0,1	-0,15±0,3	>0,05
	БД	4,9±0,04	4,7±0,1	-0,15±0,15	4,9±0,04	5,0±0,0	0,1±0,04*	>0,05
	СВ	1,9±0,2	3,0±00,2	1,07±0,3***	3,1±0,2	3,0±0,2	-0,1±0,3	0,01
ЗМР	рез-т	19,5±0,7	18,6±0,8	-0,9±1,1	18,2±0,8	19,8±1,2	1,6±1,8	>0,05
	оц-ка	3,2±0,15	3,3±0,15	0,08±0,3	3,5±0,2	3,2±0,2	-0,3±0,3	>0,05
ОП	рез-т	5,1±0,2	5,4±0,3	0,3±0,2	5,8±0,3	5,7±0,3	-0,06±0,5	>0,05
	оц-ка	3,0±0,2	3,3±0,2	0,3±0,2	3,6±0,2	3,4±0,2	-0,15±0,4	>0,05
В1	рез-т	152±5,5	140±8,0	-12,2±6,1	144±4,9	134±6,5	-9,6±5,4	>0,05
	оц-ка	2,9±0,07	3,3±0,07	0,3±0,07**	3,0±0,08	3,3±0,08	0,2±0,1*	>0,05
В2	рез-т	135±5,8	106±6,5	-29±5,1**	126±6,0	108±4,0	-18±5,9*	>0,05
	кол-во ошиб.	1,4±0,2	2,3±0,3	0,95±0,3*	7,1±0,3	4,1±0,2	-3,0±0,4***	0,001
	оц-ка	10,5±0,7	12,4±0,6	1,9±0,6*	5,7±0,7	10,5±0,4	4,8±0,5**	>0,05
ЛМ	рез-т	281±20	246±11	-36±21	222±10	189±10	-33±10*	>0,05
	кол-во ошиб.	3,3±0,5	6,4±0,4	3,1±0,4***	3,6±0,5	3,3±0,4	-0,3±0,6	0,001
	оц-ка	4,7±0,4	2,1±0,5	-2,6±0,5***	5,0±0,5	5,6±0,5	0,6±0,6	0,001

(достоверность различий между исходным тестированием и контрольным: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$).

При исходном тестировании у студентов второго курса установлены низкие показатели скоростной выносливости, зрительно-моторной реакции, оперативной памяти, способности быстро переключать внимание, логического мышления. Установлены средние по-

казатели способности концентрировать внимание, при работе с текстом, хорошие быстрота реакции и быстрота движений (табл.1). После физкультурно-оздоровительного занятия, организованного способом общей физической подготовки, достоверно улучшились психомоторные показатели: скоростная выносливость, способность переключать внимание; недостоверно улучшилась быстрота реакции, координационные способности, оперативная память. Однако достоверно хуже стала способность концентрировать внимание при работе с текстом и логическое мышление. Несмотря на то, что данные тесты студенты выполняли за более короткий промежуток времени, у них увеличилось количество ошибок, при выполнении задания. Недостоверно снизилась быстрота движений. Всё это свидетельствует о повышении общей активности студентов и снижении их работоспособности, вызванной у них увеличением утомления ЦНС.

После физкультурно-оздоровительного занятия, состоявшего из релаксационных растягиваний и глубокого отдыха в состоянии релаксации, у студентов достоверно повысились быстрота движений, способность быстро переключать внимание, способность концентрировать внимание при работе с текстом, логическое мышление. Наряду с уменьшением времени, затрачиваемого на выполнение теста, у них уменьшилось количество ошибок при выполнении задания. Однако отмечено, что в процессе ФОЗ2 недостоверно уменьшились быстрота реакции, скоростная выносливость, зрительно-моторная реакция и оперативная память. Всё это свидетельствует о снижении общей активности студентов, но повышении у них работоспособности ЦНС.

Выводы

1. У студентов второго курса установлены средние психомоторные и низкие когнитивные показатели функционирования ЦНС. Не всякий вид активного отдыха приводит к восстановлению функциональных возможностей ЦНС. Физкультурно-оздоровительные занятия, на-

полненные большим количеством активных упражнений, не устраняют утомления ЦНС.

2. Для более полноценного восстановления функциональных возможностей ЦНС после утомления, формирующегося у лиц умственного труда, необходимо использовать специальные упражнения, позволяющие создать глубокое расслабление ЦНС.

Литература

1. Аكوпова, М.А. Психодиагностика и целенаправленное развитие когнитивных компонентов академических способностей студентов [Текст] : авто-реф. дис. канд. псих. наук : 19.00.07 / Аكوпова Милена Аванесовна; [Ставр.гос.универ.]. — Ставрополь, 2012. — 179с.
2. Байгужин, П.А. Гигиеническая оценка напряжённости умственного труда студентов в ситуации тестирования теоретической подготовленности [Текст] / П.А.Байгужин // Вестник ЮУрГУ. — 2011. — №39. — С.16-18.
3. Буланова, Э.В. Принципы немедикаментозной коррекции структурно-функциональных нарушений в соединительнотканых образованиях опорно-двигательного аппарата [Текст] / Э.В.Буланова // Профилактическая медицина-2012: материалы конференции 28 ноября 2012 года. — СПб.: СЗГМУ им.И.И.Мечникова, 2012. — С.202-204.
4. Буланова, Э.В. Влияние занятий физической культурой на сомато-функциональный статус студентов первого курса [Текст] / Э.В.Буланова, В.Г.Осипов, М.В.Чернорудский // Физическая культура и спорт Верхневолжья: сб. науч. Работ. — Тверь: Твер.гос.ун-т, 2015. — вып.8. №2. — С.61-64.
5. Горская, И.Ю. Оценка и совершенствование координационных способностей у студентов: монография [Текст] / И.Ю.Горская, И.В.Афанасьева, Е.М.Ревенко. — Омск: СибАДИ, 2014. — 213с.
6. Кича, Д.И. Общая гигиена. Руководство к лабораторным занятиям: учебное пособие [Текст] / Д.И.Кича, Н.А.Дрожжина, А.В. Фомина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 288 с.
7. Озеров, В.П. Академические способности студентов: определение, диагностика, структура: монография [Текст] / В.П.Озеров, М.А.Акопова. — Ставрополь: Сервисшкола, 2015. — 124с.
8. Осипов, В.Г. Технология физкультурно-оздоровительных занятий для девочек и девушек [Текст]: монография / В.Г.Осипов, Э.В.Буланова. — Тверь: Ред. — изд. Центр Твер.гос.мед.акад., 2014. — 233с.: ил.

А. О. Виноградова, С. А. Зверева, 3 курс лечебный факультет;
П. В. Васильев

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра гигиены и экологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент П. В. Васильев

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Здоровый образ жизни приобретает актуальность особенно в последнее время, поскольку в период прогресса и развития всевозможных технологий на человеческий организм действуют разного рода нагрузки, связанные с усложнением структуры общества, повышением техногенных, экологических, психологических, политических и военных воздействий, которые провоцируют неблагоприятные сдвиги здоровья людей.

Мы изучили и выделили основные компоненты здорового образа жизни-занятия спортом, влияния вредных привычек и стресса на организм, правильное питание, полноценный сон, личная гигиена, пользу бани и закаливания. Затем определили, в чем заключаются основные правила в каждом компоненте, и какие положительные влияния они оказывают на физическое и психическое состояние человека. Затем мы провели оценку того, как выполняются правила и принципы здорового образа жизни на основе статистики и результатах опроса, проведенного Всероссийским центром изучения общественного мнения в 2015 году, в котором участвовали граждане со всех территорий Российской Федерации.

Цель исследования: изучить составляющие здорового образа жизни (далее ЗОЖ), проанализировать исполнение главных правил ЗОЖ.

Материалы и методы

Обработка информации, предоставленной в научной литературе, пособиях и интернет ресурсах.

Результаты и обсуждение

В 2015 году Всероссийский центр изучения общественного мнения провел опрос населения, в котором приняли участие 1600 человек из 130 населенных пунктов России. Согласно полученным данным, 16 % россиян регулярно тренируются, 24 % и 21 % занимаются физическими упражнениями время от времени и редко. При этом более активными «спортсменами», как показал опрос, оказалась молодежь в возрасте от 18 до 24 лет (87 %), а также люди с высшим образованием (71 %) и высоким достатком (72 %). [3]

Активный образ жизни, безусловно, хорошо влияет на здоровье и фигуру человека. Регулярные тренировки позволяют уменьшить риск возникновения заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной системы, также способствуют поддержанию высокого физического развития человека. Физические нагрузки особенно полезны для детей, для их правильного развития и созревания. Спорт — неотъемлемая часть здорового образа жизни, благодаря занятиям физическими упражнениями человек сможет поддерживать свой желаемый вес, что сделает его более привлекательным. Исходя из данных статистики, можно сделать вывод, что более активными являются люди в возрасте от 18 до 24 лет, а также люди с высшим образованием. Для того, чтобы привлечь людей к занятиям спортом, необходимо, в первую очередь, сделать его доступным по цене.

Примечательно, что каждый второй опрошенный (51 %) старается правильно питаться, 36 % при этом употребляют в пищу полезные продукты, а каждый седьмой (15 %) соблюдает диету, выбранную самостоятельно (10 %) или подобранную врачом (5 %). Россияне, не уделяющие внимание правильному питанию, объясняют свою позицию отсутствием жалоб на здоровье (27 %), а также низким уровнем доходов, не позволяющим задумываться о выборе продуктов питания.[3]

Анализируя эти данные, можно сделать вывод, что люди мало осведомлены о пользе правильного питания и его влияния на орга-

низм. Неправильное питание, т. е. нерациональное поступление белков, жиров и углеводов, а также витаминов и минералов пагубно влияет на организм человека, приводя к различным заболеваниям, таким как ожирение, атеросклероз, сахарный диабет, анорексия, булимия, авитаминозы, дистрофия. Очень важно проводить профилактические беседы о пользе правильного питания, чтобы люди смогли понять и, по мере своих возможностей, начали потреблять больше полезных продуктов и меньше фаст-фудов, полуфабрикатов и газированных напитков.

Число курильщиков в стране составляет около трети россиян, среди них 55 % мужчин и 19 % женщин. Каждый пятый (22 %) признался, что выкуривает в сутки пачку или даже больше. Пару-тройку сигарет в день употребляют 9 %, и 3 % курят не чаще нескольких раз в неделю/месяц. Две трети наших сограждан (66 %) в настоящее время не курят, в том числе 55 % никогда не брали сигарету в рот, и 11 % смогли отказаться от этой вредной привычки. К некурящим, прежде всего, относятся женщины (81 %) и люди пенсионного возраста (81 %). [3]

По данным статистики, около трети россиян имеют данную пагубную привычку, но две трети населения в настоящее время не курят. Курение губительно влияет на слизистую рта и верхних дыхательных путей. В связи с этим в настоящее время действует принятый Государственной Думой Федеральный Закон №15 «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». Несмотря на заботу государства об уменьшении влияния табака на здоровье населения, закон выполняется не в полном объёме, что влечёт за собой ухудшение здоровья курящих и окружающих их людей. В настоящее время 5 миллионов курильщиков ежегодно умирают от рака легких. [4] Также курение способствует развитию хронического бронхита, лейкоплакии полости рта, гипоксии органов и тканей, способствует раннему старению, порчи эмали зубов и ногтевой пластины, существенно увеличивает риск сердечно-

сосудистых заболеваний, внешний вид курильщика становится непривлекательным. Также по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) около 40 % раковых заболеваний можно предотвратить благодаря воздержанию от потребления табака. Особо подчеркивается, что отказ от табака предотвращает развитие не только бронхолегочной патологии, но и других органов и систем.

Во избежание появления данных заболеваний необходимо отказаться от вредной привычки, также важно пропагандировать жизнь без табака, важно ограничивать места для курения, продажу сигарет, важно вводить запрет на курение несовершеннолетних, беременных, больных онкологией и так далее.

Выводы

1. Здоровый образ жизни обеспечивает нормальную работу органов и систем организма.
2. Вредные привычки, неправильное питание, гиподинамия очень пагубно влияют на здоровье человека, способствуют развитию заболеваний.
3. Здоровье — самое ценное, что есть у каждого человека, поэтому очень важно придерживаться основных правил, которые направлены на его поддержание.
4. Самое главное, по результатам опроса лишь небольшая часть россиян следует правилам здорового образа жизни, поэтому необходимо проводить пропаганду правильного питания, личной гигиены, активной физической нагрузки, важно проводить профилактические беседы о вреде курения, алкоголя и наркотиков.
5. Необходимо со стороны государства контролировать безусловное выполнение Федерального Закона №15 «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», либо сделать его более жестким. К примеру, в Финляндии, Японии, США, Германии и Швеции курение в общественных местах предусмотрен не только

крупный штраф, но и в дальнейшем уголовный срок. Этот закон помог данным странам снизить показатели заболеваемости, вызванной потреблением табака.

Литература

1. Журнал 1000 ответов на вопросы, как вернуть здоровье, Сергей Бубновский, издательство Эксмо, 2014
2. 120 лет жизни — только начало, Москалев Алексей, издательство Эксмо, 2014
3. Статистические данные Всероссийского центра изучения общественного мнения. (<https://wciom.ru>)
4. Статистические данные социальной организации «Россия сегодня» (<https://ria.ru/society.html>).
5. Патология/ учебник в двух томах, под редакцией В. В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И, Уразовой/М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

Е. В. Виноградова, доцент; К. А. Гневашева, И. В. Рыжов, 2 курс,
лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра иностранных и латинского языков

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПА УЧЕБНОЙ АВТОНОМИИ В РАМКАХ ДИСЦИПЛИНЫ «ИНОСТРАННЫЙ ЯЗЫК СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Цель исследования: теоретическая база, методика выполнения и результаты которой представлены в предлагаемой статье, было прикладное использование принципов автономности в освоении дисциплины «Иностранный язык специальности».

Материалы и методы

Выполнения определялись изменившимся подходом к дидактическим принципам усвоения и активизации знаний.

В условиях динамичного социального развития и совершенствования информационно-образовательных технологий встает вопрос подготовки специалистов, обладающих интеллектуальной и психологической готовностью адекватно отвечать на возникающие общественные вызовы. Исходя из этого, одной из основных задач образования становится выработка стратегий, дающих обучающимся возможность пополнять имеющуюся у них образовательную базу знаниями и компетенциями, которые соответствуют актуальным профессиональным и жизненным ситуациям.

Поскольку образование стало рассматриваться не как этап приобретения определенной суммы знаний, а как процесс расширения образовательной перспективы, возникла необходимость в изменении подхода к получению образования. Это требует от обеих сторон, как преподавателя, так и обучающихся, пересмотра своего отношения к процессу обучения. От преподавателя — выбора из обширного дидактического арсенала методик, которые не идут вразрез с психологиче-

скими особенностями восприятия и переработки информации обучающимися, и способствуют их интеллектуальному, творческому и социальному росту. А также изменения своего отношения к роли в образовательном контексте: переходу от роли наставника, передающего предметную информацию и оценивающего недоработки и недочеты, к партнерской роли знающего, направляющего, всегда готового помочь в освоении материала консультанта.

Концептуальное изменение образовательной парадигмы ставит перед обучающимися задачу трансформации собственных установок, сформировавшихся на прежних ступенях обучения, и осознания роли личной активности в приобретении знаний и формировании необходимых компетенций. Это значит, что обучающийся должен брать на себя ответственность за собственное образование, а также интеллектуальный и творческий рост. Наиболее полно такая готовность может проявиться при реализации принципа автономности в обучении, используемого, в частности, на занятиях по дисциплине «Иностранный язык специальности». Реализация названного принципа базируется на положениях:

- Обучение представляет собой активный и индивидуально конструируемый процесс;
- Эффективность обучения возрастает благодаря эвристической деятельности и решению проблемных задач, а не благодаря детально спланированному инструктированию;
- Обстановка на занятии создает условия для развития гипотез и активности обучающихся;
- Результат приобретения знаний не может быть предопределен, поскольку конструирование знаний происходит по принципу самоорганизации;
- Индивидуальные процессы формирования промежуточных знаний непредсказуемы, как и ход занятий.

Следует отметить, что принцип автономности обучения, как и

любой другой дидактический принцип, реализуемый в рамках образовательных учреждений государственного типа, не предполагает хаотичности и произвольности, абсолютной свободы выбора обучающимися материала и способа его отчетного представления. Названный подход предполагает автономность в выполнении и решении поставленной преподавателем проблемы, этапах ее проработки, выборе способа презентации, а также дизайна исполнения. Также он касается временных параметров выполнения отдельных этапов задания.

Какие же моменты могут стимулировать процессы автономного обучения на занятиях по иностранному языку специальности? Это задания, выполняемые с постоянной рефлексией на поставленные вопросы «что?», «почему и зачем?» «как?». Обучающийся, ясно представляющий ответ на вопрос «что?», «зачем?», может выбрать для себя ответ на вопрос «как?». Поиск ответов на каждый вопрос требует консультативной помощи преподавателя, направляемой на разъяснение лексико-грамматических аспектов, значимых для понимания, усвоения и активизации изучаемого (исследуемого) материала.

Принцип автономности может реализовываться как на академическом уроке при выполнении заданий различного плана, так и при выполнении самостоятельной работы во внеаудиторное время. Последняя форма приоритетна, поскольку базируется на готовности обучающихся к самообразованию, проработке и анализу дополнительного материала с использованием новых информационных технологий. Как показала практика, наибольшую эффективность в поддержании автономности обучения в рамках дисциплины «Иностранный язык специальности» имеют задания, построенные в технике «пересекающихся перспектив», при выполнении которых тематически основной лексическо-грамматический материал переводится обучающимися в интерактивные ситуации, текстовое сопровождение и оформление различной степени сложности в зависимости от индивидуальных возможностей.

Установка для выбора заданий дается преподавателем в начале

прохождения дисциплины с перечислением тем, подлежащих изучению в течение всего установленного программой академического срока. Определяется цель выполнения каждого задания, обсуждаются возможные варианты представления самостоятельной работы. По каждой теме, выбираемой к изучению в автономном режиме, на групповом занятии под руководством преподавателя формируется корпус лексики и грамматических структур, характерных для изучаемого языка. В дискуссионном режиме проблема обсуждается по алгоритму, характерному для ситуативных контекстов медицины с воссозданием аутентичных интеракций. Предполагается, что такой подход способствует усвоению минимального объема языкового материала, необходимого для получения зачетных баллов. При выборе обучающимися темы для расширенного изучения в автономном режиме с преподавателем обсуждаются формы ее представления, наиболее полно отражающие тематическую специфику и возможное прикладное значение. Это может быть презентация, буклет, учебно-методический конспект. Так, при изучении темы «Санаторно-курортное лечение» оптимальным вариантом является презентация. Она дает возможность разносторонне осветить не только лечебный профиль и режим работы конкретного санатория, но и ознакомиться самим и ознакомить слушателей со страноведческими и географическими аспектами, что не входит в программу в медицинском вузе. В лучших образцах презентации на данную тему могут быть использованы даже в качестве рекламных роликов. Тема «Спорт и здоровье» дает обучающимся большой простор для творчества, особенно при оценке влияния профессионального и любительского спорта на организм человека. Описывая взаимосвязь отдельных видов спорта/физической активности и состояния организма, обучающиеся обращаются к знаниям анатомии и физиологии, трансформируя их в практическую плоскость. Тема «Детские инфекционные заболевания» оптимально презентуется через буклеты, тематическое составление и оформление которых позволяет обучающимся

запомнить информацию, которая может пригодиться в дальнейшей учебной и профессиональной деятельности.

Особое место среди работ, выполняемых в автономном режиме, занимают составляемые обучающимися учебно-методические конспекты по темам «Сердечно-сосудистые заболевания», «Простудные заболевания», «Бронхит и воспалении легких», «Заболевания ЖКТ», «Современные методы диагностики». Поскольку названные темы имеют рубежный характер, составленные конспекты могут помочь обучающимся, не справляющимся в срок с академическим материалом, восполнить недоработки по конспектам, выполненным товарищами по учебе. Как правило, такие конспекты содержат квинтэссенцию учебного материала, прошедшего через призму восприятия обучающихся. Они структурированы с учетом закономерностей читабельности текста, снабжены рисунками и схемами, облегчающими запоминание. Кроме того, пособия завершаются списком вопросов, которые могут возникнуть при собеседовании.

Заключение

Использование принципа автономности в обучении при освоении дисциплины «Иностранный язык специальности» дидактически целесообразно, так как позволяет обучающимся активнее включаться в процесс приобретения знаний и полнее реализовывать свой творческий и интеллектуальный потенциал.

Литература

1. Брунер, Дж. Психология познания. / Дж. Брунер — М.: «Прогресс», 1977.
2. Виноградова, Е.В. Реализация концепций коопераций и автономии при обучении деловому иностранному языку. Материалы LX международной филологической конференции. Вып.5. Секция делового иностранного языка. 17-18 марта 2011г. / Отв. ред. Л.А.Девель. С-Пб.: КультИнформПресс. — С. 22-28.
3. Виноградова, Е.В. О конструктивистской теории познания в современной лингводидактике. Филологические науки. Вопросы теории и практики. 2014. № 8-2(38).С. 36-40.
4. Выготский, Л.С. Психология развития человека. / Л.С.Выготский — М.: Смысл, 2006.

К. С. Власова, 5 курс, лечебный факультет, И. В. Фомина

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Фомина

ПРИМЕНЕНИЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ВО ВРЕМЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У РОЖЕНИЦ С ИСТИННЫМ ПРИРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

Истинное приращение плаценты является серьезным осложнением беременности и возникает вследствие инвазии ворсин хориона в миометрий. Распространенность аномалий прикрепления плаценты за последние 60 лет возросла в десятки раз. Так, в 50-х годах XX века частота ее составляла 1 случай на 30000 родов [3], тогда как в настоящее время — 1 : 1000-2500 [2,4]. Родоразрешение пациенток с аномалиями прикрепления плаценты имеет высокий риск массивной кровопотери, требующей интенсивной трансфузионной терапии и применения адекватной хирургической тактики, зачастую заключающейся в экстирпации матки и безвозвратной потери детородного органа и репродуктивной функции для пациенток. В настоящее время активно обсуждаются вопросы альтернативных методов профилактики массивного кровотечения при приращении плаценты, различных вариантов «обескровливания» матки во время оперативного вмешательства: двусторонняя перевязка внутренних подвздошных артерий в сочетании с терапией метотрексатом после родоразрешения [1], эмболизации маточных артерий [4], временная баллонная окклюзия внутренних подвздошных артерий. Но, для возможностей применения органосохраняющих технологий требуется своевременная диагностика данной патологии.

Цель исследования: проанализировать случаи родоразрешений женщин с истинным приращением плаценты.

Материалы и методы

Проведено сплошное ретроспективное исследование всех случаев родоразрешений женщин с истинным приращением плаценты с 2014 по 2017 гг. в акушерском стационаре ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень), далее ПЦ и выездной бригадой акушеров-гинекологов ПЦ на базе ОКБ № 2 г. Тюмени. Материалом явились 38 историй родов и индивидуальных карт женщин, родоразрешенных с данной патологией за указанный период. Критерием включения в исследование явилось наличие аномалии прикрепления плаценты. Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением пакета прикладных программ STATISTICA (версия 6.0). рассчитывали среднее (M) и стандартное отклонение (SD), достоверность отличий определяли с помощью критерия Манна Уитни.

Результаты и обсуждение

Особенностью оказания медицинской помощи пациенткам с приращением плаценты в ТО является то, что на базе ПЦ отсутствует необходимая для проведения ЭМА рентгенооперационная и сосудистый хирург, поэтому все родоразрешения у пациенток в плановом порядке проводятся на базе ОКБ №2 выездной бригадой акушеров-гинекологов ПЦ, где имеются данные условия. При возникновении показаний для родоразрешения в экстренном порядке (преждевременная отслойка плаценты или предлежание плаценты с кровотечением) оно проводится в ПЦ. Все роженицы были разделены на 3 группы: I группа – 27 женщин (71,05 %), которым было выполнено родоразрешение путем операции кесарева сечения в плановом порядке с применением метода эмболизации маточных артерий на базе ОКБ №2 г. Тюмени; II группа — 10 женщин (26,3 %), которым родоразрешение выполнено в экстренном порядке путем операции кесарева сечения с экстирпацией матки; III группа — 1 человек (2,6 %) — родоразрешение по путем операции кесарева сечения в плановом порядке без эмболизации маточных артерий с применением метропластики. Средний возраст достоверно не отличался во всех группах и составил по группам: в

первой — $33,5 \pm 4,2$, во второй $34,4 \pm 5,6$, в третьей 35 лет соответственно. Все 100 % пациенток имелиотягощенный акушерский анамнез (ОАА) и у всех имелся один и более рубец на матке. Сочетание наличия рубца на матке и выскабливаний полости матки выявлено в 48,1 % случаев в первой и 50 % во второй группе. Истинное приращение плаценты зарегистрировано у всех пациенток. При изучении диагностики данной аномалии выявлено, что в 48,1 % и 60 % в I и II группах соответственно уже в I триместре беременности определялись такие УЗ-признаки, как необычная локализация хориона (низкое прикрепление/перекрывает внутренний зев), что наряду с ОАА в виде оперативных вмешательств на матке (кесарево сечение в анамнезе) — 92,6 % и 100 %, позволяет заподозрить аномалию прикрепления. Во II триместре гестации низкое прикрепление плаценты/отсутствие миграции наблюдалось в 96,2 % (из них $n=3$ — в области рубца) и 100 %. Также отмечены такие признаки, как отсутствие гипоэхогенной зоны между плацентой и миометрием, а также гиперваскуляризация нижнего сегмента матки 7,4 % в I группе, во II — плацентарная грыжа у 10 %. Лакуны диагностированы в 7,4 % и 50 % случаев соответственно в I и II, истончение миометрия наблюдали у 3,7 % и 10 % рожениц. Для III триместра были характерны следующие признаки: аномальная локализация плаценты в 92,6 % и 60 % (из них в 80 и 83,3 % плацента локализовалась в области внутреннего зева — предлежание плаценты), плацентарная грыжа обнаружена в 48,1 % и 20 %, усиление маточного кровотока в 70,3 % и 30 %, истончение миометрия в 37 % (из них в 20 % миометрий отсутствовал) и 10 %.

Среди других осложнений беременности наиболее часто встречались плацентарная недостаточность (74 % и 80 %) и угрозы прерывания беременности в различные сроки (33,3 % и 60 %). Среди сопутствующей патологии наиболее часто отмечены анемия различных степеней тяжести (55,5 % и 50 %), во второй группе в 40 % выявлен хронический вирусный гепатит С и в 20 % ВИЧ-инфекция, остальная экстрагени-

тальная патология встречалась значительно реже. Достоверно различался и срок родоразрешения: $37,2 \pm 1,08$ (I) и $32,4 \pm 4,6$ (II) недель по группам, а пациентка третьей группы родоразрешена в 38,5 недель гестации. Объем кровопотери достоверно отличался между группами и составил $1362,9 \pm 1089,8$ мл (I) и $5633,3 \pm 3320$ мл (II), у пациентки третьей группы он составил 4000 мл.

Заключение

Применение органосохраняющих методик при родоразрешении пациенток с истинным приращением плаценты позволяет достоверно снизить объем кровопотери, улучшить материнские и перинатальные исходы, сохранить репродуктивную функцию.

Литература

1. Комиссарова, Л.М., Васильченко, О.Н. Органосберегающая тактика родоразрешения при истинном приращении плаценты // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2009. — № 6. — С. 25-28.
2. Тихоненко, И.В., Барсуков, А.Н., Пацеев, С.В., Когаленок, Н.Н.: Диагностика приращения плаценты: клиническое наблюдение и обзор литературы. // Перинатальная диагностика 2007. — 6(2). — С. 123-130.
3. ФлейшерА., МэнингЭ., ДжентиФ., РомероР. Эхография в акушерстве и гинекологии: теория и практика. Перевод с англ. 6-е изд. М.: Дом Видар, 2005. — с. 231-233.
4. RebarberA. Et al. Successful bilateral uterine artery embolization during an ongoing pregnancy // Obstetrics and gynecology. — 2009. — № 2. — Vol. 113..

С. В. Вовденко, 6 курс, лечебный факультет, С. Х. Али

ФГАОУ ВО Первый Московский ГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава
России, г. Москва, Россия

Кафедра урологии

Научный руководитель: к.м.н., ассистент С. Х. Али

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ПРЕИМУЩЕСТВ И НЕДОСТАТКОВ ТУЛИЕВОЙ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ ПО СРАВНЕНИЮ С ГОЛЬМИЕВОЙ

В настоящее время использование гольмиевого лазера (Ho:YAGlaser) является самым распространенным и рекомендуемым видом энергии для выполнения контактной литотрипсии. Помимо гольмиевого лазера существует альтернатива — тулиевый лазер (Tm: YAGlaser), обладающий рядом преимуществ и являющийся перспективным методом хирургического лечения мочекаменной болезни. Гольмиевый лазерный литотриптор способен генерировать импульсы высокой мощности. Тулиевый литотриптор, при относительно низкой энергии импульсов, способен эффективно работать с частотой до 1000 Гц.

Цель исследования: обзор мировой литературы и сравнение двух вышеупомянутых типов лазеров по ряду параметров и определение преимуществ и недостатков тулиевой 6.62 литотрипсии.

Материалы и методы

Анализ мировой литературы по данной теме за последние 10 лет.

Ключевые слова: thulium lithotripsy, thulium stone ablation

Результаты и обсуждение

Эксперимент Blackmon и соавт. (2010), сравнивающий эффективность гольмиевой и тулиевой литотрипсии кальций-оксалатных и мочеислых камней in vitro, показал, что тулиевый лазер разрушает в 5-10 раз большую массу камня, чем гольмиевый при одинаковом количестве воздействовавшей на камень энергии в 126 Дж ($2,4 \pm 0,6$ мг (уратный камень), $0,7 \pm 0,2$ мг (кальций-оксалатный камень) против $12,6 \pm 2,5$ мг,

6,8±1,7 мг, $P<0,05$). Исследование также показало, что абляционный кратер в камне после 10 импульсов в 4-10 раз глубже после воздействия тулиевого лазера. Эти данные также соотносятся с данными о потере камнем массы при литотрипсии. В ходе эксперимента была определена оптимальная длительность лазерного импульса для тулиевой литотрипсии — 1 миллисекунда, которая обеспечивает формирование чистого абляционного кратера на поверхности камня с минимальным формированием обугливания. Авторы связывают более эффективную работу тулиевого лазера с высоким коэффициентом поглощения нагретой воды (μ_a) при длине волны 1908 нм, равному 160 см^{-1} , что в 5 раз больше, чем при длине волны гольмиевого лазера, составляющей 2120 нм ($\mu_a = 28 \text{ см}^{-1}$), а также с более однородным импульсным профилем тулиевого лазера, вследствие чего импульсная энергия к камню доставляется равномернее (рис. 1).

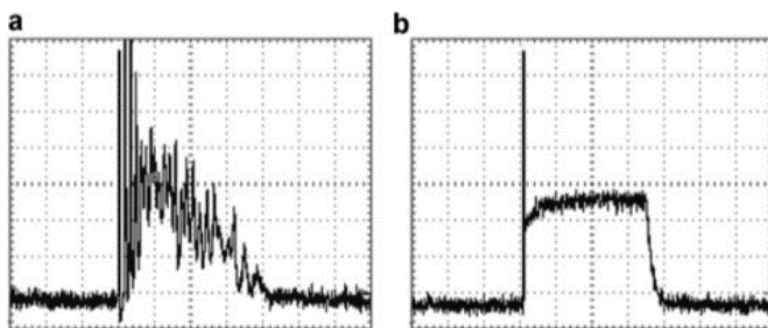


Рис. 1. а — импульсный профиль гольмиевого лазера,
 б — импульсный профиль тулиевого лазера

В 2011 году та же группа исследователей провела сравнение двух типов лазеров по следующим параметрам: порог абляции (минимальное значение Дж/см², при котором начинается абляция), мощность абляции и выраженность эффекта ретропульсии. Порог абляции для гольмиевого лазера равнялся 82,6 Дж/см², а тулиевого — 20,8 Дж/см². Скорость абляции гольмиевого лазера линейно возрастала вместе с увеличением энергии импульса и достигала 100 мкг/с при энергии им-

пульса в 165 мДж. Скорость абляции тулиевого лазера возрастала при увеличении частоты импульсов, при этом нелинейно. Так, при увеличении частоты с 10 до 100 Гц, скорость абляции увеличилась лишь в 5 раз — до 140 $\mu\text{g/s}$. Сила ретропульсии гольмиевого лазера линейно возрастала при увеличении энергии импульса. Значительная ретропульсия наблюдалась при мощности импульса выше 175 мДж и частоте 10 Гц. Ретропульсия тулиевого лазера была минимальной при частоте меньше 150 Гц, а при увеличении частоты быстро возрастала. Значительная ретропульсия наблюдалась при 150 Гц и 35 мДж.

Kamal и соавт. (2016) также сравнивали характер ретропульсии при использовании обоих лазеров. Наименьшая степень ретропульсии камней во время гольмиевой литотрипсии наблюдалась при мощности 0,5 Дж и частоте 20 Гц, а наибольшая — при 3 Дж и 5 Гц. Во время тулиевой литотрипсии, при энергии импульса в 1 Дж и частоте 10 Гц ретропульсия полностью отсутствовала. Наибольшая ретропульсия отмечалась при 8 Дж, 5 Гц и короткой длительности импульса. При неизменных настройках энергии и длины импульса, повышение частоты вызывало уменьшение ретропульсии. Увеличение длительности импульса при других неизменных настройках также приводило к снижению ретропульсии. Тот же эффект наблюдался и при уменьшении энергии импульса при других нетронутых настройках. Luke и соавт. (2014) провели исследование *in vitro* на модели мочеочника с целью сравнения времени литотрипсии, а также измерения температуры ирригационной жидкости области дробления для обоих типов лазеров. При этом тулиевая литотрипсия проводилась при 150, 300 и 500 Гц. У гольмиевого лазера время дробления равнялось 207 ± 50 сек, что статистически значимо длиннее, чем тулиевая литотрипсия при 150-500 Гц (116 ± 54 , 54 ± 22 , 60 ± 22 соответственно) ($P < 0,05$). Статистически значимая разница во времени литотрипсии при 300 и 500 Гц отсутствовала ($P = 0,37$). Температура ирригационной жидкости при гольмиевой литотрипсии равнялась $24 \pm 1^\circ\text{C}$. Для 150, 300 и 500 Гц при тулиевой ли-

тоттрипсии — $33\pm 3^{\circ}\text{C}$, $33\pm 7^{\circ}\text{C}$, $39\pm 6^{\circ}\text{C}$ соответственно, что статистически значимо выше, чем при использовании гольмиевого лазера ($P<0,05$).

Wilson и соавт. (2015) исследовали повреждения, нанесенные стенке мочеточника и нитиноловым корзинкам для литоэкстракции во время тулиевой литотрипсии. Среднее время перфорации стенки мочеточника уменьшалось с увеличением частоты импульсов с 7,921 сек. при 150 Гц до 1,786 сек. при 500 Гц. Входное отверстие в области повреждения было одинаковым вне зависимости от частоты, а выходное уменьшалось вместе с повышением частоты импульсов. Для сравнения — гольмиевый лазер перфорирует стенку мочеточника менее чем за 1 сек. при минимальных настройках (0,2 Дж, 5 Гц).

Контактное воздействие одного лазерного импульса величиной 35 мДж и длительностью 500 мксек на нитиноловое волокно вызвало дефект, но не разрушило его. Потребовалось около 500 импульсов на частоте 300 Гц, чтобы вызвать разрыв волокна. Время разрушения волокна при контактном воздействии лазера на частоте 300 Гц составило 1.5 сек., а на частоте 500 Гц — 1 сек. Степень повреждения нитинолового волокна зависит от расстояния между его поверхностью и лазерным волокном — полный разрыв волокна наблюдался при прямом контакте до расстояния 0.3 мм, а на расстоянии больше 1 мм видимые повреждения волокна отсутствовали.

Тулиевый лазер является эффективным видом энергии для контактной литотрипсии, способным конкурировать с гольмиевым лазером. Работа с низкой энергией импульса и высокой частотой помогает снизить степень ретропульсии конкремента, что в значительной степени облегчает работу хирурга и сокращает время операции. Также, использование более низкой по сравнению с Ho:YAG энергии импульса и частоты <300 Гц существенно снижает вероятность перфорации стенки мочеточника и повреждения волокна нитиноловых литоэкстракторов, делая работу с данным типом лазера безопаснее. Еще одной важной особенностью тулиевого лазера является использование лазерного

волокна меньшей толщины, что обеспечивает большую его гибкость и улучшает ирригацию по рабочему каналу эндоскопа. Недостатком этого типа лазера является повышенная по сравнению с Ho:YAG температура в области литотрипсии, следовательно, необходимость в более активном токе ирригационной жидкости. Следует учесть, что для более точного определения недостатков и преимуществ этого вида энергии требуется больше клинических исследований.

Заключение

Использование тулиевого лазера для литотрипсии сравнимо по эффективности с использованием гольмиевого лазера, а также превосходит его по некоторым параметрам. Для более точной оценки эффективности использования данного лазера, определения преимуществ и недостатков необходимы дальнейшие клинические исследования.

Литература

1. Blackmon RL, Irby PB, Fried NM. Holmium:YAG ($\lambda = 2,120$ nm) versus thulium fiber ($\lambda = 1,908$ nm) laser lithotripsy. *Lasers Surg Med.* 2010 Mar; 42(3):232-6.
2. Blackmon RL, Irby PB, Fried NM. Comparison of holmium:YAG and thulium fiber laser lithotripsy: ablation thresholds, ablation rates, and retropulsion effects. *J Biomed Opt.* 2011 Jul;16(7):071403.
3. Kamal W, Kallidonis P, Koukiou G, Amanatides L, Panagopoulos V, Ntasiotis P, Liatsikos E. Stone Retropulsion with Ho: YAG and Tm: YAG Lasers: A Clinical Practice-Oriented Experimental Study. *J Endourol.* 2016 Nov; 30(11): 1145-1149.
4. Hardy LA, Wilson CR, Irby PB, Fried NM. Thulium fiber laser lithotripsy in an in vitro ureter model. *J Biomed Opt.* 2014 Dec; 19 (12):128001.
5. Wilson CR, Hardy LA, Irby PB, Fried NM. Collateral damage to the ureter and Nitinol stone baskets during thulium fiber laser lithotripsy. *Lasers Surg Med.* 2015 Jul;47(5):403-10.

С. И. Волков; Л. Э. Андреюшин, М. Е. Романенко, 3 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии
Научный руководитель: д.м.н., профессор С. И. Волков

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В СТРОЕНИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ЧЕЛОВЕКА

Внутренние сонные артерии являются главными сосудами, расположенными на шее и осуществляющими кровоснабжение головного мозга. Поэтому, глубокое знание вариантной анатомии, топографии сосудов и нервов является залогом успешного выполнения операций на них. В литературе недостаточное количество работ по топографо-анатомическому обоснованию хирургических вмешательств с патологией внутренней сонной артерии. Мало изучены вопросы по строению внутренней сонной артерии у взрослых людей обоих полов в зависимости от формы головы и шеи.

Цель исследования: выявить закономерности в топографо-анатомическом строении внутренней сонной артерии с учетом проходящих с ней рядом сосудов, нервов и определить их прикладное значение для выполнения оперативных вмешательств при различных видах ее патологии.

Материалы и методы

Топографо-анатомические исследования проводились на 14 фиксированных трупах взрослых людей различного пола и возраста без макроскопических изменений. Полученные данные после макро и микро препарирования с учетом морфометрии, зарисовки и фотографирования всех анатомических образований заносились в протоколы, по которым проводилась статистическая обработка данных.

Результаты и обсуждение

Проведенное исследование показало, что 5 анатомических пре-

паратов имели долихоцефалическую форму головы (индекс менее 75) и длинную шею (11,6-12,7 см), 5 препаратов — мезоцефалическую форму (индекс от 75 до 79,9) и более короткую шею (9,2-10,5 см), 4 препарата — брахиоцефалическую форму (индекс равен 80 и более) и шею длиной от 8,6 до 9,8 см.

Исследование включило в себя 28 односторонних анатомических препаратов. У долихоцефалов в 7 случаях деление общей сонной артерии на наружную и внутреннюю происходило на уровне верхнего края щитовидного хряща, в 2 случаях — выше него на 0,5 см и в 1 случае ниже на 0,5 см. У мезоцефалов на 7 препаратах деление происходило на уровне подъязычной кости и на 3 препаратах на уровне верхнего края щитовидного хряща. У брахиоцефалов в 6 случаев деление происходило на уровне верхнего края щитовидного хряща и в 2 случаях на уровне перстневидного хряща. Сравнивая уровни деления общей сонной артерии, справа и слева, как правило, они были симметричны, и лишь в 3 случаях они были различными.

Выделены 3 формы деления общей сонной артерии: вилообразная, параллельная и луковичная. Вилообразная форма деления общей сонной артерии встречалась у долихоцефалов в 5 наблюдениях, у мезоцефалов в 4 случаях. Параллельная форма деления общей сонной артерии встречалась у долихоцефалов в 5 наблюдениях и у мезоцефалов в 6 случаях. Луковичная форма деления общей сонной артерии встречалась чаще у брахиоцефалов в 6 наблюдениях, и у мезоцефалов в 2 случаях.

Следует отметить, что первые две формы деления (20 препаратов) чаще встречались у долихоцефалов и мезоцефалов, у брахиоцефалов чаще наблюдалась последняя, луковичная форма (8 препаратов). В 2 наблюдениях была обнаружена трифуркация общей сонной артерии (восходящая глоточная артерия). Также на 4 препаратах отмечалось наличие С-образного изгиба и на 1 препарате S-образного изгиба. Во всех случаях внутренняя сонная артерия находилась кзади и

латеральнее наружной сонной артерии.

При исследовании размеров общей и внутренней сонных артерий выявлено: средний диаметр внутренней сонной артерии в устье $6,29 \pm 0,21$ мм, на протяжении — $3,9 \pm 0,18$ мм, общей сонной артерии $5,49 \pm 0,16$ мм. Длина внечерепного отдела внутренней сонной артерии в среднем составляет $5,92 \pm 0,2$ см.

Внутренняя яремная вена по отношению к внутренней сонной артерии во всех наблюдениях располагалась кнаружи и несколько кзади. Подъязычный нерв всегда располагался между внутренней яремной веной и передненаружной поверхностью внутренней сонной артерии. Блуждающий нерв сопровождает общую и внутреннюю сонные артерии по их задней поверхности.

Исследование внечерепного отдела лицевого нерва показало, что по выходе из шилососцевидного отверстия лицевой нерв проникал в толщу околоушной слюнной железы через заднемедиальную стенку её капсулы. Направление ствола лицевого нерва было вниз и вперед, изнутри кнаружи. Длина ствола лицевого нерва от точки выхода из шилососцевидного отверстия до места деления его на ветви 1 порядка была различной и варьировала в пределах от 9 мм до 23 мм, чаще всего (16 препаратов) это расстояние равнялось от 16 мм до 23 мм, реже (12 препаратов) — от 9 мм до 15 мм. Основной ствол лицевого нерва всегда располагался на наружной поверхности внутренней яремной вены.

Заключение

Топография внутренней сонной артерии имеет выраженные индивидуальные различия и коррелятивную связь с формой головы и шеи. Взаимоотношение внутренней сонной артерии с внутренней яремной веной и подъязычным и лицевым нервами имеют важное прикладное значение для выполнения оперативных вмешательств, при различных видах ее патологии.

Литература

1. Каган, Илья Иосифович Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Текст]: учебник / Илья Иосифович Каган, Сергей Всеволодович Чемезов. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 666 с. + СД
2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Текст]: учебник. В 2-х т. / ред. И.И. Каган, И.Д. Кирпатовский — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — Т. -575 с., Т.2 — 512 с.
3. Сергиенко, В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Текст]: учебник. В 2-х т. Т. 2 / Валерий Иванович Сергиенко, Эдуард Арутюнович Петросян, Иван Викторович Фраучи; ред. Юрий Михайлович Лопухин. — 3-е изд., испр. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 589 с.
4. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Текст]: учебник / ред. А. В. Николаев — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 738 с.

А. А. Вольман, 6 курс, педиатрический факультет,
А. Ю. Шишкина, 4 курс, лечебный факультет; Ю. Ю. Шишкин

ФГБОУ ВО Ивановская ГМА Минздрава России, г. Иваново, Россия
Кафедра судебной медицины и правоведения
Научный руководитель: д.м.н. Ю. Ю. Шишкин

ОЦЕНКА МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА ПЛОДА ПО ЕГО РАЗМЕРАМ

Вопрос установления срока беременности по размерам плода всегда являлся важным для судебных медиков и акушеров-гинекологов. В виду того, что прижизненное установление гестационного срока должно отвечать требованиям безопасности и высокой информативности, возможности определения размеров плода и его частей представлено недостаточно широко и имеют ряд как достоинств, так и недостатков.

Цель исследования: выявление наиболее информативных и достоверных методов определения гестационного возраста плода по его размерам.

Материалы и методы

Наиболее распространенным способом определения сроков беременности является ультразвуковое исследование плода трансабдоминальным и трансвагинальным датчиком. Современное высокочастотное оборудование позволяет визуализировать плодное яйцо с 3 недель беременности, эмбрион определяется с 4-5 недель. В первом триместре установление возраста плода оценивается по копчико-теменному размеру, так как этот показатель является наиболее точным (средняя ошибка в определении срока беременности по КТР ± 2 дня). Измерение копчико-теменного размера доступно с 5 недели внутриутробного развития и производится до 13 недель [1]. Для более поздних сроков применяется фетометрия, минимальный объем которой включает измерение бипариетального размера, окружности голо-

вы, окружности живота и длины бедренных костей с обеих сторон. Дополнительно в фетометрию для уточнения полученных данных входит измерение лобно-затылочного диаметра, поперечного диаметра живота, сагиттального диаметра живота, большеберцовой и малоберцовой костей, плеча и костей предплечья [2].

Ультразвуковое исследование плода получило широкое распространение за счет своей достаточно высокой точности, отсутствия больших отклонений расчетных показателей от фактических значений, особенно при применении ультразвуковой компьютерной фетометрии, минимального негативного воздействия на плод, исключения инвазивного вмешательства и лучевой нагрузки. Также ряд достоинств УЗИ можно продолжить указанием относительной дешевизны, доступности и быстроты проведения [3]. В то же время использование ультразвукового исследования для определения размеров плода не лишено недостатков. Ошибки и погрешности в измерении параметров частей плода могут быть обусловлены маловодием или многоводием, которое искажает действительную картину, «неудобным» для исследователя положением плода, когда не представляется возможность верно измерить все размеры, или же изменением членорасположения при котором значения КТР может уменьшаться или увеличиваться [4], повышенной массой тела беременной женщины, низким качеством ультразвуковой аппаратуры и недостаточной квалификации специалиста по УЗИ-диагностике [5]. Также ошибочную интерпретацию можно получить при различных патологиях плода, например, при задержке внутриутробного развития полученные параметры не будут соответствовать фактическому сроку беременности.

Определение размеров плода и срока беременности иными неинвазивными методами, такими как компьютерная томография и магнитно-резонансная томография не проводится в виду своей небезопасности, дороговизны и нецелесообразности по сравнению с ультразвуковой диагностикой.

Косвенные сведения о размерах плода и предположительному возрасту гестации по его виду (по соотношению размеров головы и туловища, степени развития глаз, конечностей, половых органов) возможно определить срок внутриутробного развития при проведении фетоскопии [6], но у этого способа много недостатков, начиная с невозможности точного измерения параметров, заканчивая высокими рисками для плода и матери, принимая во внимание инвазивность исследования. При переходе к внеутробной жизни срок закончившейся беременности также можно определить по размерам плода неинструментальными и инструментальными способами. Ранее возраст плода определяли методом Гаазе (если длина тела новорожденного (плода) менее 25 см, то из нее извлекают квадратный корень, если же она более 25 см, то длину тела делят на 5. Полученные цифры соответствуют внутриутробному возрасту новорожденного младенца (плода) в лунных месяцах), способом Бальтазара и Дервьё (если внутриутробный возраст плода превышает 3 лунных месяца, надо умножить длину тела (в см) на коэффициент 5, 6 с последующим делением на 28). Также определяют возраст плода по длине окружности головки, выраженной в сантиметрах (чтобы получить число лунных месяцев внутриутробной жизни, необходимо длину окружности головки (в см) разделить на коэффициент 3, 4) [7]. У этих способов преимущества заключаются в простоте выполнения, дешевизне и доступности, однако недостатками являются неточность полученных данных, а также невозможность использования для измерения плодов, погибших на ранних сроках гестации.

Результаты и обсуждение

В своих исследованиях для определения размеров плода мы использовали трехмерное сканирование приборами UST 1.0, UST 2.0 [8] с применением запатентованной технологии UST. Всего было получено и исследовано 80 трехмерных сканов плодов на различных сроках беременности. С помощью данной технологии предоставляется возможность получения трехмерных моделей плодов, детального исследова-

ния анатомических особенностей, многократного выполнения точных измерений, в том числе ретроспективно. При исследовании 3D моделей плодов было отмечено эффективное использование следующих важных технических преимуществ трехмерных изображений: увеличение, вращение, детализация, масштабирование и оперативная разметка параметров.

Таким образом, универсальная технология 3D сканирования UST может эффективно использоваться для определения гестационного возраста плода по его размерам.

Литература

1. Айламазян, Э.К., Серов, В.Н., Радзинский, В.Е и др. Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Мерц, Э. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии : в 2 т. / Эберхард Мерц ; пер. с англ. ; под общ. ред. проф. А.И.Гуса. — 2-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2016. ISBN 978-5-00030-339-9 Т. 1 : Акушерство. — 2016. — 720 с. : ил.
3. Демидов, В.Н., Розенфельд, Б.Е., Воеводин, С.М. и др. Ультразвуковая биометрия плода при физиологически развивающейся беременности (нормативы и сравнительная точность) // Медицинский журнал "SonoAce-Ultrasound", 2001. N8.
4. Прокопович, А.В., Савицкий, С.Э., Кротков, О.В. Принципы ультразвукового исследования плода в 1-ом триместре беременности. // Журнал ГГМУ 2005, №3.
5. Плоцкий, А.Р., Драбович, Т.В. Ошибки и трудности в диагностике пороков развития при ультразвуковом исследовании. // Журнал ГГМУ 2005, №3.
6. Сидорова, И.С., Кулаков, В.И., Макаров, И.О. Руководство по акушерству. — М., Медицина, 2006.
7. Качина, Н.Н., Кильдюшов, Е.М. Судебно-медицинская экспертиза (исследование) трупов плодов и новорожденных: Учебное пособие. — Москва: ООО Фирма «Светотон ЛТД», 2003. — 124 с.
8. Ерофеев, С.В., Шишкин, Ю.Ю., Федорова, А.С.. О технологиях анализа изображений как средствах повышения объективности и достоверности судебно-медицинских экспертиз. Судебная медицина. — 2017. — т.3. — №2. — с.17-24.

С. Д. Гадиева, К. Ю. Гаврилова, М. Д. Ефременко, 3 курс,
педиатрический факультет; О. В. Баранова

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра гигиены и экологии

Научный руководитель: старший преподаватель О. В. Баранова

АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ ТГМУ К ВЕГЕТАРИАНСТВУ

Вегетарианство — это не только отказ от пищи животного происхождения, но и стиль жизни, разрушение множества привычных стереотипов. Вегетарианское питание имеет тысячелетнюю историю и изначально считалось неполноценной диетой, не обеспечивающей организм человека всеми необходимыми веществами. Но теперь отношение к вегетарианству стало меняться, особенно на Западе.

Среди причин ведения вегетарианского стиля питания чаще всего выделяют медицинские рекомендации, нравственно-этические соображения, национальные и религиозные традиции.

Общественное мнение неоднозначно оценивает вегетарианство, одни считают, что вегетарианство не только положительно сказывается на здоровье человека, но и способствует защите окружающего мира; другие ссылаются на недостаточное содержание в продуктах неживотного происхождения необходимого количества железа, витаминов B12, A, D; несмотря на это, установлено: сбалансированный вегетарианский рацион может быть полноценным. Однако нельзя не учитывать, что около 11 % населения Земного шара придерживаются этого стиля питания, причем наиболее активны в этом молодые люди в возрасте 14-30 лет.

С медицинской точки зрения, вегетарианство имеет ряд преимуществ. Так, было проведено немало исследований, по результатам которых выяснилось, что приверженцы вегетарианской диеты меньше подвержены сердечно-сосудистым заболеваниям, реже страдают сахарным диабетом, обменными нарушениями, поэтому интерес изуче-

ния отношения современной молодёжи к здоровью и вегетарианскому способу питания, а также распространенности его в студенческой среде остается достаточно высоким.

Цель исследования: изучение отношения студентов 3 курса педиатрического и международного факультета к вегетарианству и анализ результатов анкетирования.

Материалы и методы

С помощью анонимного анкетирования было опрошено 148 студентов Тверского государственного медицинского университета в возрасте от 18 до 23 лет 3 курса педиатрического и международного факультетов. Среди которых 60 человек являются представителями России, 47 — Индии, 41 — Шри-Ланки.

Таблица 1

Результаты по определению вегетаринства, %

Являетесь ли Вы вегетарианцем?											
Россия (М)		Россия (Ж)		Индия (М)		Индия (Ж)		Шри-Ланка (М)		Шри-Ланка (Ж)	
Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
7	93	0	100	24	76	24	76	6	94	29	71
Россия				Индия				Шри-Ланка			
Планируете ли Вы в будущем стать вегетарианцем или были раньше?											
Мужчины				Мужчины				Мужчины			
Был	Планирую	Никогда		Был	Планирую	Никогда		Был	Планирую	Никогда	
0	7	86		38	7	31		6	41	47	
Женщины				Женщины				Женщины			
Была	Планирую	Никогда		Была	Планирую	Никогда		Была	Планирую	Никогда	
9	11	80		29	12	35		25	4	71	
Увеличится ли количество вегетарианцев в будущем?											
Мужчины				Мужчины				Мужчины			
Да	Нет	Затрудняюсь		Да	Нет	Затрудняюсь		Да	Нет	Затрудняюсь	
20	53	27		21	24	55		18	53	29	
Женщины				Женщины				Женщины			
Да	Нет	Затруд-		Да	Нет	Затрудня-		Да	Нет	Затруд-	

		няюсь			юсь			няюсь
42	13	44	29	18	53	38	38	25
Могут ли дети соблюдать вегетарианскую диету?								
Мужчины			Мужчины			Мужчины		
Да	Нет	Затрудняюсь в ответе	Да	Нет	Затрудняюсь в ответе	Да	Нет	Затрудняюсь в ответе
13	87	0	41	18	41	29	59	12
Женщины			Женщины			Женщины		
Да	Нет	Затрудняюсь в ответе	Да	Нет	Затрудняюсь в ответе	Да	Нет	Затрудняюсь в ответе
2	87	11	59	24	17	29	29	42
Есть ли у Вас знакомые, приверженцы вегетарианской диеты?								
Мужчины			Мужчины			Мужчины		
Да, много	Да, единицы	Нет	Да, много	Да, единицы	Нет	Да, много	Да, единицы	Нет
0	53	47	45	48	7	12	70	18
Женщины			Женщины			Женщины		
Да, много	Да, единицы	Нет	Да, много	Да, единицы	Нет	Да, много	Да, единицы	Нет
7	44	49	29	71	0	13	83	4
Если Ваш друг станет вегетарианцем, поинтересуетесь ли с чем связан его выбор?								
Мужчины			Мужчины			Мужчины		
Поинтересуюсь		Нет	Поинтересуюсь		Нет	Поинтересуюсь		Нет
33		67	76		24	71		29
Женщины			Женщины			Женщины		
Поинтересуюсь		Нет	Поинтересуюсь		Нет	Поинтересуюсь		Нет
80		20	82		18	79		21

Выводы

1. Наибольший процент вегетарианцев наблюдается среди студентов из Шри-Ланки, в то время как среди индийских студентов вегетарианства придерживаются в равной степени, как мужчины, так и женщины. Несмотря на то, что большинство студентов всех трех стран не придерживаются вегетарианства, наименьшая кон-

центрация вегетарианцев наблюдается среди представителей России, а среди российских студенток вегетарианцев вовсе нет. Это можно объяснить недостаточной популярностью вегетарианской диеты в России, отсутствием поддержки властных структур в реализации пропаганды вегетарианского типа питания, небольшим количеством кафе и ресторанов вегетарианской направленности в городе Твери, отсутствием определённого ряда продовольствия для вегетарианцев в магазинах города. Значительную роль имеют и особенности национальной кухни.

2. Наибольшая часть респондентов, ранее придерживавшихся вегетарианской диеты, представлена студентами из Индии, причем большинство из них — мужчины. Однако, тех, кто в будущем хотел бы стать вегетарианцем, больше среди девушек. Иная картина среди студентов из Шри-Ланки. Здесь наибольший интерес к вегетарианству проявляют девушки, тогда как большинство мужчин никогда не были и не планируют становиться вегетарианцами. Лишь небольшой процент российских студентов планируют стать в будущем вегетарианцами. Больше всего интересна вегетарианская диета девушкам.
3. В целом к вегетарианству анкетированные из всех трех стран относятся нейтрально. Доброжелательно отзывались студенты из Индии и Шри-Ланки, по сравнению со студентами из России, где меньшая часть респондентов относится к вегетарианству положительно. Это связано с национальными и религиозными традициями в Индии и Шри-Ланке, где значительная часть населения придерживается вегетарианства испокон веков.

Литература

1. Гончарова О.Д. Польза и вред вегетарианства // Бюллетень медицинских интернет-конференций, 2013. № 2– С. 447
2. Зарубина, Н.Н. Вегетарианство в России: индивидуальный выбор против традиций // Историческая психология и социология истории, 2016. Т. 9. № 2. –С. 137-154

3. Лыгин, С. А., Мустафина, Ю.А. Аспекты вегетарианства // Естественные и математические науки в современном мире, 2014.№18 — С.153-159
4. Ларионов, П.М. Биомедицинские аспекты вегетарианства // Современные методы формирования здорового образа жизни у студенческой молодежи, 2017. — С. 14-19
5. Лыгин, С.А., Мустафина Ю.А. Основные научные критерии вегетарианства // Научные исследования: от теории к практике, 2014.№1 — С. 15-19

С. Д. Гадиева, К. Ю. Гаврилова, А. И. Надеин, 3 курс, педиатрический факультет; А. М. Морозов, ассистент, В. А. Кадыков, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов,

к.м.н., доцент В. А. Кадыков

ЗАВИСИМОСТЬ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ОТ ГРУППЫ КРОВИ И РЕЗУС-ФАКТОРА

Группы крови и резус-фактор — результат длительной эволюции человека. На современном этапе развития медицины данные показатели используются исключительно при трансплантации органов и переливании крови, хотя их клинический потенциал на этом не ограничивается.

Цель исследования: выявить предрасположенность развития соматической патологии от группы крови и резус-фактора.

Материалы и методы

В качестве основного метода исследования использовалось анонимное анкетирование. В опросе приняли участие 155 респондентов различного возраста и пола, среди которых 70 % женщины (108 человек) и 30 % мужчины (47 человек).

Результаты и обсуждение

Частота встречаемости групп крови по системе АВ0 среди женщин: I (0) — 33 %, II (A) — 37 %, II I(B) — 23 %, IV (AB) — 7 %. Резус-положительными являются 81 % опрошенных, резус-отрицательными — 19 %. Частота встречаемости групп крови по системе АВ0 среди мужчин: I (0) — 34 %, II (A) — 43 %, III (B) — 19 %, IV (AB) — 4 %. Резус — положительными являются 75 %, резус-отрицательными — 25 % (таблица 1).

Таблица 1

Зависимость соматической патологии от группы крови и резус фактора у женщин (расчёт относительно общего числа женщин)

№	Заболевание	Группа крови и резус-фактор (%)	
1	Варикозное расширение вен	I(0), Rh + 37 % II(A), Rh + 34 % III(B), Rh + 45 %	I(0), Rh — 60 % II(A), Rh — 87 % III(B), Rh + 15 %
2	Атеросклероз	I(0), Rh + 20 % II(A), Rh + 16 % III(B), Rh + 15 %	I(0), Rh — 10 % III(B), Rh — 20 %
3	ИБС (ишемическая болезнь сердца):	I(0), Rh + 90 % II(A), Rh + 91 % III(B), Rh + 93 %	I(0), Rh — 87 % II(A), Rh — 93 % III(B), Rh — 80 %
4	Ангина	I(0), Rh + 17 % II(A), Rh + 38 % III(B), Rh + 20 %	II(A), Rh — 13 % III(B), Rh — 60 %
5	Заболевания дыхательных путей (ринит, фарингит, ларингит),	I(0), Rh + 20 % II(A), Rh + 34 % III(B), Rh + 25 %	I(0), Rh — 40 % II(A), Rh — 50 % III(B), Rh — 40 %
6	Бронхит	I(0), Rh + 17 % II(A), Rh + 38 % III(B), Rh + 15 %	I(0), Rh — 40 % II(A), Rh — 25 % III(B), Rh — 20 %
7	Пневмония	I(0), Rh + 20 % II(A), Rh + 25 % III(B), Rh + 10 %	I(0), Rh — 40 % II(A), Rh — 25 % III(B), Rh — 20 %
8	Гастрит	I(0), Rh + 23 % II(A), Rh + 20 % III(B), Rh + 10 %	I(0), Rh — 40 % II(A), Rh — 25 % III(B), Rh — 20 %
9	Аппендицит	I(0), Rh + 7 % II(A), Rh + 22 % III(B), Rh + 5 %	I(0), Rh — 20 %
10	Цистит	I(0), Rh + 13 % II(A), Rh + 16 % III(B), Rh + 15 %	I(0), Rh — 60 % III(B), Rh — 40 %
11	Остеохондроз	I(0), Rh + 70 % II(A), Rh + 75 % III(B), Rh + 65 %	III(B), Rh — 95 % I(0), Rh — 80 % II(A), Rh — 85 %
12	Сахарный диабет	I(0), Rh + 10 % II(A), Rh + 13 %	I(0), Rh — 40 % II(A), Rh — 13 %
13	Зоб	I(0), Rh + 7 % II(A), Rh + 13 % III(B), Rh + 5 %	I(0), Rh — 40 %
14	Артрит	I(0), Rh + 23 % II(A), Rh + 28 % III(B), Rh + 15 %	I(0), Rh — 20 % III(B), Rh — 40 %

Наиболее подвержены варикозному расширению вен женщины с II(A), Rh - , ангине с III(B), Rh - , бронхиту с I(0), Rh - , пневмонии — I(0),

Rh - ; заболевания верхних дыхательных путей чаще встречаются у II(A), Rh - , гастрит у I(0), Rh - , аппендицит у II(A), Rh+ , Rh - , цистит — I(0), Rh- , остеохондроз и артрит встречаются у большинства женщин с III(B), Rh-; сахарный диабет и зоб чаще у женщин с I(0), Rh — (таблица 2).

Таблица 2

Зависимость соматической патологии от группы крови и резус-фактора у мужчин (расчёт относительно общего числа мужчин)

№	Заболевание	Группа крови и резус-фактор (%)	
1	Варикозное расширение вен	I(0), Rh+ 27 % II(A), Rh+ 22 % III(B), Rh+ 40 %	-
2	Атеросклероз	I(0), Rh+ 9 % II(A), Rh+ 22 %	III(B), Rh- 25 %
3	ИБС	I(0), Rh+ 55 % II(A), Rh+ 80 % III(B), Rh+ 90 %	I(0), Rh- 80 % II(A), Rh- 50 % III(B), Rh- 25 %
4	Ангина	I(0), Rh+ 18 % II(A), Rh+ 17 % III(B), Rh+ 40 %	-
5	Бронхит	I(0), Rh+ 9 % II(A), Rh+ 33 % III(B), Rh+ 40 %	II(A), Rh- 50 % III(B), Rh- 25 %
6	Пневмония	I(0), Rh+ 27 % II(A), Rh+ 22 % III(B), Rh+ 40 %	II(A), Rh- 50 % III(B), Rh- 25 %
7	Заболевания дыхательных путей (ринит, фарингит, ларингит),	I(0), Rh+ 27 % II(A), Rh+ 44 %	-
8	Гастрит	I(0), Rh+ 18 %	I(0), Rh- 40 %
9	Аппендицит	I(0), Rh+ 9 % II(A), Rh+ 11 % III(B), Rh+ 20 %	II(A), Rh- 50 %
10	Остеохондроз	I(0), Rh+ 55 % II(A), Rh+ 67 % III(B), Rh+ 90 %	I(0), Rh- 60 %
11	Артрит	I(0), Rh+ 27 % II(A), Rh+ 22 %	I(0), Rh- 20 %
12	Сахарный диабет	I(0), Rh+ 18 % II(A), Rh+ 11 %	II(A), Rh- 50 %
13	Панкреатит	I(0), Rh+ 9 %	II(A), Rh- 90 %
14	Плоскостопие	I(0), Rh+ 27 % II(A), Rh+ 11 %	II(A), Rh- 50 %
15	Ожирение	I(0), Rh+ 27 % II(A), Rh+ 6 %	I(0), Rh- 20 %
16	Язвенная болезнь	I(0), Rh+ 9 %	III(B), Rh- 25 %

Среди мужчин варикозное расширение вен наиболее часто встречается у лиц с III (B), Rh+, пневмония с II(A), Rh — , бронхит — II (A), Rh — , ангина у мужчин с III (B), Rh+; заболеваниям верхних дыхательных путей наиболее подвержены лица с II(A), Rh +, гастриту с I(0), Rh —; аппендицит встречается у II(A), Rh —; остеохондроз выявлен у большинства мужчин с III(B), Rh + , артрит с I(0), Rh +; сахарным диабетом болеют мужчины с II(A), Rh —; ожирению наиболее подвержены мужчины с I(0), Rh +.

Для таких заболеваний как ИБС, атеросклероз зависимость от группы крови и резус-фактора не выявлена (как у мужчин, так и у женщин).

Заключение

Есть основания думать о значительном влиянии антигенной структуры по системе АВ0 и Rh в предрасположенности и формировании заболеваний соматической природы.

Литература

1. Авдеева, Н. Н. Показатели структурно-функциональных свойств эритроцитов и их генетические маркеры (AB0, RH) как факторы риска желчнокаменной болезни / Н. Н. Авдеева, Н. А. Быстрова, В. П. Гаврилюк, О. А. Суняйкина // Научные ведомости Белгородского государственного университета. — 2016. — № 26 (247). — С. 25-30.
2. Гусейн-заде Р.Н. Роль группы крови в формировании мочекаменной болезни на примере населения Гахского района. — Український журнал клінічної та лабораторної медицини. — 2013. — С. 126-129.
3. Морозов, А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / А.М. Морозов, В.А. Кадыков, О.В. Пельтихина, Э.М. Аскеров, А.Д. Морозова // Синергия наук. — 2018. — № 19. — С. 1018-1024. — URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.
4. Оловникова, Н. Группы крови: 100 лет спустя после открытия // Наука и жизнь. [Электронный ресурс]. — URL: <https://www.nkj.ru/archive/articles/4470/>
5. Саулин, А.С. Частота встречаемости заболеваний билиарной системы в зависимости от группы крови / А.С.Саулин, А.А. Атапина // Альманах молодой науки. — 2012. — №1. — С. 353.
6. Тарлыков, П.В. Генетические основы формирования групп крови человека / П.В.Тарлыков, У.А.Кожамкулов, Е.М. Раманкулов // Биотехнология. Теория и практика. — 2014. №2. — С. 4-10.

Г. Д. Галиева, 5 курс лечебный факультет, Д. Д. Михайлова, 3 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ, г. Тюмень, Россия

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Е. А. Томилова

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ КОНСТИТУЦИИ

Результаты достаточно большого количества проведенных исследований указывают на то, что лица с избыточной массой тела, относятся к группе риска развития ожирения и заболеваний сердечно-сосудистой системы [3].

Таким образом, все более очевидной становится необходимость проведения целенаправленных исследований, посвященных разработке оздоровительных программ, внедрение способов оценки здоровья, а также прогнозирование и профилактика наиболее распространенных классов заболеваний, особенно избыточной массы тела и ожирения.

Цель исследования: провести оценку показателей кардиоинтервалографии у лиц с избыточной массой тела различных функциональных типов конституции.

Методы исследования

Для решения поставленных задач обследованы 86 юношей и девушек 20-23 лет I-II групп здоровья. Для исследования применялись следующие методики: комплексная оценка здоровья, антропометрия, шагометрия, кардиоинтервалография («Варикард»), статистическая обработка проводилась с применением параметрических — критерий Стьюдента и непараметрических методов — критерий Крускал-Уоллиса («SPSS 17,0»). Функциональный тип конституции (ФТК) определялся в соответствии с 3-компонентной схемой по уровню привыч-

ной двигательной активности: низкой — низкая привычная двигательная активность ☐ функциональный тип конституции (ФТК-1), средней привычной двигательной активности — ФТК-2 и высокой привычной двигательной активности — ФТК-3 [1, 2, 4].

Результаты и обсуждение

На первом этапе по объему привычной двигательной активности мы выделили три функциональных типа конституции. Как у юношей, так и у девушек с низким уровнем привычной двигательной активности (ФТК — 1) индекс Кетле был наибольшим (24,93) и приближался к критическому значению, что характеризует избыток массы тела. При этом у лиц со средним и высоким уровнем ПДА обоего пола данный показатель находился в пределах нормы (23,92 и 23,55 соответственно). Таким образом, одним из основных критериев ранней диагностики увеличения массы тела явилось снижение уровня привычной двигательной активности. На следующем этапе наших исследований мы изучили показатели кардиоинтервалографии. При сравнении групп использовали непараметрический критерий Крускал-Уоллиса. Были выявлены статистически значимые различия ($p=0,05$) по следующим показателям: мода, вариационный размах, индекс напряжения, вегетативный показатель ритма в состоянии покоя и после активного ортостаза. В первой конституциональной группе (ФТК-1) мы отметили снижение вариационного размаха (ΔX), который отражает активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что свидетельствует о снижении уровня адаптации к предъявляемой нагрузке и служит неблагоприятным признаком для данной группы. Также в данной группе по сравнению с другими конституциональными группами было отмечено статистически значимое увеличение индекса напряжения и вегетативного показателя ритма, что в целом позволяет говорить об уменьшении активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и неизменном уровне функционирования симпатического отдела.

Заключение

Группа юношей и девушек с низким уровнем привычной двигательной активности требует диспансерного наблюдения и отнесена нами к группе риска по развитию ожирения, нарушениям в системе вегетативной регуляции и развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Дальнейшее более глубокое изучение индивидуальных особенностей этой группы позволит физиологически обосновывать коррекцию уровня двигательной активности, дать рекомендации по здоровому образу жизни и разработать программу профилактики с учетом принадлежности индивидуума к конкретному функциональному типу конституции.

Литература

1. Колпаков, В.В. Физиологическая норма и донозологическая диагностика различных форм патологии / В.В. Колпаков [и др.] // Медицинская наука и образование Урала. — 2011. — №2. — С. 80-85.
2. Колпаков, В.В. Функциональные резервы и адаптивный потенциал лиц с различным уровнем привычной двигательной активности / В.В. Колпаков [и др.] // Физиология человека. — 2011. — Т. 37, №1. — С.105-117.
3. Томилова, Е.А. Клинико-физиологическая оценка избыточной массы тела как предиктора развития вегето-сосудистой дистонии у младших школьников с различным уровнем привычной двигательной активности// Е.А.Томилова [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке.-2017.-Том 19, № 9. — С. 79-87.
4. Kolpakov, V. V. Systemic Analysis: Individual Typological Characteristics of the Human Body /V.V.Kolpakov et al.// Human Physiology.-2011.-Vol. 37, №6.- P. 738-749.

О. И. Галь, 6 курс лечебный факультет; И. С. Добрынина, доцент,
Е. Ю. Есина, доцент

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. С. Добрынина

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ

Международная ассоциация по изучению боли (IASP) дала следующее определение понятию боль: «Боль — неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с существующим или возможным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения» [1]. Около 90 % всех заболеваний связано с болью. Боль является поводом для обращения в учреждения первичной медико-санитарной помощи, на которые, в основном, ложится нагрузка по лечению пациентов с различными видами болевых синдромов. По данным Российской ассоциации по изучению боли распространенность хронических болевых синдромов в России варьируется от 13,8 % до 56,7 %, составляя в среднем 34,3 случая на 100 человек. Более чем 40 % людей, страдающих хронической болью, указывают на то, что боль серьезно снижает их качество жизни [2]. На данной статистике и основывается актуальность проблемы своевременность выявления, правильной диагностики и выбора рациональной тактики ведения пациентов с болевым синдромом в амбулаторном звене.

Цель исследования: сравнительный анализ соматической патологии у пациентов, сопровождающейся болевым синдромом в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы

Проведено клиническое наблюдение за 31 пациентом, обратившимся к участковому терапевту БУЗВО "ВГБ №16" с жалобами на боле-

вой синдром. Для оценки болевого синдрома использованы шкалы: балльная визуальная аналоговая шкала для оценки интенсивности болевого синдрома (ВАШ), опросник PainDeTest для определения патогенетических вариантов боли.

По методу ВАШ на отрезке прямой длиной 10 см больной отмечает интенсивность боли. Начало линии слева соответствует отсутствию болевого ощущения, конец отрезка справа — уровню непереносимой боли.

Опросник Pain DeTest содержит 4 блока: 1 — оценка интенсивности болевого синдрома; 2 блок — характерная картина течения болевого синдрома; 3 блок — графическое отображение локализации боли и её иррадиации; 4 блок — список симптомов нейропатической боли. После заполнения опросника производится подсчет баллов путем суммирования значений по блокам 2-4. Если показатель превышает 19 баллов, то наличие нейропатической боли считается высоко вероятным.

Шкала Цунга использовалась для оценки уровня депрессии. Опросник разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых обследованиях, в целях предварительной диагностики. Полученные в ходе работы сведения обработаны в программе MS Excel.

Результаты и обсуждение

Из 72 обратившихся на прием пациентов жалобы на болевой синдром предъявляли 31 человек (43 %). Средний возраст пациентов на момент осмотра составил $43 \pm 1,36$ лет. Гендерный состав обследованных: мужчин — 14 человек, женщин — 17 человек. Возраст на момент жалоб: 18-30 — 29 %, 31-50 — 35,5 %, 51-70 — 32,3 %, старше 70 — 3,2 %. Патологии, с которыми наиболее часто был ассоциирован болевой синдром: остеохондроз — 23 % (средний возраст больных — 42 года), остеоартроз — 16 % (средний возраст — 57 лет), заболевания сердечно-сосудистой системы — 16 % (средний возраст — 46 лет), за-

болевания ЖКТ — 13 % (средний возраст — 38 лет), травмы — 10 % (средний возраст — 32 года), ОРВИ — 10 % (средний возраст — 31 год), невралгии — 6,5 % (средний возраст — 40 лет), онкология — 2,75 % (возраст — 76 лет), орхоэпидидимит — 2,75 % (возраст — 27 лет). Продолжительность болевого синдрома у обратившихся пациентов составляла от 3 дней до 12 лет. Изолированный болевой синдром наблюдался у 52 % пациентов (остеохондроз, травмы, невралгии). У 48 % пациентов наблюдался сочетанный болевой синдром. При этом диспепсические нарушения встречались у 33,35 % пациентов, нарушения метаболизма у 33,35 %, лихорадка у 20 %, парестезии у 13,3 % больных.

При оценке уровня болевого синдрома по шкале ВАШ на отрезке прямой 100 мм пациенту предлагали поставить точку, символизирующую уровень его боли, затем отмеряли расстояние между «нулевой» точкой и точкой, которую поставил пациент. Значение записывали в баллах. Минимальная оценка, выставленная больными по ВАШ, составляла 4 балла — 16,25 % (травмы и ОРВИ) и соответствовала умеренной боли, нестерпимая боль в 10 баллов наблюдалась у 22,6 % больных (преимущественно артрозы) (рис. 1).

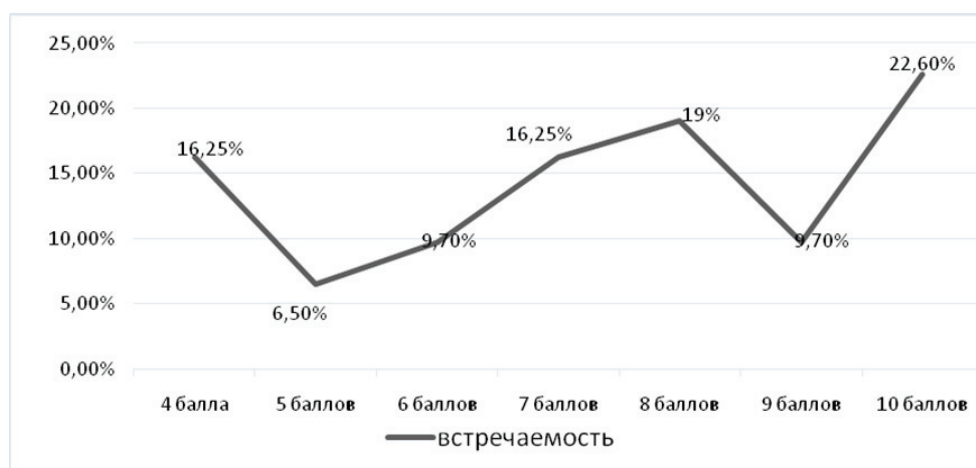


Рис. 1. Оценка уровня болевого синдрома по шкале ВАШ

Мужчины максимально оценивали болевой синдром в 8 баллов — 28,5 % (при среднем балле — 7), женщины оценивали болевой синдром чаще в 10 баллов — 29 % (при среднем балле — 8).

При анализе результатов теста PainDeTest высокая вероятность наличия невропатического компонента боли (>90 %) у наблюдалась у 29 % пациентов, преимущественно с остеохондрозами (в 44 % случаев), также при невралгиях (22 % случаев) и артрозах (22 % случаев), травмах (12 % случаев). Наличие невропатического компонента боли маловероятно (<15 %) у 36 % пациентов преимущественно с гипертонической болезнью (45,5 %) и ОРВИ (27,3 %). Неопределенный результат с возможным наличием невропатического компонента боли наблюдается у 35 % больных преимущественно у пациентов с заболеваниями ЖКТ (36 %) и при артрозах (36 %).

По шкале Цунга для самооценки депрессии слабая депрессия была обнаружена только у 3 % больных, связанная с онкологией и коррелирующая с максимальными баллами интенсивности боли.

Заключение

Распространённость болевого синдрома среди пациентов, обратившихся к участковому терапевту территориального участка № 4 БУЗ ВО ВГБ №16, в период с 29.06 по 24.07.2017 года составила 43 %. Чаще жалобы на боль предъявляли женщины в возрастной группе от 31 до 50 лет. Ведущими причинами болевого синдрома являлись остеохондроз и остеоартроз. Сочетанный болевой синдром встречался у 48 % пациентов и сопровождался преимущественно явлениями диспепсии, нарушениями метаболизма, лихорадкой и парестезиями. Невропатический компонент присутствовал у большинства пациентов (64 % случаев).

Литература

1. Яхно Н. Н. Боль: медико-биологические и социально-экономические аспекты /Н. Н. Яхно, М. Л. Кукушкин// Вестник РАМН. — 2012. — № 9. — С. 54-58.
2. IASP //www.iasp-pain.org.

Н. В. Галькевич, доцент; О. А. Ширяева, 5 курс, педиатрический факультет

УО Белорусский ГМУ, г. Минск, Республика Беларусь

Кафедра детских инфекционных болезней

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

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

В структуре детских инфекционных болезней менингококковая инфекция имеет устойчивый статус актуальной проблемы. Это обусловлено частотой тяжелых форм болезни, осложнений, развитием остаточных явлений и высокой летальностью [1, 2, 3].

Несмотря на сравнительно нечастую регистрацию, менингококковая инфекция в России и Беларуси остается одним из самых тяжелых заболеваний, особенно у детей младшего возраста. По многолетним наблюдениям среди всех заболевших преобладают дети до 17 лет (83-89,2 %). По-прежнему сохраняется общая эпидемиологическая закономерность возрастного распределения заболеваемости. Основными группами риска являются дети в возрасте от 0 до 2-х лет: по данным государственной отчетности удельный вес детей первых двух лет жизни составил от 63,1 % в РФ до 72,4 % в РБ в 2015-2016 гг. [2, 3].

Цель исследования: выявить особенности эпидемиологии, клинических проявлений менингококковой инфекции у детей раннего возраста.

Материалы и методы

Ретроспективно проведен анализ карт стационарного пациента 14 детей с 0 до 3 лет с подтвержденной менингококковой инфекцией, госпитализированных в городскую детскую инфекционную клиническую больницу г. Минска за период февраль 2016 — май 2017 гг. Для диагностики заболевания были использованы клинические, бактерио-

скопические, бактериологические, серологические, молекулярно-генетические и биохимические методы.

Результаты и обсуждение

За указанный период времени в стационаре пролечено 14 детей младшего возраста, в том числе 6 детей (43 %) были младше 1 года, 6 детей (43 %) — от 1 года до 2-х лет, и 2 ребенка (14 %) — старше 2 лет. Средний возраст составил 16,11 месяцев (от 1,5 месяцев до 37 месяцев). Соотношение мальчиков и девочек составило 1,8 к 1 (9 и 5 соответственно). Подъем заболеваемости наблюдался весной: всего заболело 9 человек (64,3 %): в мае зарегистрировано 5 случаев (35,7 %), в марте — 3 случая (21,4 %). Летом и зимой зарегистрированы по 2 случая заболевания, осенью — 1 случай.

Большинство пациентов (71,4 %) обратились за помощью в 1-е сутки заболевания, 3-е (21,4 %) — на 2-е сутки, один ребенок был госпитализирован на 3-и сутки от начала заболевания. В 4 случаях (14,3 %) в г. Минске госпитализация была проведена силами СМП, 8 детей (57,1 %) были переведены в УЗ ГДИКБ из центральных районных больниц республики в связи с тяжестью состояния.

У большинства детей заболевание началось с лихорадки: у 9 пациентов (64,3 %) температура была выше 39⁰С, у 4 (28,6 %) — фебрильной, и только у 1 ребенка — субфебрильной. Гипертермия сопровождалась выраженным интоксикационным синдромом: вялостью у 11 детей (78,6 %), бледностью у 13 (92,9 %), отказом от еды у 10 (71,4 %). Нормализация температуры происходила в среднем к 15 дню заболевания. Следует отметить, что кроме повышения температуры в первый день заболевания у 6 детей отмечалась рвота: однократная рвота была у 2 детей (14,3 %), у 4 детей (28,6 %) — повторная. У 8 пациентов (57,1 %) рвоты не было. Выбухание большого родничка было отмечено только у 1 ребенка из 6 детей до года. Мозгового крика и расхождения швов не наблюдалось, симптом Лессажа у всех 6 детей был отрицательный. Из 14 детей ригидность затылочных мышц выявлена у 6

(42,9 %), вынужденное положение — только у 1 пациента. Симптом Кернига был положительным у 1 ребенка. У 5 пациентов заболевание начиналось с петехиальной (3 случая) или папулезной (2 случая) сыпи, у 8 пациентов отмечалась геморрагическая сыпь.

Далеко не во всех случаях в диагнозах направивших лечебных организаций была заподозрена менингококковая инфекция. Так, наиболее частыми диагнозами врачей СМП и поликлиник были «ОРИ, острый ринофарингит, интоксикационный синдром, вазопатия», «Пневмония, острый гастроэнтерит», «Диспепсия», «ОРИ, острый ринофарингит, экзантема», вследствие чего некоторые дети в первые сутки болезни поступали в соматические стационары. Диагноз «Менингококковая инфекция» был отмечен в направительных документах только у 8 детей при наличии геморрагической сыпи.

В структуре клинических форм менингококковой инфекции удельный вес детей с менингококксемией составил 14,3 %, с менингитом — 7,1 %, смешанные формы выявлены у большинства (78,6 %) пациентов: у 8 детей (57,1 %) заболевание протекало в виде менингококксемии в сочетании с менингитом, у 2 детей — менингококксемия сопровождалась поражением ЦНС в виде менингоэнцефалита. Только у 1 ребенка с менингококксемией поражения ЦНС не было, но присутствовал ярко выраженный назофарингит.

Течение заболевания в 5 случаях осложнилось присоединением септического шока, а в 7 случаях — развитием синдрома полиорганной недостаточности (СПОН), что проявлялось развитием острого респираторного дистресс-синдрома, дыхательной недостаточностью, нарушением кровообращения, ДВС-синдромом, развитием пареза кишечника, острой почечной недостаточностью, отеком головного мозга.

Средняя длительность пребывания в стационаре составила $26,9 \pm 14,5$ суток, максимально продлилась 64 дня. При этом в отделении интенсивной терапии и реанимации лечение в среднем длилось 15,2 дней, максимально — 52 дня.

В результате проведенной дезинтоксикационной и антибактериальной терапии в сочетании с коррекцией нарушенных витальных функций исходом заболевания у всех пациентов было выздоровление.

Выводы

Таким образом, сохраняется актуальность менингококковой инфекции среди детей Республики Беларусь. Чаще всего подъем заболеваемости отмечается, как и в других регионах [1, 2], в весеннее время. Несоответствие тяжести интоксикационного синдрома и умеренных катаральных явлений и отсутствие классической геморрагической сыпи в самом начале заболевания свидетельствуют о недооценке тяжести заболевания на уровне первичного звена и, как следствие, неправильной маршрутизации пациентов.

Литература

1. Бактыбек кызы Н. Особенности клинического течения генерализованных форм менингококковой инфекции у детей / Бактыбек кызы Н. и др. //Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2016. — №2. — С. 55–57.
2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году». Электронный ресурс http://rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=8345 Дата доступа 25.10.2017г.
3. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Республике Беларусь в 2015 году». Электронный ресурс <http://rcheph.by/news/gosudarstvennyy-doklad-o-sanitarno-epidemiologicheskoy-obstanovke-v-respublike-belarus-v-2015-godu.html> Дата доступа 25.10.2017 г.

Я. А. Глазунова, 1 курс, стоматологический факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра иностранных и латинского языков

Научный руководитель: ассистент И. С. Бандурист

ЛАТИНСКОЕ СЛОВООБРАЗОВАНИЕ НА ПРИМЕРЕ СОВРЕМЕННЫХ ЛИЧНЫХ ИМЁН

Великий римский писатель Плавт провозгласил однажды: «Nomen es tomen» (Имя — это знак, предзнаменование). Имена издревле выполняли важную функцию — идентификацию личности в обществе, в мире. Они не только давали чувство собственной индивидуальности, но и отражали личные качества человека. Если обратиться к научным словарям, «слово, точно обозначающее специфические характеристики объекта и имеющее одно, строго определенное значение, называется термином». То есть, система личных имен представляет собой терминосистему способную дать исчерпывающую информацию о той культуре (народе), к которой она принадлежит.

Цель исследования: показать, что словообразование личных имен в целом соответствует принципам латинского терминологического словообразования.

Ономастика (от др.-греч. ὀνομαστική) — раздел лингвистики, изучающий имена собственные (ИС). Не стоит путать понятие ИС и имя нарицательное, которое несет только номинативную функцию. Изучением имён личных занимается особый раздел ономастики — антропонимика (греч. ἀνθρωπος — человек и ὄνομα — имя). Значительную часть современных антропонимов составляют имена латинского (и греко-латинского) происхождения, пришедшие на Русь вместе с принятием христианства. Уже тогда значение имени мало принималось во внимание, это были лишь имена святых и мучеников и сам человек

получал имя, в зависимости от соответствия даты рождения дате поминовения того или иного святого.

Мы попытались классифицировать и проанализировать наиболее популярные сегодня мужские и женские имена. Основной задачей было понять: 1) какими идеями и принципами руководствовались древние, создавая имена; 2) какие способы словообразования использовались.

Материалы и методы

Современные популярные мужские и женские личные имена латинского происхождения.

Сравнительно-исторический метод, структурный анализ, словообразовательный анализ. В результате исследования были выделены 2 группы имен, в соответствии с происхождением: собственно латинские и заимствованные из древнегреческого (но грамматически латинизированные).

Помимо этого, имена были классифицированы 1) по способу словообразования, 2) по характерному историко-культурному признаку, названному словом-именем.

Результаты и обсуждение

В результате анализа современных личных имен латинского и греко-латинского происхождения (30 женских, 30 мужских) была выделена значительная группа имен, представляющих собой собственно имена существительные и субстантиваты латинских прилагательных (в форме мужского и женского рода), обозначающих признаки, национальную принадлежность, особенности внешности или характера, происхождение, социальный статус и пр.

1. Имена-прозвища. Греческие существительные при заимствовании получили латинские родовые окончания: у существительных мужского рода греческое окончание —оспоменялось на-us, у существительных женского рода, греческое -е поменялось на -а. Например: Пётр (Petrus — от греч. Petros- скала, камень), Кирилл (Cyrillus — от греч. Kyrillos — повелитель, хозяин), Маргарита (Margarita — от греч.

Margarethe — жемчужина), Ирина (Irina — от Eirene — покой, мир).

Латинские существительные мужского рода, как правило, имеют окончания -or(er), что соответствует словообразовательной флексии со значением «тот, кто выполняет определенное действие». Например: Виктор (от лат. «побеждать» — победитель). Интересно, что заимствованное из греческого языка имя Александр (Alexander — греч. Alexandros: alexo защищать + andros муж(чина) — защитник людей) имеет не характерное для таких имен окончание -er. Женские имена — типичные латинские существительные женского рода: Виктория, Вита.

2. Имена, указывающие на место рождения, проживания. Родион — с острова Родос, Лидия — из Лидии, небольшой страны в Малой Азии, Лариса — из города Ларисса, Роман, Римма — римляне, Вероника — жительница Вероны и пр.

В эту категорию можно отнести имена, указывающие на то, что человек прибыл из другой (чужой) земли или принадлежит другому народу или культуре: Ксения (от xenos — чужой), Варвара (barbaros — дикарь (не принадлежащий к римской культуре, часто — грек), Алла (от allos — необычный, иной).

3. Субстантивированные прилагательные. Имена-характеристики.

а) заимствованные из греческого с указанным выше способом замены родовых окончаний. Мужские имена: Макарий (Macarius — греч. Makarios — блаженный, счастливый), Максим (Maximus — греч. Maximos — величайший), Николай (Nicolaus — греч. Nikolaos — побеждающий народы), Тимофей (Timotheus — греч. Timotheos: timao почитать + theos бог — почитающий богов), Фёдор (Theodorus — греч. Theodoros: theos бог + doron дар — дарованный богами), Алексей (Alexius — греч. Alexios — защищающий).

Женские имена: Екатерина (Catharina — греч. Haikaterine: katharon — чистота — чистая), Елена (Helena — греч. Helene — солнечная).

б) собственно латинские прилагательные, с характерными суффиксами -in-, -ic-, указывающими на принадлежность тому, что указано

основой. По такому типу образованы, в основном, женские имена: Марина (Marina — отmare — море), Валентина (Valentina — от valens — быть здоровым), Регина (Regina — отrex — царь), Альбина (Albina — отalbus — белый). Интересно словообразование имени Доминика: domus по-латински дом, domina — госпожа, хозяйка, а dominica — маленькая хозяйка (дочь госпожи)..

в) Родовые имена. Преимущественно женские. В Древнем Риме имена женщинам давались согласно тому, к какому роду она принадлежит: Юлия (лат. Iulia) — из рода Юлиев, Татьяна (лат. Tatiana) — Та-тиусов, Клавдия (лат. Claudia) — из рода Клавдиев. Наиболее яркие примеры мужских имен: Антон, Сергей.

г) Имена-посвящения. Как известно, у римлян и греков религия и земная жизнь были очень тесно связаны. Люди проявляли страх перед всемогущими богами, боязнь наказания и смерти толкал людей на решительные меры. Так, для того, чтобы спасти своих детей от кары, родители давали имя в честь бога, который, по их мнению, смогут уберечь и защитить. Так Артём, Диана посвящен Артемиде, Дмитрий — Деметре, Денис — Дионису, Марк — Марсу, Зинаида — Зевсу.

Заключение

Значение личного имени для предшествующих культур было велико. Имя максимально точно описывало характеристики человека, т.е. функционировало в системе языка как термин. Поэтому многие личные имена соответствуют типичной для латинского языка системе словообразования существительных и прилагательных. В современной культуре этимология многих личных имен утрачена, либо не несет большой смысловой нагрузки.

Литература

1. Горбунов, М.В. На пересечении языка и культуры: Имена собственные / Преподаватель XXIвек. 2011. №2. — С.291-294. [Электронный ресурс].URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/na-peresechenii-yazyka-i-kultury-imena-sobstvennyye>. (Дата обращения 14.11.2017)
2. Мадиева, Г.Б., Супрун, В.И. Антропонимы как средство выражения национальной культуры. / Известия Волгоградского педагогического

- университета. 2010. — С. 96-102. [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/antroponimy-kak-sredstvo-vyrazheniya-natsionalnoy-kultury>(Дата обращения 26.10.2017)
3. Мурысов, Р.З., Газизов, Р.А. Антропонимы в системе языка / Вестник Башкирского университета. 2015. Т.20. №3. — С. 1017 — 1020. [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/antroponimy-v-sisteme-yazyka> (Дата обращения 26.10.2017)
 4. Новодранова, В.Ф. Именное словообразование в латинском языке и его отражение в терминологии. — М.:Языки славянских культур, 2008. — 336 с.
 5. Суперанская, А.В. Современный словарь личных имен. Сравнение. Происхождение. Написание. — М.:Айрис-Пресс, 2005. — 376 с.

А. Г. Гокин, Е. В. Маркина, 4 курс, лечебный факультет;
Т. И. Шуваева, 5 курс, факультет клинической психологии

ФГБОУ ВО Курский ГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. И. Тимошилов

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ БЫТОВЫМИ УСЛОВИЯМИ И КАЧЕСТВОМ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА КУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Организация питания в учреждениях здравоохранения — сложный процесс, регулируемый рядом законодательных и нормативных документов, таких как федеральный закон от 30.03.99 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; федеральный закон от 02.01.00 № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов»; закон Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей»; СанПиН 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья» и др. Наличие подобной нормативной базы оправдано, т.к. питание в стационаре носит лечебный характер, способствует реабилитации пациентов и скорейшему их выздоровлению[3, 5].

Бытовые условия включают в себя санитарно-гигиенические требования к структурным подразделениям больниц и других стационаров, условиям труда и личной гигиене персонала. Неблагоприятные санитарно-бытовые условия не только отрицательно влияют на психологическое состояние пациента, но и способствуют возникновению и распространению внутрибольничных инфекций, увеличению случаев травматизма, угрожая безопасности больного.

Данная проблема решаема: сами пациенты должны активнее проявлять свою позицию, что позволит добиться законности при расходовании бюджетных средств, выделяемых на содержание медицинских учреждений, а самое главное — обеспечит гражданам доступность и качество медицинской помощи [4].

Цель исследования: изучить удовлетворенность бытовыми условиями и качеством питания пациентов хирургического стационара Курской областной клинической больницы.

Материалы и методы

Первым шагом в достижении поставленной цели стала разработка необходимого инструментария. В ходе разработки была модернизирована анкета по удовлетворенности граждан оказанием медицинской помощи, предложенная фондом обязательного медицинского страхования. В вопросах оценки пациентами удовлетворенности бытовыми условиями и качеством питания предложена процентная шкала вместо словесных вариантов. Методика обработки анкет предусматривает определение средневзвешенных показателей с доверительными границами для $p \leq 0,5$, удельного веса оценок каждого уровня в виде экстенсивного показателя, а также оценку степени разнообразия даваемых оценок по коэффициенту вариации (Cv)[1, 2].

В качестве исследования проведено анкетирование 100 пациентов Курской областной клинической больницы. Средний возраст респондентов составил $49 \pm 15,4$ лет, из них 58 % — работающие, 10 % — безработные, 5 % — студентки средних и высших профессиональных организаций, 27 % — пенсионеры. Анализ структуры поступлений в стационар показал, что по направлению врача поступили в стационар 52 % пациенток, самостоятельно обратились в приемное отделение — 15 %, доставлены бригадой скорой медицинской помощи — 33 %.

Результаты и обсуждение

Средневзвешенный показатель оценки степени удовлетворенности бытовыми условиями пребывания в стационаре составила

73,9±22,4 %. Коэффициент вариации — 30,3 %, что соответствует высокому уровню разнообразия оценок, то есть значительном разбросе мнений по данному вопросу.

Анализ распределения оценок показал, что 7 % пациентов оценили уровень бытовых условий как ниже среднего (выбрали показатель удовлетворенности (ПУ) в 10-30 %); 26 % пациентов — как средний (ПУ 40-60 %); 41 % пациентов — выше среднего (ПУ 70-90 %), 26 % пациентов продемонстрировали полную 100 % удовлетворенность (рис. 1).

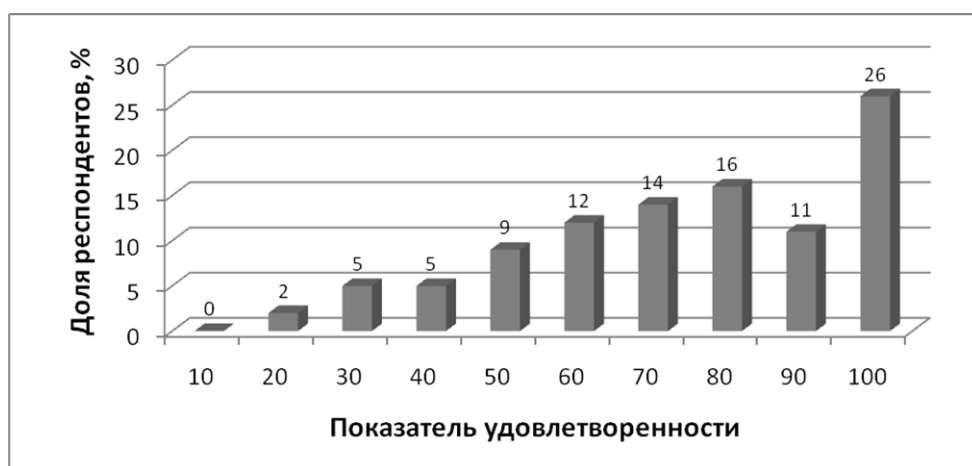


Рис. 1. Распределение мнений об удовлетворенности бытовыми условиями в стационаре

Средневзвешенный показатель удовлетворенности качеством питания в стационаре составил 73,65±22,3 %, коэффициент вариации — 30,3 %, что свидетельствует о высокой степени разнообразия оценок, то есть значительном разбросе мнений по данному вопросу. Ниже среднего (ПУ 10-30 %) питание оценили 48 % пациентов, на среднем уровне (40-60 %) — 26 %, выше среднего — 40 %, при этом 26 % опрошенных качество питания устраивает на 100 % (рис. 2).

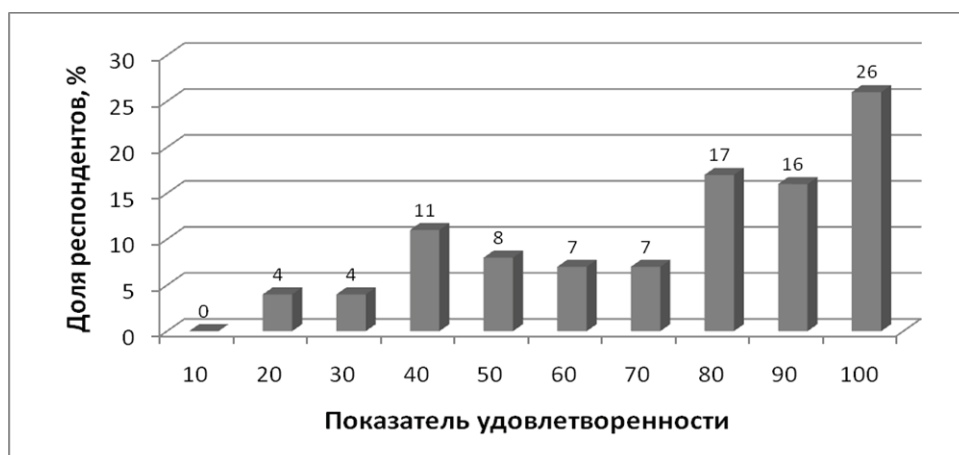


Рис. 2. Распределение мнений об удовлетворенности качеством питания в стационаре

Выводы

С учетом перспектив динамических исследований с использованием новой анкеты сформулированы целевые индикаторы, предлагаемые к включению в «дорожную карту» учреждения до 2020 года:

1. Поддерживать бытовые условия на уровне, позволяющем получать средневзвешенный ПУ не менее 80 %, долю удовлетворенных в полном объеме не ниже 20 % и не более 2 % оценок на уровне 50 % и менее.
2. Поддерживать качество питания на уровне, позволяющем получать средневзвешенный ПУ не менее 75 %, долю удовлетворенных в полном объеме не ниже 20 % и не более 3 % оценок на уровне 50 % и менее.

Литература

1. Аврахова Д.В. Показатели удовлетворенности медицинской помощью пациенток городского родильного дома и акушерско-гинекологических отделений многопрофильных больниц в г. Курске // Молодежный инновационный вестник. — воронеж: Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, 2017. — С. 4-6.
2. Аврахова Д.В., Тимошилов В.И. Совершенствование оценки удовлетворенности пациенток стационарной акушерско-гинекологической помощью и результаты экспериментального исследования // Актуальные проблемы достиже-

- ния в медицине сборник научных трудов по итогам III международной научно-практической конференции. — Самара: Инновационный центр развития образования и науки, 2016. — 121-123.
3. Кокорин В.Г., Куковякин С.А., Шешунов И.В., Куковякина Н.Д. Удовлетворенность медицинской помощью (обзор литературы) // Вятский медицинский вестник. — 2009. — № 2–4. — С. 69-77.
 4. Светличная, Т. Г. Медико-социологический подход к анализу удовлетворённости населения качеством медицинских услуг / Т. Г. Светличная О. А. Цыганова // Социальные аспекты здоровья населения. — 2011. — №3. —С. 6.
 5. Урванцева И.А., Соболев А.М., Нохрин А.В., Саламатина Л.В., Моргунов Д.П. Удовлетворенность как оценка качества медицинской помощи // Уральский медицинский журнал. — 2011. — № 6 (84). — С. 53-55.

С. И. Голикова, А. С. Пекина 3 курс, лечебный факультет;
А. М. Морозов, ассистент, В. А. Кадыков, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра общей хирургии

Научные руководители: ассистент А. М. Морозов, к.м.н., доцент В. А. Кадыков

КОНФЕССИОНАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ

Заболевания почек занимают ведущее место среди патологий других органов и систем. В связи с этим большое количество людей вынуждены сталкиваться с проблемой трансплантации почек. Трансплантация является камнем преткновения, как для психологических устоев индивида, так и для мировых религий, которые непосредственно влияют на эти устои. В Российской Федерации население многоконфессиональное, соответственно не существует определенного морально-этического мнения на вопросы донорства органов.

Цель исследования: изучить отношение представителей различных религий к донорству в аспекте трансплантологии почек.

Материалы и методы

В качестве основного метода исследования было использовано анонимное анкетирование 143 респондентов мужского и женского пола различного возраста, находившихся на лечении в нефрологическом отделении ГБУЗ ГКБ № 7 за 2016-2017 годы. Респонденты были разделены на 4 возрастные группы, а также подгруппы в зависимости от религиозных верований. В анкете учитывался возраст, пол, религия, род деятельности, в последующем проводилась обработка полученных данных с использованием статистико-аналитического программного обеспечения.

Результаты и обсуждение

Основной задачей исследования являлось определение допущения гипотетической возможности трансплантации органа на основании морально-личностных и религиозных устоев (таблица 1).

Таблица 1

Опрос представителей различных религий по приемлемости трансплантации органов, %

Группы опрашиваемых	Религии	Живой донор		Трупный материал	
		Да	Нет	Да	Нет
1 группа (18-25 лет) • 30 женщин • 15 мужчин	Православие	47	10	42	15
	Католицизм	5	2	4	3
	Иудаизм	6	2	4	2
	Ислам	8	2	6	4
	Атеисты	15	3	12	8
Всего:		81	19	68	32
2 группа (26-40 лет) • 22 женщины • 12 мужчин	Православие	40	18	37	21
	Католицизм	3	1	2	2
	Иудаизм	4	2	4	2
	Ислам	12	5	11	6
	Атеисты	9	6	8	6
Всего:		68	32	62	37
3 группа (41-55 лет) • 20 женщин • 14 мужчин	Православие	55	6	58	3
	Католицизм	4	2	3	3
	Иудаизм	3	-	1	2
	Ислам	12	2	12	2
	Атеисты	13	7	10	3
Всего:		87	17	84	13
4 группа (старше 56 лет) • 15 женщин • 9 мужчин	Православие	61	3	58	6
	Католицизм	13	2	14	1
	Ислам	17	6	15	4
Всего:		91	11	87	11

В ходе исследования был проведён опрос служителей католической и православной церкви, а также синагоги, которые выступили за возможность трансплантации человеческой почки. Лишь представитель Ислама дал отрицательный ответ в отношении данной операции. При этом опрос среди людей, исповедующих данную религию, пока-

зал, что большинство из них положительно относятся к такой возможности.

Заключение

Большинство опрашиваемых, независимо от религии, возраста или сферы занятости, положительно относятся к принятию органов как от живого, так и от умершего человека. Однако следует учесть, что лишь сравнительно маленький процент имеет действительную возможность столкнуться с данной необходимостью. Ответы, проиллюстрированные данным исследованием, являются неокончательными, так как человек не всегда может объективно оценить свою будущую реакцию.

Литература

1. Киселев, В.А. Биоэтический словарь. 2-е изд. — Екатеринбург: УГМА. — 2006. — С. 152.
2. Климушева, Н.Ф. Социальные и психологические тенденции формирования отношения населения к органному донорству // Вестник. — 2013. — №2. — С. 80.
3. Крумова-Пешева Р. Психотерапия и трансплантации // Вестник. — 2014. — №4. — С. 9.
4. Морозов, А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / А.М. Морозов, В.А. Кадыков, О.В. Пельтихина, Э.М. Аскеров, А.Д. Морозова // Синергия наук. — 2018. — № 19. — С. 1018-1024. — URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.
5. Силуянова, И.В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности. — М.: МЕД-пресс-информ. — 2008. — С. 238.
6. Силуянова, И.В. О сущности «этического» этических проблем современной медицины // Медицинское право и этика. — 2000. — №4. — С. 50-54.

К. Г. Головинова, И. Н. Живова, Т. В. Коровина, А. В. Рассадина, 5 курс, лечебный факультет; А. В. Соловьёва, И. А. Жмакин, В. Л. Красненков, Н. П. Кириленко, О. М. Королёва, Н. Н. Ильина

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф, Кафедра поликлинической терапии и основ
доказательной медицины,
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом
истории медицины, Кафедра управления и экономики фармации
Научные руководители: к.м.н., доцент И. А. Жмакин;
д.м.н., профессор В. Л. Красненков; д.м.н., доцент Н. П. Кириленко,
к.м.н., доцент О. М. Королёва, к.ф.н., ассистент Н. Н. Ильина

**ОЦЕНКА ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ
КУПИРОВАНИЯ ИЗЖОГИ В УСЛОВИЯХ ДОВРАЧЕБНОГО ПРИЁМА (ПО
ДАНЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ
ТОРГОВЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРИ И РАЙОННЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРСКОЙ
ОБЛАСТИ, 2016 Г.)**

Одним из наиболее важных клинических проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) является изжога. По ее распространенности можно косвенно судить о распространенности ГЭРБ [1], которая в настоящее время приобретает все большую социальную значимость. Важным элементом купирования проявлений ГЭРБ является устранение изжоги, что, к сожалению, часто происходит без предварительной консультации врача. Поэтому при устранении изжоги пациенты используют разнообразные лекарственные средства. Они не всегда патогенетически обоснованы, и, нередко являясь симптоматическими средствами, препятствуют своевременной диагностики ГЭРБ, что может способствовать развитию ее осложнений.

Целью исследования является оценка фармакоэпидемиологической ситуации купирования изжоги в условиях доврачебного приёма.

Материал и методы исследования

На оборудованной медицинской площадке в торговых центрах г. Тверь и Тверской области проанкетировано 532 человека [(183 (34,4 %) мужчины и 349 (65,6 %) женщин)]. Распределение обследованных по возрастным группам составило: моложе 20 лет — 24 (4,5 %) человека (5 мужчин и 19 женщины), 20-35 лет — 147 (27,7 %) человек (67 мужчин и 80 женщины), 36-45 лет — 71 (13,3 %) человека (24 мужчины и 47 женщин), 46-60 лет — 181 (34,0 %) человек (53 мужчины и 128 женщин), старше 60 лет — 109 (20,5 %) человек (34 мужчины и 75 женщин). У них проводилось анкетирование на предмет наличия у в течение последнего года до опроса изжоги, её частоты (очень редко, каждый день, раз в неделю, несколько раз в неделю и несколько раз в месяц), силы (лёгкая, средняя, сильная и очень сильная), а также длительности (менее 6 месяцев, от 7 месяцев до 1 года, от 1 года до 5 лет, от 5 лет до 10 лет и более 10 лет). Подобным образом оценивалось ощущение отрыжки кислым, горьким или пищей. Кроме этого анализировался приём лекарственных средств для купирования изжоги, отрыжки кислым, горьким или пищей, наличия изжоги у родственников и обращаемость к врачу из-за изжоги.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета статистических программ WinPeri (использовался критерий Фишера).

Результаты и обсуждение

Среди проанкетированных посетителей торговых центров изжога периодически беспокоила 270 (50,8 %) человек. Такая выявляемость в целом соответствовала результатам исследования других авторов. Так, в Новосибирске изжогу испытывали по крайней мере раз в месяц 62,7 % населения [3], Москве — 39,6 % [4] и в Санкт-Петербурге — 64 % [5].

При детальном анализе изжоги установлено, что выявляемость статистически значимо не различалась в зависимости от пола (у мужчин — 95, 51,9 % и у женщин — 175; 50,1 %; $p=1,000$) и возраста проан-

кетированных: у лиц моложе 20 лет изжога была у 10 человек (41,7 %); в возрастной группе 20 — 35 лет — у 69 (46,9 %); 36 — 45 лет — у 44 (62,0 %) человек; 46 — 60 лет — у 97 (53,6 %) человек и у лиц старше 60 лет — у 52 (47,7 %); $p=1,000$. Не обнаружено также статистически значимой разницы выявляемости изжоги у мужчин и женщин в зависимости от их возраста (соответственно, $p=0,1646$ и $p=0,0861$). Установлено также, что менее чем у половины (113; 41,9 %) изжога была очень редко; у четверти (69; 25,5 %) — несколько раз в месяц и почти у каждого десятого или раз в неделю (23; 8,5 %), или несколько раз в неделю (38; 14,1 %), или даже каждый день (27; 10 %). Обращает на себя внимание, что лёгкой степени интенсивности изжога была у 97 (36,1 %), средней — у 107 (39,8 %), сильной — у 49 (18,2 %) и очень сильной — у 16 (5,9 %). Имеет практическое значение и то, что у каждого пятого (52; 19,4 %) она была менее 6 месяцев; у каждого десятого (28; 10,4 %) — от 7 мес. до года; у каждого четвёртого (73; 27,2 %) — от года до 5 лет; у каждого десятого (34; 12,7 %) — от 5 до 10 лет и каждого третьего (81; 30,3 %) изжога беспокоила более 10 лет.

Помимо основного проявления ГЭРБ в виде изжоги, у большей части проанкетированных (362; 68,1 %) за последний год было ощущение отрыжки кислым, горьким или пищей. Указанные жалобы у 71 (42 %) проанкетированного встречались очень редко, у 36 (21,3 %) — несколько раз в месяц, у 21 (12,4 %) — раз в неделю, у 25 (14,8 %) — несколько раз в неделю и у 16 (9,5 %) — каждый день. При анализе их интенсивности оказалось, что у 89 (53,0 %) человек они были легкой степени, у 55 (32,7 %) — средней, у 19 (11,3 %) — сильными и у 5 (3,0 %) — очень сильными. Также было установлено, что у 39 (23,5 %) они были менее 6 мес., у 17 (10,2 %) — от 7 мес. до года, у 46 (27,7 %) — от 1 года до 5 лет, у 27 (16,3 %) — от 5 до 10 лет и у 37 (22,3 %) — более 10 лет.

Обращают так же на себя данные, дополнительно характеризующие ситуацию с возможными проявлениями ГЭРБ. Так, большинство (467; 88,8 %) проанкетированных указало, что стрессовые ситуации не влияют

на появление или усиление изжоги, у каждого десятого (56; 11,0 %) она её усиливала, а у одного (0,2 %) проанкетированного стрессовые ситуации способствовали уменьшению изжоги. Также было установлено, что практически у половины (250; 47,4 %) за прошедший год масса тела не изменилась, у трети (168; 31,8 %) — увеличилась, а у четверти (110; 20,8 %) — уменьшилась. К этому следует добавить, что чуть более чем у трети (209; 39,6 %) изжога была у близких родственников и у членов семьи. Вышеизложенная информация, вероятно, обусловлена сложным патогенезом развития возможных проявлений ГЭРБ. Поэтому при её лечении необходимо активное участие врача. Косвенным подтверждением этого служит изложенная ниже информация.

За прошедший год для купирования изжоги, отрыжки кислым, горьким или пищей треть пациентов (176; 33,1 %) принимали лекарственные препараты. Чаще всего использовались антациды (125; 71 %), почти в два раза реже — ингибиторы протонной помпы (67; 38,1 %), ещё реже (36; 20,5 %) — препараты других групп, затем были H_2 -блокаторы рецепторов гистамина (14; 8 %), альгинаты (13; 7,4 %), ваш вариант (8; 4,5 %) и прокинетики (5; 2,8 %). Среди антацидов наибольшей популярностью пользовался ренни (57; 45,6 %), затем был альмагель (49; 39,2 %), маалокс (27; 21,6 %), гастал (25; 20 %) и замыкал список фосфалюгель (18; 14,4 %). Из ингибиторов протонной помпы абсолютное большинство пользовалось омепразолом (66; 98,5 %) и лишь один (1,5 %) употреблял нольпазу. Среди группы других препаратов, используемых для купирования указанных выше жалоб, чаще всего использовался де-нол (20; 55,6 %) и в равном проценте случаев — смекта (8; 22,2 %) и сода (8; 22,2 %). Обращает на себя внимание, что из группы прокинетиков чаще всего принимался церукал (3; 60,0 %) по сравнению с мотилиумом (2; 40 %). Как следует из изложенного выше, чуть более трети проанкетированных для купирования возможных проявлений ГЭРБ использовали современный арсенал лекарственных средств в виде препаратов ингибиторов протонной помпы. Ещё каж-

дый десятый принимал устаревшую группу лекарственных средств из патогенетической терапии — H_2 -блокаторы рецепторов гистамина, тогда как чуть более половины проанкетированных для купирования возможных проявлений ГЭРБ использовали симптоматическую терапию. Можно предположить, что такой неправильный подход может привести, по крайней мере, к повышенной обращаемости больных с указанными выше жалобами к врачам. Действительно, как показал анализ, немалый процент (13,4 %) проанкетированных обращались за последний год к врачу с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, горьким или пищей. Представляется, что активное целенаправленное использование полученного материала в условиях доврачебного приёма (организация профилактического консультирования в местах массового нахождения населения) может изменить фармакоэпидемиологическую ситуацию с купированием изжоги в лучшую сторону, что в свою очередь может привести к снижению нагрузки на врачебном приеме.

Заключение

У половины проанкетированных посетителей торговых центров имеется изжога, более чем у половины — ощущение отрыжки кислым, горьким или пищей. Их выраженность, частота и длительность варьируют в широком диапазоне, что привело у трети проанкетированных к приему лекарственных средств.

В большинстве случаев используются антациды (рени, альмагель, маалокс и фосфалюгель), в два раза реже — ингибиторы протонной помпы (омепразол); каждый пятый принимает препараты других групп (де-нол, смекта и сода), каждый седьмой — H_2 -блокаторы рецепторов гистамина, еще реже — альгинаты (гевискон и гевискон Форте).

Литература

1. Исаков В. А., Морозов С.В., Ставраки Е.С., Комаров Р.М. Анализ Распространенности Изжоги: нАциональное эпиДемиологическое исследоваНие взрослого городского нАселения (АРИАДНА) // Экспериментальняа и клиническая гастро-энтерологи. — 208. — №1.- С. 20 — 30.
2. Курилович, С.А. Эпидемиология заболеваний органов пищеварения в Западной Сибири / С.А. Курилович, В.О. Решетников. Новосибирск. 2000. 165 с.

3. Лазебник, Л.Б. Диагностика и лечение ГЭРБ у пожилых. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2004, 5. С. 16-20.
4. Старостин, Б.Д., Старостина Г.А. Неэрозивная рефлюксная болезнь. // БОП. 2004. Т. 6. № 2.

Д. А. Голычева, В. В. Вавилин, 6 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Научный руководитель: к.м.н., доцент А. В. Числов,
врач-психиатр М. М. Дейкина

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Алкогольная зависимость, как широко распространенное заболевание, имеет ряд особенностей. Достижение длительной ремиссии является одной из главных задач врачей — наркологов, а также других специальностей. Выявление факторов риска необходимо для профилактики рецидива заболевания.

Цель исследования: выявление основных факторов риска рецидива алкогольной зависимости.

Материалы и методы

Исследовано 50 пациентов мужского пола, находящиеся на лечении в стационаре ГБУЗ ОКПНД ОСП село Бурашево.

В данном исследовании применялись специально разработанные анкеты, содержавшие список вопросов, отражающие предполагаемые основные факторы риска развития рецидива алкогольной зависимости. Кроме того, использовались материалы исследования сопутствующих соматических заболеваний.

В итоге были рассмотрены три основные группы факторов, такие как:

- Социальные факторы:
 - наличие социального окружения, злоупотребляющего алкоголем;
 - отсутствие интереса к работе, неполная занятость в течение рабочего дня, неверно выбранная профессия, которая не приносит удовлетворения и материального благополучия;

- психотравмирующие ситуации, возникающие при конфликтах на работе или в семье;
- одиночество, потеря близкого человека, разлад в семье, развод или измена.
- Биологические факторы:
 - наследственность: важным является утверждение, что у больных с отягощенной наследственностью алкоголизмом ближайших родственников более часто наблюдается развития алкогольной зависимости;
 - расстройство сна: трудности с засыпанием, прерывистый сон, раннее пробуждение, чувство усталости после сна
 - сопутствующая тяжелая соматическая патология.
- Личностные факторы: внезапное изменение эмоционального состояния, в которое входят личные переживание, страх перед возможными неудачами, неуверенность в планах на будущее.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования были обработаны клинко-статистическим методом:

1. Возраст: до 30 — 76 %; 30-60 — 24 %;
2. Наследственность (наличие алкогольной зависимости у родителей): Выявлено — 58 %; не выявлено — 42 %;
3. Пациенты, госпитализированные в стационар в первый раз (8 %) и повторно-поступившие (92 %);
4. Прием алкогольных напитков в период рецидива в одиночестве — 74 %; в компании — 26 %;

Основными причинами развития факторов рисков в ходе работы были выявлены:

- Психотравмирующие ситуации
- Производственные конфликты — 56 %;
- Конфликты в семье — 72 %;
- Неудовлетворенность материальным состоянием — 52 %;

- Потеря контакта с лицами близкого окружения — 66 %;
- Внезапное изменение эмоционального состояния:
- Переживание грусти, тоски — 38 %;
- Ожидание возможных неудач — 56 %;
- Чувство вины перед родными — 52 %;
- Суицидальные мысли — 18 %

Расстройства сна:

- Трудность засыпания — 28 %;
- Прерывистый сон в ночное время — 22 %;
- Раннее пробуждение — 68 %;
- Чувство усталости после сна — 12 %;

Наличие сопутствующих соматических заболеваний (вирусные гепатиты, цирроз печени) — 34 %;

Заключение

В результате проведенного исследования и обработки данных клинико-статистическим методом удалось выявить факторы риска и причины их развития. На основе этого можно сделать выводы, что причины рецидива могут быть различными: психотравмирующие ситуации, в большинстве случаев связанные с конфликтами в семье; аутохонные эмоционально-волевые изменения состояния: переживания тоски и грусти, ожидание возможных неудач, чувство вины перед родными; различные расстройства сна, обуславливающие влечение к алкоголю, которые отсутствуют в периоде воздержания. При возникновении рецидива ни один из факторов сам по себе не влияет на длительность ремиссии, они имеют особое значение в совокупности.

Литература

1. Минко, А. Н. Алкогольная болезнь: новейший справочник / А. И. Минко, И. В. Линский. — М.: Эксмо, 2004. — 255 с.
2. Грязнов, А. Н. Социально-психологические особенности образа жизни алкоголиков: [монография] / А. Н. Грязнов, М. Г. Рогов, Л. В. Грузд. — Казань: Медицина, 2006. — 130
3. Александровский, Ю. А. История отечественной психиатрии. Т. 1. Усмирение и признание / Ю. А. Александровский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 382 с.

4. Матвеев, К. Алкоголизм в цифрах и фактах/Кирилл Матвеев//АиФ/Здоровье.- 2013.-№10.-с.19.
5. Нашкенова, А. М., Закарья, О., Жапар, К., Дауталиева, А., Махметов, М., Каз-НМУ им. С. ДасфендияроваЕвразийский Национальный университет им. Л.Н. Гумилева Макросоциальные факторы риска развития алкоголизма 2015.

К. В. Горохов, аспирант; О. А. Корнилова

Самарский филиал ГАОУ Московский ГПУ департамента
образования г. Москвы, г. Самара, Россия

Кафедра общей и социальной психологии

Научный руководитель: д.п.н., профессор О. А. Корнилова

К ВОПРОСУ ОБ ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ЗАТРОНУТЫМ ЭПИДЕМИЕЙ ВИЧ

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, с начала эпидемии ВИЧ/СПИД в 2016 году в мире насчитывалось 36,7 млн. человек, живущих с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС), 1 млн. из этого числа скончались в течение 2016 года, всего в результате эпидемии было зарегистрировано свыше 70 млн., как видно из статистических данных, более половины из них скончались от СПИДа и сопутствующих заболеваний [26, 27].

Эпидемия ВИЧ-инфекции как в мире, так и в Российской Федерации распространяется, имеет мозаичный и генерализованный характер [27, 46].

Доказательством того, что инфекция приобрела генерализованный характер служит то, что за время наблюдения за статистикой ВИЧ-инфекция от концентрированной в группах риска (больные наркоманией, лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией, коммерческие сексработники) перешла в социально благополучные слои общества. ВИЧ-инфекция начала распространяться среди социально адаптированного населения вне групп обычного риска, путь передачи инфекции преимущественно — гетеросексуальные половые контакты.

Под термином «старение» эпидемии ВИЧ-инфекции понимают, в первую очередь, возрастной фактор волны эпидемии, утяжеление диагноза при сочетании ВИЧ с соматической, неврологической и психической патологией, появление штаммов вируса резистентных к схемам ВААРТ и увеличение срока жизни и возраста ЛЖВС. Психические, соци-

альные, психологические проблемы на фоне эпидемии ВИЧ в мире препятствуют оказанию помощи ЛЖВС, снижают их качество жизни, профессиональную и социальную адаптацию людей живущих с ВИЧ в социуме.[44-45,48-50]

Как стремительно изменяется структура эпидемии, так и стремительно изменяется психологический портрет ее участников. С вовлечением социально — благополучных и адаптированных слоев социально психологический портрет ЛЖВС кардинально изменился, более половины ЛЖВС живут законным или гражданским браком, воспитывают детей и создают дискордантные пары (один из супругов ВИЧ-инфицирован) и пары, где оба супруга имеют положительный статус ВИЧ, проходят курсы ВААПТ, имеют приверженность к лечению и рожают здоровых детей. В этом значимую роль играет социально-психологическая помощь, нацеленная на пропаганду материнства и детства, рождения женщинами с положительным статусом полностью здоровых детей.

Вхождению в подростковый возраст детей с диагнозом ВИЧ, при правильной психологической и социальной помощи семье, способствуют профилактика передачи вируса и адаптация подростка с ВИЧ в социуме.

К сожалению, испытывающие стигматизацию семьи не могут обратиться за психологической помощью в существующие структуры (ПМПК, отделы по защите прав несовершеннолетних) ввиду специфики их функционала, отсутствия информации о ВИЧ и опыта данной работы с указанной категорией населения.

В настоящее время для решения нарастающих психосоциальных проблем в региональных центрах борьбы и профилактики ВИЧ/СПИД и инфекционных заболеваний действуют кабинеты психологической или психосоциальной помощи.

В 2017 году в рамках научно-исследовательской работы на базе образовательного и медицинских учреждений учреждений: СФ ГАОУ

ВО МГПУ, ЮОЦПБ со СПИДом ФБУН РостовНИИ микробиологии и паразитологии Роспотребнадзора и МБУЗ «ЦРБ мо Новопокровский район» была организована работа, направленная на структурирование работы отделов психосоциальной помощи и разработку их методического сопровождения, обеспечившая реальную помощь Центрам Борьбы и Профилактики ВИЧ/СПИД.

В разработанных методических рекомендациях «Организация и методическое обеспечение психосоциальной помощи в Региональных Центрах борьбы и профилактики ВИЧ/СПИД и инфекционных заболеваний (организация, формы и методы работы), описаны основные принципы, цели, задачи и этапы оказания психологической и психосоциальной помощи пациентов. Кроме того, в рекомендациях представлена система оценки качества групповых и индивидуальных форм психологической интервенции (формы протоколирования, документальное обеспечение психологической интервенции).

В приложении к методическим рекомендациям на электронном носителе (CD-диск) представлены образцы документального обеспечения работы медицинских психологов, а так же темы образовательных семинаров-тренингов и кинолекторий для проведения «Школы пациента» или группы взаимопомощи для социально адаптированных слоев общества, затронутых эпидемией ВИЧ, несовершеннолетних из числа ЛЖВС, детей лиц живущих с ВИЧ.

Так же в приложении к методическим рекомендациям представлены разработанные Н.А.Гринченко (Елецкий Государственный Университет им И. Бунина) «Уроки нравственности и здоровья»: идеи для классного часа», которые позволяют медицинским психологам центров Борьбы и Профилактики ВИЧ/СПИД подготовить лекционные занятия по профилактике зависимостей и укреплению нравственных основ для учащихся средних и старших классов общеобразовательных школ.

Структурирование работы отделов психосоциальной помощи, их развитие, увеличение штата медицинских психологов, участвующих в оказании психосоциальной помощи в Центрах Борьбы и Профилактики ВИЧ/СПИД, позволяют решать возникающие у ЛЖВС проблемы во взаимоотношениях с государственными структурами, пропагандировать необходимость лечения, ценности материнства, детства и семьи, внося огромный вклад в общую профилактику ВИЧ/СПИД.

Литература

1. Гринченко, Н. А. Уроки нравственности и здоровья (идеи для классного часа). — Елец: ЕГУ им. И. А. Бунина, 2014. — 84 с.
2. Всемирная организация Здравоохранения (ВОЗ) [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://www.who.int/dg/ru> (проверенно 01.01.2018)
3. Комиссия по социальным детерминантам здоровья (ВОЗ) [Электронный ресурс] — Режим доступа: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/ru (проверено 01.01.2018)
4. Психическое здоровье и ВИЧ/СПИД. Технический обзор.— AIDSTAROne.— USAID.— 2010.— 23с.
5. Сапфинова В.А., Штанг О.М., Зусьман А.А. Клиника, диагностика стрессовых расстройств и нарушений адаптации. (F 43.1. МКБ — 10)// Альманах клинической медицины.- 2005.- №8-3.- С.204-206
6. СПб ГБУЗ "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://www.hiv-spb.ru> (проверенно 22.10.2017)
7. Халезова, Н.Б., Незнанов, Н.Г., Беляков, Н.А. Вич-инфекция и психические расстройства: Современный взгляд на проблему//Медицинский академический журнал. — 2014. — Т.14. — № 3. — С. — 14–32.
8. Bhaskaran, K., Mussini, C., Antinori, A., Walker, A.S., Dorrucchi, M., Sabin, C., Phillips, A., Porter, K. Changes in the incidence and predictors of human immunodeficiency virus-associated dementia in the era of highly active antiretroviral therapy // Ann Neurol.— 2008.—Vol. 63.— P. 213–221.
9. Power, C., Boisse, L., Rourke, S., Gill M.J. NeuroAIDS: an evolving epidemic // Can J Neurol Sci.— 2009.— Vol. 36.— P. 285–295.

П. П. Горчакова, В. И. Мандра, 6 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
Научный руководитель: д.м.н., доцент И. Ю. Колесникова

ВЛИЯНИЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ НА СОЧЕТАННОЕ ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА — КОНОВАЛОВА И ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Болезнь Вильсона — Коновалова (гепатоцеребральная дистрофия, **гепатолентикулярная** дегенерация) — это хроническое прогрессирующее генетически обусловленное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, в основе которого лежит нарушение обмена меди с избыточным накоплением ее в висцеральных органах и центральной нервной системе.

Выделяют следующие варианты течения:

1. Печеночная форма (50-80 % случаев) проявляется поражением печени и развитием хронического гепатита, прогрессирующего вплоть до цирроза печени. В клинической картине этой формы заболевания преобладают желтуха, асцит, отёки, геморрагический синдром, аменорея. Возможно длительное бессимптомное течение заболевания, однако нередко печеночная форма дебютирует фульминантной печеночной недостаточностью.
2. Неврологическая форма проявляется гиперкинезами, тремором конечностей и головы, нарушениями почерка, дизартрией, эпилепсией, контрактурами и мышечной ригидностью. Среди психических нарушений, которые развиваются в 20 % случаев, чаще всего встречаются психозы и депрессия, являясь в некоторых случаях первым проявлением заболевания и приводя пациента к психиатру.
3. Смешанная форма характеризуется сочетанием неврологических и печеночных симптомов.

Реже в клинической картине БВК могут наблюдаться изменения со стороны почек (10 % случаев) в виде гематурии и глюкозурии, гемолитическая анемия (10-15 % случаев), поражение костной системы в виде остеопороза (в 20 % случаев).

Н. В. Коновалов выделил 5 форм заболевания, основанных на проявлениях болезни:

- ригидно-аритмогиперкинетическую (раннюю);
- дрожательную (позднюю);
- дрожательно-ригидную;
- экстрапирамидно-корковую;
- абдоминальную.

Диагностика БВК базируется на комбинации клинических симптомов, данных лабораторного обследования и молекулярно-генетического тестирования и включает в себя следующие критерии:

- снижение уровня церулоплазмينا в сыворотке крови (менее 20 мг/дл);
- повышение суточной экскреции меди с мочой: базальной — более 50 мкг/сут, в пробе с D-пеницилллином — более 1600 мкг/сут;
- повышение количественного содержания меди в ткани печени более 250 мкг/г (или при положительной гистохимической окраске на медь печеночной ткани);
- наличие колец Кайзера — Флейшера при офтальмологическом осмотре (обнаруживается в 95 % случаях при неврологических проявлениях БВК);
- наличие специфической нейропсихиатрической симптоматики (или изменений на МРТ головного мозга);
- гомозиготное/компаунд-гетерозиготное носительство мутаций гена АТР 7В.

Основными методами лечения БВК является соблюдение строгой диеты со сниженным количеством меди в рационе, применение медь-

элиминирующих препаратов и, при необходимости, проведение трансплантации печени. Целью терапии в бессимптомной стадии развития заболевания является предотвращение появления признаков заболевания и нормализация измененных лабораторных показателей; в стадии клинических проявлений — стабилизация и частичная регрессия основных симптомов заболевания и нормализация лабораторных показателей.

D-пеницилламин является препаратом базисной терапии при лечении БВК. Это лекарство мобилизует медь из печени и других органов и увеличивает ее мочевую экскрецию, а также индуцирует синтез 19 металлотионинов. Начальные дозы составляют 250-500 мг/сут с постепенным (каждые 4-7 дней) увеличением дозы на 250 мг до лечебной дозировки 1000-1500 мг/сут, которая дается в 2-4 приема. Пациент должен получать этот препарат непрерывно на протяжении всей жизни, поскольку отмена препарата сопряжена с высоким риском развития фульминантной печеночной недостаточности.

При развитии побочных действий или неэффективности D-пеницилламина назначается другое альтернативное лечение: препараты цинка (сульфат, окись, ацетат цинка), трансплантация печени.

Цель исследования: изучение особенностей поражения печени, спектра внепеченочных проявлений и влияния лечения на прогноз БВК в сочетании с хроническим вирусным гепатитом С.

Материалы и методы исследования

Медицинская документация пациента с БВК и хроническим вирусным гепатитом С.

Клинический случай

Больной А. в 1997 году проходил скрининговое обследование в связи с установлением старшему брату диагноза БВК. Установлена бессимптомная на тот момент БВК, назначена базисная терапия, которую больной не получал, диеты не придерживался, умеренно алкоголизировался, у врача не наблюдался. В 2012 году обратился к участковому

терапевту с жалобами на слабость, периодически — кожный зуд, желтушность склер и потемнение мочи. Впервые диагностирован гепатит С, умеренной активности, пациент эпизодически проходил курсовое лечение гепатопротекторами, базисную терапию D-пеницилламином по-прежнему не получал. В 2014 году поступил в терапевтическое отделение с клиникой субкомпенсации цирроза печени: желтуха, отечно-асцитический синдром, печеночная энцефалопатия, геморрагический синдром. После стабилизации состояния направлен к врачу-гастроэнтерологу, рекомендован прием D-пеницилламина 750 мг/сут, цинктерала. После дообследования и лечения в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ Тверской области Областной клинической больницы был направлен в г. Москва для проведения лигирования варикозно расширенных вен пищевода.

После успешного лигирования регулярно наблюдается врачом-гастроэнтерологом, получает базисную терапию, ежегодно госпитализируется в гастроэнтерологическое отделение для обследования, динамического наблюдения. При госпитализации в 2017 г. в клиническом анализе крови тромбоцитопения до $76 \times 10^9/\text{л}$, снижение цветового показателя до 0,68. В биохимическом анализе крови повышение щелочной фосфатазы до 6,90 мккат/л (1,5 верхних границ нормы — ВГН), повышение гамма-глутамилтрансферазы до 1,1 мккат/л (1,1 ВГН). Биохимические пробы печени демонстрируют отсутствие цитолиза и печеночно-клеточной недостаточности.

Тест на наличие aHCV положительный. Вирусная нагрузка минимальная, не предполагающая проведение противовирусной терапии.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости отмечено увеличение печени с выраженными диффузными изменениями в паренхиме, спленомегалия, расширение воротной и селезеночной вен (признаки цирроза печени).

При эзофагогастродуоденоскопии: варикозное расширение вен пищевода 1 ст., неэрозивный эзофагит, смешанный гастрит, поверхностный бульбит и дуоденит.

Консультация невролога: БВК, смешанная форма, с минимальной рассеянной неврологической симптоматикой в виде легкого постурального тремора кистей рук и псевдобульбарного синдрома.

Пациент продолжает прием базисной терапии: цинктерал 3 таблетки в сутки и D-пеницилламин 750 мг/сут. Проведена коррекция терапии в виде добавления к базисному лечению урсодезоксихолевой кислоты, пропранолола.

На момент выписки явления астенического синдрома, неврологические расстройства уменьшились, выписан с улучшением под наблюдение терапевта, невролога по месту жительства.

Заключение

Болезнь Вильсона-Коновалова — одно из немногих наследственных заболеваний, при котором отмечен благоприятный прогноз в случае ранней диагностики и своевременного начала лечения, при этом продолжительность жизни больных не отличается от таковой в общей популяции. Основным условием успешной терапии пациентов с болезнью Вильсона-Коновалова является более раннее ее начало и постоянный пожизненный прием базисных препаратов. Приведенный клинический случай подчеркивает сложности дифференциальной диагностики болезней печени у лиц молодого возраста с маркерами вирусных гепатитов, необходимость включения болезни Вильсона-Коновалова в круг дифференциального диагноза заболеваний печени, а также проблемы достижения и поддержания высокого уровня комплайенса у пациентов, нуждающихся в пожизненной медикаментозной терапии.

Литература

1. Гастроэнтерология: национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина. Т. Л. Лапиной. — М.: ГЭОТАР-медиа, 2015. — С. 647-650.

2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Вильсона-Коновалова (гепатолентикулярная дегенерация)/ Аснов А. Ю., Соколов А. А., Волгина С. А. и др. –С.-Пб.: Литография СПб., — 2015. — 60 с.
3. Подымова, С.Д. Болезни печени: Руководство / С.Д. Подымова. — М.: Медицина, 2005. — С. 567–578.
4. Коновалов, Н.В. Гепатоцеребральная дистрофия/ Н. В. Коновалов — М., 1960.
5. Болезни нервной системы /руководство для врачей, под.ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана, П. В. Мельничука / М.: Медицина, 1995. — 512 с.

А. В. Громова, А. С. Сухорослова, 4 курс, лечебный факультет;
И. А. Жмакин

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф
Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Жмакин

ГЛАВНЫЙ ТЕРАПЕВТ КРАСНОЙ АРМИИ МИРОН СЕМЕНОВИЧ ВОВСИ — К 120-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ

Цель исследования: познакомиться с научным наследием генерал-майора медицинской службы, Главного терапевта Красной Армии, академика АМН СССР, Заслуженного деятеля науки РСФСР, профессора и основоположника российской военно-полевой терапии Мирона Семеновича Вовси и изучить его вклад в развитие медицинской науки.

Материалы и методы

Изучение биографии, библиографических данных, поиск информации в доступных литературных источниках о Мироне Семеновиче Вовси, анализ и обобщение полученного материала.

Результаты и обсуждение

Спустя много лет после окончания Великой Отечественной войны мы с благодарностью и уважением вспоминаем ученого, который стоял у истоков становления отечественной военно-полевой терапии. МIRON Семенович Вовси — выдающийся деятель нашей страны, первый Главный терапевт Красной Армии, академик АМН СССР, Заслуженный деятель науки РСФСР, профессор, генерал-майор медицинской службы. МIRON Семенович родился 12 мая 1897 г. в поселке Кре-славль Двинского уезда Витебской губернии в семье лесопромышленника. С 1903 г. по 1913 г. он учился в Рижской гимназии. Чтобы иметь возможность продолжать образование он с 16 лет занимался репетиторством [1]. С 1914г. учился в Первом Московском государственном университете на медицинском факультете. На тот момент выбор про-

фессии для него был вынужденным, он мечтал стать физиком или математиком. Во время обучения в университете М. С. Вовси в 1918 г. и в 1919г. привлекался на борьбу с эпидемией сыпного тифа. Сдав выпускные экзамены, ушел добровольцем в Красную Армию. Мирон Семенович был назначен старшим врачом 51-го полка 6-й Петроградской дивизии [2]. Осенью 1921 года М.С. Вовси был откомандирован из рядов Красной Армии на курсы усовершенствования врачей Наркомздрава. В 1922 г. его избрали ординатором факультетской терапевтической клиники Первого Московского государственного университета. По окончании ординатуры он был утвержден ассистентом той же клиники и одновременно старшим научным сотрудником Медико-биологического института при Первом Московском государственном университете [2]. В 1927 г. М.С. Вовси был направлен на стажировку в Германию для изучения постановки научной и лечебной работы в немецких клиниках. Эта поездка усилила его желание заниматься наукой и следить за ее развитием за рубежом [1]. В 1931 г. Мирон Семенович был избран заведующим терапевтическим отделением Басманной больницы, затем в декабре 1934 г. назначен заведующим терапевтическим отделением Боткинской больницы в городе Москве [1]. С 1935г. и до конца жизни деятельность М.С. Вовси была неразрывно связана с Центральным институтом усовершенствования врачей — ЦИУВ и его основной клинической базой — Московской городской клинической больницей им. С.П. Боткина. В 1935г. организуется третья кафедра терапии ЦИУВ, доцентом и руководителем которой становится М.С. Вовси [2]. После защиты докторской диссертации в 1936г. Мирон Семенович был утвержден профессором и заведующим второй, а затем первой кафедры терапии института. На протяжении почти 25 лет Мирон Семенович руководил этой кафедрой и одновременно был научным руководителем терапевтических отделений больницы им. С.П. Боткина [2]. Во время Великой Отечественной войны — 9 августа 1941г. М.С. Вовси был назначен Главным терапевтом Красной Армии.

На этой должности он прослужил всю войну и несколько послевоенных лет. Он на высоком уровне осуществлял руководство организацией оказания терапевтической помощи в ходе медицинского обеспечения боевых действий Красной Армии во время Великой Отечественной войны. В его обязанности также входило проведение научных конференций и организация краткосрочных курсов повышения квалификации военных врачей [1]. В 1943г. Мирону Семеновичу было присвоено звание Заслуженного деятеля науки РСФСР, он был награжден двумя орденами Ленина, орденами Красного Знамени, Красной Звезды, Трудового Красного Знамени, многими медалями [1]. В военные годы М.С. Вовси были опубликованы работы, которые внесли немалый вклад в развитие военно-полевой терапии: «Некоторые вопросы военно-полевой терапии» (1941), «Организация и принципы терапевтической помощи в тыловых эвакогоспиталях» (1942), «Нефриты военного времени» (1943), «Об особенностях клинической патологии в период войны» (1944), «С.П. Боткин как терапевт госпиталей русской армии (к истории военно-полевой терапии)» (1944), «Органы дыхания и кровообращения при ранениях грудной клетки» (1947) и др. С именем М.С. Вовси связано развитие отечественной военно-полевой терапии, а именно обоснование проведения медицинской сортировки и медицинской эвакуации при оказании терапевтической помощи в ходе боевых действий. Это важнейший элемент оказания помощи раненым и больным на всех этапах медицинской эвакуации. В 1947 г. на Всесоюзном съезде терапевтов М.С. Вовси сделал программный доклад на тему «Внутренняя медицина в период Великой Отечественной войны», в котором отметил особенности течения заболеваний внутренних органов, болезней раненых и подвел итоги огромной работы терапевтов в годы минувшей войны. Мирон Семенович учил врачей непосредственно у постели больного, в большом объеме оказывал консультативную помощь. На всех этапах Великой Отечественной войны деятельность М.С. Вовси получала самую высокую оценку. Вскоре после демо-

билизации, в 1948г. Мирон Семенович Вовси стал действительным членом Академии медицинских наук СССР, а в 1950-м году — руководителем научной группы Института терапии при Академии [2]. Мирон Семенович Вовси был известен за пределами нашей страны. В 1957г. он выступал с научным сообщением в г. Берлине, летом 1958г. ездил в г. Брюссель представлять свой доклад участникам международного Конгресса кардиологов [1]. Осенью 1959 года М.С. Вовси тяжело заболел, а в начале 1960 г. он был направлен для лечения в родную больницу, где 5 июня 1960г. умер [1]. Выдающийся ученый и общественный деятель, опытный клиницист и педагог — таким Мирон Семенович Вовси навсегда останется в нашей памяти, в истории отечественной терапии.

Заключение

При анализе данных библиографических источников можно сделать вывод, что научные труды генерал-майора медицинской службы, Главного терапевта Красной Армии, профессора, доктора медицинских наук, Заслуженного деятеля науки РСФСР, академика АМН СССР Мирона Семеновича Вовси отражают многообразие его научных интересов, характеризуются содержательностью и до сих пор актуальны. Отмечая 120 лет со дня рождения М.С. Вовси, необходимо отметить, что он внес значительный вклад в развитие отечественной военно-полевой терапии, развитие системы оказания терапевтической помощи, лечения и реабилитации раненых и больных на этапах медицинской эвакуации во время Великой Отечественной войны.

Литература

1. Алексанян, И.В., Шульцев, Г.П., Кнопов, М.Ш. Выдающийся ученый, терапевт и педагог (к 90-летию со дня рождения М.С. Вовси) // Клиническая медицина. — 1987. — №9. — С. 128-129.
2. Кнопов, М.Ш., Тарануха, В.К., Мирон Семенович Вовси — главный терапевт Красной Армии // Клиническая медицина. — 2015. — № 8. — С. 74-77.

Е. С. Груздева, Н. В. Борисов, 5 курс, лечебный факультет,
С. Т. Тевосян, 4 курс, педиатрический факультет; Е. В. Шниткова

ФГБОУ ВО Ивановская ГМА Минздрава России, г. Иваново, Россия
Кафедра детских болезней лечебного факультета
Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. В. Шниткова

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Здоровье ребенка напрямую зависит от возраста и состояния здоровья матери, определяющих течение беременности и родов [4, 5]. В наши дни наблюдается активный рост первородящих женщин, старше 35 лет, обусловленный целым спектром причин: усиление профессиональной роли женщины в современном обществе, рациональный подход к планированию семьи, рост осведомленности о методах профилактики нежелательной беременности, повышение качества и доступности акушерско-гинекологической и педиатрической помощи, длительное бесплодие (как первичное, так и вторичное) на фоне гинекологических заболеваний и эндокринопатий, активное развитие репродуктивных технологий [2, 5, 6]. Беременность и роды в 60 % случаев протекают на фоне экстрагенитальной патологии, а частота таких случаев, по данным разных исследований, составляет от 8 % до 30 % [3, 6]. Возрастные изменения состояния здоровья женщин негативно влияют на течение беременности (гестозы, анемия, фето-плацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия плода, задержка роста плода), родов (рост числа оперативных вмешательств, родовой травматизм) и приводят к росту перинатальной заболеваемости (врожденные пороки развития, задержка внутриутробного развития, гипоксически-ишемические поражения центральной нервной системы, респираторные нарушения) и смертности [1, 2, 3, 4].

Цель исследования: изучить особенности антенатального, интранатального и неонатального периода, состояние здоровья детей, родившихся от матерей старшего возраста.

Материалы и методы

В рамках исследования был проведен ретроспективный анализ историй болезни 165 новорожденных детей, проходивших стационарное лечение в ОБУЗ «Детская городская клиническая больница №5 г. Иваново» в промежуток времени с 2012 по 2017г. Были сформированы 2 группы наблюдения. Дифференцирующим параметром был возраст. В основную группу (I группа) были включены 81 женщина в возрасте 35 лет и старше. В группу контроля (II группа) вошло 84 женщины в возрасте до 35 лет. Средний возраст в I и II группе составил $37,35 \pm 0,24$ и $25,63 \pm 0,51$ соответственно.

Математическая обработка данных проводилась при помощи лицензионного пакета прикладных программ Microsoft Excel. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Изучение антенатального анамнеза показало, что беременность матерей обеих групп проходила на фоне соматических заболеваний (39,5 %, 39,3 %): патологий мочевыводящих путей (мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, хронический цистит — 14,8 %, 17,9 %), сердечно-сосудистых заболеваний (гипертоническая болезнь, врожденный порок сердца, варикозная болезнь (16,0 %, 7,3 %), эндокринной патологии (сахарный диабет, ожирение — 9,9 %, 1,2 %), заболеваний пищеварительной системы (хронический гастрит — 6,2 %, 13,1 %), хронических заболеваний ЛОР-органов (3,7 %, 2,4 %), заболеваний органов дыхания (бронхиальная астма, пневмония 1,2 %, 1,2 %) и острых респираторно-вирусных заболеваний (43,2 %, 48,8 %), а также анемии (27,2 %, 35,7 %).

В то же время достоверно чаще в основной группе выявлено ожирение, встречающееся с частотой 8,64 % и 1,29 % соответственно ($p < 0,05$).

Гинекологическая патология (эндометриоз, эндометрит, кольпит, сальпингоофорит) достоверно чаще встречался в первой группе (27,2 %, 7,2 %). Инфекции, передающиеся половым путем (герпетическая инфекция, токсоплазмоз, кандиломатоз, уреаплазмоз, В20, сифилис) встречались в обеих группах наблюдения (18,5 %, 11,9 %). Бесплодие регистрировалось только у первородящих старшего возраста (13,6 %), причем практически одинаково встречалось первичное (7,4 %) и вторичное бесплодие (6,2 %) ($p < 0,05$).

Аборты и выкидыши у пациенток до 35 лет обнаруживались реже ($p < 0,05$) по сравнению с женщинами в возрасте 35 лет и старше. Показатели составили 30 (37,04 %) и 23 (28,4 %) в I группе и 11 (13,1 %) и 6 (7,14 %) во II группе соответственно.

Осложненное течение беременности (преэклампсия, тромбофилия, фетоплацентарная недостаточность, родовое излитие околоплодных вод) в 1,3 раза чаще (71,6 %, 53,6 %) выявлялось у матерей старшего возраста.

Однако угроза прерывания беременности у матерей контрольной группы встречается чаще (28,6 % против 22,2 %).

В I и II группе беременность была первой в 45,7 % и 83,3 %, второй в 25,93 % и 8,3 %, третьей и более в 28,4 % и 8,3 % случаев соответственно. Достоверно чаще (в 5,2 раза) первой группе применялся метод ЭКО ($p < 0,05$).

Посредством кесарева сечения в 1,8 раз чаще рождались дети матерей старшего возраста (65,4 %, 35,7 %) ($p < 0,05$).

В большинстве случаев дети родились доношенными (93,8 %, 96,4 %). Недоношенными в 1,7 раза реже родились дети от матерей молодого возраста (6,2 %, 3,6 %). Асфиксию в родах перенесли одинаковое количество новорожденных (38,3 %, 36,9 %). Задержка внутриут-

робного развития достоверно чаще (34,6 %, 19,1 %) ($p<0,05$) регистрировалась у детей, родившихся у матерей старшего возраста, причем распространённость гипопластического варианта в этой группе была в 2,5 раза выше (14,8 %, 5,9 %).

Перинатальное поражение центральной нервной системы реже регистрировалось в основной группе по сравнению с контрольной — 88,9 % и 95,2 % соответственно, преобладала церебральная ишемия II степени (63,0 %, 67,9 %). Обнаружены следующие синдромы: гипертензивный (32,1 %, 22,6 %), гипервозбудимости (14,8 %, 26,2 %), угнетения (14,81 %, 21,4 %), гидроцефальный (8,64 %, 0 %), двигательных нарушений (13,6 %, 14,3 %). Внутрижелудочковые кровоизлияния диагностировались в 1,28 раза чаще у новорожденных I группы, однако киста сосудистого сплетения в 3,9 раза реже. Травматическое поражение шейного отдела позвоночника отмечалось с одинаковой частотой (6,2 %, 5,9 %).

Изучение спектра наследственных патологий среди новорождённых выявило достоверно высокий процент такой геномной аномалии, как синдром Дауна ($p<0,05$) среди выборки I группы (4,9 %).

Также зарегистрированы врождённые пороки сердца (стеноз лёгочной артерии, дефект межжелудочковой и межпредсердной перегородок, недостаточность трикуспидального клапана — 32,1 %, 15,5 %) ($p<0,05$) и центральной нервной системы (врождённая гидроцефалия — 0 %, 1,2 %). В 6,16 раз чаще встречались пороки костной системы среди детей, рождённых от матерей старшего возраста.

В то же время у детей, рожденных от матерей моложе 35 лет достоверно чаще встречалась желтушная форма гемолитической болезни новорожденных (4,76 % против 0 % в основной) ($p<0,05$).

У детей обеих групп отмечены гнойно-воспалительные заболевания (эпидемическая пузырчатка, везикулопустулез, омфалит, дакриоцистит, паронихии, импетиго, гнойный конъюнктивит — 41 %, 38 %); инфекция мочевыводящих путей (3,7 %, 10,7 %); внутриутробная ин-

фекция неуточненная (7,4 %, 10,7 %), конъюгационная желтуха (65,4 %, 69,1 %), врожденная пневмония (2,5 %, 0 %); врожденный ихтиоз (1,2 %, 0 %); врожденный лейкоз (1,23 %, 0 %); дисбактериоз кишечника с явлениями энтероколита (3,7 %, 4,8 %); анемия легкой степени (3,7 %, 7,1 %); грыжи (пупочная, паховая — 2,5 %, 1,2 %), гемангиома передней брюшной стенки (1,2 %, 0 %).

Выводы

1. У матерей старшего возраста чаще рождаются дети от экстракорпорального оплодотворения и посредством операции кесарева сечения.
2. У детей, родившихся от матерей старшего возраста достоверно чаще диагностируются хромосомные аномалии и врожденные пороки сердца.
3. Подавляющее большинство детей первой группы реализуют гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы более тяжелой степени, протекающее на фоне задержки внутриутробного развития гипопластического варианта.

Литература

1. Акушерские и перинатальные исходы у первородящих женщин старше 40 лет / Д.А. Кулешова [и др.] // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. — 2016. — № 3. — С. 166-167.
2. Зависимость перинатальной заболеваемости от интранатального прироста факторов риска у первородящих старших возрастных групп / И.В. Юдочкина [и др.] // Вестник РУДН. Серия: Медицина. — 2010. — № 5. — С. 22-26.
3. Киселевич, М.Ф. Течение родов у возрастных первородящих женщин / М.Ф. Киселевич, М.И. Маркелова, А.С. Шевченко // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. — 2012. — № 4. — С. 53-56.
4. Коваленко, М.С. Особенности течения беременности и родоразрешения первородящих критических возрастных групп / М.С. Коваленко, М.Г. Ефремова, Ю.В. Окорочкова // Наука молодых — Eruditio Juvenium. — 2014. — № 1. — С.94-99.
5. Пароксизмальные расстройства у детей, рожденных юными и возрастными первородящими / Н.Н. Малышева [и др.] // ПМ. — 2012. — № 2. — С. 163-166.
6. Чеботарева, Ю.Ю. Патофизиологические особенности течения беременности и родов в позднем репродуктивном периоде (обзор литературы) / Ю.Ю. Чеботарева, В.Г. Овсянников, М.Я. Хутиева // Медицинский вестник Юга России. — 2013. — № 3. — С. 20-23.

Ю. Е. Гурова, И. Д. Скворцов, 3 курс, педиатрический факультет,
А. М. Морозов

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) — называют кровотечения, происходящие в просвет желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Желудочно-кишечное кровотечение является наиболее частым осложнением острых и хронических заболеваний органов пищеварения, которое представляет потенциальную опасность для жизни пациента. ЖКК — одно из часто встречающихся причин экстренной госпитализации в стационары хирургического профиля. Кровопотери могут достигать больших объемов, именно поэтому желудочно-кишечное кровотечение требует экстренной медицинской помощи. Кровотечение может локализоваться в любом отделе ЖКТ. В связи с этим выделяются кровотечения из верхних отделов ЖКТ (из пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки) и нижних отделов ЖКТ (тонкого и толстого кишечника, прямой кишки).

Цель исследования: выявить специфику течения, методы диагностики и лечения желудочно-кишечного кровотечения неясной этиологии.

Материалы и методы

Из общего числа пациентов, находившихся на госпитализации в хирургическом отделении ГБУЗ «ГКБ №7» г. Твери в 2014-2017 годах, отобраны 50 историй болезни с диагностированным ЖКК неясной этиологии, с последующим проведением ретроспективного анализа историй болезни.

Результаты и обсуждение

В последнее время эндоскопическая техника получила бурное развитие, что привело к улучшению диагностики и результатов лечения основных причин желудочно-кишечных кровотечений, но несмотря на это, остается довольно большая группа пациентов (по различным литературным данным от 4 до 43 %), у которых наличие клинических или лабораторных признаков ЖКК сопровождалось отрицательными данными «верхней» (ФГДС). В связи с этим в практику был введен термин «неуточненных ЖКК» или кровотечений из неустановленного источника. При этом различают явные (наличие клинической картины) и скрытые (определяются только лабораторными методами исследования) кровотечения. Заболевания, вызывающие неуточненные ЖКК, поражают, как правило, тонкую кишку. Анализ медицинской документации показал, что среди возможных факторов риска возникновения ЖКК являются: сосудистые патологии слизистого или подслизистого слоя, опухоли (доброкачественные, первично злокачественные, метастазы), эрозивно-язвенное поражение различного происхождения, хронические воспалительные заболевания кишечника, дивертикулез тонкой кишки.

По статистике около 10 % людей, поступающих по экстренным показаниям в хирургическое отделение, страдают желудочно-кишечными кровотечениями, при этом отмечено, что в группу риска входят мужчины возрастной категории 45-60 лет, причем средний возраст пациентов с кровотечениями из нижних отделов ЖКТ выше, чем у пациентов с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ. Согласно предложенным критериям, диагноз желудочно-кишечного кровотечения неясной этиологии может быть поставлен приблизительно у 5—10 % больных, поступивших в стационар с желудочно-кишечным кровотечением.

Данные анамнеза, полученные при опросе, и объективного обследования больного имеют большое значение в диагностике крово-

течений из нижних отделов ЖКТ. Серьезное место занимают генетическая отягощенность, наличие перенесенных или настоящих хронических заболеваний, бытовые условия, место работы, контакт с животными и некоторые другие факторы. Весомое значение в диагностике кровотечений из нижних отделов ЖКТ имеет колоноскопия, в некоторых случаях пациентам показана ангиография, что связано с прогрессирующей кровопотерей. Пальцевое ректальное исследование наряду со многими техническими средствами является в достаточной степени информативным, простым и доступным в любых условиях методом исследования, который имеет особое значение при патологии прямой кишки.

В ходе настоящего исследования ЖКК неясной этиологии встречалось в равной степени как у мужчин, так и у женщин (24 случая у женщин и 26 у мужчин). В возрастной категории преобладали люди старческого возраста. Средний возраст у мужчин составил 75 лет, у женщин — 78 лет. Около 85 % госпитализированных находились в состоянии средней степени тяжести. Всем пациентам проводилась ЭГДС, по результатам которой были выявлены сопутствующие заболевания ЖКТ, а также наличие или отсутствие кровотечения. Из сопутствующих заболеваний у 90 % больных отмечались гастрит и язвенная болезнь желудка. Так же у всех пациентов с ЖКК неясной этиологии отмечалась выраженная клиническая симптоматика: слабость, головокружения, боли в нижней части живота, стул с примесью крови. У 60 % пациентов зафиксировано повышенное АД, в связи с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. У большей половины больных отмечалась анемия на фоне ЖКК. Примерно в 70 % случаях госпитализация приходилась на летнее время года.

Заключение

Показатели смертности от острых кровотечений из нижних отделов ЖКТ в последнее время снизились, что связано с усовершенствованной диагностикой кровотечений — применением колоноскопии и

ангиографии, а также с оптимальным алгоритмом лечения кровотечений. Трудность в диагностике желудочно-кишечных кровотечений в неотложной хирургии заключается в неподготовленности пациентов и требует особого тщательного подхода к эндоскопическим исследованиям.

Комплексная терапия при желудочно-кишечных кровотечениях должна быть индивидуальной и проводиться с учетом основного и сопутствующего патологических процессов.

В качестве профилактики ЖКК неясной этиологии, людям с язвенной болезнью желудка и хроническим гастритом следуют регулярно проводить колоноскопию и другие методы обследования.

В связи с тем, что в большинстве случаев госпитализация проводилась в летнее время года, стоит проводить работу с населением, особенно пожилого возраста в период подготовки к летнему сезону.

Литература

1. Бородин, Н.А. Желудочно-кишечные кровотечения: методическое пособие для клинических ординаторов кафедры факультетской хирургии. — Тюменская государственная медицинская академии Минздрав РФ. — 2014. — 19 с.
2. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии. Патогенез, диагностика, лечение: Руководство для врачей //Сборник методических материалов «Школы хиорургии РОХ» — Москва: Машиностроение. — 2015. — 360 с.
3. Корнюшин, В.Ю. Желудочно-кишечное кровотечение. Внимание на раннюю диагностику! // IN VIVO. — 2016. — № 3. с. 36-42.
4. Маев, И.В. Острые желудочно-кишечные кровотечения (клиника, диагностика, терапия) / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Г.А. Бусарова, Н. Р. Агапова Острые // Лечащий врач. — 2003. — № 5. — с. 16-18.
5. Морозов, А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / А.М. Морозов, В.А. Кадыков, О.В. Пельтихина, Э.М. Аскеров, А.Д. Морозова// Синергия наук. 2018. № 19. — С. 1018-1024. — URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.
6. Степанов, Ю.В. Желудочно-кишечные кровотечения / Ю.В. Степанов, В.И. Залевский, А.В. Косинский // — Днепропетровск- 2011. — 270 с.

УДК 616.314-057.875-08

С. А. Денисова, 5 курс, С. Н. Полянская, 4 курс, стоматологический факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра терапевтической стоматологии

Научный руководитель: к.м.н. доцент Е. П. Зиньковская

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КОМПЛАЕНСА И НЕКОТОРЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Понятие комплаентности широко распространено в общей медицинской практике и активно внедряется на стоматологическом приеме. В стоматологии сочетаются несколько факторов влияющих на комплаенс. Это фобии, возраст, социальный статус и психологические характеристики пациента, а также стоимость лечения. Кроме того, на доверие пациента большое влияние имеет как компетентность и заинтересованность врача, так и его внешний вид. Забота о собственном здоровье для врачей любой специальности играет немаловажную роль. По немногочисленным данным литературы состояние полости рта у пожилых врачей-стоматологов оказалось в несколько раз лучше, чем у остального населения в этой же возрастной группе. Отсутствуют данные об исследовании стоматологического комплаенса у врачей-стоматологов.

Студенты-стоматологи — это будущие специалисты. Как учащиеся ВУЗа, они находятся в специфических условиях. Интенсивность обучения, смена образа жизни требует огромных затрат внутренней энергии и физических усилий. Поэтому сохранение здоровья общего и стоматологического в частности для будущих врачей-стоматологов имеет огромное значение.

Цель исследования: изучить стоматологический комплаенс и оценить состояние зубов и пародонта у студентов 4-го и 5-го курса стоматологического факультета.

Материалы и методы

Было проведено стоматологическое обследование 21 студента 4-го курса и 25 студентов 5-го курса стоматологического факультета. Осмотр полости рта проводили с помощью стоматологического зеркала и стоматологического углового зонда. В исследование применяли стандартные индексы, рекомендованные Всемирной Организацией Здравоохранения (1995г.). Для оценки кариозного процесса рассчитывали интенсивность (КПУ). Состояние тканей пародонта оценивали с помощью коммунального пародонтального индекса CPI.

Изучение комплаенса проводилось по ранее разработанной и апробированной анкете, которая состоит из 16 вопросов, отражающих состояние полости рта, режим и характер гигиены полости рта, информированность о правильном уходе за зубами, частоту обращаемости к стоматологу, эстетический аспект и здоровье в целом. С помощью определенного алгоритма количественно выражали полученные данные: 0-7 — очень низкий, 8-15 — низкий, 16-23 — средний, 24-33 — высокий уровень комплаенса.

Результаты и обсуждение

По данным стоматологического осмотра было установлено, что значения индекса КПУ у студентов 4-го и 5-го практически не отличались и составили $6,75 \pm 0,4$ и $7,6 \pm 0,6$ соответственно. Однако в структуре индекса выявлены достоверные отличия. Так кариозных зубов у четверокурсников оказалось почти в 3 раза больше, чем у пятикурсников, а запломбированных в 2 раза меньше. Количество удаленных зубов среди осмотренных студентов 4-го и 5-го курсов достоверно не отличалось. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Структура индекса КПУ у студентов-стоматологов 4-го и 5-го курсов

группы	КПУ	кариес	пломба	удален
Студенты 4-го курса (n=21)	$6,75 \pm 0,4$	$3,5 \pm 0,3$	$2,7 \pm 0,3$	$0,6 \pm 0,1$
Студенты 5-го курса (n=25)	$7,6 \pm 0,6$	$1,3 \pm 0,3$	$5,6 \pm 0,5$	$1,2 \pm 0,4$
p	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$

Исследование пародонтального статуса показало, что в целом у студентов-стоматологов в большинстве случаев (84 %) выявлены секстанты со здоровым пародонтом. Секстанты с кровоточивостью составили 12 %, а с зубными отложениями всего 3 %.

При этом у студентов 4-го курса секстантов с кровоточивостью было в 2 раза больше, секстантов с зубными отложениями в 2,5 раза больше, чем у пятикурсников.

Распределение структуры индекса CPI у обследованных студентов представлены на рисунках 1 и 2.

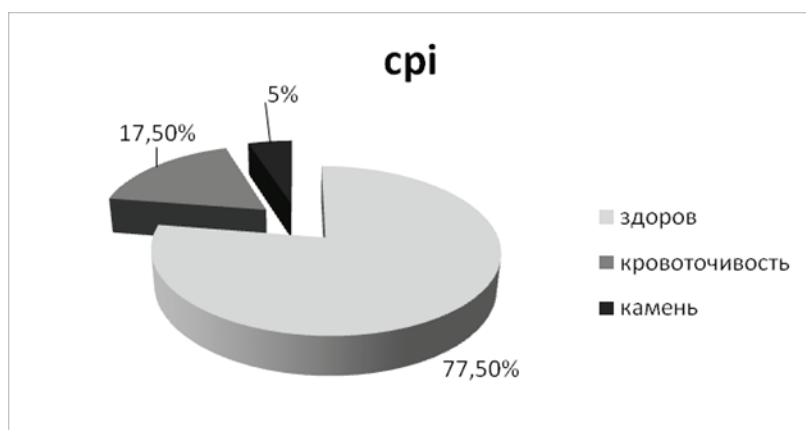


Рис. 1. Структура индекса CPI у студентов 4-го курса

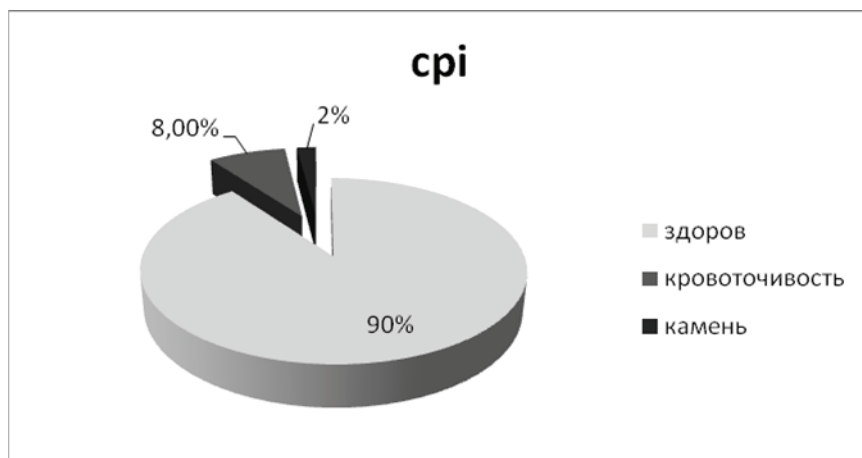


Рис. 2. Структура индекса CPI у студентов 5-го курса

Такое различие по стоматологическим показателям, вероятно, обусловлено тем, что студенты стоматологи регулярно проводят стоматологические осмотры друг друга на практических занятиях на стоматологических кафедрах и за время обучения стараются своевременно провести санацию полости рта.

По результатам анкетирования было установлено, что студенты и 4-го и 5-го курсов в полной мере информированы о своем стоматологическом здоровье: наличие или отсутствие кариозных зубов и патологии пародонта. Правильный режим гигиены полости рта (утром и вечером) соблюдают 88 % из числа опрошенных студентов 5-го курса и 75 % — 4-го. Большая часть респондентов уделяет чистке зубов 2 минуты. Дополнительные средства гигиены для полости рта применяют 81 % студентов 5 курса и лишь 40 % четверокурсников. Для профилактического осмотра стоматолога посещают практически в равной степени студенты и 4-го (50 %) и 5-го (60 %) курсов. А вот причина, по которой в 75 % процентах случаев студенты 4-го курса откладывают визит к стоматологу при необходимости санации это — недостаток времени. Среди пятикурсников таких респондентов оказалось в 1,7 раза меньше (44 %). Но при этом 28 % студентов 5-го курса испытывают страх перед стоматологическими манипуляциями, а 32 % указали стоимость лечения, как основной сдерживающий фактор. Красота улыбки оказалась важна для 70 % студентов 4-го курса и 80 % -5-го курса. Так же было установлено, что здоровый образ жизни стараются вести только 36 % опрошенных пятикурсников. Среди четверокурсников таких студентов оказалось в 2,4 раза меньше (15 %).

Анализ анкетных данных показал, что среднее значение комплаенса среди студентов 4-го курса составило 20,7 — это соответствует среднему уровню комплаенса. Среди студентов 5-го курса это значение составило — 24,7 и соответствует высокому уровню комплаенса.

Заключение

Студенты-стоматологи 5-го курса, в отличие от четверокурсников, лучше следят за своим стоматологическим здоровьем и имеют высокий уровень стоматологического комплаенса.

Литература

1. Ващенко И.С., Рыкалина Е.Б., Фахрудинова Э.Р. Медико-психологические и биоэтические аспекты комплаентности. ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России: Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150) 2015. Volume 5. Issue 5
2. Зиньковская Е.П. Особенности состояния полости рта у больных эпилепсией: Дисс....канд.мед.наук. — Тверь, 2007г. -81-84 с.
3. Ольховская Е.Б. Состояние зубов у лиц пожилого возраста в Тверской области: Автореф. дис. канд. мед. наук. Тверь, 1997. — 26 с.
4. Фирсова И.В. Взаимоотношения врача и пациента как фактор, определяющий комплаентность / Фирсова И.В., Михальченко Д.В., Скачкова О.Н. // Социология медицины.- 2009.-№ 1.-С. 49-56.
5. Шевлякова Л. А. Стоматологическая заболеваемость у студентов Высших учебных заведений и пути ее профилактики: Автореф. дис. канд. мед. наук. Тверь, 2005. — 12 с.

ВРЕД КУРЕНИЯ КАЛЬЯНА

Курение кальяна, зародившись на Ближнем Востоке несколько столетий тому назад, в последние годы приобрело большое распространение в странах Европы, России и США. Каждый год открывается большое количество кафе, предназначенных для курения кальяна, ставшего столь популярным. Все больше людей предпочитают обычным сигаретам кальян. Существует ошибочное убеждение в том, что использование кальяна не имеет отрицательных последствий для здоровья или более безопасно, чем сигареты. Полагают, что дым, пропущенный через воду, остывая, оказывает менее негативное воздействие на легкие и дыхательные пути. Такие суждения способствуют началу курения и отсутствию желания бросить пагубную привычку.

Доказано, что уровень никотина в суточном диурезе у человека, который ежедневно курит кальян, сопоставим с таковым при выкуривании 10 сигарет. Данного количества достаточно для развития зависимости. Кроме того, в дыме кальяна содержатся монооксид кислорода, формальдегид, ацетальдегид, акролеин, оказывающие дополнительное отрицательное воздействие на здоровье человека. Некоторые люди добавляют в кальян алкоголь или марихуану, усугубляя наносимый ущерб организму.

Цель исследования: изучить влияние кальянного дыма на организм человека, а также сравнить оказываемые эффекты на активных и пассивных курильщиков.

1. Определить воздействие кальянного дыма на сердечно-сосудистую и дыхательную систему

2. Выяснить роль кальянного дыма в развитии новообразований и распространении инфекционных заболеваний
3. Изучить влияние кальянного дыма на здоровье плода и новорожденного
4. Сравнить уровень загрязненности воздуха в помещениях, где употребление кальяна разрешено и запрещено
5. Изучить содержание веществ-маркеров в крови у лиц, работающих в кафе, где разрешено употребление кальяна

Материалы и методы

Проводился анализ отечественных и зарубежных научных публикаций по проблеме табакокурения.

Результаты и обсуждение

Курение кальяна оказывает негативное воздействие на здоровье человека и наиболее серьезные последствия вызывает в формирующемся организме плода и новорожденного. Использование кальяна во время беременности является фактором риска низкой массы тела и респираторной недостаточности у младенцев. Возможны преждевременные роды, возникают нарушения плаценты, пороки развития и перинатальные осложнения. Повышен риск развития наследственных заболеваний.

У взрослого человека курение кальяна, способствует распространению инфекционных заболеваний и развитию новообразований, а также обуславливает заболевания различных систем органов

Необходимо помнить, что курение кальяна способствует распространению инфекционных заболеваний. Задokumentированы случаи заражения палочкой Коха, вирусами Эпштейн-Бара, простого герпеса и респираторным вирусом в результате курения кальяна. Кроме того, через кальян возможно заражение гепатитом С при использовании одного мундштука среди людей с гингивитом и любым другим поражением полости рта. Грибковые инфекции также передаются через кальян. Например, 46-летний житель Кфар-Сабы, Израиль, с диагнозом острого

миелоидного лейкоза, заболел легочным аспергиллезом, в результате курения марихуаны, содержащей возбудитель, через кальян.

В большей степени дым кальяна оказывает влияние на дыхательную систему. У курильщиков в нейтрофилах периферической крови повышается уровень свободных радикалов, что приводит к повреждению паренхимы легких и воспалению дыхательных путей. С помощью спирометрических тестов было выяснено, что показатели у лиц, употребляющих сигареты, не отличаются от приверженцев кальянной культуры.

Не меньший вред наносится сердечно-сосудистой системе. Никотин стимулирует рецепторы в центральной нервной системе, в результате чего происходит высвобождение катехоламинов и возникают сердечно-сосудистые изменения: тахикардия, повышение артериального давления и турбулентный кровоток. Кроме того, повышается уровень плазменного фибриногена, определяющего агрегацию тромбоцитов. Также, установлено, что после 30-минутной сессии курения кальяна увеличивается концентрация карбоксигемоглобина, в среднем, на 5,5 %.

Употребление кальяна играет важную роль в развитии новообразований. Дым кальяна может достигать температуры 450 ° C, при которой образуются генотоксические и кластогенные компоненты, способствующие процессу канцерогенеза. У курильщиков кальяна со стажем от 8 лет повышается уровень карциноэмбрионального антигена в крови, который является маркером злокачественности, а также хронического воспаления. Установлено, что вероятность развития рака легких у тех, кто употребляет кальян, составляет 95 %. При этом риск развития рака легких увеличивается в зависимости от продолжительности использования кальяна.

Дым, выделяющийся при курении кальяна, приводит к значительному загрязнению воздуха помещений. Российским научным онкологическим центром им. Блохина в 2016 году было произведено исследование воздуха помещений кафе, где курят кальян. В помещениях, где курят кальян 25-49 % посетителей по сравнению с кафе, где его

курят 1-24 %, отмечается повышение концентрации СО в 8 раз (с 0,5 до 4,0 ppm), полиароматических углеводородов в 1,77 раза (с 21 до 37,5 нг/м³), никотина в 1,025 раза (с 2,1 до 2,6 мкг/м³).

В 2017 году в г. Кишинев был определён средний уровень мелко-дисперсных частиц (PM_{2.5}) (мкг/м³) в воздухе помещений. Установлено, что уровень загрязнённости помещений, где курение разрешено, в 24,2 раза (338 мкг/м³ и 14,7 мкг/м³) превосходит таковой там, где курение запрещено.

Похожие исследования были проведены в 8 барах-кальянных Нью-Йорка. Провели измерение содержания мелкодисперсных частиц (PM_{2.5}), окиси углерода (СО) и никотина в воздухе. Уровень загрязнения воздуха в помещениях повышался пропорционально количеству выкуренных кальянов. Концентрация РМ в воздухе внутри помещений варьировала, среднее значение составило 363,8 мкг/м³. Никотин присутствовал во всех изученных барах-кальянных в средней концентрации 4,2 мкг/м³. Средний уровень СО составлял 12,9 ppm.

Также в своей работе мы обратили внимание на взаимосвязь курения кальяна и концентрации веществ-маркёров в крови у людей, подвергшихся воздействию табачного дыма. Одно из исследований проведено в баре Нью-Йорка. Выявлена взаимосвязь загрязнённости воздуха и уровня провоспалительных цитокинов в крови работников бара. Уровни воспалительных цитокинов (ИФ-γ) в крови были увеличены с изначального 0,85 (0,13) до 1,6 (0,25) pg / mL в конце рабочего дня — увеличившись т.о. в 2 раза. Концентрация РМ в воздухе внутри помещений сильно варьировала, средний уровень составил 363,8 мкг/м. Средний уровень СО составлял 12,9 ppm, максимальный — 22,5 ppm.

Также имеются данные исследований, проведенных с целью выявления метаболитов токсичных веществ в крови у людей, подвергшихся действию кальянного дыма. Веществом для анализа был выбран акролеин, являющийся цилитоксичным агентом, респираторным раздражителем, кардиотоксикантом и возможным канцерогеном. Ис-

следование было проведено среди 105 курящих кальян и 103 некурящих в помещении. Образцы анализировали на 3-гидроксипропилмеркаптуровую кислоту (3-HPMA), метаболит акролеина. Средние значения 3-HPMA в моче у курящих и некурящих значительно увеличились — в 1,41 раза и 1,39 раза соответственно, после кальяна. Наибольший прирост 1,68 раза был отмечен среди ежедневных курильщиков кальяна (GM, с 1991 пмоль / мг до 3348 пмоль / мг). Данные значения коррелировали с экскрецией мочевого котинина (метаболита никотина).

В другом исследовании веществом для анализа стал бензол, вызывающий лимфогематопоэтические раковые заболевания, особенно острый миелоидный лейкоз. Проводилось исследование концентрации S-фенилмеркаптуровой кислоты (SPMA), метаболита бензола, в моче у 105 курильщиков кальяна и 103 некурящих, посетивших мероприятие, где курили кальян. Часть испытуемых находились в условиях кальянного бара, другая часть — в условиях дома. Участники предоставили пробные образцы мочи утром и следующим утром после мероприятия. У курящих произошло увеличение концентрации SPMA в 4,2 раза после посещения кальянной и в 1,9 раза после домашнего мероприятия. У некурящих, уровень SPMA в моче увеличился в 2,6 раза как после событий в кальянной, так и после домашнего мероприятия.

Заключение

По данным зарубежных и отечественных авторов, установлено, что курение кальяна способствует развитию сердечно-сосудистых, дыхательных и онкологических заболеваний. Люди, употребляющие кальяны на протяжении длительного времени, имеют риск развития ишемической болезни сердца, хронической обструктивной болезни легких. Повышается распространенность инфекционных заболеваний среди населения. В семьях, где родители курят кальян, часто наблюдается рождение детей с различными патологиями. Кроме того, следует учитывать, что при употреблении кальяна в общественном месте нега-

тивному воздействию подвергается не только сам курильщик, но и все присутствующие, уровень веществ-маркеров увеличивается как в крови активных, так и вынужденных курильщиков, а уровень загрязненности воздуха помещения закономерно повышается.

Литература

1. Орлов, Е.И. Влияние курения кальяна на функционирование сердечнососудистой системы и познавательную деятельность / Вятский медицинский вестник. 2009. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyaniya-kureniya-kayalna-na-funktsionirovanie-serdechnosusudistoy-sistemy-i-poznavatelnuyu-deyatelnost>
2. Журунова, М.С. Влияние курения кальяна на организм человека / Международный журнал экспериментального образования. 2015. URL: <http://expeducation.ru/ru/article/view?id=8633>
3. Николаева К.С. Что вреднее для здоровья: курение кальяна или обычных сигарет? / Международный студенческий научный вестник. 2017. URL: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=1792>
4. Ali R., Rastam S., Ibrahim I. et al. A comparative study of systemic carcinogen exposure in waterpipe smokers, hookah smokers, cigarette smokers and non-smokers // Tobacco Control. Published online 29 August 2013. Doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051206
5. Akl E., Gaddam S., Gunukula S., Honeine R., Jaoude P.A., Irani J. The effects of waterpipe and hookah tobacco smoking: A systemic review // International Journal of Epidemiology. — 2010. — N 39. — P. 834–857. Doi:10.1093/ije/dyq002

Э. И. Джонназаров

Таджикский ГМУ им. Абуали ибни Сино, Республика Таджикистан

Кафедра офтальмологии

2 глазное отделение ГУНМЦ

Научный руководитель: д.м.н. Ш. Курбонович

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАПАННОГО ДОСТУПА К ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫМ МЫШЦАМ ПРИ КОСОГЛАЗИИ

Косоглазие — это не только тяжелый функциональный недостаток и косметический дефект, но и состояние, влияющее на психику пациента.

В комплексном лечении косоглазия доминирующее место занимают хирургические методы коррекции действия глазодвигательных мышц. В глазной хирургии в силу небольших размеров органа и его легкой ранимости особенно важно довести операционную травму до минимума и по возможности сохранить анатомо-физиологические соотношения .

В настоящий момент актуально дальнейшее изучение и создание щадящих доступов к глазодвигательным мышцам при косоглазии, обеспечивающих снижение количества осложнений, ускоряющих и упрощающих проведение оперативных вмешательств.

Цель исследования: изучение эффективности клапанного доступа к глазодвигательным мышцам при горизонтальном косоглазии.

Материалы и методы

Были проанализированы результаты хирургического лечения различных видов косоглазия у 56 больных (из них 32 пациента — мужчины, 24 — женщины) находившихся на лечении во втором глазном отделении ГУ НМЦ РТ в период с 2015 по 2017 гг. Возраст пациентов колебался от 16 до 37 лет (в среднем 21,1 год). Угол косоглазия определялся по методу Гиршберга и составил в среднем $44,1 \pm 5,2^\circ$. Острота зрения на косящий глаз колебался от светоощущения до 0,8 (в сред-

нем 0,16), на здоровом глазу в среднем была равной 1,0. Косоглазие сенсорной депривации диагностировано у 10 больных, рефракционное — у 46 больных. Эзотропия наблюдалась у 11 пациентов, экзотропия — у 45 пациентов.

С целью снижения травматичности операции, за счёт выбора оптимальной величины и места расположения разрезов нами был разработан и применён клапанный доступ к горизонтальным мышцам глаза через конъюнктиву для выполнения операций на мышцах глаза горизонтального действия. Метод выполняли путём разреза конъюнктивы параллельно лимбу в проекции места прикрепления мышц горизонтального действия и двух разрезов от концов разреза, причём, основной разрез осуществляли по краю лимба, а каждый из горизонтальных разрезов от концов основного разреза выполняли длиной в пределах от 5 до 8 мм параллельно между собой. Оперативное вмешательство заключалось в рецессии и резекции наружной и внутренней прямых мышц косящего глаза.

В послеоперационный период определялись, положение и подвижность глазных яблок во время каждого осмотра после 1 недели, 1, 3, 6 и 12 месяцев в течение всего периода наблюдения.

Результаты и обсуждение

Доступ по разработанному нами методу имеет наименьшую площадь, одновременно обеспечивая адекватную степень обнажения целевых анатомических структур и позволяя хирургу выполнять оперативный приём, являясь, таким образом, менее травматичным.

После выполнения разработанного нами оперативного доступа для герметизации раны на конъюнктиву накладывают два узловых шва по концам основного разреза. На параллельные разрезы длиной от 5 до 8 мм от концов основного разреза швы не накладывают, так как разрезы горизонтального направления под действием движений век стремятся к самостоятельному адаптиванию.

Анализ результатов рубцевания конъюнктивы после хирургического лечения косоглазия на мышцах горизонтального действия при использовании разработанного нами доступа проведён на основе анализа фотоснимков, выполненных на цифровой фотокамере. При оценке учитывались выраженность отёка, гиперемии и косметические характеристики рубца через 1 день, неделю и месяц после операции.

При клапанном доступе послеоперационная реакция (отёк и гиперемия конъюнктивы) значительно уменьшалась к концу первой недели, и уже через 3-4 недели послеоперационный рубец сливался с лимбом и был практически незаметен.

Ортофория была получена у 53 больных, остаточный угол до 5 градусов наблюдался у 1 больного, гипозэффект до 10 градусов отмечался у 2 больных. Ни у одного больного не отмечался гиперэффект, энофтальм или сужения глазной щели.

Все пациенты были удовлетворены косметическим эффектом операции (рисунки 1-3).



Рис. 1. Пациент А. С., 17 лет, со сходящимся косоглазием 45 градусов до (а) и после (б) проведённого оперативного вмешательства.



Рис. 2. Пациентка К. Ф., 24 года со сходящимся косоглазием 45 градусов до (а) и после (б) проведённого оперативного вмешательства.

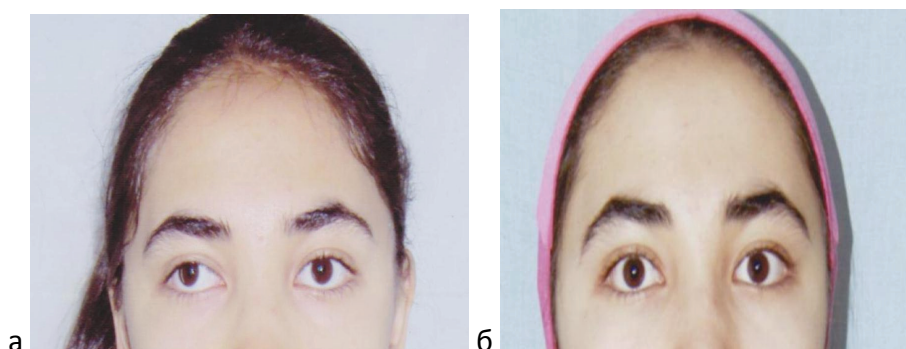


Рис. 3 — Пациентка З. Д., 20 лет с расходящимся косоглазием 30 градусов до (а) и после (б) проведённого оперативного вмешательства.

Заключение

Разработанный нами клапанный доступ может быть рекомендован для хирургического лечения горизонтального и смешанных видов косоглазия за счёт своей минимальной травматичности, лучших топографо-анатомических параметров, обеспечивающий полноценное выполнение оперативного приёма без дополнительного растяжения конъюнктивы.

Литература

1. Menon V. Study of the psychosocial aspects of strabismus / V. Menon, J. Saha, R. Tandon // J. PediatrOphthalmol Strabismus. 2002;39:203–208
2. Клюка, И.В. Влияние раннего хирургического исправления содружественного косоглазия на состояние сенсорного аппарата бинокулярного зрения / И.В. Клюка // Офтальмол. журн. — 1977. — № 7. — С. 496-499.
3. Султанов, М.Ю. Хирургическое лечение альтернирующего содружественного косоглазия / М.Ю. Султанов, С.А. Талышская // Воен. мед.журн. — 1981. — № 3. — С. 53.
4. Канюков, В.Н. Мобильные структуры офтальмохирургии (опыт Оренбургского филиала государственного учреждения МНТК «Микрохирургия глаза») / В.Н. Канюков // Оренбург: Изд. ОГУ. — 1999. — 175 с.
5. Краснов, М.Л. Общие сведения о хирургии глаза // М.Л. Краснова, В.С. Беляева // Руководство по глазной хирургии. — М.: Медицина, — 1988. — Гл. 1. — С. 5-13.
6. Kuchenbecker J. Inadvertent scleral perforation in eye muscle versus retinal detachment buckle surgery / J. Kuchenbecker, K. Schmitz, W. Behrens-Baumann // Strabismus, — 2006. № 14. — P. 163-166.
7. Федоров, С.Н. Особенности клинической работы в передвижной операционной / С.Н. Федоров [и др.] // Офтальмохирургия. — 1994. — № 3, — С. 34-38.

А. А. Долинин, 5 курс, лечебный факультет, М. А. Горохова, 6 курс, педиатрический факультета, А. Ю. Шишкина, 4 курс, лечебный факультет; Ю. Ю. Шишкин

ФГБОУ ВО Ивановская ГМА Минздрава России, г. Иваново, Россия
Кафедра судебной медицины и правоведения
Научный руководитель: д.м.н. Ю. Ю. Шишкин

ОЦЕНКА ВИЗУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

Опухоли кожи широко распространены и в структуре онкопатологии в России занимают второе место. Разнообразие кожной патологии, вариабельность течения злокачественных процессов приводят к тому, что злокачественные опухоли кожи не всегда распознаются своевременно, хотя являются опухольми визуальной локализации. В связи с развитием технических средств визуализации становится актуальным рассмотрение целесообразности применения трехмерного сканирования при диагностике опухолей кожи.

Цель исследования: выявление наиболее информативных и достоверных визуальных методов диагностики опухолей кожи.

Материалы и методы

В ходе анализа наиболее распространенных визуальных диагностических приемов нами выявлены следующие методы. Флуоресцентная диагностика предназначена для мониторинга и оценки степени накопления фотоактивных препаратов в опухолевом образовании. После внутривенного введения препарат избирательно накапливается в опухолевых клетках, после чего проводится сканирование флуоресцентной камерой, которая фиксирует флуоресценцию препарата. По интенсивности излучения можно оценить степень накопления препарата в злокачественной опухоли. Дерматоскопия — поверхностная эпилюминесцентная микроскопия кожи. Этот вид исследования, в отличие от обычной световой микроскопии, позволяет не только исследовать рельеф поверхности кожи, но и визуализировать внутрикожные

морфологические структуры размером от 0,2 мкм, расположенные в эпидермисе и в сосочковом слое дермы. Есть так же и ручные дерматоскопы, которые дают возможность провести как контактную иммерсионную, так и поляризационную дерматоскопию. Радиотермометрия (РТМ) — это метод диагностики, основанный на измерении температуры внутренних тканей человеческого организма. Информация получается с помощью регистрации собственного волнового и теплового излучения тела человека. С помощью высокочувствительных датчиков, прикладываемых к телу, регистрируется температура, как на поверхности кожи, так и в глубине тела, — в пределах всей исследуемой области. Микроизменения температуры указывают на области распространения воспаления, нарушения кровообращения, усиленного обмена веществ (последнее характерно для злокачественных новообразований). Современные технические средства визуализации предоставляют возможности по созданию трехмерных изображений кожи. Разработанная ранее технология универсального сканирования и трехмерного моделирования биологических объектов UST [1,2] успешно апробирована при обследовании поверхности тела потерпевших. Благодаря универсальности технологии представлялась возможность сканирования одним устройством участки тела, имеющих размеры — от мелких (1х1 мм) до крупных (более метра). Применение технологии позволило получать обзорные трехмерные модели живых лиц, отдельных частей тела, создавать точную трехмерную копию морфологических проявлений заболеваний, их характер, взаиморасположение с масштабированием, т.е. с возможностью последующих измерений в копии. С помощью данной технологии можно создавать не только модели для архива, но и многократно проводить детальный анализ предметов с увеличением в 1000 раз, что важно для наблюдения за процессом в динамике. С помощью данной технологии было получено 55 трехмерных моделей поверхности тела потерпевших с неизменной кожей, родинками, папилломами, ранами, ссадинами и другими

патологическими образованиями. При визуальном изучении полученных трехмерных моделей было установлено, что они реалистично отражают детали патологических изменений кожи, причем с возможностью увеличения и рассмотрения с различных ракурсов, что значительно увеличивает качество и точность диагностики.

Выводы

Применение трехмерного сканирования поверхности тела является перспективным направлением в скрининговой диагностике онкологической патологии кожи. Одним из эффективных инструментов для этого является применение универсальной технологии сканирования UST.

Литература

1. Шишкин, Ю.Ю., Ерофеев, С.В., Федорова, А.С. Устройство для сканирования и создания трехмерных моделей повреждений и следов. ПМ. Патент № 172398. Бюллетень ФИПС. №19, 6.07.2017. с1/6-6/6.
2. Ерофеев, С.В., Шишкин, Ю.Ю., Федорова, А.С.. О технологиях анализа изображений как средствах повышения объективности и достоверности судебно-медицинских экспертиз. Судебная медицина. — 2017. — т.3. — №2. — с.17-24.

УДК 616.314-77:616-008.87

И. Г. Евграфова, 3 курс, лечебный факультет; Г. А. Четвертнова,
Л. В. Михайлова

ФГБОУ ВО ФГБОУ ВО Волгоградский ГМУ Минздрава России, г.
Волгоград, Россия

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии
с курсом клинической микробиологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Михайлова

МИКРОФЛОРА ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

В настоящее время приполной или частичной адентии основным способом восстановления зубных рядов является использование зубных протезов. Однако зубное протезирование имеет свои недостатки, поскольку протетические конструкции могут раздражать мягкие ткани полости рта. Одним из наиболее информативных показателей функционального состояния данного биоценоза является оральная микробиота, обеспечивающая взаимодействие между местной и общей неспецифической резистентностью.

Изменения в составе микробиоценоза полости рта клинически могут проявляться различными нозологическими формами заболеваний: гингивитом, стоматитом, кариесом и пародонтитом.

Цель исследования: оценить микробный состав биоценоза полости рта у пациентов с зубными протезами.

Материалы и методы

Обследовано 60 человек в возрасте от 45 до 70 лет. Забор материала для бактериологического исследования проводился по методике Е. О. Кравцовой (1995). Микрофлора изучалась по методу Haenel (1979) в модификации С. К. Канарейкиной (1985). Изучение качественного и количественного состава микрофлоры полости рта проводилось на четырех биотопах: 1 — слизистая оболочка твердого неба; 2 — слизистая оболочка щек; 3 — слизистая оболочка поверхности языка и 4 — налет с поверхности протеза.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакетов программ MicrosoftOffice 2010 и STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение

Видовой состав и плотность микробных сообществ в различных биотопах полости рта были неодинаковы. Наименьшее количество видов микроорганизмов и уровень обсемененности выявлен на слизистой оболочке щеки ($6,6 \times 10^2 \pm 1,5 \times 10^2$). Нарастание видового разнообразия и общей бактериальной плотности отмечалось на небе ($1,8 \times 10^3 \pm 0,5 \times 10^3$), поверхности языка ($9,2 \times 10^3 \pm 2,4 \times 10^3$), и максимально выражены эти показатели были в зубном налете с поверхности протеза ($1,1 \times 10^4 \pm 1,5 \times 10^3$).

У лиц, имеющих протетические конструкции, лактобактерии встречались в 53,5 % наблюдений. В микрофлоре полости рта преобладали кокковые формы ($54 \pm 3,9$ % штаммов). Микроорганизмы, относящиеся к резидентной микробиоте были представлены стрептококками, стафилококками и коринебактериями (73,5; 54,8 и 34,5 % случаев соответственно).

Замещение утраченных зубов всегда сопряжено с введением в ротовую полость инородного тела. Под базисом протеза всегда возникает воспаление слизистой оболочки. Хроническое воспаление наблюдается во всех зонах и в областях протезного ложа, что создает благоприятные условия для развития протезного стоматита. Под протезами создаются условия для возникновения бляшек, которые представляют собой скопление микроорганизмов в органическом матриксе. В данной структуре происходит накопление кислоты, снижение pH до критического уровня, что способствует усиленному размножению дрожжеподобных грибов рода *Candida*, играющих важную роль в этиологии протезных стоматитов. В 82 % случаев на прилегающих поверхностях протезов обнаруживались кандиды. Доминирующими видами были *C.albicans*, *C.tropicalis* и *C.krusei* (26,2; 20,1 и 15,0 % соответственно).

Выявлена высокая частота встречаемости *S.aureus* (27,7 %), *S.haemolyticus* (22,1 %) и энтеробактерий (20,8 %).

Установлена широкая распространенность в биоценозе полости рта пациентов, имеющих протетические конструкции, штаммов условно-патогенных микроорганизмов: кишечной палочки (в 12,8 % случаев), клебсиелл, энтеробактер и цитробактер (7,8; 5,1 и 4,6 %, соответственно).

Максимальная высеваемость условно-патогенных энтеробактерий была зарегистрирована в налете с поверхности протеза (20,8 %), на слизистой оболочке языка (20,2 %), на слизистой оболочке твердого неба (в 18,2 % случаев), в то время как со слизистой оболочки щек представители семейства Enterobacteriaceae не высевались.

Обнаружено, что микробиота полости рта людей с протезами была представлена различными ассоциациями микробов. Наиболее часто регистрировались сочетания из четырех (16,3 %), пяти (16,0 %) и шести видов микроорганизмов (14,3 %). Наиболее часто у пациентов встречались ассоциации стафилококков, стрептококков, лактобактерий и грибов (33,2 %).

Установлено, что наличие в полости рта протетических конструкций приводит к микробиологическому дисбалансу, что проявляется в уменьшении микробов-симбионтов и увеличении высеваемости условно-патогенных микроорганизмов. Такой микробиоценоз может способствовать развитию воспалительных заболеваний не только со стороны слизистой оболочки полости рта, но и вызывать инфекции желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей.

Выводы

На основании проведенных исследований врачам-стоматологам перед началом ортопедического лечения рекомендовано проводить консультации своих пациентов у микробиолога с возможной биокоррекцией орального микробиоценоза.

Важным и необходимым направлением в стоматологии является разработка и внедрение эффективных методов профилактики и лече-

ния нарушений микроэкологии полости рта при зубном протезировании, а вопросы, касающиеся роли микробиоценоза полости рта в формировании патологических процессов при ортопедическом лечении пациентов с отсутствием зубов, требуют дальнейшего изучения и могут быть использованы как дополнительные критерии эффективности корректирующей терапии.

Литература

1. Гаврилова, О.А. Микроэкология полости рта и ее роль в этиопатогенезе стоматологических заболеваний у детей с хроническим гастродуоденитом: принципы комплексного лечения и профилактики: автореф. дис. ... докт. мед.наук. — Тверь, 2010. — 40 с.
2. Добренков, Д.С. Характеристика биоценотических отношений бактериальных сообществ полости рта и микроэкологическое обоснование принципов биокоррекции: автореф. дис. ... канд. мед.наук. — Волгоград, 2015. — 25 с.
3. Крамарь, В.С., Дмитриенко, С.В., Климова, Т.Н., Крамарь, В.О., Матисова, Е.В. Микроэкология полости рта. — Волгоград, 2010. — 250 с.
4. Михайлова, Л.В. Биология условно-патогенных микроорганизмов, вызывающих кишечные инфекции: автореф. дис. ... канд. мед.наук. — Волгоград, 2011. — 25 с.
5. Михайлова, Л.В., Крамарь, О.Г. Биологические свойства условно-патогенных микроорганизмов, вызывающих острые кишечные инфекции // Фундаментальные науки и практика. Сборник научных работ с материалами трудов 2-ой международной телеконференции. Томск, 2010; том 1 (2): С. 80.
6. Михайлова, Л.В., Полищук, А.Е., Калашников, М.И. Антибиотикорезистентность условно-патогенных энтеробактерий — ведущих патогенов дисбактериоза кишечника // Материалы трудов участников 11-ой международной телеконференции "Актуальные проблемы современной науки". Томск, 2013; том 2 (2): С. 38-39.
7. Панченко, А.В. Распространенность и биологические свойства стафилококков, колонизирующих полость рта при кариесе и пародонтите: автореф. дис. ... канд. мед.наук. — Волгоград, 2011. — 20 с.

Е. Н. Егорова, Т. И. Кудряшова, Л. М. Минасян, 3 курс, лечебный факультет; А. Э. Акайзина

ФГБОУ ВО Ивановская ГМА Минздрава России, г. Иваново, Россия
Кафедра гигиены
Научный руководитель: к.м.н. А. Э. Акайзина

ПРИМЕНЕНИЕ СПОСОБА ОЦЕНКИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПИЩИ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Одной из самых значимых ценностей для человека является здоровье, потому что именно от него зависит качество и продолжительность жизни. Выполнение организмом своих функций и его жизнедеятельность в целом невозможны без определенного уровня обмена веществ и энергии, который обусловлен питательными веществами, поступающими из внешней среды. Вот почему именно количество и состав пищи являются главным фактором роста и развития детей. Здоровье и работоспособность взрослого населения также зависит от характера питания. Как отмечено в распоряжении Правительства РФ от 25 октября 2010 г. N 1873-р г. Москва, утверждающем основы государственной политики РФ в области здорового питания населения на период до 2020 года, рационы большинства взрослого населения страны не соответствуют критериям физиологической полноценности. За последние 8-9 лет распространенность ожирения и избыточной массы тела возросла с 19 до 23 %, что привело к увеличению риска развития сахарного диабета, заболеваний сердечно-сосудистой системы и других так называемых «болезней цивилизации», вызванных несоблюдением принципов правильного питания. Это и дислипидемия, и кариес, и нарушения жирового обмена, и запор, и подагра. В распоряжении Правительства РФ отмечено, что смертность населения от хронических заболеваний, развитие которых в значительной степени определяется алиментарным фактором, остается гораздо выше, чем в большинстве стран Европы.

Цель исследования: применить способ оценки индивидуального потребления пищи для сравнения физиологической полноценности рационов студентов-третьекурсников медицинского вуза 2016-го и 2017-го годов.

Материалы и методы

Исследовали равное количество рационов (по 100 штук) студентов 19-21 лет, обучавшихся на 3 курсе Ивановской государственной медицинской академии (ИвГМА), в 2016 и 2017 годах. На основе полученной информации по продуктам питания, готовым блюдам, количеству и объему порций, времени приема пищи составляли меню-раскладки, используя справочник «Химический состав российских пищевых продуктов». Оценивали рационы на соответствие критериям физиологической полноценности по «Нормам физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения РФ». Статистическую обработку данных проводили с помощью стандартного пакета программ MS Office 2007 и BioStat 2008 5.8.4.3.

Результаты и обсуждение

Исследовали фактические рационы питания студентов 19-21 лет с помощью составления меню-раскладок, исходя из химического состава продуктов. Проводили оценку на соответствие гигиеническим нормативам. Сравнивали результаты разных лет по основным критериям физиологической полноценности.

Большая часть третьекурсников как в 2016, так и в 2017 году питалась 3-4 раза в день, что соответствовало критериям физиологической полноценности. При сравнении энергетической ценности рационов студентов была выявлена тенденция к увеличению в 2017 году числа рационов со значениями, соответствующими гигиеническим нормативам, причем как у девушек (с 3 % до 17,7 %), так и у юношей (с 2 % до 25 %). Общим для студентов 2017 года обоего пола явилось снижение количества рационов с пониженной энергетической ценностью по сравнению с результатами прошлого года: на 33,8 % у юношей (с

88 % до 54,2 %), и больше чем на треть у девушек (с 97 % до 62,5 %). Однако увеличивается количество высококалорийных рационов: с 10 % до 20,8 % у юношей, у девушек — 19,8 %. Отметим, что в 2016 году рационы с повышенной энергетической ценностью у девушек отсутствовали.

При сравнительном анализе нутриентного состава было выявлено увеличение количества рационов с нормальным содержанием и белков (с 5 % до 18 %), и жиров (с 3 % до 14 %), и углеводов (с 2 % до 7 %). По сравнению с 2016 годом в 2017 году уменьшено количество рационов с повышенным содержанием белков (с 59 % до 37 %) и увеличено число рационов, содержание белка в которых ниже физиологической нормы (с 36 % до 45 %). В 2016 и 2017 годах отмечается примерно одинаковый уровень рационов, в которых количество жиров превышает гигиенические нормативы для данной группы (44 % и 45 % соответственно). А число меню-раскладок с недостаточным содержанием жиров уменьшилось (с 53 % до 41 %). Рационов, не удовлетворяющих потребность организма в углеводах, также стало меньше: 79 % — в 2016 году, 64 % — в 2017. Однако число рационов, в которых повышено содержание данного нутриента, увеличилось с 19 % до 29 %.

Характер нарушения сбалансированности по основным нутриентам неодинаков в сравниваемых группах. В 2016 году преобладали рационы с увеличенным количеством белка (59 %), а в 2017 году их число резко снижается до 11 %. В 2017 году рационов с высоким содержанием жиров стало меньше, чем в 2016 году (31 % и 44 % соответственно); также уменьшилось число рационов с увеличенным содержанием углеводов (с 19 % до 14 %).

Мы считаем благоприятным показателем появление у студентов 2017 года рационов со сбалансированностью, соответствующей нормам физиологической полноценности. При этом у третьекурсников 2017 года преобладают рационы с увеличенным потреблением жиров,

в то время как у их коллег из 2016 — рационы с преобладанием белков. Эти данные коррелируют с показателями количественной полноценности: жиры имеют больший калорический коэффициент, поэтому в 2017 году уменьшилось количество рационов с пониженной калорийностью (как у юношей, так и девушек) в пользу рационов с нормальной и повышенной энергетической ценностью. Несмотря на снижение количества рационов с пониженной калорийностью в целом, их число все же превосходит количество меню-раскладок с нормальной и повышенной калорийностью вместе взятых и у юношей, и у девушек, вызывает беспокойство появление у девушек рационов с повышенной калорийностью.

Выводы

1. Режим питания студентов 2016 и 2017 годов составляет 3-4 раза в день, что соответствует гигиеническим нормативам.
2. У третьекурсников 2017 года больше рационов с нормальной и повышенной энергетической ценностью и меньше с пониженной, в сравнении со сведениями 2016 года.
3. Показатели, отражающие качественную полноценность питания третьекурсников 2017 года, более благоприятны, так как больше соответствуют гигиеническим нормативам.
4. Питание студентов 2017 года более сбалансированное, чем у студентов 2016 года.
5. Рационы студентов 2017 года в большей степени соответствуют критериям физиологической полноценности.

Литература

1. Бочкова, А. Р. Оценка информированности молодежи о влиянии продуктов фастфуд на образ жизни и здоровье / Д. В. Егорычева, А. Р. Бочкова, А. Э. Акайзина // Молодежь, наука, медицина: материалы 63-й всероссийской межвузов. студен. науч. конф. с междунар. участием. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2017. — С.303-306.
2. Егорычева, Д. В. Изменение энергетической ценности рационов питания студентов под влиянием продуктов фастфуд индустрии / Д. В. Егорычева, А. Р. Бочкова, А. Э. Акайзина // Молодежь, наука, медицина: материалы 63-й все-

- русской меж- вузов. студен. науч. конф. с междунар. участием. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2017. — С.316-320.
3. Петрова, Т. Н. Оценка фактического питания студентов медицинского вуза: проблемы и пути их решения / Т. Н. Петрова, А. А. Зуйкова, О. Н. Красноручкая // ВНМТ. — 2013. — №2. — С.72-77.
 4. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. N 1873-р г. Москва //Рос. газ. — 2010. — 3 ноября.
 5. Скурихин, И.М. Таблицы химического состава и калорийности русских продуктов питания: справочник / И. М. Скурихин, В. А. Тутельян. — М.:Дели принт, 2007. — 275 с.
 6. Физиологические основы рационального питания: Учебное пособие / Л.С. Горожанин [и др.]. — Иваново, 2007. — 80 с.

И. В. Егорова¹, А. С. Новикова², С. Н. Бельдиев¹, В. А. Леонтьева³,
А. С. Соколова³, И. Ю. Колесникова², Д. Ю. Платонов¹

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

¹Кафедра внутренних болезней ФДПО

²Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней

³ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница»,
гастроэнтерологическое отделение

Научные руководители: д.м.н., доцент И. Ю. Колесникова,
д.м.н., доцент Д. Ю. Платонов¹

ПОЛИПОЗ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Полипы желудка (ПЖ) — доброкачественные опухоли эпителиального происхождения, выступающие в просвет желудка на ножке или на широком, отчетливо ограниченном основании [1]. ПЖ выявляются при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) в 1-6 % случаев, преимущественно у лиц старше 30 лет, причем с возрастом заболеваемость увеличивается, достигая максимума в 65-75 лет [2]. Полипы верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) чаще всего локализуются в области кардиоэзофагеального перехода (55,4 %) и в антральном отделе (32 %) желудка, реже – в теле желудка (7,8 %), пищеводе (7,8 %) и 12-перстной кишке (3,6 %) [3].

Согласно современной классификации, все полиповидные образования желудка подразделяются на 4 группы: 1) полипы из фундальных желез; 2) гиперпластические полипы (истинные гиперпластические полипы и полиповидная гиперплазия в кардии); 3) аденомы (типы: кишечный, фовеолярный, пилорический и фундальный, а также воспалительный фиброзный полип); 4) полипозные синдромы (ювенильный полипоз, синдром Пейтца-Еггерса, синдром Гарднера, синдром Кронкайт-Канада, болезнь Коудена, ксантомы, эктопированная поджелудочная железа) [4]. При этом аденомы, являясь истинными опухолями желудка, составляют 16,5 % от общего числа полиповидных образований слизистой оболочки желудка (СОЖ) и имеют высокую ве-

роятность озлокачествления (6-75 % случаев), а крупные аденомы (>2 см в диаметре) трансформируются в аденокарциному в 75 % случаев [4]. К осложнениям ПЖ относят желудочные кровотечения, инфицирование полипа, нарушение эвакуации содержимого желудка, ущемление полипа и малигнизацию [5].

Этиология ПЖ неизвестна; существует несколько различных теорий: алиментарная (раздражающее действие алкоголя, грубой пищи, чрезмерно холодных или горячих блюд, химических вкусовых добавок), генетическая (развитие диффузного семейного полипоза), теория эмбриональной дистопии (эктопия тканей поджелудочной железы и желез типа бруннеровых), воспалительная (дисрегенерация СОЖ на фоне ее хронического воспаления, приводящего к развитию атрофии), инфекционная (наличие *H. pylori*, вызывающего хроническое прогрессирующее поражение СОЖ) [6]. ПЖ часто не проявляются клинически или имеют симптомы, характерные для хронического гастрита и дуоденита. В подавляющем большинстве случаев ПЖ обнаруживают случайно при профилактических осмотрах или обследовании по поводу других заболеваний ЖКТ [7].

Лечебная тактика при ПЖ до настоящего времени окончательно не разработана. В соответствии со сложившейся практикой, большинство ПЖ подвергают эндоскопическому удалению методом электроэксцизии [8-10]. В случае выявления *H. pylori*, назначается эрадикационная терапия, способная, как предполагается, предотвратить атрофию СОЖ и прогрессирование кишечной метаплазии [9, 10].

Клинический случай. Пациентка Ж., 36 лет, в январе 2018 г. госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение областной клинической больницы для проведения плановой эндоскопической полипэктомии полипов желудка. При тщательном расспросе никаких указаний на семейный анамнез полипоза желудка не выявлено. Отец, мать и две сестры пациентки, старшая и младшая здоровы.

Из анамнеза известно, что в 2010 г. во время профилактического осмотра у пациентки выявлена тяжелая анемия (гемоглобин — 60 г/л). В рамках диагностического поиска впервые проведена ЭГДС, при которой обнаружен гиперпластический ПЖ желудка, при этом других источников кровотечения в верхних отделах ЖКТ не выявлено. Генез хронической анемии расценен как железодефицитный в результате обильных *menses*. На фоне длительного ежедневного приема препаратов железа пациентка отметила уменьшение слабости и улучшение общего самочувствия. В дальнейшем продолжала принимать полимальтозный комплекс железа в дозе 200 мг/сутки ежемесячно по 10 дней.

Следующее обращение за медицинской помощью — в мае 2016 г., когда во время автомобильной аварии произошла травма позвоночника, повлекшая за собой установление третьей группы инвалидности. С этого времени пациентка начинает регулярный прием нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) с целью купирования выраженного болевого синдрома.

В июле 2016 г. пациентка впервые попадает в поле зрения врача-гастроэнтеролога, — обращается на прием к специалисту Областной консультативной поликлиники с жалобами на постоянную изжогу, не купируемую приемом антацидов, тяжесть и дискомфорт в верхних отделах живота, ежедневную тошноту и «чувство кома» за грудиной. Указанные симптомы расценены гастроэнтерологом как проявления НПВС-гастропатии, назначен курс антисекреторной и спазмолитической терапии, на фоне которой самочувствие пациентки заметно улучшилось.

30 июля 2016 г. при ЭГДС обнаружен полип пищевода, множественные ПЖ и одиночный полип 12-перстной кишки; выполнена множественная биопсия. При гистологическом исследовании установлен вид полипов: оказалось, что полип 12-перстной кишки — гиперпластический, а полипы желудка и пищевода — аденоматозные. В мазке со

СОЖ обнаружен *H. pylori*, что послужило основанием для проведения 10-дневного курса антихеликобактерной терапии, включавшей ингибитор протонной помпы в стандартной дозе, амоксициллин и кларитромицин, с последующим контролем эффективности эрадикации через 2 месяца.

В декабре 2016 г. пациентке впервые в условиях гастроэнтерологического отделения ОКБ проведена эндоскопическая полипэктомия. Результаты ЭГДС: «Пищевод проходим. В области кардии полип до 0,6 см. В просвете желудка слизь. Складки расправляются. Слизистая гиперемирована, разрыхлена, по стенкам антрального отдела и тела желудка множественные полипы размерами 0,2-0,5 см с неизмененными поверхностями. Привратник проходим. Слизистая 12-перстной кишки имеет зернистый рельеф за счет мелких полиповидных образований». Наиболее крупные полипы желудка (всего 6) и полип пищевода извлечены для гистологического исследования, при котором подтвержден аденоматозный характер полипов.

Учитывая наличие полипоза верхних отделов желудочно-кишечного тракта, высказано предположение о возможном тотальном поражении ЖКТ. В связи с этим в феврале 2017 г. пациентка вновь госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение ОКБ, где проведена эндоскопическая колоноскопия: «В прямой кишке множество (более 10) мелких (до 0,3 см) полипов с неизмененными вершинами. В сигмовидной и нисходящей кишке — полипы 0,4-0,8 см». Методом электроэксцизии и электрокоагуляции поочередно удалены 6 полипов. Наибольший по размерам полип извлечен для гистологического исследования, в результате которого обнаружены аденоматозные изменения.

Несмотря на проведенную двумя месяцами ранее (в декабре 2016 г.) эндоскопическую полипэктомию шести крупных полипов желудка, в данную госпитализацию при ЭГДС вновь выявлен полипоз: «Пищевод свободно проходим. Слизистая над кардией ярко гипер-

мирована. В просвете желудка желчь. Складки пластичны. Слизистая разрыхлена, гиперемирована, с очагами атрофии и множественными участками гиперплазии. Во всех отделах большое количество полипов полушаровидной формы с ярко гиперемированными, частично эрозированными поверхностями диаметром до 0,5-0,7 см, при гистологическом исследовании — фовеолярная гиперплазия».

Пациентка продолжала получать антисекреторную терапию ингибиторами протонной помпы в стандартных дозах, курсовой прием препаратов висмута трикалия дицитрата и сукральфата. Кроме того, принимала препараты, содержащие полимальтозный комплекс железа. Общее самочувствие оставалось удовлетворительным, уровень гемоглобина составлял 110-120 г/л. Учитывая эндоскопические признаки билиарного рефлюкса и наличие у больной умеренно выраженной дислипидемии, обсуждалась целесообразность добавления к терапии урсодезоксихолевой кислоты (УДХК). Однако, принимая во внимание удовлетворительное самочувствие, а также отсутствие убедительных доказательств гиплипидемической эффективности УДХК [11, 12], от назначения последней решено было воздержаться.

Следующее обращение в ОКП — через 6 месяцев, в июне 2017 г. Выполнена контрольная колоноскопия: «Плохая подготовка: в просвете кишки большое количество промывных вод, фрагментов пищи. Аппарат проведен до печеночного изгиба. Просвет ободочной кишки не изменен, тонус нормальный, циркулярные складки обычных размеров, кишечная стенка эластичная. В поперечной ободочной и нисходящей кишке единичные мелкие 0,1-0,2 см полипы, покрытые неизмененной слизистой. В сигмовидной кишке также определяются полипы в большом количестве, размерами от 0,1 до 0,3 см. В прямой кишке множественные полипы по всем стенкам, различных размеров».

При ЭГДС: «Пищевод свободно проходим. Слизистая рыхлая, розовая, в области кардии полиповидное образование на широком основании диаметром 0,4 см, слизистая над которым не отличается от

окружающих тканей. В желудке слизь, желчь. Складки тела извиты, воздухом расправляются. Перистальтика прослеживается во всех отделах. Антральный отдел широкий. Слизистая рыхлая, с очагами атрофии, гиперплазии, гиперемии, на всем протяжении множественные полиповидные образования на широком основании диаметром 0,3-0,7 см и на ножке до 1,5 см в диаметре (гистологическое исследование: аденоматозный полип) с гиперемизированными и эрозированными поверхностями. Привратник свободно проходим. Слизистая начальных отделов 12-перстной кишки рыхлая, бледная, с очагами гиперплазии, мелкозернистого вида».

Эндоскопическая полипэктомия проведена только через 7 месяцев, при госпитализации в январе 2018г.: «Три крупных полипа диаметром около 1 см захвачены диатермической петлей, проведена коагуляция и эксцизия полипов». Один из полипов извлечен для гистологического исследования, гистологически — тубулярная аденома.

Таким образом, у молодой женщины без семейного анамнеза полипоза ЖКТ и известных факторов риска, после успешного курса эрадикационной терапии и длительного приема ингибиторов протонной помпы, в течение 18 месяцев потребовалось трехкратное проведение эндоскопической полипэктомии с удалением от 4 до 6 крупных полипов желудка и кишечника во время каждой процедуры. В настоящий момент причина рецидива полиповидных образований у пациентки Ж. остается неясной, однако, учитывая высокий онкогенный потенциал аденоматозных полипов ЖКТ, очередная госпитализация в гастроэнтерологическое отделение ОКБ с целью эндоскопической полипэктомии запланирована на апрель 2018 г.

Заключение: полипы желудочно-кишечного тракта являются частой патологией желудка и толстой кишки, значение которой обусловлено потенциально высоким риском малигнизации. Причины возникновения, особенности естественного течения, ближайший и отдаленный прогноз в отсутствии полипэктомии, а также риск малигнизации и

тактика ведения пациентов до сих пор остаются недостаточно изученными, что делает проблему полипоза органов ЖКТ чрезвычайно актуальной и определяет необходимость дальнейшего изучения данной патологии.

Литература

1. Фирсова, Л.Д. Заболевания желудка и 12-перстной кишки / Л.Д. Фирсова, А.А. Машарова, Д.С. Бордин, О.Е.Янова. — М.: Планида, 2011. — 52 с.
2. Маргарян, Л.А. Комплексная эндоскопическая диагностика полипов желудка: автореф. дис. канд. мед.наук: 14.00.27 // Л.А. Маргарян. — М.: РМАПО, 2009. — 35 с.
3. Аруин, Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л.И. Аруин, Л.Л. Капуллер, В.А. Исаков. —М.: Триада, 1998. — 249 с.
4. Park, D.Y. Gastric polyps: classification and management /D.Y. Park, G.Y. Lauwers //Arch Pathol Lab Med. — 2008. Vol. 132, №4. — P. 633-640.
5. Трофимов, Д.Н. Опухолевая и предопухолевая патология желудка в общей врачебной практике: учебное пособие / Д.Н. Трофимов. —Чебоксары: ИУВ, 2005.— 60 с.
6. Новикова, А.С. Особенности полиповидных образований слизистой желудка / А.С. Новикова, И.Ю. Колесникова // Тверской медицинский журнал. — 2017. — № 5. — С. 126-130.
7. Гарманова, А.А. Клинико-гистологическая характеристика полипов желудка / А.А. Гарманова, И.С. Журавлева, А.С. Новикова, И.Ю. Колесникова //Молодежь, наука, медицина: материалы 63-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. Ред. М.Н.Калинкин [и др.]. — Тверь, 2017. — С. 506-509.
8. Самсонов, А.А. Полипы желудка в клинико-эпидемиологическом аспекте / А.А. Самсонов, Н.Н. Голубев, Д.Н. Андреев, Е.Ю. Стручкова // Фарматека. — 2016. — № 15. — С. 82-89.
9. Новикова, А.С. Особенности полиповидных образований слизистой желудка (обзор литературы) / А.С. Новикова, И.Ю. Колесникова // Верхневолжский медицинский журнал. — 2017. — № 3. — С.39-43.
10. Сайфутдинов, И.М. Эндоскопическое удаление полипов пищевода и желудка с использованием лигирующего устройства / И.М. Сайфутдинов, А.И. Иванов, Е.В. Пеганова // Казанский медицинский журнал. — 2016. — Том 97, № 2. — С. 199-203.
11. Бельдиев, С.Н. Обоснование гипополипидемической эффективности урсодезоксихолевой кислоты в отечественных клинических рекомендациях / С.Н.Бельдиев, О.А.Лаздин, И.В.Егорова, Д.Ю.Платонов // Тверской медицинский журнал. — 2017. — № 6. — С. 37-46.
12. Бельдиев, С.Н. Обоснование гипополипидемической эффективности урсодезоксихолевой кислоты в отечественных клинических рекомендациях: превращение пешки в ферзя / С.Н.Бельдиев, О.А.Лаздин, И.В.Егорова, Д.Ю.Платонов // Верхневолжский медицинский журнал. — 2017. — № 4. — С. 37-41.

Е. Д. Ейник, 3 курс, педиатрический факультет, А. М. Морозов

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

ДОЛИХОСИГМА У ДЕТЕЙ

Долихосигма представляет собой одно из наиболее часто встречающихся заболеваний толстой кишки у детей. Она выступает пограничным состоянием между нормой и патологией, диагностировать которое зачастую становится проблематично ввиду скрытности клинических проявлений. Стоит отметить, что среди состояний, обусловленных отклонениями в развитии и положении кишечника, долихосигма встречается чаще всего — порядка половины подобного типа заболеваний приходится на ее счет. Согласно статистическим данным, наблюдается высокий уровень распространённости данного заболевания — от 1:500 до 1:2000, однако ряд авторов указывают на явное занижение показателей, и процент заболеваемости в популяции составляет порядка 28 %. Долихосигма может встречаться даже у здоровых малышей, причем в 15 % всех случаев. Исходя из приведенных данных, можно убедиться, что проблема диагностики хронических запоров у детей, а также их лечение, была и остается актуальной в настоящее время.

Цель исследования: выявить проблемы в диагностике и наиболее эффективные методы лечения долихосигмы у детей.

Материалы и методы

В ходе данного исследования была изучена не только теоретико-статистическая информация о долихосигме и особенностях протекания данного заболевания у детей разных возрастных категорий, но и различные методики лечения.

Результаты и обсуждение

Прежде чем перейти к подробному анализу методик лечения долихосигмы у детей, необходимо акцентировать внимание на особенностях протекания болезни у разных категорий детей. Ключевым фактором выступает возраст ребенка, так как основными симптомами долихосигмы у новорожденных детей являются вздутие живота, желчная рвота, а также задержки в дефекации. Многие исследователи отмечают, что основным фактором в этом случае выступает замедленный пассаж по кишке в совокупности с отсутствием выделения мекония в первые 48 часов жизни. Нередко не удается диагностировать заболевание в перинатальном периоде. В раннем периоде долихосигма характеризуется медленным ростом массы тела, наличием запоров, вздутием живота или же зловонным стулом. У детей более позднего возраста в анамнезе отмечаются рецидивирующие запоры и ярко выраженное вздутие живота при сильном напряжении сфинктера. В данном случае выведение пальца из ануса при ректальном пальцевом исследовании зачастую сопровождается массивными выделениями газов и каловых масс.

Консервативные методы лечения, являющиеся основными и направлены на снижение частоты возникающих обострений, а также на нормализацию стула и восстановление нормальной работы кишечника.

Особенность консервативного лечения состоит в повторяемости курсов, а также в том, что симптомы заболевания могут вернуться в любой момент ввиду сохранения диспропорции сигмовидной кишки. Данный метод включает две главные составляющие: режим и диета. Они в совокупности, образуя цикл дефекации и питания, помогают не просто устранить обострения, но и нормализовать работу кишечника. При такой терапии врачом назначаются циклические курсы инъекций прозерина или прием пероральных форм с перерывами в два или три месяца. Применяется витаминный курс, включающий витамины групп В, Е и С, а также электростимуляция нисходящего отдела толстой киш-

ки, которая при ежедневном проведении в течение двух недель позволяет добиться нормализации сократимости кишечника. В рамках этой методики при запорах длительностью до 5 суток или при обострениях применяется мануальная терапия; слабительные средства, применяемые при неэффективности диеты; дезинтоксикационные средства и микроклизмы. Несомненно, вышеуказанные средства способствуют изменению клинической симптоматики при долихосигме у детей, однако они не устраняют сам корень проблемы — диспропорцию сигмовидной кишки. Ввиду этого существенного недостатка у большинства больных, применяющих данную методику, период ремиссии редко превышает 2 месяца. Отсюда можно сделать заключение о низкой эффективности консервативного лечения.

Оперативные методы лечения применяются при неэффективности консервативных методов лечения. Их сущность заключается в удалении лишних петель сигмовидной кишки, причем в отдельных случаях возможно и удаление части самой сигмы или же прямой кишки. Данный метод является наиболее эффективным.

Есть целый ряд симптомов, которые говорят о необходимости хирургического вмешательства: постоянность запора при прохождении трех и более курсов стационарного лечения, осложнение в виде образования каловых камней, хроническая интоксикация толстого кишечника, данные рентгенологического обследования в виде удлинения сигмовидной кишки и утолщения ее стенок, а также вторичное каломазание. Эффективность данного метода максимальна среди всех возможных при этом заболевании: по данным статистики, порядка 90 % детей, прошедших хирургическое лечение долихосигмы полностью излечиваются от запоров, интоксикации, болей и вздутия живота, а также от ряда иных симптомов. В соответствии с текущими данными статистики отечественных и зарубежных источников, летальные случаи при проведении подобного рода операций не наблюдались, что также является преимуществом метода.

Выводы

Долихосигма у детей является наиболее часто встречающимся заболеванием, относящимся к группе отклонений в развитии и положении кишечника (порядка 50 %), причем оно может наблюдаться даже у абсолютно здоровых детей с вероятностью 1/7. Исходя из сравнительно высокой частоты заболеваемости, разнятся методы лечения, которые можно разделить на две группы: консервативные и хирургические. Консервативное лечение снимает симптомы и зачастую бывает эффективно при сравнительной простоте и доступности применения, что и делает его таким популярным (порядка 70 % больных предпочитают его использование). Однако период ремиссии в большинстве случаев не превышает 2 месяцев, что показывает низкую эффективность консервативного метода. Совсем иная ситуация с хирургическим методом, который, в отличие от консервативного, устраняет первопричину заболевания, полностью нормализуя состояние организма в большинстве (порядка 90 %) случаев. Несмотря на весь ряд положительных черт, большинство пациентов, к сожалению, стараются избегать хирургического метода лечения.

Литература

1. Артамонов, Р. Г. О некоторых органических причинах хронического запора у детей дошкольного возраста / Р. Г. Артамонов, Л. В. Глазунова, Е. Г. Бекташянц, Н. И. Кирнус, М. В. Поляков, Е. С. Бусова, Н. Н. Чижикина // Российский медицинский журнал. - № 4. — Москва. — 2015. — с. 53-56
2. Ахмедов, В. А. Хронический запор и долихосигма: оптимальный подход к терапии // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2013. — № 5. — с. 41-44.
3. Боднар, А.Б. Современные гендерно-возрастные особенности течения хронического органического запора у детей // Детская хирургия. — Т. 18. — № 3. - Москва. — 2014. — с. 22-25
4. Боднар, А.Б. Хронический органический запор: педиатрические аспекты клинического течения на современном этапе // Апробация. — 2013. — № 4 (7). — с. 74-76.
5. Морозов, А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / А.М. Морозов, В.А. Кадыков, О.В. Пельтихина, Э.М. Аскеров, А.Д. Морозова// Синергия наук. — 2018. — № 19. — С. 1018-1024. — URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.

6. Перегедова, В.Н. Частота врожденных аномалий кишечника и сопутствующих заболеваний органов пищеварения при хронических запорах у детей, ассоциированных с дисплазией соединительной ткани. / В.Н. Перегедова, И.К. Богомолова, М.П. Брызгалин// Национальная ассоциация ученых. — Издательство: ООО "Евразийское Научное Содружество". — Москва. — 2016. — с.141-143

К. И. Епихова, О. С. Матвеевко, Ю. А. Шаповалова, 5 курс, Ю. В. Исаева,
Д. С. Власова, 6 курс, педиатрический факультет; С. В. Школовой
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра внутренних болезней
Научный руководитель: к.м.н., доцент С. В. Школовой

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА

Цель исследования: проиллюстрировать на конкретном клиническом наблюдении трудности дифференциальной диагностики при поражении легких при гранулематозе с полиангиитом (Вегенера).

Материалы и методы

История болезни № 024056 больного О., находившегося с 18.10.2017 по 01.11.2017 г в ревматологическом отделении ОКБ г. Твери (зав. отделением О.В.Жирнова). Методы исследования: клинические и биохимические анализы крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, КТ грудной клетки, исследование интраоперационного биопсийного материала.

Результаты и обсуждение

Проиллюстрированы трудности диагностики и дифференциальной диагностики при гранулематозе с полиангиитом (Вегенера). Показано, что первыми с такими больными могут столкнуться врачи непрофильных узких специальностей — ЛОР-врачи, хирурги, фтизиатры и др.

Из анамнеза: Считает себя больным с 08.2015 г. Тогда отметил появление малопродуктивного кашля, заложенности носа и ушей, фебрильную лихорадку. Лечение у ЛОР-врача без эффекта. На ФЛГ обнаружены очаговые тени до 5 см в верхней доле слева, 2 см в правом легком, внутригрудная лимфаденопатия. По данным КТ ОГК от 22.09.15. заподозрен периферический рак левого легкого с метастазами в л/у средостения, в связи с чем пациенту в хирургическом отделении ОКБ была проведена верхняя лобэктомия слева и резекция S 6

нижней доли левого легкого. Однако, по результатам гистологического исследования данных за онкопроцесс получено не было, два узла в легком оказались представлены участками гранулематозного воспаления, в составе инфильтрата присутствовали фибробласты, лимфоциты, гранулоциты, определялось обилие гигантских многоядерных клеток типа Пирогова-Лангханса с единичными фокусами некрозов (нельзя исключить казеозный некроз). В 10.2015 г в связи с подозрением на туберкулез пациент был переведен в ФТО № 4 ОПТД. К клинической картине с ЛОР-патологией и фебрильной лихорадкой добавились геморрагическая сыпь, значительное похудание и одышка при небольших нагрузках. По данным рентгенографии наблюдалась отрицательная динамика в виде левостороннего плеврита. В крови СОЭ ускорилась до 55 мм/ч, лейкоцитоз вырос до $15,0 \times 10^9$, а Hb снизился до 104 г/л. В моче стала регистрироваться лейкоцитурия и эритроцитурия до 30 в п/зр. Больной получал терапию — изониазид, левофлоксацин, пипразинамид, амикацин. Эффекта от лечения не получено, при этом в мокроте и моче МБТ не найдены, диаскин-тест отрицательный.

03.12.15. врачебная комиссия диагноз туберкулеза поставила под сомнения, заподозрен гранулематоз Вегенера. Пациент был направлен на консультацию в клинику им Тареева, где у больного были обнаружены АТ к PR-3 (антитела к протеиназе-3) в концентрации 112,32 ед/мл (при норме от 0 до 5,0). Был выставлен диагноз: Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера), АНЦА-позитивный (АТ к протеиназе-3), высокой степени активности, с поражением легких (очаги инфильтрации, пластинчатый фиброз, гидроторакс слева), почек (мочевой синдром с сохраненной функцией), ЛОР-органов (двусторонний средний отит, геморрагический ринит), кожи (геморрагическая сыпь), суставов (артралгии), с лихорадочным синдромом.

В октябре 2017 поступил в ревматологическое отделение ОКБ г.Твери. Жалобы при поступлении: периодические головные боли, чувство заложенности в ушах, одышка при подъеме более 2 этажа, при

ускорении темпа ходьбы, высыпания на коже, боли в пальцах кистей, в плечевых суставах. Кашель, кровохарканье, заложенность носа не беспокоят. Проводилось лечение: ГКС (преднизолон), метотрексат, фолиевая кислота. Отчетливая медикаментозная ремиссия васкулита у пациента была достигнута после включения в схему лечения генно-инженерного препарата ацеллбия (патентованное название ритуксимаба). После выписки предписано в течение 2 лет продолжать поддерживающую терапию ритуксимабом по 500 мг каждые 6-8 месяцев и продолжить прием преднизолона и метотрексата с фолиевой кислотой.

Заключение

На примере данного наблюдения продемонстрированы сложности, которые могут возникать у врачей разных специальностей, в т.ч. у торакальных хирургов при васкулитном генезе объемных процессов в легких. Подобные трудности могут встретиться у ЛОР-врачей, а также у терапевтов при трактовке генеза кожной симптоматики и поражений паренхиматозных органов.

У. В. Ермакова, К. С. Устина, 5 курс, стоматологический факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель: к.м.н., ассистент К. А. Кошелев

СОХРАНЕНИЕ НЕСЪЕМНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НОВЫХ КУЛЬТЕЙ ОПОРНЫХ ЗУБОВ

На ортопедическом стоматологическом приеме врачи-ортопеды зачастую сталкиваются с ситуациями, когда культы зубов, покрытые искусственными коронками, разрушаются; при этом сама ортопедическая конструкция находится в удовлетворительном состоянии.

В таком случае обычно предлагается восстановление культи зубов по показаниям с покрытием их новыми ортопедическими несъемными конструкциями [4]. Данный способ требует достаточно внушительных временных и финансовых затрат.

Цель исследования: необходимость создания методики, которая позволила бы повторно использовать ортопедическую несъемную конструкцию при восстановлении разрушенных культей зубов.

Материалы и методы

Обследованы и протезированы пациенты ортопедического профиля стоматологической поликлиники ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России с определенными клиническими ситуациями. Когда старые несъемные ортопедические конструкции находились в удовлетворительном состоянии — краевое прилегание не нарушено, протез устойчив, контакт искусственных коронок с соседними зубами сохранен, т. е. соответствовал всем эстетическим и функциональным требованиям [3]; но культя или культи опорных зубов по какой-либо причине были разрушены. В качестве методов применялись стандартные клинико-диагностические процедуры, показанные пациентам с дан-

ными нозологическими формами [1] — протокол клинического обследования и прицельная рентгенография зубов.

Проводилось протезирование разрушенных культей зубов по нашей методике. Для этого нам понадобилось: стандартный пластмассовый беззольный штифт, полоска воска, быстротвердеющая пластмасса «Акродент» вазелиновое масло, тигелек, зуботехнический шпатель, горелка, спички. Проводится снятие мостовидного протеза с опорных зубов. Удаляются остатки твердых тканей зуба, пломбировочного материала и фиксирующего цемента из искусственной коронки зуба. Производится припасовка коронки на опорный зуб. После определения соответствия периметра искусственной коронки протезному ложу, формируем и калибруем посадочное место для штифта. В сформированный канал вводим беззольный пластиковый штифт и производим его припасовку по длине таким образом, чтобы не создавать препятствий наложению искусственной коронки. Прилегание его к стенкам корневого канала уточняем самотвердеющей пластмассой, для чего пластмассу наносим на штифт, и вводим в корневой канал. Затем осуществляют установку штифта в полость корневого канала. Поверхность твердых тканей оставшейся наддесневой части зуба и внутреннюю поверхность искусственной коронки покрывают вазелиновым маслом. Используется имеющаяся покровная конструкция в качестве матрицы, искусственную коронку заполняют воском и устанавливают на зуб, под контролем окклюзионных взаимоотношений зубных рядов. После застывания воска, восковую репродукцию литой культевой штифтовой вкладки извлекаем вначале из корневого канала опорного зуба, а затем из искусственной коронки. Производится замена воска на металл методом прецизионного литья, фиксируют в канале зуба литую культевую штифтовую вкладку и искусственную коронку. При этом важно всю конструкцию фиксировать одномоментно.

Результаты и обсуждение

Наиболее частыми причинами несостоятельности культи у участвовавших пациентов в исследовании являются:

- травмы (которые приводят к перелому культи зуба;
- перелом культи зуба может произойти как в процессе эксплуатации конструкций зубных протезов, так и на этапах их изготовления. Это связано со структурно-функциональными изменениями — деминерализацией эмали и дентина, которая обуславливает снижение их механической прочности);
- функциональная перегрузка опорных зубов; расцементировка культевой вкладки;
- расцементировка коронки, фиксированной на литой культевой штифтовой вкладке (неточность конструкции, низкая высота культи, слишком большой угол препарирования, прикус, и в последнюю очередь: качество цемента и соблюдение пропорций его замешивания) [5], что не выбивалось из общеизвестных тенденций.

Для моделирования культей опорных зубов мы взяли за основу метод, описанный в фундаментальных трудах по ортопедической стоматологии [2]. Далее на клиническом этапе осуществляли припасовку вкладки и старой ортопедической конструкции и ее фиксацию.

Заключение

Разработанный метод в определенных клинических ситуациях дает возможность стоматологу-ортопеду сохранить старый протез с меньшими временными и финансовыми затратами пациента.

Литература

1. Стандарт медицинской помощи больным с частичным отсутствием зубов (частичная вторичная адентия), приказ МЗ РФ от 22 ноября 2004 г. № 243.
2. Копейкин, В. Н. Зубопротезная техника / В. Н. Копейкин, Л. М. Демнер / М.:Триада-Х, 2003. — С. 165-166.
3. Кошелев К. А. Определение восстановления фонетической функции, как элемент оценки качества жизни после стоматологического ортопедического лечения [Текст] / К. А. Кошелев, Н. Н. Белоусов // Вестник мед. ин-та РЕАВИЗ (Реабилитация, врач и здоровье). — 2015. — №4 (20). — С. 22-25.

4. Трезубов, В. Н. Ортопедическая стоматология: учебное пособие / В. Н. Трезубов [и др.] / СПб.: Фолиант, 2010. — С. 232-236.
5. МКБ-С: Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10: Пер. с англ. / ВОЗ / Науч. ред. А. Г. Колесник. — 3-е изд. — М.: Медицина, 1997. — VIII. — 248 с.

М. Д. Ерохина, А. А. Зайцева, Е. И. Бродницкая, 2 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра анатомии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Т. П. Лаврентьева

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДОВ ГОЛОВЫ, ШЕИ И ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В анатомии применяются различные способы исследования морфологических особенностей человеческого тела, одним из которых является метод препарирования. Препарирование — это процесс вскрытия материала (трупа) с целью изучения строения организма в целом и его внутренних органов посредством отделения препарируемого объекта от близлежащих структур с последующим анализом.

Данный метод позволяет студентам при помощи скальпеля исследовать топографию отдельных органов и сделать выводы о том, что внутреннее строение каждого человека строго индивидуально и не совпадает с вариантами, описанными в учебной литературе (учебниках) нормальной анатомии.

По Г. И. Царегородцеву: «Норма — это особая форма приспособления к условиям внешней среды, при которой обеспечивается оптимальная жизнедеятельность». Варианты анатомической нормы возникли как следствие индивидуальной изменчивости организма в процессе онто- и филогенеза. С каждым годом границы вариационного ряда индивидуальных особенностей расширяются, благодаря влиянию внешних факторов на процесс индивидуального развития. Таким образом, норма — это совокупность вариантов строения человеческого организма, характерных как для вида. Диапазон нормы складывается из различных вариантов строения человека, по краям которого находятся крайние формы анатомических особенностей, возникших вследствие индивидуальной изменчивости.

Совокупность отклонений от нормального строения организма является аномалией индивидуального развития.

Учение об анатомической изменчивости человека приобретает наибольшую актуальность в клинической врачебной практике.

Цель исследования: выявление и анализ индивидуальных особенностей строения и топографии кровеносной системы.

Метод и материалы

Препарирование при помощи хирургического скальпеля и анатомического пинцета.

Результаты и обсуждение

В ходе препарирования трупного материала мы выявили ряд особенностей:

1. Согласно анатомической норме, лицевая артерия заканчивается чаще боковой носовой ветвью (*r.lateralisnasi*) в латеральной стенке полости носа (46 %), а если распространяется до медиального края глазницы — то угловой артерией (*a. angularis*), которая анастомозирует в области корня носа с дорсальной артерией носа (*a. Dorsalisnasi*) от глазничной артерии (27 %). На нашем препарате лицевая артерия заканчивается боковой носовой ветвью в латеральной стенке полости носа и не распространяется до медиального края глазницы угловой артерией.

2. Согласно анатомической норме, верхняя губная артерия (*A. Labialis superior*) может отходить на 15 мм выше и до 20 мм латеральнее угла рта (58,9 %); реже — на уровне и латеральнее его (20,5 %), выше и на уровне угла рта (8 %), выше и на 10 мм медиальнее (7 %), на 13 мм ниже и латеральнее его (5 %). Симметричное начало правых и левых верхних губных артерий встречается в 67 % случаев. Верхние губные артерии в 83,6 % наблюдений имеются в обеих половинах губы; в остальных вариантах на одной из сторон они могут отсутствовать или быть слабо развитыми и достигать лишь угла рта. На нашем препарате она отходит на 15 мм выше и латеральнее угла рта (58,9 %); не

анастомозирует с верхней губной артерией противоположной стороны; уходит вглубь круговой мышцы рта (*m. Orbicularisoris*).

3. Согласно анатомической норме, нижняя губная артерия (*a. labialis inferior*) может отходить от лицевой артерии в пределах от нижнего края основания нижней челюсти до 1 см выше угла рта. Область кровоснабжения нижней губной артерии неодинакова: наиболее часто она достигает середины губы, где анастомозирует с одноименной артерией другой стороны (48,2 %); значительно реже она доходит только до угла рта своей стороны (20 %) или распространяется до противоположного (22,7 %), что является крайними формами индивидуальной изменчивости нижних губных артерий. Возможно полное отсутствие нижних губных артерий. На нашем препарате нижняя правая губная артерия отходит от лицевой артерии на 1 см ниже угла рта. Область кровоснабжения нижней губной артерии: доходит только до угла рта своей стороны (20 %) и не распространяется вглубь круговой мышцы рта (*m. Orbicularisoris*), не анастомозирует с артерией противоположной стороны. Развита слабо. Диаметр артерии не превышает 1 мм. Верхняя правая губная артерия ответвляется от лицевой артерии на 1 см ниже угла рта, продолжается между слизистой оболочкой нижней губы и круговой мышцей рта. Не соединяется с одноименной артерией другой стороны; дает ветви к нижней губе.

4. *A. carotis communis* (общая сонная артерия) согласно анатомической норме — парная артерия, берёт начало в грудной полости, правая от плечеголового ствола (лат. *truncus brachiocephalicus*) и левая — от дуги аорты (лат. *arcus aortae*), поэтому левая общая сонная артерия на несколько сантиметров длиннее правой. Общая сонная артерия по своему ходу ветвей не дает и на уровне верхнего края щитовидного хряща делится на: наружную сонную артерию (лат. *arteria carotis externa*), внутреннюю сонную артерию (лат. *arteria carotis interna*). На нашем препарате бифуркация *a. carotis communis* происхо-

дит ниже уровня верхнего края щитовидного хряща на 1,5 см (с левой и правой сторон)

5. Согласно анатомическому атласу, *A. thyroideasuperior* (верхняя щитовидная артерия) — первая ветвь наружной сонной артерии. Она может отходить от бифуркации или даже от ствола общей сонной артерии. Отойдя от сонной артерии на её переднемедиальной стороне, артерия поднимается вверх, образуя дугу, затем спускается к верхнему полюсу боковой доли щитовидной железы и делится на переднюю, заднюю и латеральную железистые ветви. На пути к щитовидной железе эта артерия прилежит к боковой поверхности гортани и отдает верхнюю гортанную артерию *a. Laringeasuperior* (верхняя гортанная артерия). На нашем препарате *a. thyroideasuperior sinister* отсутствует. *a. thyroideasuperior dexter* имеется.

6. Согласно анатомической норме *a. thoracicalateralis*. отходит от нижней периферии подмышечной артерии, направляется вниз, проходит вначале позади малой грудной мышцы, а затем вдоль ее наружного края на наружной поверхности передней зубчатой мышцы. Артерия кровоснабжает лимфатические узлы и клетчатку подмышечной ямки, а также переднюю зубчатую мышцу, малую грудную мышцу, молочную железу (*rr. mamma-riilaterales*) и анастомозирует с *aa. intercostales* и *rr. pectorales a. thoracoacromialis*. На нашем препарате данная артерия отсутствует в положенном месте, а отходит от грудоспинной артерии.

7. Согласно анатомическому атласу, *A. brachialis* — продолжение подмышечной артерии. Начинается на уровне нижнего края большой грудной мышцы, где плечевая артерия лежит впереди клювоплечевой мышцы. Затем артерия располагается в борозде, проходящей медиальнее двуглавой мышцы плеча, на передней поверхности плечевой мышцы. В локтевой ямке, на уровне шейки лучевой кости, плечевая артерия делится на конечные ветки — лучевую и локтевую артерии. Приблизительно в 8,5 % (В.Н.Тонков) наблюдается высокое деление плечевой артерии на протяжении верхней или средней трети плеча.

Локтевая и лучевая артерии у новорожденных почти равны. *A. ulnaris* проецируется на одноименную кость, вблизи ее медиального края, а *a. radialis* — вдоль наружного края шиловидного отростка луча. С возрастом происходит относительное смещение дистальных концов локтевой и лучевой артерий к срединной линии предплечья, и у детей старше 10 лет эти артерии располагаются и проецируются также, как и у взрослых. В течение 5 лет жизни ребенка диаметр локтевой артерии увеличивается более интенсивно, чем лучевой, но в дальнейшем диаметр лучевой артерии превалирует. У нас же на препарате *a. brachialis* делится в верхней трети плеча на *a. radialis* и *a. ulnaris*, причем диаметр *a. Ulnaris* (локтевая артерия) в 2 раза больше диаметра *a. radialis* (0,6:0,3 см).

8. Согласно анатомической норме, глубокая артерия плеча, *a. profundabrachii*, начинается в верхней трети плеча от задневыступающей поверхности плечевой артерии. Направляясь назад, она вместе с лучевым нервом, *n. radialis*, спирально огибает заднюю поверхность плечевой кости. Затем глубокая артерия плеча продолжается в лучевую коллатеральную артерию, *a. collateralisradialis*, которая идет вначале позади латеральной межмышечной перегородки плеча и, отдав ветви для образования суставной сети локтя, *retearticulare cubiti*, анастомозирует с возвратной артерией, *a. recurrensradialis*. На нашем препарате артерия у самого делится на 2 ветви: *a. collateralisradialis* и *a. collateralismedia*.

9. Согласно анатомической норме, верхняя локтевая коллатеральная артерия — *a. Collateralisulnaris superior* отходит от заднемедиальной стороны плечевой артерии, чаще в пределах верхней средней четверти плеча, реже выше или ниже этого уровня. На нашем препарате она отходит от локтевой артерии — *a. ulnaris*.

10. Согласно анатомической норме, от поверхностной ладонной дуги отходят в дистальном направлении ко II, III, IV межпальцевым промежуткам три общие ладонные пальцевые артерии, *aa.*

Digitalespalmares communes. На нашем препарате от поверхностной ладонной дуги отходят четыре общие ладонные пальцевые артерии соответственно первому, второму, третьему и четвертому межкостным промежуткам. Данная особенность выявлена на правой и левой руках.

Заключение

В анатомии человека «норма» — это условное понятие. Показатели нормы для большинства числа людей (масса, рост, форма тела, особенности строения и др.) всегда будут находиться в диапазоне максимальных и минимальных величин вследствие индивидуальной изменчивости. Учитывая индивидуальные особенности строения человеческого организма, врач снижает возможность развития осложнений как во время лечения, так и в период реабилитации.

Литература

1. Синельников, Р.Д., Синельников, Я.Р., Синельников, А.Я. Атлас анатомии человека: в 4 т. Т 3 / Р.Д. Синельников, Я.Р. Синельников, А.Я. Синельников. — М.: Новая волна, 2009-2010.
2. Золотко, Ю.Л. Атлас топографической анатомии человека: в 3 т. Т 1 / Ю.Л. Золотко. — М.: Медицина, 1964.
3. Золотко, Ю.Л. Атлас топографической анатомии человека: в 3 т. Т 3 / Ю.Л. Золотко. — М.: Медицина, 1976.
4. Doyle, James R.; Botte, Michael J. Surgical Anatomy of the Hand and Upper Extremity / James R. Doyle, Michael J. Botte. — Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Ltd., 2003.
5. Гурвич, С. С., Петленко, В. П., Царегородцев, Г. И. Методология медицины. / 4. С. С. Гурвич, В. П. Петленко, Г. И. Царегородцев. — Киев: Здоров'я, 1977.

А. А. Жекова, 5 курс, стоматологический факультет

ФГБОУ ВО Московский ГМСУ им. А. И. Евдокимова, г. Москва, Россия

Кафедра кариесологии и эндодонтии

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. В. Митронин

ИССЛЕДОВАНИЯ IN VITRO В СРАВНИТЕЛЬНОМ ОПРЕДЕЛЕНИИ РАБОЧЕЙ ДЛИНЫ ЗУБА С ПОМОЩЬЮ АПЕКСЛОКАТОРА

В современной эндодонтии от точного определения длины зуба во многом зависит и качество препарирования, протокола ирригации и пломбирование каналов. Современные электронные устройства всё чаще используются в практике врачей. Однако существуют значительные трудности и погрешности разных аппаратов при определении рабочей длины и зоной погружения файла: до апикальной констрикции, в середине, или на момент выхода инструмента — от этого зависит качество эндодонтического лечения (рис. 1).

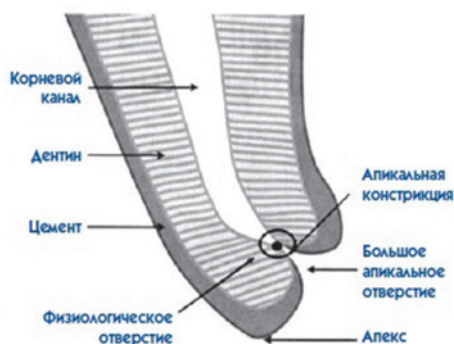


Рис. 1. Эндодонтическое лечение

Цель исследования: провести сравнительную оценку показателей различных апекслокаторов при определении рабочей длины зуба на различном уровне погружения файла. Оценить точность определе-

ния с применением апекслокаторов и сравнить с данными рентгеновских снимков.

Материалы и методы

In vitro изучено 42 зуба, удаленных по медицинским показаниям. После рентгенологического исследования и определения рабочей длины корневого канала зуба на рентгенограмме, создавали эндодонтический доступ и после препарирования каналов определяли рабочую длину корня зуба с помощью апекслокаторов. Исследовали зубы 3 групп. В I группе для определения рабочей длины использовали апекслокатор NSK-IPEX. Во II группе — DentsplyPropexixi. В III группе — апекслокатор Morita. В том числе, исследовали "21 моляр верхней и нижней челюстей с целью изучения анатомических особенностей формы верхушечного отверстия и формы поперечного распила их корней". В рентгенологическом исследовании использовалась цифровая ортопантомография выполнялась на аппарате "OrthophosXG 3DCPH"-производства Sirona (Германия) по стандартной методике. Провели анкетирование врачей о частоте использовании апекслокатора.

Результаты и обсуждение

При сравнении данных в работе с апекслокатором NSK-IPEX, в 77 % инструмент находится в пределах апикальной констрикции, а в 23 % наблюдаем выход инструмента за апикальную констрикцию. При использовании Propexixi в 89 % инструмент находился в пределах апикальной констрикции, а в 11 % — за ее пределами. При работе с апекслокатором Moritавыявлена точность — 100 %, что подтверждается и рентгенологически. Среди врачей-стоматологов при их опросе выявлено, что в 97,5 % случаев они предпочитают апекслокацию в сочетании с рентген диагностикой. В 70,4 % — только рентген — диагностику, а 95,1 % — апекслокатор с подтверждением рентгенологического исследования.

Выводы

Наиболее эффективный результат определения рабочей длины при погружении файла в пределах апикальной констрикции. Точные значения показали данные апекслокатора Morita (100 %), PropexPixi (89 %), NSK (77 %). Повышает эффективность лечения при использовании апекслокатора в сочетании с рентген-исследованием.

Литература

1. Барер, Г.М., Антанян, А.А. Объективизация клинико-лабораторного метода исследования апекс-локаторов / «Cathedra- Кафедра. Стоматологическое образование», №7, 2003
2. Бен Джонсон. До какого уровня вы хотите пройти корневой канал: не доходя до верхушки корня, непосредственно у верхушки или за верхушкой? / Новости Dentsply №12 / март 2006
3. Гильмияров, Э.М., Тлустенко, В.П., Радомская, В.М. и др. Дифференциально-диагностические признаки сочетанных поражений периапикальных тканей // Стоматология. 2013. Т. 92. № 1. С. 17-20.
4. Максимовский, Ю.М., Митронин, А.В. Терапевтическая стоматология. Кариесология и заболевания твердых тканей зубов. Эндодонтия: руководство к практическим занятиям: учебное пособие. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2014 — 480 с.
5. Harald Schlepper Was ein moderner apex locator kann / Newsletter, №2, 2008

А. Д. Желудкова, А. С. Щерина, 1 курс, фармацевтический факультет

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия

Кафедра философии и гуманитарной подготовки

Научный руководитель: к.и.н., доцент Т. В. Жиброва

ИЗ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ В ИСТОРИИ (к постановке проблемы)

Цель исследования: выявить примеры влияния заболеваний великих людей на ход их жизни на примерах из зарубежной и отечественной истории.

Материалы и методы

В исследовании использовались мемуары русского писателя Ф. Достоевского, газетные публикации и воспоминания современников иностранного певца Фредди Меркьюри. Делается попытка провести сравнительный и аналитический анализ полученных результатов.

Результаты и обсуждение

Истории болезней великих людей полны зачастую мистики и недостоверной информации, так как многие публичные личности стремятся замалчивать собственные диагнозы, но, тем не менее, часто обращаются за врачебной помощью, беспокоясь о своем здоровье. С другой стороны, следует учитывать и тот факт, что вокруг любой харизматической личности обязательно появляется информационное пространство, наполненное слухами и ажиотажем, связанными с любым недомоганием кумира. Тем не менее, мы предпримем попытку рассмотреть два примера заболеваний ярких представителей иностранной и отечественной культуры.

Не будет ошибкой признать, что одна из самых ярких личностей в российской истории — Ф. М. Достоевский, произведения которого активно изучают за рубежом. В произведениях Достоевского много автобиографичных моментов; многие его герои болели эпилепсией, так же, как и сам Фёдор Михайлович. Эпилепсия к XIX в. — не новое заболева-

ние, достаточно хорошо изученное. Интересно, что зачастую этому недугу приписывали божественное происхождение. Ф.М. Достоевский оставил современным исследователям богатый автобиографический материал: записи дат приступов, их продолжительности, собственные ощущения. Все это сегодня активно изучается исследователями. Повлияла ли болезнь на творчество писателя? Большинство ответит на это вопрос утвердительно. Нервный, своеобразный стиль письма, сложная структура фраз давала пищу читателям и для фантазии и для серьезного литературного разбора. Отметим здесь же, что в психиатрии также находятся работы, разбирающие произведения Достоевского. Федор Михайлович не стыдился своего диагноза, даже гордился им, веря в свою исключительность, и не стремился обращаться за помощью к врачам.

Один из ярких представителей иностранной культуры современности — всемирно известный вокалист рок-группы Queen, который не забыт и через несколько десятилетий после его смерти: альбомы переиздаются огромными тиражами, о нём пишут книги, иной раз скандальные. Диагноз Фарруха Булсары, взявшего сценический псевдоним Фредди Меркьюри, — СПИД. В юности он всегда был крепким и спортивным, но, будучи на пике славы, сильно похудел, начал часто простужаться. Любой порез у него теперь заживал очень долго. После того как иммунологическое исследование дало положительный результат на СПИД, певец резко поменял концепции своих песен. Фанаты сразу почувствовали, что вместо развлекательной музыки появились песни о жажде жизни и страхе смерти. В это время Фредди мучили постоянные простуды и бронхиты, потливость и лихорадка по ночам, сильные головные боли. Раздраженный шумихой вокруг своего имени он собрал большую пресс-конференцию, на которой отрицал свой диагноз. Последний раз он появился на публике 8 октября 1988 г. на фестивале в Ибице и спел с Монсеррат Кабалье знаменитую «Барселону». Фанаты ждали нескольких его выступлений, но было объявлено, что Меркью-

ри «потерял голос», и публика слышала его только на закрытии. В то время певец интенсивно лечился. Его близкие вспоминали, что он хватался за любую соломинку и покупал огромное количество самых разных лекарств, посещал различные клиники.

Врачи тогда знали о СПИДе меньше, чем сейчас, лечили болезнь токсичными веществами, которые давали много побочных эффектов. Его шофёр вспоминает, что певец не мог проехать и десяти минут на автомобиле, его постоянно тошнило. Тяжелее всего ему далось лечение новыми в то время лекарствами. Когда группу Queen награждали престижной премией, все увидели, насколько исхудалым и измождённым выглядел Фредди. Продюсеры поспешили объявить, что всё дело в строгой диете и плохом гриме. Конечно, в такой ситуации вести привычную светскую жизнь было невозможно. Меркьюри уже не посещал вечеринок, резко ограничил круг общения. Пошли слухи, что он умер, и его тайно похоронили. Но он пока ещё был жив и даже рискнул поехать в Швейцарию. Там он, настрадавшись от токсического лечения, сознательно отказался принимать противовирусные препараты. Умер певец у себя дома от тяжёлого приступа бронхопневмонии, развившейся на фоне СПИДа. Все доходы от последнего альбома он завещал в фонд борьбы с этой болезнью.

Сегодня больных СПИДом лечат не только от основной инфекции, но и от постоянных сопутствующих болезней, которые развиваются на фоне угнетённого иммунитета. Сейчас есть немало противовирусных препаратов, но тот факт, что ВИЧ со временем приобретает устойчивость к ним, серьёзно осложняет лечение. Разработаны чёткие рекомендации ВОЗ для каждой клинической стадии болезни. Однако прогноз остаётся неопределённым и сегодня.

Заключение

На основе изученного материала можно уверенно констатировать, что изучение клинических случаев в истории, как отечественной, так и зарубежной, может дать богатый материал для анализа истории

развития здравоохранения и медицины, в том числе и для философских обобщений. Как удалось установить, переносимые заболевания оказывают значительное влияние на жизнь творческих личностей, что может стать темой отдельного научного исследования.

Литература

1. Достоевский, Ф.М. Дневник писателя. — М., 2010
2. Жиброва, Т.В. Моральный конфликт как философская и этическая проблема / Т.В. Жиброва, С.Е. Руженцев // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Философия. — 2015. — № 1
3. Енишерлов, В.П. «Жизнь без начала и конца»: За строками «Возмездия» (О семьях Бекетовых, Кублицких-Пиоттух и Блоков) // Наше наследие: журнал. — 2005. — № 75-76
4. Майков, В.Н. Нечто о русской литературе в 1846 г. // Отечественные записки: журнал. — 1847. — № 1
5. Фристон, П. Фредди Меркьюри: Воспоминания близкого друга. Перевод: Т. Давыдова. — Екатеринбург, 2005
6. Шкуренко, Н. Урожденный Достоевский // Итоги: журнал. — 2011. — 7 ноября (№ 45)

М. С. Желудов, Д. В. Милюков, 2 курс, лечебный факультет; А. М. Морозов

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

СТАНОВЛЕНИЕ КЛЯТВЫ ВРАЧА В РОССИИ

Выпускник медицинского университета — личность, всегда выделяющаяся среди представителей вузов других направлений. Для него характерны не только огромный багаж теоретических знаний, владение многими медицинскими навыками, но и особенное отношение к жизни, окружающим людям, умение сострадать и выражать это своим обликом и поведением. Данные аспекты отражены и в клятве, которую дают все выпускники медицинских вузов. Изначально, это была Клятва Гиппократ, которая на сегодняшний день хоть и устарела, однако стала историческим символом высокой профессиональной морали врача. В ней заложены основные принципы современной медицинской этики, которые трактуются просто, очевидно и понятно. Сам же текст Клятвы Гиппократ давно не звучит на торжественных церемониях.

Цель исследования: ознакомиться с историей и содержанием Клятвы Гиппократ. Проследить, как менялась врачебная клятва на протяжении истории России.

Материалы и методы

в ходе настоящего исследования использовались методы исторического анализа литературных источников — структурно-описательной, метод исторических аналогий.

Результаты и обсуждение

Не много известно о жизни Гиппократ. Греческий врач родился около 460 года до н.э. Мы знаем, что он был очень популярным, пользующимся известностью и влиятельным исцелителем, который про-

жил, по разным данным, 85, 90, 104 или 109 лет. Сборник документов, известный как «Сочинения Гиппократов» (с большой вероятностью написанные в I-IV веках до н.э.), согласно предположениям исследователей, представляет сохранившиеся произведения гиппократовой школы в медицине. Некоторые из них приписывают самому Гиппократу. Тем не менее, считается, что клятва, приведённая здесь, была создана философским течением, известным как течение пифагорейцев, в конце IV века до н.э. Первоначальный её вариант был написан Гиппократом в V веке до нашей эры, на ионийском диалекте древнегреческого языка, — «Hippocratis jus — jurandum». С тех пор текст клятвы многократно переводился на другие языки, подвергался редактированию, существенно изменившим его первоначальный смысл. На протяжении Средних веков и позже клятва Гиппократов воплощала высшие стремления врача. Она формулирует две группы моральных обязательств: 1) моральные обязательства по отношению к пациенту; 2) моральные обязательства по отношению к другим работникам медицинского цеха (профессии). Она содержит ряд абсолютных запретов (например, против аборта и эвтаназии), а также формулировку обязательства врача приносить пользу и не вредить пациенту.

Свой вклад в развитие медицинской этики и деонтологии внесли и представители России. Среди них следует назвать основателя терапевтической школы, декана медицинского факультета Московского университета, профессора М.Я. Мудрова. Его система клинического обследования пациентов и индивидуального подхода к лечению больного человека, предусматривавшего изучение его душевных, психологических, социальных и телесных качеств, была изложена в научной работе «Слово о способе учить и учиться медицине практической, или деятельному врачебному искусству при постелях больных». Призыв автора к изменению целеполагания врачевания, к переносу основного внимания с болезни на состояние и жизненные силы пациента был подхвачен его многочисленными учениками и последователями.

Отдельный теоретический труд «Слово о благочестии и нравственных качествах гиппократова врача» М.Я. Мудров посвятил проблеме врачебного долга и анализу достоинств личности врача, соответствующих требованиям Клятвы Гиппократов. В начале XIX в. он перевёл на русский язык текст этого документа в адаптированном для российской действительности виде под заголовком «Факультетское обещание», и каждый выпускник медицинских факультетов отечественных университетов должен был знакомиться с его содержанием.

По сравнению с гиппократской данная клятва была существенно упрощена, однако сохранила пункт, обязующий врача хранить семейную тайну: «Обещаю во всякое время помогать, по лучшему моему разумению, прибегающим к моему пособию страждущим, свято хранить вверяемые мне семейные тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия.» Особое место в обещании уделяется развитию медицины, как науки.

В Советском Союзе присяга врача — торжественное клятвенное обещание, которое в соответствии со статьей 13 «Основ» законодательства Союза СССР и союзных республик о здравоохранении приносят граждане СССР, окончившие высшие медицинские учебные заведения и медицинские факультеты университетов и получившие звание врача. (Текст присяги был утверждён Указом Президиума Верховного Совета СССР № 1364-VIII от 26 марта 1971 г.)

Данная клятва продолжала обязанность врача в развитии науки, хранении врачебной тайны. Врач обязывался «беречь и развивать благородные традиции отечественной медицины», таким образом, развивался патриотизм.

Коренная ломка политического уклада и экономических отношений в России, восстановление приоритета общечеловеческих ценностей позволяют вернуть медицине её гуманную роль защитницы здоровья каждого человека, создают условия для возрождения нравственных устоев российского врача.

В связи с этим начиная с 1992 года ввести Обещание врача России как свод обязательных условий его деятельности на территории Российской Федерации. За основу Обещания взяты тексты древней клятвы Гиппократов и Факультетского обещания выпускников российских университетов с устранением в них очевидных анахронизмов. Обещание врача России принимается окончившими высшие медицинские учебные заведения.

В 1994 г. на 4-й Конференции Ассоциации врачей России была принята «Клятва российского врача», Общественно-церковный Совет по биомедицинской этике при Московском Патриархате Русской Православной Церкви разработал текст «Присяги врача России», в 1999 году Государственная Дума РФ приняла текст «Клятвы врача», который составил статью 60 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан». Эти документы созданы в соответствии с главными моральными принципами «Клятвы Гиппократов» и с учетом культурно-исторических особенностей современного этапа развития медицины.

В данной клятве вновь появляются пункты Клятвы Гиппократов об уважении к учителям и к своим ученикам, которые не фигурировали со времен Факультетского обещания. Важным пунктом является недопущение применения эвтаназии. В связи с мировой глобализацией клятвы гласит, что «внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка...». Именно эту клятву и дают выпускники РФ в настоящее время.

Заключение

Клятва Гиппократов, хоть и подвергалась многочисленным изменениям и считается устаревшей, не перестает быть актуальной для современных врачей, так как в ней отражены все основные принципы современной медицинской этики, которые трактуются просто, очевидно и понятно. Для верующего врача «Клятва Гиппократов» в своём первоначальном виде неприемлема, — хотя бы потому, что начинается со

слов обращения к языческим богам. Но для своего времени она была очень большим достижением, подняв высокую нравственную планку в медицине! Поэтому не случайно, что в христианском мире она всё-таки была принята, — с поправками и изменениями. Таким образом, «Клятва Гиппократата» и через два с половиной тысячелетия после своего возникновения имеет большое нравственно — воспитательное значение и остаётся актуальной и нужной не только для медиков, но и для общества в целом.

Литература

1. Байрамова, Л.К. Образ врача в аспекте «Клятва Гиппократата» // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 2-2. — С.238
2. Балалыкина, Д.А. Биоэтический практикум: учебное пособие. — М.: Литтерра. — 2012. — С.208
3. Евсеенко, В.И. Социокультурные традиции в лечебной практике: исторический экскурс / В.И. Евсеенко, П.В. Попова // В сборнике: Социально-гуманитарная подготовка студентов медицинского вуза: патриотические и духовно-нравственные традиции сборник научно-методических трудов. сост. Л.Г. Сахарова. — Киров. — 2017. — С. 47
4. Корсак, С.С. Эволюция профессиональной клятвы в медицине // В сборнике: биоэтика и современные проблемы медицинской этики и деонтологии Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием. © УО «Витебский государственный медицинский университет». — 2016. — С. 243-247
5. Михайлова, Е.П. Биомедицинская этика: Теория, принципы и направления. Часть 1 Теория и принципы медицинской этики / Е.П. Михайлова, А.Н. Бартко // Москва. — 2015. — 125с.
6. Турчина, Т.К. Слагаемые имиджа выпускника лечебного факультета КРАСГМА / Т.К. Турчина, Л.Г. Левкович, В.С. Медведев // Сибирское медицинское обозрение. -2006. — № 3 (40). — С. 26-29

И. А. Жмакин, Л. П. Пикалова; О. С. Ситкина, А. И. Масловский,
К. Д. Рыбаков, 4 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф
Научный руководитель: к.пс.н., доцент Л. П. Пикалова

ПУБЛИКАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОФЕССОРСКО- ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА ТВЕРСКОГО ГМУ

Многие годы стоял вопрос определения рейтинга ученого и развития науки. Последние 300 лет данный параметр определялся числом открытий ученого в науке. В XX веке публикационная активность ученого стала главным показателем его научных работ и достижений.

В 2005 году американский ученый-физик Х. Хирша ввел данный индекс в оборот. Он является количественной характеристикой продуктивности ученого, основанной на количестве его публикаций и количестве цитирований в его публикациях, и вычисляется на основе распределения цитирований работ данного исследователя.

Публикационная активность — это результат научно-исследовательской деятельности автора или научного коллектива, воплощенный в виде научной публикации, например, журнальной статьи, статьи в коллективном сборнике, доклада в трудах научной конференции, авторской монографии, опубликованного отчета по НИР. Публикации российских ученых делаются на русском языке в отечественных изданиях, а также на иностранных языках (в основном, на английском, как универсальном языке современной науки) в переводных, зарубежных национальных и международных журналах. Иноязычные труды российских авторов, которые индексируются в международных аналитико-библиографических системах Web of Science и Scopus отражают уровень развития национальной науки на фоне других стран. Анализ данных параметров лежит в основе проделанной работы.

Цель исследования: провести аналитический обзор определение динамики и структуры публикационной активности авторов высших учебных заведений.

Материалы и методы

Определить число публикаций за пять лет на портале elibrary.ru, в РИНЦ; распределить число публикаций по тематике; определить научную активность среди медицинских ВУЗов ЦФО РФ.

Результаты и обсуждение

В библиометрических исследованиях используются международные и национальные индексы научного цитирования, которые содержат библиографические описание статей, а также пристатейные списки литературы. Показатели цитируемости являются одними из основных составляющих в оценке научной деятельности высших учебных заведений и напрямую отражаются на рейтинге университетов.

По исследования нашего университета публикационная активность зарегистрированных пользователей увеличилась в восемь раз за последние пять лет, если сравнить показатели среди десяти медицинских ВУЗов Центрального федерального округа России, то наш университет занимает седьмое место. При проведении исследования отмечает факт низкого уровня зарегистрированных пользователей, а также низкий уровень работы со страницей самого автора. Это говорит о низком информационном уровне преподавательского состава.

Эффективный путь повышения цитируемости научных трудов стратегический — активизация научной деятельности университетов.

На наш взгляд, место, занятое вузом в рейтинге при любой системе оценки, в конечном итоге зависит только от творчества работников вуза и от качества сформированной в вузе корпоративной культуры.

Педагогические исследования последних лет и практика указывают на то, что устойчивый интерес преподавателя к научно-методической и исследовательской работе может быть достигнут в

процессе развития его научно-методической компетенции. В условиях воздействия множества разнонаправленных факторов любой педагог должен самостоятельно оценивать ситуацию, совершать выбор и принимать решения. Важна внутренняя регуляция поведения, которая обеспечивает его внутреннюю личностную устойчивость. Одним из источников устойчивости являются внутренние мотивы деятельности (1).

Для исправления и улучшения ситуации с цитированием и рейтингом ВУЗа необходимо изменение тактики поведения авторов. Мы предлагаем изменить ситуацию в лучшую сторону, на ближайшую и долгосрочную перспективу.

1. В первую очередь необходима регистрация каждого публикуемого научного сотрудника ВУЗа в Научной электронной библиотеке (Российский индекс научного цитирования — РИНЦ — elibrary.ru). РИНЦ учитывает все поступающие публикации. У каждого автора, публикаций заведомо больше, чем отражено в РИНЦ, если автор регулярно публикуется.

2. Зарегистрированным в РИНЦ авторам необходимо активно поработать со списком своих публикаций.

Каждый автор лично должен регулярно отслеживать учёт своих публикаций, добавлять пропущенные, исправлять неточности.

3. Публикационная активность авторов (количество и структура публикаций).

4. Ввести правило обязательных ссылок в статье на труды коллег.

Публикации часто не имеют достаточных ссылок на труды специалистов по освещаемой проблеме, по которым можно было бы проследить состояние проблемы и достигнутые результаты. Увеличение цитирования научной работы, даёт, увеличение вероятности цитирования этих работ. Кроме того, такое требование заставляет автора поинтересоваться трудами коллег по этой тематике, а не подавать свою работу как открытие.

Литература

1. Большеротов, Л.А. Повышение публикационной активности — условие высокого рейтинга университета // Международный студенческий научный вестник. — 2014. — № 3.; URL: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=11869> (дата обращения: 20.02.2018).

А. А. Зайцева, 2 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории
Отечества
Научный руководитель: д.ф.н., доцент В. В. Буланов

ПРОБЛЕМА ФАНАТИЗМА В РОМАНЕ Б. ВИАНА «ПЕНА ДНЕЙ»

Цель исследования: доказать, что фанатизм несовместим с человеческим достоинством на примере романа Б. Виана «Пена дней».

Материалы и методы

Осуществлен герменевтический анализ текста романа Б. Виана «Пена дней», применен метафизический метод при выявлении соотношения фанатичного сознания с феноменом достоинства.

Согласно экзистенциальной теории Жана-Поля Сартра, достоинство человека формируется из двух аспектов: ответственности и честности. По Сартру, каждый человек за свой выбор берёт как личную ответственность, так и ответственность перед всем человечеством, так как каждое принятое (или непринятое) решение отражается не только на судьбе конкретного человека, но и на окружающих его людях.

Честность в концепции Сартра играет ключевую роль, так как любому выбору, а, соответственно, быть честным — это тоже выбор, придаётся значение универсальной ценности. Будучи честным с самим собой, человек не может полагаться на высшие силы, а, следовательно, принимать навязанные моральные ценности.

Философское знание учит человека ставить под сомнение любую информацию, давать критическую оценку при анализе вещей и событий, делать правильные выводы, исходя из проведённого анализа. Необходимое условие — ощущение человеком экзистенциального вакуума — мучительной нехватки смысла жизни, ведь оно побуждает этот смысл искать. Как раз в состоянии экзистенциального вакуума и появилась философия — когда человек впервые мучительном одино-

честве начал задавать конечные вопросы о себе, о мире и о целях своей жизни и деятельности.

Однако не всё люди способны на такой поиск. Нередко философия принимает форму идолопоклонства со стороны отчаявшегося и страдающего человека. Тогда он теряет способность критически мыслить, всё его сознание устремляется к одной сверхценной идее. В конце концов, такой человек теряет своё достоинство, положив всё к алтарю слепой веры. Он становится фанатиком, человеком, упорствующим в защите некритически принятой точки зрения. Фанатизм — проявление крайней безответственности, ведь, как отмечает Мартин Бубер, «ответственность есть лишь там, где есть действительная возможность ответа» на вопросы и вызовы со стороны мира, то есть возможность диалога. А фанатик являет собой пример человека, живущего монологически, то есть не желающего вступать в общение с кем-либо, чья позиция отличается от его точки зрения. Фанатики нетерпимы к тем, кого считают еретиками или инакомыслящими. Есть три основных вида фанатизма — религиозный (его проявление — костры католической инквизиции), политический (его выражение — концлагеря нацистской Германии) и идейный (его формой является восхищенное отношение к философии и к личности Ф. Ницше, то есть ницшеанство). Фанатизм — это массовое явление, для его существования нужны две составляющие: толпа и лидер, который поведёт её за собой.

В романе Бориса Виана «Пена дней» лидером для идейных фанатиков стал Жан-Соль Партр (пародия на Жана-Поля Сартра) («Партр перестал читать, он хохотал от души и хлопал себя по ляжкам, радуясь, что столько людей втянуто в это светопреставление»), ведь на его лекции ходил весь Париж, залы ломились от огромного количества зрителей. («Улица была из конца в конец запружена народом. Все яростно толкались, пытаясь прорваться в зал, где Жан-Соль должен был прочитать свою лекцию.

Люди прибегали к самым изощренным уловкам, чтобы обмануть бдительных экспертов — искусствоведов, поставленных для проверки подлинности пригласительных билетов, поскольку в продажу были пущены десятки тысяч подделок». Но самым преданным был, конечно, Шик. («Шик появился здесь еще накануне. За баснословные деньги швейцар согласился, чтобы Шик заменил его. Но это оказалось возможным только после того, как Шик ломом перебил ему левую ногу. Когда речь шла о Партре, Шик не скупился на инфлянки»).

Вся жизнь персонажа сосредоточена вокруг одного лица — Жана-Соля Партра, а те сферы, которые не связаны с именем кумира Шика, он подстраивает под своё «увлечение». Он встречается свою любовь на одной из лекций Партра, а когда она влюбляется в Шика больше, чем в его непревзойдённого кумира, легко отказывается от неё. («— Дело ведь не только в деньгах, — сказал Шик, — а еще и в том, что родители Ализы не согласятся на наш брак и будут правы. В одной из книг Партра как раз описана подобная история»).

Фанатизм Шика приводит к тому, что, умирая, он думал вовсе не о «любимой» девушке, не о лучшем друге, а о том, что же станет с книгами, пластинками и всей его коллекцией, вещи из которой так или иначе были связаны с Партром. («Сотрудники подошли к книжным полкам, сенешаль же сделал два шага в сторону Шика.

— Не трогайте эти книги... — простонал Шик. Кровь булькала у него в гортани, голова склонялась все ниже и ниже. Он уже не стискивал свой живот, а бесцельно взмахнул окровавленными руками, словно пытаясь опереться о воздух, и ничком упал на пол. Сенешаль перевернул его ногой. Шик больше не двигался, и его раскрытые глаза глядели куда-то далеко, за пределы комнаты»).

Становление фанатиком убивает в человеке достоинство, а, следовательно, мешает ему вести подлинное существование. Как отмечает Карл Ясперс, человек, сталкиваясь с собственной противоречивостью, может отказаться от самого себя во имя иллюзорной самоиден-

тификации с объектом поклонения (например, с религией, с государством, с философским учением), то есть стать фанатиком. Фанатизм как форма неподлинного существования заставляет человека следовать одной модели поведения. Все эмоции фанатика направлены только в одну сторону, все действия подчинены только одному — в данном случае Жану-СольюПартру.

«Но ...только действительность идёт в счёт, ... мечты, ожидания и надежды позволяют определить человека лишь как погибшую мечту, как напрасные ожидания, то есть определить его отрицательно, а не положительно» — пишет Жан-Поль Сартр. Очевидно, сознание Шика, как фанатика, является ничем иным, как погибшей мечтой, напрасными ожиданиями, о чём и говорит Сартр.

Шик возвёл персону Партра в Абсолют, но герой не живёт, считаясь с философскими правилами Партра, он слепо коллекционирует всё, что сближает его с кумиром — труды, одежду, курительные трубки и даже отпечатки пальцев. Шик низвёл свою личность до минимума, полностью подменив её трудами Партра, тем самым герой потерял своё достоинство — он нечестен — как с собой, так и с окружающими (Шик обманывает и свою «возлюбленную», и друга, но больше всего он обманывает самого себя), к тому же, герой не способен брать на себя ответственность — несмотря на образование инженера, у него нет работы — он боится брать ответственность за подчинённых, у него нет семьи — он боится предложить Ализе выйти за него замуж, потому что её родители якобы против, да и материальное положение не позволяет, несмотря на то, что лучший друг отдал четверть своего состояния — лишь бы Шик и Ализа сыграли свадьбу.

Результаты и обсуждение

В романе «Пена дней» Б. Виан создает образ Шика — идейного фанатика, чьим кумиром является философ Жан-Соль Партр, поведение Шика является несовместимым с человеческим достоинством.

Вывод

Б. Виан создаёт образ, призванный подчеркнуть актуальность проблемы фанатизма. Образ Шика, созданный Б. Вианом в романе «Пена дней», призван подчеркнуть актуальность проблемы фанатизма, убеждая читателя в том, что некритическое восприятие философии не содействует обретению самоуважения, а напротив, превращает в фанатика, унижающего своё достоинство собственным идолопоклонством.

Литература

1. Бубер, М. Диалог // Бубер М. Два образа веры. — М.: АСТ, 1999. — С. 122-161.
2. Виан Б. Пена дней / Б. Виан. — М.: Азбука-Аттикус, 2012. — 256 с.
3. Сартр Ж.-П. Экзистенциализм — это гуманизм // Сартр Ж.-П. Тошнота: Избранные произведения. — М.: Республика, 1994. — С. 435 — 469.
4. Философский энциклопедический словарь. — М.: ИНФРА-М, 2007. — 576 с.
5. Франкл, В. Человек перед вопросом о смысле // Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник. М.: Прогресс, 1990. — С. 24-44.
6. Ясперс К. Истоки истории и её цель // Ясперс К. Смысл и назначение истории. — 2-е издание. — М.: Республика, 1994. — С. 28-286.
7. Ясперс, К. Духовная ситуация времени // Ясперс К. Смысл и [назначение истории](#). — М: Республика, 1994.— С. 288-418.

УДК 616.12-005.4-084(471.331)

М. С. Зарапина, С. В. Неякин, Т. А. Шамаров, Н. В. Шекерли, 5 курс, лечебный факультет; И. А. Жмакин, В. Л. Красненков, Н. П. Кириленко, О. М. Королёва, Н. Н. Ильина

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф, Кафедра поликлинической терапии и основ
доказательной медицины,
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом
истории медицины, Кафедра управления и экономики фармации
Научные руководители: к.м.н., доцент И. А. Жмакин;
д.м.н., профессор В. Л. Красненков; д.м.н., доцент Н. П. Кириленко,
к.м.н., доцент О. М. Королёва, к.ф.н., ассистент Н. Н. Ильина

**ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
У ЖИТЕЛЕЙ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ И ЕЁ ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА
(ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ
ПОСЕТИТЕЛЕЙ ТОРГОВЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРИ И РАЙОННЫХ ЦЕНТРОВ
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ, 2017 Г.)**

Профилактика ишемической болезни сердца (ИБС) актуальна как для Тверской области [1], так и для России в целом [2]. Поэтому постоянно совершенствуются не только способы её проведения, но и методики взаимодействия с населением с целью его оздоровления. Одним из таких актуальных современных направлений в здравоохранении является медицина «шаговой доступности», когда медицинская помощь оказывается в местах массового нахождения населения, в том числе и в торговых центрах, гипер- и супермаркетах и т.д.

Цель исследования: оценка выявляемости факторов риска (ФР) развития ИБС у посетителей торговых центров Твери и области и качества её вторичной профилактики.

Материалы и методы

На оборудованной медицинской площадке в торговых центрах г. Тверь и Тверской области проанкетировано 584 человек [(203 (34,8 %) мужчины и 381 (65,2 %) женщина)]. Распределение обследо-

ванных по возрастным группам составило: моложе 20 лет — 42 (7,2 %) человека [20 (47,6 %) мужчин и 22 (52,4 %) женщины], 20-35 лет — 164 (28,1 %) человека [89 (54,3 %) мужчин и 75 (45,7 %) женщин], 36-45 лет — 48 (8,2 %) человек [10 (20,8 %) мужчин и 38 (79,2 %) женщин], 46-60 лет — 147 (25,5 %) человек [44 (29,9 %) мужчины и 103 (70,1 %) женщины], старше 60 лет — 183 (31,3 %) человека [40 (21,9 %) мужчин и 143 (78,1 %) женщины]. У 115 (19,7 %) профилактически проконсультированных ранее был установлена врачом ИБС (стенокардия, перенесенные инфаркт миокарда, нарушения сердечного ритма и хроническая сердечная недостаточность).

У них проводилось анкетирование на предмет выявления поведенческих (потребление овощей и фруктов менее 400 г; досаливание пищи, не пробуя её; табакокурение; ходьба менее 30 мин в день; пагубное потребление алкоголя: мужчины более 20 г/день, женщины — более 10 г/день) и алиментарно-зависимых (избыточная масса тела — индекс Кетле 25-29,9 кг/м²; ожирение — индекс Кетле 30 кг/м² и больше; артериальная гипертензия — 140/90 мм рт. ст. и выше; гипергликемия — через два часа после еды уровень глюкозы крови 7,8 ммоль/л и выше; гиперхолестеринемия — 5,2 ммоль/л и выше) ФР развития НИЗ. Кроме этого учитывались ранее установленные врачом такие заболеваний, как гипертоническая болезнь (ГБ), сахарный диабет (СД), и цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), а также принималась во внимание наследственная предрасположенность к развитию ИБС, СД и приём гипотензивной и гиполипидемической терапии за две недели до опроса.

Всем проанкетированным было проведено обследование: антропометрия (рост, вес), расчет индекса массы тела (индекс Кетле), измерение уровня артериального давления и снятие электрокардиограммы (ЭКГ) с помощью виртуальных технологий в отведении I в положении пациента сидя. При оценке ЭКГ использовались 2 градации: норма и патология (нарушение процессов реполяризации желудочков и нару-

шения сердечного ритма). У части посетителей торговых центров определялись уровни глюкозы и холестерина крови с помощью тест-полосок. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета статистических программ WinPeri (использовался критерий Фишера).

Результаты и обсуждение

Установлено, что у посетителей торговых центров Твери и области часто выявляются поведенческие ФР развития ИБС. Наиболее часто у них регистрируются недостаточная физическая активность (47,7 %) и недостаточное употребление овощей и фруктов (44,0 %), реже — досаливание пищи, не попробовав её (27,6 %) и пагубное употребление алкоголя (24,4 %) и ещё реже — пассивное курение (18,7 %) и курение табака (15,6 %). На этом фоне у 29,3 % была обнаружена избыточная масса тела, а у 26,7 % имелось ожирение. Обращает на себя внимание, что почти у половины профилактически проконсультированных (46,4 %) была отягощена наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. При этом оказалось, что курение и пассивное курение статистически значимо чаще выявлялись у мужчин (и) по сравнению с женщинами (соответственно, 26,4 % и 9,8 %; $p=0,0001$; 23,1 % и 16,3 %; $p=0,042$), тогда как недостаточное употребление овощей и фруктов, а также ожирение статистически значимо чаще регистрировалось у женщин по сравнению с мужчинами (соответственно, 47,0 % и 38,5 %; $p=0,045$; 30,3 % и 20,1 %; $p=0,012$). По остальным показателям (досаливание пищи, не попробовав её, недостаточная физическая активность, пагубное употребление алкоголя и избыточная масса тела) статистически значимых различий между мужчинами и женщинами выявлено не было (соответственно, 27,4 % и 27,6 %; 51,4 % и 45,7 %; 27,9 % и 22,5 %; 30,9 % и 28,4 %; $p=0,5 - 0,4$).

Интересные данные были получены при анализе выявляемости ФР развития ИБС с учётом пола и возраста. Оказалось, что мужчины статистически значимо чаще курили по сравнению с женщинами лишь

только в возрастной группе 45-60 лет (соответственно, 15; 34,1 % и 11; 10,7 %; $p=0,002$) и старше 60 лет (соответственно, 12; 30 % и 3; 2,1 %; $p=0,0001$); у них же статистически значимо чаще выявлялась недостаточная физическая активность по сравнению с женщинами в возрастной группе 20-35 лет (соответственно, 48; 53,9 % и 41; 46,1 %; $p=0,041$). Напротив, у женщин в возрасте 60 лет и старше по сравнению с мужчинами того же возраста значимо чаще регистрировалось ожирение (соответственно 60; 46,3 % и 8; 22,9 %; $p=0,019$).

Важным аспектом, определяющим качество и длительность жизни больных ИБС, является эффективность её вторичной профилактики. В этом плане установлено следующее. Больные ИБС без статистически значимой разницы по сравнению с таковыми, у которых её нет, употребляли недостаточное количество овощей и фруктов (66; 57,4 % и 273; 58,2 %; $p=1,000$), страдали низкой физической активностью (63; 54,8 % и 253; 53,9 %; $p=1,000$), но у них статистически значимо реже выявлялось злоупотребление алкоголем, чем у остальных профилактически проконсультированных (19; 16,5 % и 128; 27,3 %; $p=0,017$). Столь избирательное отношение к коррекции поведенческих ФР развития ИБС можно объяснить тем, в большинстве случаев в сознании человека заболевания сердца и употребление алкоголя не совместимы, тогда как такой прямой ассоциации в отношении употребления овощей и фруктов, а также гиподинамии нет. Такая избирательность в изменении образа жизни, вероятно, способствовала тому, что у больных ИБС значимо чаще регистрировалось по сравнению с лицами, у которых её нет, ожирение (49; 42,6 % и 132; 28,1 %; $p=0,004$), повышенное систолическое артериальное давление (64; 55,7 % и 117; 24,9 %; $p=0,001$), повышенное диастолическое артериальное давление (58; 50,4 % и 105; 22,4 %; $p=0,001$). Установлено также, что за последние две недели до профилактического консультирования только 15 % принимали гиполипидемические препараты, в то время как у 30 (26,1 %) больных ИБС была выявлена гиперхолестеринемия. Вероятно, поэтому

нарушения на ЭКГ у больных ИБС регистрировались статистически значимо чаще по сравнению с таковыми, у которых её не было (соответственно, 58; 50,4 % и 135; 28,8 %; $p=0,001$). Столь низкие показатели вторичной профилактики ИБС дают основание предположить, что с этой категорией пациентов необходимо проводить дополнительную профилактическую работу (школы здоровья больных ИБС, технологии мобильного здравоохранения [3] и т. д.), чтобы повысить эффективность вторичной профилактики ИБС, и тем самым, снижая смертность от неё, увеличить их длительность жизни. О необходимости проведения такой работы косвенно свидетельствует то, что у более чем половины больных ИБС выявлены изменения на ЭКГ (нарушения процессов реполяризации и нарушения сердечного ритма), что свидетельствует о недостаточной эффективности проводимой вторичной профилактики ИБС.

Заключение

Таким образом, среди посетителей торговых центров Твери и области довольно широко распространены как поведенческие, так и алиментарно-зависимые ФР развития ИБС. Их наличие в большей степени определяется полом и в меньшей степени — возрастом. Установлено, что у больных ИБС недостаточно эффективно проводится вторичная профилактика, что проявляется высокой выявляемостью у них ожирения, артериальной гипертензией и нарушениями на ЭКГ. Для улучшения ситуации необходимо разработать и внедрить новые формы вторичной профилактики ИБС (технологии мобильного здравоохранения), способные изменить вышеописанную ситуацию у больных ИБС в лучшую сторону.

Литература

1. Фисенко, В.С., Рогинко, Н.И., Корочкин, А.В. Выполнение основных целевых показателей по снижению смертности от болезней системы кровообращения в субъектах Российской Федерации (по результатам контрольно-надзорных мероприятий Росздравнадзора). Вестник Росздравнадзора 2015; 5: 26-32.
2. Бокерия, О.Л., Биниашвили, М.Б. Внезапная сердечная смерть и ишемическая болезнь сердца. // Анналы аритмологии. — 2013. Т. 10. — № 2. С. 69-79.
3. Кириленко, Н.П., Королёва, О.М., Красненков, В.Л. и др. Мобильное здравоохранение в Твери: реалии и перспективы // Верхневолжский медицинский журнал. — 2016. — Т. 15, вып. 3. — С. 9 — 12.

М. С. Зарапина, С. В. Неякин, Т. А. Шамаров, Н. В. Шекерли, 5 курс, лечебный факультет; И. А. Жмакин, В. Л. Красненков, Н. П. Кириленко, О. М. Королева, Н. Н. Ильина

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и
медицины катастроф, Кафедра поликлинической терапии и основ
доказательной медицины,
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом
истории медицины, Кафедра управления и экономики фармации
Научные руководители: к.м.н., доцент И. А. Жмакин;
д.м.н., профессор В. Л. Красненков; д.м.н., доцент Н. П. Кириленко,
к.м.н., доцент О. М. Королёва, к.ф.н., ассистент Н. Н. Ильина

**ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
У ЖИТЕЛЕЙ ТВЕРИ И ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ
К ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ПО ДАННЫМ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ
ТОРГОВЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРИ И РАЙОННЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРСКОЙ
ОБЛАСТИ, 2015-2017 ГГ.)**

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — важнейшая эпидемиологическая и социальная проблема как в Российской Федерации, так и в мире в целом. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), атеросклероз и связанная с ним сердечно-сосудистая патология занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, среди причин смертности и инвалидности в промышленно развитых странах. Так, в структуре причин смертности населения в России болезни системы кровообращения, основными из которых являются ИБС, артериальная гипертензия и цереброваскулярная болезнь, занимают первое место.

По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, в 2016 г. в городе Твери и Тверской области смертность от ишемической болезни сердца составила 91,8 человек на 100 тысяч трудоспособного населения и 1125,0 человек на 100 тысяч населения старше трудоспособного возраста. Снижение значений рассматриваемого по-

казателя от данного заболевания можно достичь посредством проведения профилактических мероприятий с охватом широких слоев населения.

Цель исследования: выявить распространенность факторов риска развития ишемической болезни сердца у жителей Твери и Тверской области, оценить приверженность к гиполипидемической терапии у больных ИБС.

Материалы и методы

На оборудованной медицинской площадке в торговых центрах г. Твери и Тверской области за 2015-2017 гг. проанкетировано 2851 человек [(939 (32,94 %) мужчин и 1912 (67,06 %) женщин)]. Распределение обследованных по возрастным группам составило: моложе 20 лет — 168 (5,9 %) человек (79 мужчин и 89 женщин), 20-35 лет — 713 (25 %) человек (334 мужчины и 379 женщин), 36-45 лет — 407 (14,3 %) человек (128 мужчин и 279 женщин), 46-60 лет — 917 (32,1 %) человек (260 мужчин и 657 женщин), старше 60 лет — 646 (22,7 %) человек (139 мужчин и 507 женщин).

У них проводилось анкетирование на предмет выявления поведенческих (потребление овощей и фруктов менее 400 г; досаливание пищи, не пробуя её; табакокурение; ходьба менее 30 мин в день; пагубное потребление алкоголя: мужчины более 20 г/день, женщины — более 10 г/день) и биологических (избыточная масса тела — индекс Кетле 25-29,9 кг/м²; ожирение — индекс Кетле 30 кг/м² и больше; артериальная гипертензия — 140/90 мм рт. ст. и выше; гипергликемия — через два часа после еды уровень глюкозы крови 7,8 ммоль/л и выше; гиперхолестеринемия — 5,2 ммоль/л и выше) факторов риска (ФР) развития НИЗ.

Кроме этого учитывались ранее установленные врачом такие заболевания, как гипертоническая болезнь (ГБ), сахарный диабет (СД), ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), а также принималась во внимание наследственная пред-

расположенность к развитию ИБС, СД и приём гипотензивной и гиполипидемической терапии за две недели до опроса.

Всем проанкетированным было проведено обследование: антропометрия (рост, вес), расчет индекса массы тела (индекс Кетле), измерение уровня артериального давления и снятие электрокардиограммы (ЭКГ) с помощью виртуальных технологий в отведении I в положении пациента сидя. При оценке ЭКГ использовались 2 градации: норма и патология (нарушение процессов реполяризации желудочков и нарушения сердечного ритма). У части посетителей торговых центров определялись уровни глюкозы и холестерина крови с помощью тест-полосок. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета статистических программ WinPeri (использовался критерий Фишера).

Результаты и обсуждение

Во время анкетирования выявлено 435 пациентов с различными проявлениями ишемической болезни сердца, что составляет 15,2 % от общего количества исследованных. Среди них в возрасте менее 20 лет было 9 человек (2 мужчин и 7 женщин); в возрасте 20-35 лет — 36 человек (16 мужчин и 20 женщин); в возрасте 36-45 лет — 38 человек (9 мужчин и 29 женщин); в возрасте 46-60 лет — 152 человека (35 мужчин и 117 женщин); в возрасте более 60 лет — 200 человек (48 мужчин и 152 женщины). В общем же число женщин с диагнозом «Ишемическая болезнь сердца» составило 325 (74,7 %), а мужчин — 110 (25,3 %).

При выявлении факторов риска развития ИБС в зависимости от пола были получены следующие результаты. Так, распространенность табакокурения среди мужчин (32,9 %) встречается значительно чаще, чем у женщин (15,4 %). Пассивное курение статистически значимо чаще у мужчин (35,04 %), чем у женщин (25,4 %). Недостаточная физическая активность встречалась практически одинаково как среди мужчин (56,1 %), так и женщин (57,4 %). Пагубное употребление алкоголя у мужчин (39,7 %) статистически значимо чаще, чем у женщин (27,1 %).

Недостаточно употребляют фруктов и овощей мужчины — 58,1 %, женщины — 58,3 %. Досаливают пищу, не попробовав её, 28,1 % мужчин и 22,1 % женщин. Отягощенную наследственность имеет 38,9 % мужчин и 55,5 % женщин.

Исследование ИМТ проводилось среди 2712 человек. Избыточная масса тела отмечалась у 37,5 % мужчин и 30,3 % женщин. Ожирение в целом было выявлено у 26,9 % мужчин и 28,8 % женщин. Ожирение 1 степени выявлено у 19,7 % мужчин и 18,9 % женщин; 2 степени — у 5,7 % мужчин и 6,5 % женщин; 3 степени — у 1,5 % мужчин и 3,4 % женщин.

Приверженность к гиполипидемической терапии была выявлена у 68 обследованных больных ИБС, что составляет 15,7 %. Среди обследованных препараты, снижающие холестерин, употребляли 25,7 % мужчин и 14,6 % женщин. Приверженность к гипотензивной терапии существенно зависела от возраста больных — так, у лиц от 20 до 35 лет — 5,5 %, от 36 до 45 лет — 5,2 %, от 46 до 60 лет — 13,8 %, старше 60 лет — 21,5 %.

Из 432 обследованных сопутствующие заболевания были выявлены у 294 человек (68,1 %): ГБ — 271 человек (62,7 %), СД — 48 человек (10,9 %), ЦВЗ — 34 человека (7,9 %).

Регистрация ЭКГ у лиц с сопутствующими заболеваниями показала следующие результаты: больше всего патологии в ЭКГ пришлось на ГБ, где встречались нарушения процессов реполяризации в 17,1 % и комбинированные изменения в 11,8 % случаев. На ЦВЗ больше всего пришлось комбинированные изменения (2,1 %), а на СД — нарушения процессов реполяризации (3,7 %). При отсутствии сопутствующих заболеваний сердечные аритмии, нарушение процессов реполяризации и комбинированные изменения были выявлены в 4,4 %, 8,1 % и 4,6 % случаев соответственно. У 32,5 % обследованных патологии обнаружено не было.

Выводы

1. ИБС регистрируется у 1/6 части обследованных, обратившихся на медицинскую площадку. Среди них женщин было в 3 раза больше, чем мужчин. Особенно это касалось женщин в возрастной группе 60 лет и старше.
2. Активное и пассивное курение, пагубное употребление алкоголя, досаливание пищи, не попробовав её, — являются ведущими факторами развития ишемической болезни сердца преимущественно у мужчин.
3. Отягощённая наследственность — ведущий фактор развития ишемической болезни сердца преимущественно у женщин.
4. Недостаточная физическая активность и употребление овощей и фруктов — ведущие факторы развития ишемической болезни сердца у обоих полов.
5. Наибольшая приверженность к гипотензивной терапии выявлена у мужчин.
6. Приём гипотензивных препаратов по назначению врача выше у лиц старшей возрастной группы (старше 60 лет).
7. Среди сопутствующей патологии ведущее место занимает ГБ.
8. Статистически достоверно, что нарушение процессов реполяризации в миокарде и комбинированные его изменения (сочетание аритмии, нарушений процессов реполяризации, блокады ножек пучка Гиса) по данным ЭКГ наблюдаются чаще у лиц с высокими цифрами АД при ГБ.

Технологии «Мобильного здравоохранения» позволяют выявить и предотвратить развитие ССЗ.

Литература

1. Кириленко, Н. П., Королева, О. М., Красненков, В. Л. и др. Мобильное здравоохранение в Твери: реалии и перспективы // Верхневолжский медицинский журнал. — 2016. — Т. 15, вып. 3. — С. 9 — 12.
2. Свитлык, Г.В., Сало, В.М., Бубняк, М.Р.: Факторы риска развития ишемической болезни сердца // Клиническая медицина. 2013. №12. Режим доступа:

<http://cyberleninka.ru/article/n/factory-riska-razvit..свободный> (дата обращения: 02.02.2018).

3. Кардиология: национальное руководство / под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 1232 с.

Е. Ю. Захарова, А. А. Рузьянова, 6 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра онкологии и паллиативной медицины

Научный руководитель: ассистент И. В. Вакарчук

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПУЗЫРЬОВАГИНАЛЬНОГО И РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩЕЙ

Цель исследования: проиллюстрировать на данном случае возможность развития пузырновагинального и ректовагинального свищей как наиболее тяжелых и часто встречающихся осложнений рака шейки матки.

Рак шейки матки продолжает занимать ведущее место в структуре женской онкологической заболеваемости и смертности в развивающихся странах, а также является важной медицинской и социальной проблемой во всех экономически развитых странах. В общей структуре заболеваемости женщин России злокачественные опухоли шейки матки составляют около 20 %, занимая 6е место, а среди органов репродуктивной системы — 3е после рака молочной железы и эндометрия. В нашей стране в течение последних двух десятилетий ежегодно регистрируют появление до 15 000 пациенток, впервые заболевших раком шейки матки, что составляет около 7 % общего числа онкологических больных. В России зарегистрировано увеличение уровня заболеваемости. При этом чётко прослеживается рост заболеваемости РШМ среди молодых женщин в возрастной группе до 40 лет. Особенно заметно повышение заболеваемости в группе женщин до 29 лет, составляющее около 7 % в год. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике этой патологии, в настоящее время значительное количество женщин обращаются за медицинской помощью уже с распространенной формой заболевания. Так, по данным статистики, средне-

российский показатель выявления рака шейки матки *insitu* составляет всего 25,5 % по состоянию на 2016 год.

Материалы и методы

История болезни больной Б., находившейся на лечении в хирургическом отделении ТОКОД с 20.09.17 по 03.11.17 с диагнозом «Рак шейки матки IIIB стадии, состояние после сочетанной лучевой терапии».

Методы клиничко-лабораторного минимума (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ), УЗИ органов брюшной полости и малого таза, рентгенография органов грудной клетки, МРТ органов малого таза. Для консультации привлекались врачи различных специальностей: гинеколог, терапевт, хирург, химиотерапевт. Проводилось оперативное вмешательство — эвисцерация малого таза и гистологическое исследование опухоли.

Результаты и обсуждение

Проиллюстрирована возможность развития пузырновагинального и ректовагинального свищей как наиболее заметных и часто встречающихся осложнений. Известно, что при раке шейки матки могут встречаться различные осложнения, это может существенно разнообразить и усложнить клиническую картину, затрудняя таким образом лечение. Развитие ректовагинального и пузырновагинального свищей является поздним осложнением и возможно при прорастании опухоли, в соседние органы. Данной пациентке диагноз «Рак шейки матки IIIB стадии» был установлен в сентябре 2016 года, сразу после постановки диагноза был проведен курс лучевой терапии — 2016 г. (СОД т. А — 87 Грей, т. В — 62 Грей). В результате проведенного лечения наблюдалась положительная динамика и стабилизация состояния. При очередном контрольном осмотре с сентября 2017 года было выявлено прогрессирование опухолевого процесса с формированием пузырновагинального и ректовагинального свищей. Консилиумом врачей ТОКОД было решено провести операцию — эвисцерацию малого таза. В результате оперативного вмешательства на переднюю брюшную

стенку была выведена колостома слева и мочевого кондуит из участка тонкой кишки выведен в виде стомы на переднюю брюшную стенку справа, также была проведена профилактическая аппендэктомия. По результатам гистологического исследования (№1701) установлено: низкодифференцированный плоскоклеточный рак в шейке матки, околошеечной клетчатке и в удаленном лимфоузле (определяемом до операции при исследованиях). При контрольном осмотре в феврале 2018 года признаков прогрессирования процесса и метастазов не обнаружено.

Формирование пузырновагинального и ректовагинального свищей в приведённом клиническом случае явилось практически единственным и самым грозным осложнением рака шейки матки. На примере данного наблюдения демонстрируются сложности, которые могут возникнуть перед врачом в процессе лечения гинекологической онкопатологии.

Заключение

При раке шейки матки единственным осложнением может оказаться формирование пузырновагинального и ректовагинального свищей, что следует учитывать в подобных случаях при проведении лучевой терапии и хирургических вмешательств.

Литература

1. Онкология: национальное руководство / Под ред. Чиссова В.И., Давыдова М.И. 2013. — 1072 с.: ил.
2. Онкология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 576 с.
3. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году. /Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017. илл. — 236 с.
4. Атлас онкологических операций / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. 2008. — 632 с.
5. Онкология: клинические рекомендации. Абузарова Г.Р., Алексеев Б.Я., Антипов В.А. и др. / Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. 2-е изд., испр. и доп. 2009. — 928 с.

Д. А. Захарова, 3 курс, стоматологический факультет; Л. Н. Соколова

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра детской стоматологии и ортодонтии с курсом детской
стоматологии ФДПО
Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. Н. Соколова

ТАКОЙ КОВАРНЫЙ ПОЦЕЛУЙ

Выбор темы обусловлен наличием большого числа инфекционных заболеваний, одним из путей, передачи которых является контактный, в том числе и поцелуй.

Поцелуй — неизменный спутник человека на протяжении всей его жизни. Люди целуются при встречах и расставаниях, в знак благодарности и признательности, в виде сочувствия — основным предназначением поцелуя является выражение чувств. Его действие на организм нельзя переоценить: улучшает кровообращения, стимулирует работу всей полости рта, губ, языка, омолаживает организм за счет выброса в кровь адреналина, ряда гормонов (серотонин, окситоцин, дофамин). Но что такое поцелуй на самом деле и только ли приятные воспоминания дарует он нам?

Поцелуй является одним из путей передачи заболеваний различной этиологии (вирусной, бактериальной инфекций). Среди наиболее часто встречающихся можно выделить следующие: инфекционный мононуклеоз, острый и хронический герпетический стоматит, цитомегаловирус, вирус папилломы человека, гастрит, кандидоз, СПИД, ранний детский кариес.

Материалы и методы

Была составлена анкета для школьников 10-11 классов, которая состояла из двух блоков. В первом, мы выявили поведенческие особенности подростков: как они приветствуют друг друга, их отношение к поцелуям, поведение при первых признаках простуды и т.д. Во втором — знания молодёжи об инфекционных заболеваниях и путях их

передачи. Нами было проанкетировано 175 человек. После анкетирования проводили авторский урок здоровья для старшеклассников «Такой коварный поцелуй»

Результаты и обсуждение

Согласно проведенному анализу анкет, около 81 % респондентов считают, что поцелуй — это признак близости, романтических отношений, однако 3 % признаются, что для них он обозначает просто молодежную привычку и 4 % отметили, что это их ни к чему не обязывает. Среди опрошенных 57 % при встрече приветствуют своих друзей объятиями, 43 % рукопожатием, но 40 % признались, что в их компании распространен тип приветствия в виде поцелуя. 39 % школьников при проявлении первых признаков болезни предпочитают обратиться за помощью к врачу, 57 % лечатся дома, однако 8 % обучающихся не обращают внимание на ухудшение состояния здоровья. Около половины старшеклассников (49 %) признаются, что в их компании не исключена возможность употребления различных напитков из одной бутылки, а четверть опрошенных ответила утвердительно на данный вопрос. Пятая часть опрошенных (25 %) стали бы целовать своих близких или «вторую половинку» в случае обнаружения у них покраснения и припухлости в области губ, проявления первых признаков болезни. В то же время 84 % респондентов в подобной ситуации воздержались бы от поцелуев, но 15 % затрудняются ответить на данный вопрос. Только 12 % учеников знают, что первые признаки заболеваний, передающихся через поцелуй можно увидеть на губах. Согласно мнению старшеклассников, чаще всего передаются заболевания бактериальной (79 %) и вирусной (67 %) этиологии. Около 24 % опрошенных признаются, что на данный момент в их полости рта имеются пораженные кариесом и не вылеченные зубы, а 16 % затрудняются ответить на данный вопрос. 56 % учеников во время болезни пользуется отдельной посудой и приборами, в то время как 21 % не видит в этом необходимости. Наиболее распространенными вариантами ответа на вопрос о путях передачи

ВИЧ-инфекции были половой (90 %) и контактный (25 %) , однако 23 % респондентов затрудняются ответить. В процессе анкетирования был установлен тот факт, что старшеклассники обладают малыми сведениями о возможности локализации грибковых заболеваний на слизистой щек и языка. Наиболее распространенными вариантами ответа на данный вопрос были: кожа стоп (57 %), ногти (73 %) и половые органы (27 %), что можно объяснить широкой рекламной кампанией в СМИ противогрибковых фармакологических препаратов, воздействующих на данные структуры. Около 67 % молодых людей считают, что забота о своем организме заключается в правильном питании (88 %), регулярных занятиях спортом (85 %) и походах к врачу (67 %). На вопрос о необходимых мерах профилактики заболеваний, передающихся через поцелуй, 51 % считают, что необходимо ограничить близкое общение на период заболевания, 32 % респондентов затрудняются ответить, однако 4 % придерживаются мнения, что можно целовать всегда всех без исключения.

Заключение

Проведённое нами анкетирование старшеклассников г. Твери показало, что поцелуй — достаточно распространённый тип приветствия в молодёжной среде, при этом часть ребят не подозревают об опасностях, связанных с ним. Нежелание замечать первые признаки инфекционных заболеваний, пренебрежение врачебной помощью, профилактическими осмотрами, самолечение свидетельствуют о легкомысленном отношении к своему здоровью. На последующих за анкетированием уроках здоровья мы постарались в интересной для школьников и доходчивой форме рассказать о вирусных, бактериальных и грибковых заболеваниях, передающихся контактным путём. Каждый современный человек должен знать методы их профилактики и индивидуальной защиты. Внимание к своему здоровью и отказ от вредных привычек обязательно положительно скажутся на общем состоянии организма, и риск развития неприятных болезней будет све-

ден к минимуму. Необходимо с молодости следить за своим здоровьем, не пренебрегать профилактическими осмотрами и лабораторными исследованиями, стараться пропагандировать в своей молодежной среде здоровый образ жизни.

Литература

1. Белоусова А.К., Дунайцева В.Н. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии. — М.: Феникс, 2013. — 321 с.
2. Инфекционные и кожные заболевания. Под ред. Николаса А. и др. Перевод Пак С. И др. — М.: Рид Элсивер, 2010. — 296 с.
3. Ковальчук Л.В. и др. Клиническая иммунология и аллергология с основами общей иммунологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 640 с.
4. Львов Н.Д., Дудукина Е.А. Ключевые вопросы диагностики Эпштейн — Барр вирусной инфекции // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2013. № 3. С. 24-32.
5. Медицинская профилактика. Современные технологии. Под ред. Вялкова А.И. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 240 с.
6. Ющук Н.Д., Шестакова И.В. Некоторые аспекты лечения взрослых больных инфекцией, вызванной вирусом Эпштейн — Барр // Терапевтический архив. 2014. Т. 86. № 1. С. 89-94.

К. В. Заякина, 1 курс, факультет очного обучения

ФГБОУ ВО Пермская ГФА Минздрава России, г. Пермь, Россия
Кафедра организации, экономики и истории фармации факультета
очного обучения
Научные руководители: к.ф.н., доцент М. Н. Гурьянова,
Е. С. Ворожцова

**ВОССТАНОВЛЕНИЕ РАННИХ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ ОСНОВАТЕЛЯ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА УРАЛЕ МАГИСТРА
ФАРМАЦИИ Э.К. МЕЗИНГА**

Одним из центров подготовки высококвалифицированных фармацевтических кадров в Российской Федерации является город Пермь. В 2018 году исполняется сто лет со дня организации фармацевтического образования на Урале. В 1918 году было создано фармацевтического отделения при физико-математическом факультете открывшегося в 1917 году Пермского государственного университета. Одним из первых организаторов фармацевтического образования на Урале был магистр фармации Эдуард Карлович Мезинг. Работая профессором кафедры фармакогнозии Химико-фармацевтического отделения Пермского государственного университета, он заложил основы развития фармацевтического образования нашего региона. Пермская государственная фармацевтическая академия, выросшая из Химико-фармацевтического отделения Пермского государственного университета, бережно сохраняет и преумножает память об отцах-основателях фармацевтического образования на Урале.

После почти десятилетней работы в Перми о деятельности Э.К. Мезинга осталось не много информации. Поэтому явился актуальным поиск и восстановление ранних биографических данных Э. К. Мезинга.

Цель исследования: Целью исследования явилось восстановление ранних биографических данных магистра фармации Эдуарда Карловича Мезинга.

Задачи исследования:

1. изучить информацию о ранних этапах жизни Э. К. Мезинга, имеющуюся в архиве музея ФГБОУ ВО «Пермской государственной фармацевтической академии» Минздрава России и в сети Интернет. Выявить позиции в имеющейся биографии Э.К. Мезинга, требующие уточнения.
2. изучить материалы личного дела Э.К. Мезинга, хранящиеся в архиве ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России.
3. изучить материалы биографии Э.К. Мезинга, полученные из Национального архива Эстонии.
4. обобщить данные архивных документов.

Материалы и методы

Метод сбора информации — документальный анализ. Материалами для исследования явилась информация, собранная музеем ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, личные дела Э.К. Мезинга из архивов ФГБОУ ВО ПГМУ им. Академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Национального архива Эстонии, а также информация из сети Интернет.

Результаты и обсуждение

В процессе исследования нами было решено подробнее изучить биографические данные Э.К. Мезинга до 1911 года. Анализ имеющихся в музее ПГФА данных выявил отсутствие подтвержденных документами данных о дате рождения Э.К. Мезинга, его родителях, месте получения среднего образования, месте работы аптекарским помощником. Не полностью присутствуют данные о его профессиональном пути, как провизора и магистра фармации. Нет данных о названии магистерской диссертации, а также руководителе и оппонентах. Обобщение и сравнение данных архивов позволили заполнить имеющиеся «белые пятна» ранней биографии Э.К. Мезинга.

1. Дата рождения. Эдуард Карлович Мезинг (Eduard Adolf Mesing) родился 10 июня 1867 году в имении Керстенсгоф Валкского уезда Лифляндской губернии[5].

2. Родители. Отец: маляр Карл Мезинг и Агата Мезинг (урожденная Гессельтин) — оба евангелическо-лютеранского вероисповедания. Эдуард Карлович был крещен на дому 25 июня 1867, его воспитателями были: Адольф Горн, ПирсГрейнерт и Эрнестине Гессельтин. Он был единственным ребенком в семье [4, 5].

3. Получение среднего образования. 9 августа 1879 года поступил в младшее отделение первого класса Дерптской гимназии и выбыл 1883 году из младшего отделения пятого класса, окончив, таким образом, курс четырех низших классов гимназии и на основании существовавших законоположений он имел право поступить учеником в аптеку [3, 4].

4. Путь профессионального образования через ученичество. С 20 сентября 1883 по 11 сентября 1886 года состоял аптекарским учеником в городе Моршанске при аптеке Андерса. А в декабре 1886 года в Санкт-Петербурге при аптеке Гермелера. 9 марта 1887 года согласно заседанию Медицинского факультета Императорского Дерптского Университета Эдуард Карлович был признан Аптекарским помощником. В 1888-1889 годах Э.К. Мезинг занимал должность аптекарского помощника в Самарской вольной аптеке провизора Вюртнера, в 1889-1890 годах состоял при Старо-Киевской аптеке, и в 1891 году работал в Тверской Старой вольной аптеке Юргенсона[3,4].

5. Профессиональный путь, как провизора. По указу Императорского Величества Александра 19 декабря 1892 года Эдуард Карлович по прохождению как теоретических и практических испытаний был удостоен Медицинским факультетом Императорского Дерптского Университета степени провизора[3].

6. Получение звания магистра. 28 октября 1894 Э.К. Мезинг составил прошение о допуске его к испытаниям на степень магистра

фармации. 23 августа 1895 выдержал испытания и удостоен медицинским факультетом степени магистра фармации, и для получения которой Э.К. Мезингу необходимо было защитить диссертацию[3]. И в 1907 году Эдуард Карлович защитил диссертацию на степень магистра фармации «Химическое исследование источников водоснабжения Закаспийской области под руководством Григория Витальевича Хлопина [1,2]. В изучаемых архивных делах нами обнаружены протоколы «при экзамене на степень магистра фармации» за 1894 год. Всего Э.К. Мезинг сдал 11 экзаменов, среди которых химия, минералогия, физика, фармакология, распознавание и описание сырых аптекарских товаров, распознавание химико-фармацевтических препаратов, «знание того, какая помощь должна быть подана в случаях, не допускающих отлагательства, обозначенных в § 35 аптекарского устава», судебно-химическое исследование, знание фармацевтической бухгалтерии, зоология, ботаника [3].

7. Профессиональный путь магистра фармации. С 1895 года заведовал аптекой в Старой Бухаре и лабораторией при Русско-Түземной лечебнице эмира Бухарского [1]. С 14 апреля 1898 года поступил на службу Закаспийской железной дороги на должность сверхштатного провизора врачебной части. С 1 января 1900 года переведен химиком в лабораторию материальной службы, а с 1908 за переходом химической лаборатории в службу пути и сооружений, и он переведен в занимаемой должности. Во время службы неоднократно принимал участия в экспедициях по исследованию источников водоснабжения и месторождения нефти Туркмено-Хоросанской и Ферганской областей[6].

Заключение

Основываясь на архивных делах, информации из сети Интернет нам удалось восстановить ряд биографических данных ранних этапов жизни основателя фармацевтического образования магистра фармации Эдуарда Карловича Мезинга.

Литература

1. Химическое исследование источников водоснабжения Закаспийской области: Дис. на степ. магистра фармации Э. Мезинга. — Санкт-Петербург: тип. В. Мильштейна, 1907. — 160 с. (Серия докторских диссертаций, допущенных к защите в Императорской Военно-медицинской академии в 1906-1907 учебном году; № 3).
2. Васильев К. Лидер русской гигиенической школы Григорий Витальевич Хлопин (1863-1929): Одесский период жизни и деятельности. // Південний захід. Одесика. Историко-краеведческий научный альманах. Одесса, Изд-во: «Друкарський дім», — Вып. 15 — 2013. — С.236-257
3. EAA.402.2.16457
4. EAA.402.2.16456
5. ERA.36.2.10609
6. Личное дело Э.К. Мезинга № 245 из архива ФГБОУ ВО ПГМУ Минздрава России

А. Ю. Зубкова, Т. Т. Тажигулов, 5 курс, медико-профилактический факультет

ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ Минздрава России, г. Оренбург,
Россия

Кафедра общей и коммунальной гигиены

Научный руководитель: к.м.н. Д. А. Кряжев

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ КОНТАМИНАЦИИ ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ ОСНОВНЫХ ГРУПП МЯСНОЙ ПРОДУКЦИИ

В жизни человека питание играет огромную роль. Обеспечение организма необходимыми и качественными нутриентами является основой здоровой жизни населения. Одним из необходимых нутриентов является белок. Белок — источник эссенциальных аминокислот, необходимых для построения новых тканей. Поэтому важен не только количественный, но и качественный состав белка поступающего в организм человека. Наиболее важен белок животного происхождения. На сегодняшний день имеется огромное число различных видов мясной продукции. Именно поэтому необходимо проводить систематический мониторинг качества и безопасности мясной продукции.

Цель исследования: провести сравнительную оценку уровня контаминации основных групп мясной продукции химическими веществами, потребляемой населением городов Оренбургской области.

Материалы и методы

Объектом исследования явились города Оренбургской области. Предметом исследования явились 872 пробы различных групп мясных продуктов, отобранные при проведении плановых и внеплановых проверок в городах Бугуруслан, Бузулук, Гай, Медногорск, Новотроицк, Орск, Оренбург. Проанализированные пробы были отобраны за период с 2009 по 2013 годы. Исследовались как привозные, так и продукты местного производства. Группы исследуемых продуктов: мясо птицы, говядина, свинина, субпродукты, замороженные полуфабрикаты (кот-

леты, тефтели, пельмени и т.д.). Отобраны пробы колбасных изделий вареного и копченого способа производства, а также готовой мясной продукции. Необходимо отметить что мясоперерабатывающие мясные предприятия расположены в Бузулуке, Бугуруслане, Гае, Новотроицке, Орске и Оренбурге. Гигиеническая оценка была проведена по анализам в пробах пищевых продуктов тяжелых металлов (кадмий, свинец, ртуть, мышьяк).

Результаты и обсуждения

При анализе проб было установлено, что за 2009 год в городах Оренбургской области загрязнений мясных продуктов ртутью было минимальным на весь период наблюдения (0,02 ПДК). Максимальная контаминация наблюдалась по кадмию (0,08 ПДК). Несколько ниже было загрязнение мясной продукции мышьяком (0,06 ПДК). Контаминация свинцом за 2009 год составила 0,03 ПДК.

В 2010 году среди контаминантов на первом месте кадмий (0,08 ПДК). Загрязнение свинцом (0,03 ПДК) осталось на прежнем уровне. Отмечается повышение уровня загрязнения ртути (0,03 ПДК) и мышьяка (0,07 ПДК).

За 2011 снизился уровень загрязнения мышьяком (0,06 ПДК). Показатели ртути (0,03 ПДК), кадмия (0,08) и свинца (0,03) остались на прежнем уровне.

Контаминация кадмием, впервые за четыре года наблюдения, снизилась в 2012 году до 0,07 ПДК. Показатели ртути (0,03 ПДК), мышьяка (0,06 ПДК) и свинца (0,03 ПДК) остались на прежнем уровне.

В 2013 году произошло снижение уровня контаминации ртути (0,02 ПДК). Уровень загрязнения кадмием остался на прежнем уровне (0,07 ПДК). Также снизился уровень контаминации мясной продукции свинцом (0,02 ПДК). В пробах 2013 года загрязнение мышьяком не изменилось (0,06 ПДК).

В результате исследования было установлено, что максимальное загрязнение мясной продукции ртутью отмечено в Гае (0,15 ПДК) и

Оренбурге (0,04 ПДК). Минимальное наличие следов ртути в мясной продукции в городах Новотроицк (0,01 ПДК) и Медногорск (0,003 ПДК). Загрязнение ртутью мясопродуктов в Бугуруслане, Бузулуке и Орске не обнаружено.

Бугуруслан (0,47 ПДК) и Гай (0,19 ПДК) лидируют по загрязнению мясных продуктов кадмием. Концентрация кадмия в пробах составляет в Бузулуке (0,01 ПДК), Новотроицке (0,08 ПДК) и Оренбурге (0,06 ПДК). В пробах мясной продукции Орска и Медногорска кадмия не обнаружено.

Контаминация свинцом в больших количествах отмечено в Бугуруслане (0,13) и Новотроицке (0,09 ПДК). Наличие свинца в мясных продуктах зафиксировано в Бузулуке (0,03 ПДК), Гае (0,02 ПДК) и Оренбурге (0,01 ПДК). Загрязнение свинцом мясных продуктов не обнаружено в Медногорске и Орске.

Максимальное загрязнение мясной продукции мышьяком отмечено в Медногорске (0,89 ПДК). Такой высокий показатель может быть связан с неблагоприятной экологической обстановкой на данной территории, по причине. Меньшее количество мышьяка обнаружено в Бугуруслане (0,07 ПДК), Гае (0,05 ПДК), Новотроицке (0,04 ПДК) и Оренбурге (0,03). В пробах мясопродуктов Орска и Бузулука химическое загрязнение мышьяком отсутствует.

При экспертизе проб мяса птицы обнаружена максимальное загрязнение мышьяком (0,059 ПДК), по сравнению с другими контаминантами (ртуть 0,025 ПДК, кадмий 0,05 ПДК и свинец 0,02 ПДК).

В результате исследования в пробах говядины обнаружен самый высокий уровень загрязнения кадмием среди всех групп продуктов (0,07 ПДК). Уровень загрязнения ртутью остался на прежнем уровне, как и в пробах мяса птицы (0,02 ПДК). Уровень загрязнения свинцом также не изменился (0,02 ПДК). Повышен уровень контаминации мышьяком (0,06 ПДК).

Уровень контаминации свинины кадмием составил 0,05 ПДК. По сравнению с другими продуктами уровень контаминации ртутью(0,02 ПДК) и свинцом (0,02 ПДК) не изменился. Уровень загрязнения мышьяком составил 0,06 ПДК.

В замороженных продуктах и полуфабрикатах уровень контаминации химических веществ ртутью составил 0,02 ПДК. Загрязнение по мышьяку составило 0,05 ПДК, а по свинцу — 0,02 ПДК. Максимальное загрязнение полуфабрикатов кадмием (0,067 ПДК).

Среди колбасных изделий, таких как колбаса вареная и колбаса копченая отмечены одинаковые уровни загрязнения такими контаминантами как ртуть (0,02 ПДК), свинец(0,022), мышьяк(0,058). В показателях по кадмию лидирующее место заняли вареные колбасные изделия (0,053 ПДК), а показатель загрязнения копченых колбас составил 0,048 ПДК. Наличие химических контаминантов в колбасных изделиях и полуфабрикатов указывает на их присутствие в мясной продукции используемой для изготовления данного продукта.

В группе готовых мясных продуктов показатели ртути и мышьяка остались на прежнем уровне, что и в других группах (0,02 ПДК). Данная группа показала самый низкий уровень загрязнения кадмием (0,042 ПДК) и самый низкий уровень контаминации свинцом (0,018 ПДК).

Выводы

Уровни контаминации тяжелыми металлами мясной продукции потребляемой населением городов Оренбургской области находятся в пределах гигиенических нормативов. В результате исследования выявлено что в течение пяти лет лидирующим контаминантом является кадмий. Наиболее химически загрязненной группой продуктов является мясо говядины. Содержание мышьяка максимально приближено к ПДК в г. Медногорск. Содержание кадмия на максимальном уровне отмечено в г. Бугуруслане.

Литература

1. Боев, В.М. Определение экспозиции и оценка риска воздействия химических загрязнителей плодовоовощной продукции на население / Боев В.М., Кряжев Д.А., Тулина Л.М., Тажигулов Т.Т. // Материалы II Всероссийской заочной научно-практической конференции с международным участием: Санкт-Петербург — 2016 — С.35-37.
2. Боев, В.М. Загрязнение химическими веществами пищевых продуктов, потребляемых населением моногородов и сельских поселений // Боев В.М., Кряжев Д.А., Тулина Л.М., Галлямова И.И., Морозова И.С. // Материалы II Всероссийской заочной научно-практической конференции с международным участием: Санкт-Петербург — 2016 — С.34-35.
3. Галлямова, И.И. Оценка контаминации и экспозиции свинцом пищевых продуктов, потребляемых населением моногородов и сельских поселений / Галлямова И.И., Морозова И.С., Кряжев Д.А., Боев В.М. // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы I Международной (71 Всероссийской) научно-практической конференции молодых учёных и студентов, Екатеринбург, 13-15 апреля 2016 г. — Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2016. — Том 1. — С.537-540.

А. А. Ибраева, 3 курс, отделение иностранных языков

Павлодарский педагогический колледж им. Б. Ахметова,

г. Павлодар, Республика Казахстан

Отделение иностранных языков

Научный руководитель: преподаватель Б. Б. Дощанова

ВЛИЯНИЕ АНГЛИЦИЗМОВ НА СОВРЕМЕННЫЙ НЕМЕЦКИЙ ЯЗЫК

Тема английских заимствований в немецком языке достаточно популярна и становилась объектом изучения для многих как отечественных, так и зарубежных лингвистов. Интерес к данной проблеме с течением времени не ослабевает, что свидетельствует о ее многоаспектности и неисчерпаемости. В настоящее время английский язык специалисты характеризуют как «модный язык с яркими тенденциями превращения его в мировой язык».

Глобализация — это процесс, в ходе которого возрастают взаимовлияние и взаимозависимость народов и государств, в числе данных факторов находится и культурная интергация. Это новая ступень интернационализации всех сторон общественной жизни, становление целостного мира на основе новейших достижений информационно-технической революции.

Говоря об англицизмах в современном немецком языке следует отметить, что в конце XX — начале XXI столетия на немецких граждан буквально обрушился шквал заимствований из английского языка, причем различного вида, в различных проявлениях и в различные сферы жизнедеятельности немецкого общества. В Германии с недавних пор стало модой употреблять английские слова вместо немецких. Но их употребляют не все немцы, а только те, кто владеет английским языком. Например, в больших немецких городах или крупных вокзалах на каждом шагу можно встретить английские выражения: McClean, Moonlight, Checkin, Image — Center, City — Shopping. (Langenscheidt, Grosswörterbuch Deutschals Fremdsprache, Berlin, 2003.) В последние

годы немцы совершенно естественно употребляют такие англицизмы как *Jogging, Live, Basketball, Airbag, Mountainbike*.

Характерной чертой нашего времени является стремление к глобальной интернационализации. Этот процесс охватывает все сферы функционирования общества: будь то материальное производство или духовная деятельность. Все события, происходящие в жизни народа, отражаются в лексическом составе его языка: возникают новые слова для обозначения новых предметов и понятий, постепенно устаревают слова, обозначающие предметы, более не используемые.

В настоящее время все большее количество английских слов стало проникать в немецкий язык.

«Denglisch» (это *Deutsch* и *Englisch*) — так называется смешение английского и немецкого языков.

На сегодняшний день, употребление английских слов вместо немецких стало очень популярно. Но исследования показывают, что многие немцы недостаточно понимают истинный смысл и значения английских слов. Особенно трудно пожилым людям. Зачастую им необходим переводчик, чтобы понять, почему на каждом магазине написано «Sale», что такое «Callshop» или «Surf&Rail».

Но их употребляют не все немцы, а только те, кто владеет английским языком. Например, в больших немецких городах или крупных вокзалах на каждом шагу можно встретить английские выражения: *McClean, Moonlight, Checkin, Image — Center, City — Shopping*. (Langenscheidt, *Glossar Deutsch als Fremdsprache*, Berlin, 2003.)

Но в любом языке происходят изменения, в частности и за счёт заимствования из других языков. Уже давно не возмущают немцев латинские слова, например: *Fenster*, греческие: *Katastrophe, Analyse* или французские: *Premiere, Dessert*. В последние годы немцы совершенно естественно употребляют такие англицизмы как *Jogging, Live, Basketball, Airbag, Mountainbike, Baby, Clown, Detektiv, Film, Fussball*,

Gentleman, international, Komfort, konservativ, Paddel, Partner, Safe, Sport, Standard, Start, Tennis, Trick.

Изменяется мир, а вместе с ним люди и языки. Но в то же время немецкие лингвисты и обыкновенные граждане, заинтересованные в чистоте своего языка и объединяющиеся для его защиты, выражают свою обеспокоенность при оценке влияния английского языка на немецкий язык.

1. Все страны мира находятся в тесной связи друг с другом. События (войны, революции, новые политические режимы), которые переживают одни страны, влияют на политическую жизнь в других странах и приносят с собой новую лексику, понятия и выражения в другие языки. В период Второй мировой войны в немецкую речь пришло много новых слов из англо–американского языкового пространства.

2. Можно найти много англицизмов в различных профессиональных сферах и прежде всего в спорте, музыке, экономике и технике. Например, *Fan, Match, Job, Team, Computer, Know-how, Holding* и так далее. Эти сферы испытывают огромное терминологическое влияние, здесь возникают новые термины на основе новых технологий, в основном из США. Многие термины сегодня приходят и в повседневную речь:

Problememanagen, Vorbestellungencanceln, Preisescannen.

А вот ещё один прекрасный образец внедрения англицизмов в разговорную речь:

«Langstkaufen Mum und Dad mitihrencoolen Kids lieberim Shopping-Center auf der grunen Wiese alsimbiederen Discounter in der City und noch auf der langweiligenGeburtstagsparty singen die Gaste Happy Birthday.»

3. Языкознание обосновывает внедрение иностранных слов в немецкий язык тем, что для некоторых поступающих из-за границы предметов, вещей, понятий в немецком языке нет специальных названий, их можно обозначить только с помощью описания, используя при этом словосочетания или даже целые предложения:

Public Relations обозначает по-немецки: *Offentlichkeitsarbeit, of-fentliche Beziehungen, Kontaktpflege und Meinungspflege*.

Или понятие *Manager* можно объяснить по-немецки только следующим образом:

Mit weit gehen der Verfügungs gewalt und Entscheidungsbefugnis aus gestatteteleiten de Personlich keite ines Grossunternehmens.

Здесь, конечно, лучше употребить англо- американские термины, так как немецкие эквиваленты описывают эти понятия слишком сложно и многословно. Теодор Адорно писал: «Лучше использовать иностранные слова там, где по каким-либо причинам невозможен дословный перевод». (Theodor W. Adorno, Worteraus Fremde.InP.Braun.Fremdwort-Diskussion,Munchen, Fink.)

4. Известно также, что англо-американский словарный запас больше и имеет около 700 000 лексических единиц. Немецкая лексика охватывает только около 400 000 слов. Поэтому имеется много таких понятий, для которых в немецком языке нет эквивалентов.

5. Каждый язык стремится к краткости. Телеграммный стиль используется не только в E-mail сообщениях, но и в обыденной речи. Многие английские слова короче и удобнее в произношении, чем немецкие. Например, сравним такие слова как:

- *Trucker* (2 слога и 7 букв) — *Lastwagenfahrer* (5 слогов и 15 букв); *Jointventure* (5 слогов и 12 букв) — *Gemeinschaftsunternehmen* (7 слогов и 24 буквы);
- *Management* (3 слога и 10 букв) — *Unternehmensleitungen* (7 слогов и 21 буква).

Итак, видно, что англицизмы имеют более краткую форму в сравнении с аналогичными по значению немецкими словами.

6. Англицизмы избегают частого использования, являются вариантом при использовании немецких терминов. Например,

Banker звучит современнее чем *Bankier* и имеет более короткую форму чем *Bankfachmann*.

В одном и том же контексте можно использовать различные варианты английских обозначений: вместо *Dollar* часто употребляется *Greenback* (также и в русском языке часто употребляются жаргонизмы баксы, грины).

Употребление англицизмов играет большую роль, чтобы собеседники могли лучше понимать друг друга, без трудностей и однозначно. Англицизм должен употребляться в случае затруднения понимания. Спорным является употребление англицизмов и англоамериканизмов, если они не имеют особой содержательной, стилистической или синтаксической функции. При ближайшем рассмотрении можно заметить, что к многочисленным англицизмам имеются точные и выразительные немецкие соответствия:

Lover — Liebhaber, Loser — Verlierer, Feeling — Gefühl, Airport — Flughafen, Deal — Handel.

Литература

1. Алиаскарова, Г. Ф. Сравнительный анализ неологизмов в русском и немецком языках: диссертация . кандидата филологических наук. -Чебоксары, 2006. — 203 с.
2. Бодуэн де Куртене И. А. Избранные труды по общему языкознанию. В 2 томах. М.: АН СССР, 1963. — 365 с.
3. Борисова Л.И., Парфенова Т.А. Справочник по общему и специальному переводу. М.: НВИ — Тезаурус, 2005. — 328 с.
4. Брагина, А.А. Неологизмы в русском языке.-М.: Просвещение, 1973.-224с.
5. Будагов, Р. А. Новые слова и значения // Человек и его язык. М.: МГУ, 1976.-с. 275-283.
6. Вайнрайх, У. Одноязычие и многоязычие. // Новое в лингвистике. Вып. 6. М.: Прогресс, 1972. — С. 25 — 60.
7. Васильева, Л.В. Обогащение современного немецкого языка иноязычными заимствованиями: Экспериментально-типологическое исследование на материале англицизмов: Дис. . канд. филол. наук. -Ставрополь, 2004. 220 с.
8. Гордишевская, Е.В. К вопросу о влиянии английского языка и его американского варианта на языковую ситуацию в современной Германии: Дис. . канд. филол. наук. -М., 2005. 206 с.
9. Крысин Л.П. Иноязычное слово в контексте современной общественной жизни. // Русский язык конца XX столетия. М.: Наука, 1996. — С. 142-161.
10. Крысин Л.П. Иноязычные слова в современном русском языке.- М.: Наука, 1968.- 208 с.

11. Романова М. С. Специфика функционирования англицизмов в немецком молодежном языке: диссертация . кандидата филологических наук: 10.02.04. - Москва, 2001.- 180 с.
12. Россихина Г.Н. Новый англо-немецкий язык: угроза или реальность? // Филологические науки. М., 2001. — №2. — С. 109-116.
13. Мюллер В.Г. Англо-русский словарь. М.: Русский язык, 1999
14. Langenscheidt, Großwörterbuch Deutsch als Fremdsprache, Berlin, 2003

Н. Н. Иванов, А. Л. Пашкова, 3 курс, лечебный факультет;
С. Б. Марасанов, Г. А. Петров

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра фармакологии и клинической фармакологии
Научный руководитель: д.м.н., профессор С. Б. Марасанов

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Цель исследования: установить наиболее часто встречающиеся побочные эффекты комбинированных оральных контрацептивов, определить механизм их возникновения, оценить риски их применения.

Материалы и методы

Произведён поиск современных источников, содержащих информацию о применении комбинированных оральных контрацептивов в современной медицине.

Результаты и обсуждение

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) нашли широкое применение в 21 веке, когда в силу социальных условий не всегда желательна ранняя беременность. Данная группа препаратов выпускается в удобной лекарственной форме, в таблетках, в которых точно рассчитана доза эстрогенов и прогестинов, вызывающих контрацептивный эффект. Как и любое лекарство, они могут вызвать ряд нежелательных побочных эффектов, которые можно разделить на 4 группы:

1. Избыточное влияние эстрогенов: головная боль, раздражительность; тошнота, рвота; хлоазма; варикозные расширения вен; увеличение массы тела.
2. Недостаточный эстрогенный эффект: депрессия; раздражительность; уменьшение размера молочных желёз; снижение либидо; сухость влагалища; межменструальные кровотечения, скудные менструации.
3. Избыточное влияние прогестагенов: утомляемость; угревая сыпь; снижение либидо; сухость влагалища; увеличение массы тела.

4. Недостаточный прогестагенный эффект: обильные менструации; межменструальные кровотечения, задержка менструации.

Использование КОК может привести к различным заболеваниям: артериальная гипертензия, сахарный диабет, инфекции мочевыводящих путей, гиперплазия эндометрия.

Прием гормональных контрацептивов у некоторых женщин активирует свертывающую систему крови, ведёт к развитию тромбозов и эмболий. В эпидемиологических исследованиях частота венозной тромбоэмболии у женщин, принимавших гормональные контрацептивы с низким содержанием эстрогенов, составляла 20-44 случая на 100 тысяч женщин в год, однако степень риска различалась в зависимости от содержания прогестагена. Среди женщин, не применявших пероральные контрацептивы — 5-10 случаев на 100 тысяч женщин в год.

Риск артериальной гипертензии связан с тем, что эстрогенный компонент КОК оказывает стимулирующее действие на миокард, повышение ударного и минутного объёмов сердца, активирует систему ренин-ангиотензин-альдостерон, вызывает гиперволемию у 2,5-6,0 % женщин.

Влияние на липидный обмен у 10-20 % женщин характеризуется увеличением концентрации в плазме крови холестерина, липопротеинов низкой плотности, триглицеридов и фосфолипидов. Установлено, что эстрогены благоприятно влияют на показатели липидного обмена, но некоторые прогестероны оказывают андрогенный эффект, включающий в себя прогрессирование атеросклероза за счет изменений уровня в крови холестерина и липопротеинов. КОК необычно влияют на углеводный обмен: эстрогенный компонент вызывает нарушение толерантности к глюкозе приводит к изменениям в углеводном обмене, характерным для сахарного диабета, у 13-14 % женщин. Диабетогенное действие контрацептивных препаратов связано и с воздействием гестогенов.

На иммунную систему КОК оказывают в основном благоприятные эффекты: эстрогены положительно влияют на барьерные функции сли-

зистых, защищают их от инфекций, прогестерон повышает чувствительность к инфекциям, но при их использовании на фоне низкого содержания эстрогенов появляется риск развития дисбактериоза.

У 25-30 % женщин, принимавших оральные контрацептивы с высокими дозами эстрогенного и прогестагенного компонентов, развивается инфекция мочевыводящих путей. Длительное применение гормональных контрацептивов может вызвать дискинезию и гиперкинезию, а в ряде случаев гипотонию и гипокинезию чашечно-лоханочной системы и мочеточников, что в итоге может привести к пиелонефриту.

Монотерапия эстрогенами женщин в постменопаузе повышает риск гиперплазии эндометрия пропорционально длительности лечения и дозе эстрогенов. Женщинам с интактной маткой следует назначать комбинированную терапию эстроген-прогестерон.

Заключение

Если беременность нежелательна по ряду причин, можно применять комбинированные оральные контрацептивы, так как их эффективность весьма высока. Необходимо обращать внимание на риск возникновения ряда заболеваний вследствие приёма этой группы препаратов. Стоит отметить, что в настоящее время проводится большая работа по совершенствованию препаратов, что позволит снизить возникновение побочных эффектов в будущем.

Литература

1. Серов, В. Н. Гинекологическая эндокринология / В. Н. Серов, В. Н. Прилепская, Т. В. Овсянникова. — 5-е изд. — М.: МедПресс-Информ, 2015. — 528 с.
2. Прилепская, В.Н. Контрацептивные и лечебные аспекты современных методов контрацепции: клинические лекции. / Е. А. Межевитинова, В. Н. Прилепская, Н. М. Назарова и др. — М. : МедПресс, 2006. — 128 с.
3. Серов, В. Н. О гормональной контрацепции / В. Н. Серов, О. В. Цветаева // РМЖ. — 2009. — № 16. — С. 1032.
4. Роговская, С. И. Современные методы контрацепции / И. Роговская. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 224 с.
5. Hormonal contraceptive use modulate the local inflammatory response to bacterial vaginosis / T. L. Chernes, J. M. Marrazzo, L. A. Cosentino et al. // Sex Transm. Infect. — 2008. — Vol. 84(1). — P. 57-61.

П. В. Иванова, И. Н. Самошонкова, А. Ю. Шабанова, 5 курс,
педиатрический факультет;

Е. А. Зеленковская, 5 курс, стоматологический факультет;

С. В. Школовой, Ю. Л. Вороная

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра внутренних болезней

Научные руководители: к.м.н., доцент С. В. Школовой, к.м.н., доцент

Ю. Л. Вороная

СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

Цель исследования: описать клинический случай болезни Бехчета.

Материалы и методы

Данные истории болезни из ревматологического отделения ОКБ, Тверь.

Результаты и обсуждение

Проиллюстрированы трудности своевременной диагностики и дифференциальной диагностики при болезни Бехчета. Продемонстрирована необходимость знания этой болезни врачами узких специальностей, т.к. симптомы могут маскироваться под местную патологию.

Клинический случай

У пациентки М., 28 лет во время беременности (5-6 недель) впервые появились множественные афты в полости рта, по поводу которых сначала без эффекта лечилась у стоматолога. Однако, вскоре клиника заболевания расширилась: присоединилась фебрильная лихорадка, появился многократный жидкий стул (5-10 раз в сутки). Пациентка в дебюте болезни за 3 недели похудела на 14 кг. На фоне лечения энтерофурилом стул постепенно нормализовался, но при этом появились новые симптомы — плотные эритематозные высыпания на голенях — узловатая эритема. По поводу жидкого стула больная была консультирована гастроэнтерологом, на колоноскопии выявлен колит; язв и онкопатологии не найдено. При лечении преднизолоном 15 мг/сут постепенно абдоминальная симптоматика регрессировала, температура нормализовалась. В процессе лече-

ния неоднократно возникали ситуации, требовавшие коррекции или отмены курса (донашивание беременности, родоразрешение, лактация). Отчасти, вероятно, в связи с этим болезнь протекала волнообразно, с периодами обострений. В лечении больной на начальном этапе принимали участие стоматологи (афтозный стоматит), гинекологи (язвы гениталий), гастроэнтерологи (явления колита), дерматологи (псевдопустулез), а позже — ревматологи. Столь разнообразная симптоматика послужила основанием для исключения болезни Бехчета. Больная была консультирована в НИИ ревматологии, проведено HLA B51-типирование, диагноз подтвержден: болезнь Бехчета: рецидивирующий афтозный стоматит, язвы гениталий, поражение кожи (псевдопустулы, узловатая эритема), поражение кишечника в анамнезе (3 больших признака и 1 малый). Больной в итоге была назначена схема, включавшая метипред 24 мг/сут с постепенным снижением до 8 мг/сут; сульфасалазин 2,0 г/сут; азатиоприн 50 мг/сут и колхицин 0,5 мг/сут (после снижения дозы метипреда до 8 мг/сут). В результате была достигнута стойкая ремиссия, и через 2 года от установления диагноза пациентка родила 2-го ребенка. Настоящий результат лечения можно считать оптимальным, т.к. болезнь способна поражать не только кожу, полость рта и кишечник, она рискованна также по развитию поражения глаз, крупных артерий и головного мозга.

Заключение

Приведенный случай наглядно демонстрирует, что болезнь Бехчета может иметь разнообразную симптоматику. Это обстоятельство, особенно на ранних стадиях болезни, обуславливает трудности диагностического поиска. Больные могут подолгу и безуспешно лечиться у врачей самых разных специальностей по поводу местных проявлений, например, по поводу упорного афтозного стоматита, язв в области гениталий и т.д. И только понимание того, что это не местная патология, а местные проявления общего заболевания, выводит врача на правильную лечебную тактику. Ситуация усугубляется тем, что это патология достаточно редкая, и врачи часто о ней не знают.

А. А. Ильина, 6 курс, лечебный факультет; Е. Г. Некрасова, доцент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра дерматовенерологии с курсом дерматовенерологии и
косметологии ФДПО, интернатуры и ординатуры
Научный руководитель: д.м.н., профессор В. В. Дубенский

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ УСИЛЕННОЙ ДЕСКВАМАЦИИ КОЖИ ГОЛОВЫ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Обновление эпидермиса — это непрерывный физиологический процесс отшелушивания незаметных глазу чешуек, необходимый для поддержания тканевого гомеостаза эпидермиса и обеспечения ряда защитных функций кожи. Он происходит в норме у каждого человека на протяжении всей жизни и зависит от возраста, образа жизни, части тела, общего состояния здоровья, воздействия солнечных лучей и пр. Однако при ряде заболеваний процессы десквамации кожи головы нарушаются. Так легкие проявления усиленной десквамации (перхоть) периодически появляются на протяжении жизни практически у каждого человека. В России нет точных статистических данных о распространенности перхоти среди населения, результаты варьируют от 40 % до 90 %. Наличие перхоти вызывает беспокойство у многих людей, снижая зачастую качество жизни пациентов, другие же, наоборот, не обращают на эту проблему должного внимания. Способствуют нарушению десквамации эпидермиса кожи головы эндокринные, вегетососудистые, аутоиммунные нарушения, гормональные сбои, дисбиотические изменения в микрофлоре кишечника, конституциональные особенности организма.

Цель исследования: оценить распространенность и клинические проявления десквамации эпидермиса среди учащихся Тверского государственного медицинского университета из разных стран.

Материалы и методы

Обследованы 161 студент, учащиеся ТГМУ, из которых 103 человека граждане Российской Федерации, 58 иностранцы: граждане Индии, Шри-Ланки, Таджикистана, Марокко, Молдавии, Узбекистана, Азербайджана, Армении, Украины, Молдавии. Среди обследованных российских учащихся 73,2 % — девушки, 27,8 % — юноши; среди иностранных — 35,2 % и 64,8 %, соответственно. Средний возраст российских студентов составил $20,9 \pm 1,3$ лет, иностранных — $22,1 \pm 1,8$ года. Каждый учащийся заполнял анкету, содержащую 19 вопросов, включающих тип кожи головы, наличие и давность возникновения перхоти, провоцирующие факторы и проводимое лечение. Объективное обследование студентов включало осмотр и трихоскопию кожи головы с помощью трихоскопа AramoSG с программным обеспечением TrichoSciencePro.

Результаты и обсуждение

По данным анкетирования у большинства российских студентов (57,8 %) отмечался жирный тип кожи головы («становится грязной» через 1-2 дня), у 2,9 % — сухой («грязная» более чем через 4 дня), у 39,3 % — нормальный («грязная» через 3-4 дня). Для иностранных студентов эти результаты составили 24,5 %, 18,4 % и 57,4 % соответственно, т.е. большинство из них оценивали свой тип кожи головы как нормальный.

На момент опроса 11,7 % российских и 32,8 % иностранных студентов подтвердила у себя наличие перхоти. Наличие перхоти ранее отмечали 57,8 % граждан Российской Федерации и 62,1 % иностранцев. Среди них 6,8 % российских студентов и 21,9 % иностранцев указывали на длительное течение этого заболевания. Появление себореи один раз в квартал отметили 15,3 % российских студентов и 25 % иностранных, 2 раза в год — 15,3 % и 9,4 % студентов соответственно, менее 1 раза в год — 35,6 % российских и 18,8 % иностранных.

Большинство студентов (60 % российских и 50 % иностранных) считают, что причиной появления перхоти является смена шампуня,

кроме того, среди причин указывают стресс, смену характера питания и редкое мытье головы. По поводу данного заболевания к дерматологу обращались всего лишь 7 российских студентов (6,8 %): 5 человек в связи с наличием перхоти, 2 человека в связи с зудом и гиперемией кожи головы, зарубежные студенты (16,3 %) также обращались к дерматологу. Всем из них был назначен лечебный шампунь с положительным эффектом.

По данным трихоскопии явления себореи кожи волосистой части головы были выявлены у 60,7 % обследованных российских и 57,9 % иностранных учащихся. Большинство учащихся отмечали появление данной симптоматики неоднократно ранее (82,4 % российских и 66,7 % иностранных граждан), что говорит рецидивирующем характере патологии.

Заключение

Среди студентов, как российских, так и иностранных повышена частота встречаемости клинических проявлений себорейного дерматита волосистой части головы, что зачастую не совпадало с данными опроса студентов. Столь высокая распространенность данной нозологии среди молодежи требует проведения просветительной работы о мерах профилактики данного заболевания.

Литература

1. Гаджигороева, А. Г., Клиническая трихология: М.: Практическая медицина, 2014. — 184 с.
2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е издание., перераб. и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016. — 275 с.
3. Дубенский, В. В, Редько, Р. В. Грибковые заболевания кожи: Учебное пособие / Под редакцией В. В Дубенского — Тверь, 2004. — 200 с.
4. Злотогорский А., Шапиро Д., Трихология: под ред. Литуса А.– К. Издательство, второе издание, 2016 г. — 276 с.
5. Трюб, Ральф М. Сложный пациент трихолога: руководство по эффективному лечению алопеций и сопутствующих заболеваний: пер. с англ. под ред Н.Г. Баруновой, В.П. Ткачева — М.: ГЭОТАР-Медия, 2018. — 392с.

В. Н. Илькаева, 3 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории
Отечества
Научный руководитель: к.п.н., доцент Л. А. Мурашова

НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В КАРДИОХИРУРГИИ КАК МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний по данным Всемирной организации здравоохранения достигает 31 % от всех смертей в мире. В конце прошлого века болезни сердца в России, как и во всем мире, заметно помолодели. Вдвое чаще стали диагностировать патологии сердца и системы кровообращения у людей от 25 до 35 лет [3].

«Сердечно-сосудистые заболевания — это чума XX века, которая перешла и в век XXI, и она одинаково бьет по всем странам мира», — как однажды отметил в беседе с журналистами директор Научного центра сердечно-сосудистой хирургии имени А. Н. Бакулева, ведущий российский кардиохирург, академик Лео Бокерия. Ведь именно в Бакулевском центре была выполнена первая имплантация кардиостимулятора в СССР.

Электрические «водители ритма» старого образца работают на батарейках, которые необходимо заменять каждые 7-10 лет. Эта процедура требует хирургического вмешательства, которое проводится под общей анестезией, что само по себе рискованно для людей с больным сердцем. Кроме того, стоимость одной такой операции может достигать около 20 тысяч долларов США.

Сейчас у пациентов появилась надежда, что, скоро все изменится и новое устройство будет получать питание от биения собственного сердца пациента. «Энерго-харвестер — устройство для создания энергии достаточной для питания кардиостимулятора, использует магниты плюс колебания внутри грудной полости», — говорят его разработчики.

Имплантируемые кардиостимуляторы используются уже более 50 лет, но у них всегда имелся один недостаток, а именно батареи, которые должны заменяться. «Таким образом, появление кардиостимулятора без батареи будет экономичным в плане сокращения числа операций, или полностью сможет устранить их проведение, и будет экономично с точки зрения медицинских расходов», — отметил Дэвид Инман, председатель отделения авиакосмической техники в Мичиганском университете в Анн-Арборе.

Кардиостимуляция (греч. *kardia* сердце + лат. *stimulatio*. от *stimulare* нарушать, побуждать) — метод лечения нарушений сердечного ритма с помощью электрических импульсов заданной силы и частоты воздействует на сердечную мышцу и вызывает сокращения желудочков. Используют специальные аппараты — электрокардиостимуляторы (ЭКС), состоящие из электронной схемы, которая генерирует электрические импульсы, электродов и источника питания [2, с.1].

Крошечное устройство составляет половину размера обычного аккумулятора кардиостимулятора и использует пьезоэлектричество — электрический заряд, который генерируется движением плюс небольшим магнитным полем. А следующим шагом будет получение последних измерений энергии сердца у пациентов, перенесших операции на сердце.

С целью улучшения качества жизни пациентов ЭКС разработаны для максимального приближения искусственного ритма имплантируемого устройства к нормальному, естественному ритму. Тем самым обеспечивается адекватная адаптация частоты сердечного ритма к физиологическим потребностям организма в покое, при физических, эмоциональных и умственных нагрузках [5, с.22].

Учёные из университета штата Мичиган разработали совершенно новый кардиостимулятор, работающий за счёт сокращения сердечной мышцы. После проведения экспериментов и тестов доктор Амин Карам заявил, что все они дали положительные результаты. По его сло-

вам, следующим этапом в испытании нового прибора должна стать имплантация аппарата в живое человеческое сердце. Если технология сработает и покажет положительный результат, она сможет произвести революцию не только в медицинской сфере, но и в промышленной. Этот механизм настолько чувствителен, что может производить электроэнергию при любой частоте пульса. Последние достижения в области электронной техники и технологии послужили основой для разработки принципиально новых имплантируемых аппаратов: анти-тахикардических кардиостимуляторов, а также комбинированных устройств, в которых объединяются функции кардиовертера, дефибриллятора и программируемого кардиостимулятора, являющихся весьма перспективными для предотвращения внезапной сердечной смерти.

Недавно американским ученым удалось изобрести новое устройство, которое поднимает технологии разработки электрокардиостимуляторов на новый уровень. Речь идет об уникальной мембране, которая была создана на трехмерном принтере учеными из университетов Вашингтона и Иллинойса. Эта тонкая, но эластичная оболочка с вмонтированными электродами, отслеживающими параметры сердечной деятельности, способна поддерживать правильное биение сердца. В издании The Daily Mail, рассказывающем об уникальном открытии, сообщается, что основным назначением инновационной разработки является профилактика развития сердечных приступов

Планируется, что на рынок медицинских товаров уникальная мембрана-стимулятор выйдет только через 10-15 лет, однако уже сейчас новая разработка вызывает небывалый интерес ученых и медиков. Уникальная оболочка может идеально накладываться на сердечную стенку благодаря специальной методике сканирования, применяющейся с целью создания особого каркаса для стимулирующей мембраны. Electroды оболочки способны не только отслеживать параметры сердечной активности, но и регулировать строение каркаса. Основным отличием уникальной мембраны от обычных кардиостимуля-

торов является то, что она может заставить сердце биться даже вне тела человека. Это ставит новую разработку на уровень выше по сравнению с используемыми ранее устройствами.

Благодаря специальным сенсорам, которые вмонтированы в мембрану, происходит регистрация движений сердечной стенки. Для регулирования частоты сердцебиения устройство использует сигналы, сходные с импульсами нервной системы человека. В результате осуществляется стимуляция сердца не из одной точки, а со всей поверхности мембраны. Благодаря этому сердце будет продолжать биться и во время сердечного приступа, и во время аритмии, сохраняя пациенту жизнь [1].

Еще одна разработка российских специалистов из центра имени Бакулева, удивившая весь мир — кардиовертеры — дефибрилляторы. Небольшие устройства-имплантанты вшивают под кожу, и сердце пациента под постоянным контролем этого аппарата. В случае осложнений кардиостимулятор заставит главный человеческий орган работать правильно. В случае заболевания аритмией — это по сути спасение от внезапной смерти. Придуманное в России, это устройство теперь популярно во всем мире. И, по словам кардиологов, новейших и уникальных методов лечения и диагностики сердечных заболеваний в нашей стране с каждым годом становится все больше.

Именно здесь в Бакулевском центре Бокерия Ольга Леонидовна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник ФГБУ «ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России; Профессор кафедры сердечно-сосудистой хирургии и интервенционной кардиологии ФПДО МГМСУ, Москва представила результаты разработки беспроводного кардиостимулятора.

Патология сердца сегодня широко распространена среди населения России. Это не только стенокардия, инфаркты, гипертрофия его отделов, но и серьёзные нарушения ритма, которые возникают даже при минимальных структурных изменениях органа, плохо поддаются медикамен-

тозному лечению и могут привести к гибели. В таких случаях установка кардиостимулятора (электрокардио-стимулятора, КС, ЭКС) — единственная возможность сохранить и здоровье, и жизнь пациента.

Ежегодно в мире устанавливают более 400 тысяч устройств, стимулирующих миокард. Операции в буквальном смысле «поставлены на поток» в кардиологических центрах, персонал которых имеет большой опыт в проведении этих манипуляций. После лечения пациенты возвращаются к привычной жизни, проявления аритмии устраняются, значительно облегчая самочувствие [4].

Развитие кардиостимуляции привело к решению многих проблем, связанных с нарушением ритма сердца. Надежность и качество современных аппаратов, сделанных на основе последних достижений технической мысли, вызывает уверенность, как у врачей, так и у пациентов. Современные кардиостимуляторы призваны не только спасать жизнь человека, но и, в не меньшей степени, улучшать качество жизни пациентов.

Литература

1. Кардиостимулятор нового поколения способен превратить сердце в вечный двигатель // Международная Медицинская Служба. [Электронный ресурс]. URL: <http://hospital-israel.ru/lechenie-v-izraile/kardiostimulyator-novogo-pokoleniya-sposoben-prevratit-serdce-v-vechnyj-dvigatel/> (дата обращения 30.01.2018г.)
2. Руководство по кардиологии: учебное пособие. Том 3 [Текст]/ Под ред. Г.И. Сторожакова, А.А. Горбаченкова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 731 с.
3. Статистика сердечно-сосудистых заболеваний в России. [Электронный ресурс]. URL: http://medaboutme.ru/zdorove/publikacii/stati/kardiorisk/statistika_serdechno_sosudistyx_zabolevaniy_v_rossii/?utm_source=copypaste&utm_medium=referral&utm_campaign=copypaste?utm_source=copypaste&utm_medium=referral&utm_campaign=copypaste (дата обращения: 03.02.2018)
4. Установка кардиостимулятора: кому показана, выбор аппарата, имплантация, жизнь после операции // Операция.Info/ [Электронный ресурс]. URL: <http://operaciya.info/serdce-sosudy/ustanovka-kardiostimulyatora/> (дата обращения 30.01.2018г.)
5. Хирманов, В.Н., Юзвинкевич, С.А. Коррекция патологии сердца с помощью электрокардиостимуляции. Возможности программирования атриовентрикулярной задержки [Текст] / В.Н. Хирманов, С.А. Юзвинкевич // Врач. 2001. — № 1. — с. 22.

В. Н. Илькаева, 3 курс, лечебный факультет; О. В. Баранова

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра гигиены и экологии

Научный руководитель: ст. преподаватель О. В. Баранова

ПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТИТА С И ВИЧ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В конце XX века человечество лицом к лицу столкнулось с безжалостной, смертельной и пока неизлечимой болезнью. «СПИД — самое худшее, что случилось в XX веке после Гитлера» — однажды сказала в беседе с журналистами Мадонна.

ВИЧ-инфекция — антропонозная болезнь, вызываемая ВИЧ, с контактным механизмом передачи, характеризующаяся медленно прогрессирующим поражением иммунной системы с развитием синдрома приобретённого иммунодефицита (СПИД). Основная опасность болезни, определяющая её социальное значение, — практически неизбежная гибель инфицированных людей в среднем через 11-12 лет после заражения ВИЧ. ВИЧ относится к группе ретровирусов, то есть вирусов, репродуктивным генетическим материалом которых является не ДНК, как у большинства клеток, а РНК.

На 1 июля 2017 года число ВИЧ-инфицированных в России составило 1 167 581 человек, из них умерли по разным причинам 259 156 человек (в 1-м полугодии 2017 года уже умерло 14 631 ВИЧ-инфицированных, что на 13,6 % больше, чем за 6 месяцев 2016 года.). По темпам роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией Россия вышла на 3-е место после Южноафриканской республики и Нигерии.

По данным Центра по профилактике и борьбе со СПИД Тверской области на 1 мая 2017 года в регионе проживает 12077 человек с диагнозом ВИЧ-инфекция. По заболеваемости ВИЧ Тверская область занимает первое место в ЦФО. В Твери функционирует Государственное

бюджетное учреждение здравоохранения «Тверской областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», который является областным государственным учреждением здравоохранения.

В России, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ № 295 от 30.10.1995 г., ежегодно проводится тестирование на АТ к ВИЧ медицинских работников. 6 августа 2007 года были изданы Методические рекомендации «Предупреждение заражения, в том числе медицинских работников, вирусом иммунодефицита человека на рабочем месте» N 5961-РХ.

Наиболее часто профессиональному риску заражения ВИЧ подвергаются: средний медицинский персонал: процедурные медицинские сестры, работающие в стационарах и отделениях, оказывающих помощь ВИЧ-инфицированным пациентам; оперирующие хирурги и операционные сестры; акушеры-гинекологи; патологоанатомы. Биологические жидкости, при контакте с которыми возможно заражение ВИЧ: кровь, сперма, влагалищные выделения, любые жидкости с примесью крови, содержащие ВИЧ культуры и культуральные среды, синовиальная жидкость, цереброспинальная жидкость, плевральная жидкость, перикардальная жидкость, амниотическая жидкость.

Инфицированные ВИЧ-пациенты часто являются носителями гепатита С, поэтому существует высокий риск одновременного заражения медицинских работников и других контактировавших лиц ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С.

В целях профилактики ВИЧ и гепатита С необходимо, чтобы на рабочем месте медицинских работников, выполняющих различные манипуляции, наряду с аварийной аптечкой размещались стенд или памятка на тему: «Предупреждение заражения, в том числе медицинских работников, вирусом иммунодефицита человека и гепатита С на рабочем месте». Если эта информация будет все время «под рукой», высокий риск заражения в ЛПУ гепатитом С и ВИЧ будет снижен. В це-

лях профилактики профессионального инфицирования необходимо выполнять следующие условия:

- рассматривать кровь и другие биологические субстраты всех пациентов как потенциально инфицированные.
- перед началом работы убедиться в наличии укомплектованности аптечки первой помощи при травмах:

1) аварийная аптечка должна храниться в известном и доступном для сотрудников месте;

2) старшая медицинская сестра несёт ответственность за укомплектованность, пополнение и срок годности препаратов аптечки;

- выполнять манипуляции заведомо ВИЧ-инфицированным пациентам рекомендуется в присутствии второго специалиста, который в случае травмы может продолжить их выполнение;
- медицинские манипуляции, диагностические исследования следует проводить в отведённых для этих целей помещениях;
- медицинские работники, являющиеся выделителями вируса гепатита С и имеющие раны на руках, экссудативные поражения кожи или мокнувший дерматит отстраняются от инвазивных процедур до выздоровления;
- медицинский персонал, при указанных поражениях кожи, не являющийся выделителем вируса гепатита С, от работы не отстраняется. При выполнении манипуляций, повреждения должны быть закрыты лейкопластырем, напальчником;
- при осуществлении манипуляций необходимо надевать халат, шапочку, сменную обувь, выходить в которых за пределы лабораторий, отделений запрещается;
- все манипуляции, при которых может произойти загрязнение рук кровью, сывороткой или другими биологическими жидкостями проводить в перчатках;
- перчатки должны обрабатываться до и после контакта с пациентом;

- каждый раз после снятия перчаток следует провести обработку рук кожным антисептиком;
- резиновые перчатки, единожды снятые в процессе проведения манипуляции пациенту, повторно не использовать;
- применять перчатки повышенной прочности при выполнении травматологических и ортопедических операций, при оперативных вмешательствах у необследованных и заведомо инфицированных гемоконтактными инфекциями пациентов;
- при угрозе разбрызгивания крови и других биологических жидкостей следует применять средства защиты глаз и лица: маску, очки, щитки;
- разборку, мойку, ополаскивание медицинского инструментария, пипеток, лабораторной посуды, приборов или аппаратов — необходимо проводить только после предварительной дезинфекции и в резиновых перчатках;
- сразу после использования одноразовые инъекционные иглы и иглы для забора крови снимать при помощи иглосъёмных устройств (в т.ч. на крышках контейнеров) и помещать в специальные непрокальваемые контейнеры. При отсутствии иглосъёмных устройств отделение иглы от шприца проводить только после дезинфекции иглы со шприцом в ёмкости для обеззараживания шприцев;
- упавшие на пол иглы поднимать при помощи пинцета, зажима или магнита;
- соблюдать меры предосторожности при выполнении манипуляций с режущими и колющими инструментами (иглы, скальпели, ножницы), открывая бутылки, флаконы, пробирки с кровью или сывороткой, следует избегать уколов и порезов перчаток и рук;
- при работе в лаборатории с кровью (сывороткой) строго использовать резиновые груши или автоматические пипетки с одноразовыми наконечниками;

- перемешивать кровь только в закрытых пробками пробирках;
- заполнение учётной и отчётной документации должны вестись на чистом столе;
- бланки направлений на исследования категорически запрещается помещать внутри пробирки или обворачивать ими пробирку;
- транспортировку крови осуществлять в закрытых пробирках и специальных контейнерах с надёжно закрытыми крышками;
- пробирки с кровью, взятой у больных вирусными гепатитами, необходимо маркировать.

Толерантное отношение к ВИЧ-инфицированным людям это еще один важный момент, причем не только в плане социального взаимодействия. Дискриминация зараженных страшным вирусом людей может привести к увеличению уровня эпидемической опасности. Дело в том, что подверженные негативному воздействию общества инфицированные стараются скрыть свой диагноз. Они не рассказывают о страшном недуге коллегам по работе, родным и близким, а иногда даже и медицинским работникам. Естественно, это может стать причиной случайного заражения других людей. Отношение людей к ВИЧ-инфицированным должно быть адекватным. Ведь этот недуг не является проказой, чумой или другим заболеванием, передающимся контактно-бытовым или воздушно-капельным путем. С инфицированным человеком можно общаться, обниматься, держаться за руки, не рискуя заразиться. Отношение общества к ВИЧ-инфицированным — катализатор морали и нравственности социума. Каждый человек должен понимать, что такая беда — не всегда показатель аморального поведения больного. Именно поэтому так важно выработать правильную стратегию общения с такими людьми.

В РФ имеются законы, защищающие ВИЧ-инфицированных. Ст.17 ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого ВИЧ-инфекцию от 30 марта 1995 г. за № 38-ФЗ (с изменениями 18.07.96 № 112-ФЗ и 07.01.97 № 8-ФЗ) называется «Запрет на ограни-

чение прав ВИЧ-инфицированных» и гласит: «Не допускаются увольнения с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения, а также ограничение иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных».

Инфекция ВИЧ — это бедствие, свалившееся на человечество в XX столетии. Необходимо приложить все усилия, чтобы рост ВИЧ-инфицированных в XXI веке не только уменьшился, но и прекратился. С целью профилактики ВИЧ и гепатита С в ЛПУ необходимо знакомить персонал с памяткой: «Меры профилактики инфицирования ВИЧ и гепатитом С» с обязательным контролем исполнения. Кроме того, рекомендовать включать вопросы профилактики ВИЧ и гепатита С среди медицинских работников в рабочие программы дисциплин медицинских вузов, например в рабочую программу дисциплины «Гигиена» в разделе «Гигиена труда медицинских работников».

Литература

1. Вирусные болезни: учебное пособие / под ред. Н. Д. Ющука. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. — раздел 9, с.28.
2. Официальная статистика ВИЧ, СПИДа в России [Электронный ресурс] <https://newsland.com/community/5134/content/ofitsialnaia-statistika-vich-spida-v-rossii-svezhie-dannye/6001681> (дата обращения: 10.02.2018).
3. По заболеваемости ВИЧ Тверская область занимает первое место в ЦФО. [Электронный ресурс] <https://tvernews.ru/news/227852> (дата обращения: 10.02.2018).
4. Кожные и венерические болезни: учеб. для мед. училищ и колледжей / Б.И. Зудин, Н.Г. Кочергин, А.Б. Зудин. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 288 с.: ил. Серия "СПО" — раздел 16, с.1.
5. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. — раздел 5, с.16.
6. Постановление от 11 января 2011 г. N 1 об утверждении СПЗ.1.5.2826:10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» (в ред. Изменений N 1, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 21.07.2016.- N 95).

А. Ш. Инарукаева, 6 курс, педиатрический факультет

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань,
Россия

Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета

Научный руководитель: д.м.н., профессор Л. П. Воронина

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Цель исследования: Оценить эффективность медикаментозной коррекции оксидативного стресса у больных с обострением бронхиальной астмы на основе изучения показателей внешнего дыхания.

Материалы и методы

Обследовано 137 человек. В качестве контрольной группы нами было обследовано 30 соматически здоровых жителей города Астрахани. Среди обследованных пациентов, согласно материалам глобальной стратегии по профилактике и лечению БА, было 58 человек (54,2 %) — больные с БА средней степени тяжести, 49 человек (45,8 %) — больные с бронхиальной астмой тяжелого течения.

Результаты и обсуждение

У пациентов, получавших стандартное базисное лечение обострения бронхиальной астмы, купирование дневных симптомов обострения бронхиальной астмы отмечалось на 9-11 сутки пребывания в стационаре, ночных симптомов на 14-16 сутки, а снижение вариабельности суточных колебаний пиковой скорости выдоха менее 15 % на 9-12 сутки. По данным спирограммы у пациентов группы с гипоксеном было установлено статистически значимое ($W > 1,96$) повышение процента $ОФВ_1$ от должного значения — с 42,62 % до лечения, до 75,51 % после лечения. Это свидетельствует о снижении бронхиальной обструкции у данной группы больных по результатам лечения. Вариабельность суточных колебаний пиковой скорости выдоха у пациентов принимающих Гипоксен, по окончании курса лечения, статистически

значимо ($W > 1,96$) снизилась до 10,11 %, против 24,58 % до лечения. Показатель насыщенности гемоглобина артериальной крови кислородом возрос и составил — 98,01 %, что имело статистически значимые отличия ($W < 1,96$) от данного показателя до лечения (92,67 %). Купирование дневных симптомов обострения бронхиальной астмы у пациентов, получающих антиоксидант/антигипоксант Гипоксен на фоне стандартного базисного лечения обострения бронхиальной астмы, отмечалось на 5-6 сутки пребывания в стационаре, ночных симптомов на 9-11 сутки, а снижение вариабельности суточных колебаний пиковой скорости выдоха менее 15 % на 6-7 сутки.

По данным спирограммы у пациентов группы с энтеросгелем было установлено статистически значимое ($W > 1,96$) повышение процента ОФВ₁ от должного значения — с 51,17 % до лечения, до 65,04 % после лечения, что отражает снижение бронхиальной обструкции у данной группы больных. Вариабельность суточных колебаний пиковой скорости выдоха у пациентов, которым проводилась энтеросорбция Энтеросгелем, по окончании курса лечения статистически значимо ($W > 1,96$) снизилась до 11,75 %, против 22,75 % до лечения. Показатель насыщенности гемоглобина артериальной крови кислородом возрос и составил — 96,12 %, и имел статистически значимые отличия ($W < 1,96$) от показателя до лечения (93,18 %). Купирование дневных симптомов обострения бронхиальной астмы у пациентов, получающих энтеросорбент Энтеросгель на фоне стандартного базисного лечения обострения бронхиальной астмы, отмечалось на 7-9 сутки пребывания в стационаре, ночных симптомов на 11-13 сутки, а снижение вариабельности суточных колебаний пиковой скорости выдоха менее 15 % на 8-9 сутки.

Выводы

Гипоксен в составе комбинированной терапии обострения бронхиальной астмы наиболее эффективно нормализует изменения в показателях спирометрии.

Ж. К. Инирбай, А. А. Бектасова, 4 курс, факультет бизнеса, образования и права

Инновационный Евразийский университет, г. Павлодар, Республика Казахстан

Кафедра журналистики и филологии

Научный руководитель: к.филол.н., профессор Ж. Б. Ибраева

ДОМИНИРОВАНИЕ ВИЗУАЛЬНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ

Реклама как инструмент маркетинговых коммуникаций во многом опирается на особенности поведения и психологии потребителей. Поэтому анализ вопроса о роли коммуникации в рекламе целесообразно начать с выявления психофизиологических особенностей человеческого восприятия информации как таковой.

В естественных науках принято выделять три основных разновидности восприятия:

1. аудиальное восприятие. Является способом восприятия информации посредством слуха и слуховых впечатлений (например, через общение, шум, музыку);
2. визуальное восприятие. Предполагает восприятие информации путем активизации зрительного канала и ее последующее откладывание в памяти в виде образов;
3. кинестетическое восприятие. Подразумевает восприятие информации благодаря созданию прямого физического контакта с объектом через тактильные (осязание), обонятельные (запах) и вкусовые ощущения.

Наиболее информативным каналом восприятия из вышеперечисленных является визуальный. По результатам научных исследований установлено, что через зрительные рецепторы человек получает около 80 % поступающей извне информации. Посредством данного канала человек способен определять многие свойства наблюдаемого объекта:

его тип, цвет, форму, размер, текстуру и т.п. Визуальный канал играет ключевую роль в познании человеком окружающей его реальности.

Таким образом, визуальное восприятие — это один из важнейших инструментов человека по ориентации в реальности и получению информации об окружающих объектах. Этот комплексный многоуровневый процесс включает в себя не только цепочку нейронных реакций на раздражители, но и все многообразие уже имеющихся в мозге представлений, благодаря чему человек через зрение непрерывно пополняет свою библиотеку знаний о внешнем мире[1].

По мере развития электронных технологий, все больше брендов уделяют особое внимание активности в Интернете — среде, имеющей свои определенные ограничения и возможности. В связи с тем, что у потребителя в большинстве случаев нет возможности контакта с продуктом при помощи иных органов чувств, кроме как зрения, визуальная коммуникация является ключевым инструментом взаимодействия с аудиторией. С учетом данного факта, любое присутствие бренда — будь то страницы в социальных сетях, персональный веб-сайт или иные ресурсы — подразумевает тщательную проработку визуального материала, который потребитель увидит на экране.

И, наконец, наиболее широкой областью применения визуальной коммуникации является разработка непосредственных рекламных материалов продукта. В данном случае в ход идет весь потенциал визуальных средств, совокупность которых, как правило, разделяют на четыре основных группы:

- печатные или полиграфические (буклеты, плакаты, брошюры);
- телеэкранные (телепередачи, анимационные и графические видео);
- средства наружной рекламы (рекламные щиты, вывески на зданиях, транзитная реклама);
- средства рекламы в интернете (баннеры, веб-сайт, приложения для смартфонов, flash-анимация).

Творческий подход к использованию данных средств визуальной коммуникации ограничен лишь креативными возможностями разработчиков бренда и бюджетом компании.

На основе описанных выше сфер применения визуальной коммуникации в социальных сетях можно сделать вывод о ее ключевых целях:

- обеспечить лёгкую и быструю идентификацию продукта, как среди прямых конкурентов, так и среди всей категории в целом. Как правило, на данном этапе повышенное внимание уделяется внешнему виду самого товара, его упаковке и рекламным материалам, с помощью которых бренд (в нашем случае страница вуза в сети) стремится донести некое сообщение своей аудитории;
- быстро и лаконично донести до потребителя ощущение потребности в данном товаре посредством рациональных или эмоциональных мотивов. В ряде случаев подобная «аргументация» может нести буквальный смысл и являться фактической иллюстрацией товара (например, его максимально крупное и привлекательное изображение); в других же ситуациях используется язык образов и стереотипов, существующих в сознании потребителя (например, дизайн упаковки премиальной парфюмерии);
- создать ощущение правильности выбора. Погружаясь в мир бренда, потенциальный клиент должен находить для себя новые, дополнительные аргументы, убеждающие его в правильности своего выбора, выраженные в наличии определенных визуальных элементов (знаков качества, рекомендаций профессионалов и т.п.).

Известный французский философ и семиотик Ролан Барт отмечает, что «мы все равно сначала читаем изображение, а не текст, его сформировавший: роль текста в конечном счете сводится к тому, чтобы заставить нас выбрать одно из возможных значений». Схожей точки зрения придерживается и российский психолог Владимир Петрович Зинченко: «Зрительные образы, в отличие, например, от слуховых, ха-

рактируются субъективной симультанностью, позволяющей мгновенно «схватывать» отношения, существующие между различными элементами воспринимаемой ситуации» [2].

Итак, определим основные преимущества иллюстрационных материалов в социальных сетях по отношению к другим видам рекламы и информации. Преимущества:

- пользователи не относятся к продвижению в социальных сетях, как к рекламе, следовательно, они доверяют этой информации больше, чем рекламным объявлениям;
- широкий охват целевой аудитории, возможно привлечение посетителей вне зависимости от их региональной принадлежности;
- таргетинг (сегментирование пользователей на группы): возможность выбора целевой аудитории с высокой степенью точности. Например, сузить зону поиска потенциальных студентов путем указания рамок возраста, локации, сферы увлечения и т.п.;
- относительно низкая стоимость рекламного контакта (в разы дешевле рекламы в прессе, при больших охватах дешевле рекламы на ТВ). Но, стоит отметить, что для обеспечения долгосрочного результата необходима постоянная работа: обновление информации, публикация новостей, авторских статей, постов и т.п.;
- наличие обратной связи с целевой аудиторией, что позволяет быстро реагировать на пожелания/замечания потенциальных клиентов;
- оперативная реакция на рекламу: в отличие от поискового продвижения, реакцию на публикацию в социальной сети или в блоге не нужно ждать неделями. Скорость сбора и обмена информацией очень велика.

Резюмируя вышеописанное, стоит отметить, что на сегодня самым эффективным способом донесения информации до потенциального потребителя является ведение социальных страниц, так как это одна из главных возможностей быть в «тренде» современных реалий.

Зачастую очень важна идея, посыл, который вы несете в мир через фотографию. Невозможно недооценить важность мелочей и нюансов удачного снимка. Например, фотографируя керамическую вазу, поставьте в нее цветы. Видя созданную вами яркую, впечатляющую композицию покупатель скорее решится на покупку. Уникальный ракурс, правильное освещение и удачный фон — вот три основных составляющих хорошей любительской фотографии.

Визуальный маркетинг находится на пересечении экономики, законов визуального восприятия и психологии, и, в основном, применяется для таких направлений бизнеса, как мода и дизайн.

Потенциал и возможности визуального маркетинга сложно переоценить. Уровень вовлечения постов в социальных сетях, включающих изображения, на 650 % выше, чем у тех, которые состоят только из текста. Более того, по прогнозам, 84 % коммуникаций будут визуальными к 2018 году [5].

В целом, можно утверждать, что даже самые простые действия, направленные на использование визуального маркетинга, могут принести существенную пользу Интернет-магазинам и брендам. Ощутимый результат можно получить при трафике на сайт от 10 тысяч посетителей в месяц. Дополнительная работа SMM специалиста по курированию контента и разметке фотографий товарами при этом не является существенной во временном смысле, но вполне может в разы увеличить экономическую эффективность работы в социальных сетях [3].

Базовыми сценариями для увеличения эффективности работы с «Instagram» и «Вконтакте» могут быть:

- добавление в аккаунт или на сайт (со ссылкой в био профиля Instagram) «продающей ленты», позволяющей совершать покупки прямо с фотографий товаров;
- использование на сайте и в карточках товаров Instagram-галерей, состоящих из лучших фотографий, посвященных товару или бренду (созданных как пользователями, так и брендом);

- использование в рекламных коммуникациях (на сайте, в Instagram, почтовых рассылках) пользовательского контента, посвященного бренду [4].

Литература

1. Финансово-экономическая онлайн-библиотека. Понятие продвижения товаров, его формы. http://finances.social/marketing_692/ponyatie-prodvijeniya-tovarov-ego.html- 320 с.
2. Павличева Е.Н. Социальные сети как инструмент модернизации образования// Народное образование — М.:2012. — 42-47 с.
3. Продвижение журналистских статей в соцсетях: вебинар Фонда ОНФ «Правда и справедливость» [Электронный ресурс].
4. Румянцев, Д. Продвижение бизнеса в «ВКонтакте». Новые практики и технологии [Текст] / Д. Румянцев. — Спб.:2016. — 400 с.
5. Сайт «Бизнес и интернет» [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.bizhit.ru/index/users_count/0-151, свободный. — Загл. с экрана

А. Ж. Иноятлов, 3 курс, стоматологический факультет, М. К. Камалова,
научный сотрудник

Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара,
Республика Узбекистан

Кафедра детской стоматологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Х. П. Камилов

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ

Проблема лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) у детей является актуальной задачей в стоматологии. Препятствием на пути эффективной терапии заболеваний СОПР является возникновение устойчивости бактерий к лекарственным средствам. На этом фоне возникли попытки использования лазерного излучения области медицины. Особое место в этом ряду занимает магнито-инфракрасно-лазерной терапия (МИЛТ) [1, 3, 4].

Герпес-вирусные инфекции (ГВИ) занимает одно из ведущих мест среди вирусных заболеваний человека в связи с её повсеместной распространенностью и способностью к пожизненной персистенции у человека. Одной из форм этого заболевания является ХРГС [2].

Цель исследования: изучить лечебное эффекта магнито-инфракрасно-лазерного аппарата квантовой терапии (МИЛАКТ) «Сагдиана» у детей с ХРГС.

Материалы и методы

Обследовали 78 детей с диагнозом ХРГС от 1 года до 7 лет, разделенных на две группы: 22 (28,2 %) пациента лечились традиционной терапией (ТТ) (1-ая группа). 56 (71,8 %) больным — 2-ая группа — наряду с ТТ дополнительно получали физиотерапевтическое лечение с помощью МИЛАКТ «Сагдиана» (Узбекистан). Все больные в основном лечились амбулаторно.

Всем обследованным детям диагноз ХРГС устанавливали на основании клинических симптомов. Тяжесть заболевания оценивали по степени выраженности токсикоза и площади поражения СОПР. В анамнезе пациентов обеих групп отмечались острые и хронические респираторные заболевания, хронические патологии со стороны ЖКТ, гепатобилиарной системы и др. При осмотре на отечной и гиперемизированной СОПР выявлялись множественные, часто сгруппированные и сливающиеся между собой резко болезненные афты, покрытые желтовато-белым фибринозным налетом. У части больных параллельно с вышеуказанным отмечалось высыпание групп мелких пузырьков на красной кайме губ и прилегающей коже околоушной области. В лечении 1-ой группы использовали назначали гипосенсибилизирующие антигистаминные препараты, поливитамины в течение 15-20 дней. Местная терапия включала обезболивающие средства до- и после употребления пищи, протирание зубов и межзубных промежутков тампонами, смоченными раствором фурацилина, микрованночками из смеси лизоцима с 2 %-ым лидокаином 1 раз в сутки (для растворения и удаления налета с поверхности афт), противовирусный препарат — 5 % мазь ацикловира и неомициновая мазь с целью профилактики вторичной инфекции, чередуя 3-4 раза в день. Мы наносили эти мази на кончик языка с последующим распределением их на поверхности СОПР и красной каймы губ. После очищения поверхности афт от налета добавляли стимулирующие препараты в виде мази солкосерила или актовегила по приведенной выше схеме.

В 2-й группе лечение отличалось тем, что им на фоне общепринятой ТТ мы добавили МИЛТ. МИЛТ — это инфракрасное лазерное облучение полупроводникового арсенид-галлиевого лазерного диода [3, 5].

Результаты и обсуждение

Аппарат МИЛАКТ «Сагдиана» обладал определенной эффективностью у больных детей с ХРГС. Принцип лечебного действия и работы настоящего устройства представлен в таблице. Для успешного лечения

ХРГС в зависимости от тяжести течения заболевания оптимальный курс лазерной терапии должен состоять из 7-10 ежедневных

Таблица 1

**Время экспозиции и зоны влияния аппарата МИЛАКТ «Сагдиана»
при лечении больных с ХРГС**

№	Зона воздействия	Частота	Экспозиция
1.	Проекция на очаг или на десну	1000 Гц	2 минут
2.	Проекция процесса снаружи в контакте с кожей лица	50 Гц	5 минут
3.	Каротидные синусы с обеих сторон	5 Гц	По 5 минут на каждую зону
4.	Насадка № 1 или № 2 через рот непосредственно на очаг, на дистанции 0,5 см	1000 Гц	5 минут

сеансов облучения. В течение одного сеанса необходимо облучать не более 5 очагов поражения (патологических элементов). Экспозиция луча лазера на одно поле облучения — от 1-2 до 5 мин. При обширных и множественных очагах поражений целесообразно в течение 1-5 мин. проводить сканирующий метод воздействия, облучая всю СОПР. Указанная методика лазерной терапии при помощи МИЛАКТ «Сагдиана» можно использовать как самостоятельный метод лечения ХРГС у детей. Наряду с лазерным воздействием МИЛАКТ «Сагдиана» на очаги поражения осуществляются антисептические полоскания или ирригации полости рта отварами лекарственных трав (ромашка, шалфей, зверобой, календула, эвкалипт) при посещении врача до сеанса лазерной терапии и 3-4 раза — в зависимости от кратности приема пищи, в домашних условиях.

Анализ полученных данных результатов лечения показал, что во 2-ой группе больных ХРГС комплексное лечение (ТТ+МИЛАКТ «Сагдиана») обладало большей эффективностью, нежели проведение только одной ТТ. Ослабление или исчезновение симптомов интоксикации организма и болезненности в СОПР во 2-ой группе наступало на 3-5 дней

раньше по сравнению с 1-й группой. Процессы частичной и полной эпителизации очагов деструкции наступали на 4-5 дней быстрее, чем у больных 1-й группы. Более того, во 2-й группе частота и тяжесть рецидивов ГВИ снижалась в 1,5-2 раза, а удлинение показателя продолжительности ремиссии в среднем в 1,5-1,8 раза, нежели чем у больных 1-й группы ХРГС.

МИЛАКТ «Сагдиана» назначают во все периоды болезни после нормализации температуры тела. Он обладает анальгезирующим, эпителизирующим, десенсибилизирующим, противорецидивным действием.

Выводы

Комплексное лечение детей ХРГС обладало большей эффективностью. При применении МИЛАКТ «Сагдиана» и ТТ у детей 2-ой группы наблюдали более раннее исчезновение симптомов интоксикации ВГИ и болезненности в СОПР, быстрое наступление полной эпителизации, уменьшение частоты и тяжести рецидивов, а также увеличение продолжительности сроков ремиссии по сравнению с 1-й группой больных, лечившихся только ТТ.

Литература

1. Елизарова В. М., Дроботько Л.Н., Страхова С.Ю. Применение имудона при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта // Человек и лекарство: Рос.нац. конгр. Москва, 2009. С. 254.
2. Зубкова И.Н. Хроническая рецидивирующая герпес-вирусная инфекция -- вирусные инфекции в практике врачей акушеров-гинекологов, дерматовенерологов и невро-логов», Москва, 2006. С. 33-40.
3. Прытико Д.А., Бурков И.В. Лазерная терапия в детской хирургии // Детская хирургия. — 2014. — № 2. — С. 39-42.
4. Тарасова Л.Г., Черкасов Н.С. Влияние низкоинтенсивной инфракрасной лазеротерапии на уровень антител к коллагену III типа и процессы репаративной регенерации при туберкулёзе легких у детей // Вестн. нов. мед. техн. — 2011. Том 18. — № 1. — С. 41-43.

А. Ж. Иноятов, 3 курс, Д. У. Чориев, 4 курс, стоматологический факультет

Х. Р. Элова, С. Р. Ходжаев, 2 курс, стоматологический факультет

Бухарский ГМИ, г. Бухара, Республика Узбекистан

Кафедра ортопедической стоматологии

Научный руководитель: к.м.н., доцент Г. Э. Идиев

МИКРОБИОЦЕНОТИЧЕСКИЙ СТАТУС И МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ ПОЛОСТИ РТА У РАБОЧИХ МУБАРЕКСКОГО ГПЗ

В связи с развитием газовой индустрии в Узбекистане особенно актуальным является улучшение условий труда и охраны здоровья рабочих, занятых в данной отрасли народного хозяйства. В одну из таких отраслей индустрии входит Мубарекский газоперерабатывающий завод (МГПЗ). Известно, что для оценки и мониторинга неблагоприятного воздействия загрязненного воздуха в рабочей зоне отдельных отраслей производства на организм рабочих необходимо, кроме общепринятых клинических обследований, проводить ряд дополнительных исследований. Эти исследования позволят создать научно обоснованную скрининг-систему для оценки и прогнозирования формирования различных патологических состояний, разработать соответствующие лечебные и профилактические мероприятия [2-4].

Цель исследования: изучение микрофлоры и местного иммунитета (МИ) полости рта (ПР) у рабочих МГПЗ.

Материалы и методы

Проанализировали параметры биоценоза и МИ в ПР у 65 рабочих МГПЗ от 22 до 58 лет. У рабочих утром через 2 часа после приёма пищи в стерильные пробирки забирали ротовую жидкость. Из этого материала в лабораторных условиях готовили серийные разведения, которыми засеивали поверхность дифференциально-диагностических питательных сред: агар для анаэробов, среда Эндо, среда Калина, кровяной агар, среда МРС-4, Сабуро и др. После инкубации в течение 24-72

часов в термостате подсчитывали количество выросших колоний и переводили в IgKOE/мл ротовой жидкости.

Помимо микробиологических у тех же 65 рабочих изучали иммунологические параметры. Фагоцитарную активность нейтрофилов (ФАН) в слюне оценивали согласно [6]. Отобранную слюну очищали, промывали забуференным раствором, затем центрифугировали при 1500 об./мин. в течение 10 мин. Затем надосадочную жидкость сливали, а к осадку добавляли 0,05 мл физ. р-ра. К 0,1 мл полученной взвеси в пробирки добавляли 0,05 мл микробной взвеси суточной культуры *St. aureus* (штамм 13) в концентрации 0,5 млрд. микробных тел/мл, пробирки с реактивной смесью встряхивали и помещали в термостат при 37°C на 30 мин. После инкубации пробирки вновь встряхивали и готовили мазки, которые фиксировали смесью Никифорова в течение 20 мин., затем окрашивали по Романовскому-Гимзе. Анализ полученных данных выполняли под микроскопом, определяя фагоцитарный индекс (ФИ) [5].

Активность лизоцима определяли по способу Ш. Р. Алиева и Д. А. Умаровой [1] при помощи стерильных бумажных дисков. Слюну забирали натошак в стерильные пробирки, в которых тщательно пропитывали бумажные диски, которые затем укладывали на поверхность питательного агара в чашках Петри, засеянных газоном суточной культуры *Micrococcuslysodentis* (штамм 2665 ГКИ им. Тарасевича Л. А.), посе- вы инкубировали в термостате при температуре 37°C, активность лизоцима в слюне определяли по методу диффузии в агаре.

Уровень секреторного иммуноглобулина А (sIgA) в слюне определяли в реакции преципитации в геле по Манчини (1965). В качестве контрольной группы для сравнения данных были отобраны 20 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 50 лет, не имевших патологии со стороны стоматорганов.

Результаты и обсуждение

Известно, что полость рта, её слизистая оболочка и лимфоидный аппарат челюстно-лицевой области играют уникальную роль во взаимодействии организма человека с окружающим его микробным миром. Физико-химические особенности каждого биотипа — pH среды, вязкость, температура, наличие органических соединений и остатков пищи обеспечивают существенные различия в составе микробиоценоза каждого организма.

В связи с этим, мы изучили состояние микробиоценоза полости рта у рабочих МГПЗ. Результаты исследований представлены в таблице 1.

Таблица 1

Микрофлора полости рта у рабочих МГПЗ (в IgKOE/мл)

№	Группа микробов	Контрольная группа	Основная группа
1.	Общее количество анаэробов	$5,58 \pm 0,31$	$6,85 \pm 0,38$
2.	Лактобактерии	$5,91 \pm 0,38$	$4,47 \pm 0,45$
3.	Пептострептококки	$5,85 \pm 0,39$	$4,55 \pm 0,27$
4.	Общее количество аэробов	$5,30 \pm 0,24$	$6,47 \pm 0,32$
5.	Стафилококки эпидермальные	$3,15 \pm 0,27$	$4,15 \pm 0,14$
6.	Стафилококки сапрофитные	-	$2,15 \pm 0,42$
7.	Стрептококки гр. Д	$4,30 \pm 0,31$	$5,12 \pm 0,39$
8.	Энтерококки	$4,40 \pm 0,18$	$5,15 \pm 0,16$
9.	Грибы рода Кандида	$1,35 \pm 0,20$	$3,17 \pm 0,74$

У обследованных рабочих отмечаются дисбиотические изменения в микрофлоре ротовой жидкости. Характерной особенностью этих изменений является уменьшение количества лактобактерий в основной группе. Наиболее выраженным дисбиотическим изменениям подвергаются анаэробные и аэробные микроорганизмы. Так, например, общее количество анаэробов составило $6,85 \pm 0,38$ IgKOE/мл, при этом происходило усиление агрессивных свойств кокков. Также в больших

количествах были обнаружены стафилококки и стрептококки. Было выявлено значительное увеличение числа грибов рода Кандида, которое превысило контрольные значения в 2,4 раза, составляя при этом $3,15 \pm 0,74 \text{ IgKOE/мл}$.

О состоянии неспецифических факторов МИ ПР рта у рабочих МГПЗ мы судили по уровню лизоцима, ФАН и титру sIgA, которые представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Иммунологические показатели ротовой полости у рабочих МГПЗ
и у лиц контрольной группы**

№	Показатели	Контрольная группа	Основная группа
1.	Уровень лизоцима, мг %	$18,8 \pm 0,55$	$11,2 \pm 0,09^*$
2.	ФАН, %	$54,8 \pm 2,39$	$41,5 \pm 2,51^*$
3.	Уровень sIgA, мг %	$2,11 \pm 0,17$	$0,89 \pm 0,05^*$
Примечание: * — $p < 0,05$ достоверность результатов по отношению к данным контрольной группы			

Сравнительная оценка МИ ПР у рабочих (основная группа) и у лиц контрольной группы показала, что степень изменений исследованных параметров находилась в прямой зависимости от производственной среды. Так, например, у обследованных лиц основной группы отмечалось выраженное, 1,6-кратное угнетение активности лизоцима, 2,3-кратное снижение концентрации sIgA и снижение ФИ в 1,3 раза по сравнению с контролем (таблица 2).

Выводы

1. У рабочих МГПЗ в ПР развивается дисбиотическое состояние, характерной особенностью которого является увеличение количества стафилококков, стрептококков и грибов рода Кандида.
2. У обследованных рабочих в их ротовой жидкости отмечается иммунодефицит, характерной особенностью которого является достоверное снижение уровня лизоцима, sIgA и ФАН.

Литература

1. Алиев Ш.Р. Методика определения лизоцима в слюне. Рационализаторское предложение. — Ташкент, 1996.
2. Бонишевский Т.Н. Задачи медико-биологических исследований в гигиене окружающей среды // Гиг. и сан. — 1993. — № 4. — С. 4-7.
3. Боровский Т.Н., Леонтьев В.К. Биология полости рта. М.: Медицина, 1991. — 304 с.
4. Гафаров С.А. Оценка состояния полости рта и методы профилактики заболеваний у рабочих Мубарекского газоперерабатывающего завода // Журн. теорет. и клин. мед. — 2006. — № 2. — С. 53-55.
5. Показатели завершенности фагоцитоза нейтрофилов в периферической крови больных парадонтозом // Быкова И.А. и др./ Стоматология. — 1985. — № 1. — С. 18-20.
6. Темирбаев М.А., Хасенова Б.Д. Методика теста восстановления нитросинего тетра-золия в нейтрофилах слюны // Лаб. дело. — 1989. — № 7. — С. 23-27.

А. С. Казакевич, 4 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель: к.м.н. С. С. Александров

ПЕРКУССИЯ ПЕЧЕНИ: ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Метод перкуссии был предложен в 1761 г. венским врачом Ауенбруггером (Leopold Auenbrugger) в работе «Новый способ как путём выстукивания грудной клетки человека обнаружить скрытые внутри грудной полости болезни». Дальнейшее развитие метода произошло после перевода парижским врачом Корвизаром (Corvisart) в 1808 г. указанной работы на французский язык и дополнения её собственными исследованиями в области перкуссии. Окончательное становление произошло в 1838 г., когда венский клиницист Шкода (Joseph Skoda) привлёк к объяснению перкуторных звуков законы акустики и дал научное обоснование метода [1, 2]. Следуя представлениям Шкоды, сформировалась теория, которую можно было бы назвать «барабанной». Соответственно её постулатам, удар по пальцу-плессиметру вызывает сотрясение внутренних органов, которые, в зависимости от силы и места удара, в ответ на такое сотрясение звучат подобно литавре или ксилофону. Также сформировались представления о «перкуторной сфере» — объёме внутри организма, который может звучать под влиянием удара по пальцу-плессиметру.

В конце XIX века было признано, что перкуссия верхнего контура печени затруднена. Поэтому М. Г. Курлов в 1926 г. предложил его оценку «по нижнему краю лёгкого», или по границе «абсолютной печёночной тупости»: «мы в клинике для определения величины печени пользуемся следующими размерами (определения ведутся в лежащем положении больного): по правой сосковой линии от нижнего края лёгкого до нижнего края печени — 10 см в среднем, по срединной линии

от основания мечевидного отростка до нижнего края печени — 9 см и косо от середины основания мечевидного отростка до нижнего края печени, придерживаясь направления левого рёберного края — от 7 до 8 см» [3]. Особое значение профессор Курлов придавал перкуторным размерам левой доли печени, которая должна заканчиваться, следуя рёберной дуге, на уровне левой парастернальной линии. Увеличение левой доли, по мнению Курлова, — ранний признак увеличения всей печени.

Далее развитие взглядов, соответственно теоретическим воззрениям, складывалось в разделении на два лагеря, представители которых одинаково предполагали, что существует возможность для определения и абсолютной, и относительной печёночной тупости спереди грудной клетки и что переход от лёгочного звука к притуплённому и от притуплённого — к тупому происходит постепенно и плавно [1]. О возможности перкуссии печени сзади грудной клетки мнения разделились. Одни авторы не допускали такую возможность [4], другие — допускали [2], третьи — считали, что сзади печень занимает полосу 4-6 см, которая исчезает при опущении печени, т.е. при её кажущемся увеличении вниз при сохранении верхней границы [1]. Представители первого лагеря отрицали значимость перкуссии верхней границы печени, которая, по их мнению, тесно связана с нижним краем лёгкого [2,4,5]. У ряда авторов, принадлежащих к этому лагерю, крайние воззрения заставляли их предназначать перкуссии печени скромную роль подтверждения результатов пальпаторного исследования [6]. Представители второго лагеря, напротив, полагали, что для более точной оценки размеров печени нужно отслеживать также и её относительную тупость. По их мнению, повышение верхней границы печени связано в основном с внепечёночными изменениями (поддиафрагмальным абсцессом, выпотным плевритом, высоким стоянием диафрагмы). Некоторые болезни (эхинококковая киста, опухоль) вызывают местное повышение верхней границы печени [1,7].

С появлением ультразвуковых методов диагностики взгляды на физическую основу перкуссии могут быть изменены [8]. Даже то простое наблюдение, что перкуторный удар по «висящему в воздухе» пальцу-плессиметру вызывает появление звука, возможно, объясняет появление новой теории, которую условно можно назвать теорией «сканирующего звукового луча». Соответственно новым представлениям от удара по пальцу-плессиметру возникает его звучание и проникновение звуковой энергии, практически без потерь из-за одинаковых акустических свойств пальца-плессиметра и подлежащих тканей, вглубь грудной или брюшной полости.

Известно, что частота звуковых волн, воспринимаемых человеческим слухом, составляет величину от 16 Гц до 20 кГц. Из-за неоднородности тканей в грудной и брюшной полости, представляющих собой чередование условно газовых и условно жидкостных сред, оценить скорость перемещения звука и, следовательно, длину его волны в указанных полостях затруднительно. Тем не менее, легко допустить, что низкочастотному звуку соответствует длина волн более 50 см, а высокочастотному — от 10 до 1 см.

Для понимания явлений, связанных с перкуссией, с позиций теории «сканирующего звукового луча» нужно учитывать два обстоятельства. Первое из них связано с тем, что низкочастотные акустические волны свободно огибают плотные органы, находящиеся в грудной и брюшной полости, и способны резонировать внутри указанных полостей. Поэтому они всегда хорошо слышны и составляют «тупой звук», добавление к которому высокочастотных обертонов создаёт восприятие «лёгочного или резонирующего звука».

Второе обстоятельство заключается в том, что высокочастотные звуковые волны, свободно распространяющиеся с пальца-плессиметра на грудную или брюшную стенку, частью своей, т.н. первой порцией, направленной под углом, меньше критического к внутренней поверхности грудной или брюшной стенки, отражаются от содержащих воз-

дух и, следовательно, хуже проводящих звуковую энергию тканей, и слышны. Учитывая минимальную длину волны слышимых звуковых колебаний, толщина воздуходержащей ткани, необходимая для отражения высокочастотной составляющей звуковой энергии, должна быть не менее 1 см. Другой своей частью, т.н. второй порцией, энергией, распространяющейся перпендикулярно брюшной или грудной стенке, высокочастотные звуковые колебания проникают глубже первой порции, в ряде случаев отражаются от воздуходержащих органов, возвращаются наружу и тоже слышны. Вторая порция распространяется в виде «сканирующего звукового луча». Сечение луча повторяет прижатую часть пальца-плексиметра и выглядит как растянутый овал. Оставшейся третьей частью (т.н. третьей порцией), идущей к поверхности грудной или брюшной стенки под углом больше критического, высокочастотные звуковые волны полностью поглощаются, при этом они многократно отражаются от поверхностей грудной и брюшной стенок. Понятно, что именно первая и, особенно, вторая порция обеспечивают диагностические возможности перкуссии. Третья порция, меняясь при различной силе перкуторного удара и тем меняя размерность первых двух порций, добавляет индивидуальные особенности в исследовании различных больных.

Для перкуторного исследования существенно то, что энергия второй порции высокочастотного звукового потока, проникая в организм, может проявлять себя неоднозначно. Во-первых, она способна, отражаясь от границ сред, с различной скоростью проводящих акустические волны, частью своей возвращаться и вызывать реакцию органа слуха врача, проводящего перкуторное исследование. Во-вторых, часть акустического потока, соответствуя своей длиной волны размерам воздуходержащих полостей внутри организма, может вызывать резонансные явления и усиливаться. Наконец, в-третьих, часть энергии, многократно отражаясь на поверхностях раздела акустических сред, проникая в органы, не имеющие воздушного содержимого, и не выхо-

дя из них, способна поглощаться. Поглощение происходит особенно сильно в случае, когда энергия звуковой волны перемещается соответственно плоскости, ограничивающей плотный орган, содержащий малое количество воздуха, но значительно превышающий размерами минимальную длину волны слышимого звука. Создающийся в таких условиях своеобразный «звуковод» уводит энергию далеко вглубь организма, где и происходит её полное поглощение. Поэтому-то при правильном проведении топографической перкуссии, если часто и с одинаковой силой наносить удары по пальцу-плессиметру и перемещать палец-плессиметр после серии ударов на расстояния меньше его поперечника, располагая параллельно искомой границе, то в момент попадания на проекцию контура плотного органа особенно отчётливо слышно ослабление, притупление перкуторного звука.

Исходя из положений теории «сканирующего звукового луча», можно сделать заключение, что перкуссия нижней и, особенно, верхней границ печени спереди грудной клетки резко затруднена. Зона «абсолютной печёночной тупости», в норме составляет незначительную величину и не может каким-либо образом характеризовать состояние печени. Превалирующая часть передней и передне-верхней поверхности печени прикрыта тканью лёгких, содержащей воздух, диафрагмой, нижними отделами лёгких, содержащими кровеносные сосуды и лимфатические узлы, которые увеличивают плотность ткани, плевральным и поддиафрагмальным пространствами. И диафрагма, и плотные нижние отделы лёгких и верхняя поверхность печени могут служить «звуководами». Из-за этого и по другим причинам при перемещении сверху вниз по средне-ключичной линии можно найти множество изменений звучания перкуторного звука, множество перкуторных границ.

Кроме того, естественная кривизна грудной клетки в сагиттальной плоскости может приводить к возникновению «феномена раздвоения границ» при оценке верхних контуров печени. Связан указанный фе-

номен с тем, что обозначенные контуры проецируются дважды на различные плоскости, пересекающиеся под тупым углом. «Сканирующий луч» для появления притупления соответственно границе верхнего контура может пройти по двум траекториям. Во-первых, с положения, расположенного выше на грудной стенке, он приведёт к более глубоко расположенным отделам купола диафрагмы или другого плотного образования. Во-вторых, с положения, расположенного несколько ниже, он приведёт к расположенным ближе к передней грудной стенке не содержащим воздух тканям [8].

Можно предположить, что из-за феномена раздвоения границ формируются две границы «относительной печёночной тупости». Ниже определяется граница, сформированная лёгочной тканью, толщиной 1 сантиметр. Ещё ниже — линией, где ткань лёгкого заканчивается и появляется плевральный синус, ещё ниже — местом прикрепления мышечной массы диафрагмы к грудной клетке, далее — линией, где мышца диафрагмы заканчивается. Кроме того, накопление плевральной жидкости, а также и внутрибрюшного выпота между печенью и диафрагмой, также может фиксироваться при топографической перкуссии.

Изучение верхнего контура печени может быть облегчено, если регламентировать, что вторая из определяемых перкуторных границ — это высота стояния купола диафрагмы, а третья — нижняя граница лёгкого.

Возможность перкуторного исследования печени сзади грудной клетки остаётся дискуссионной и требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Мясников, А.Л. Пропедевтика внутренних болезней / А.Л. Мясников. — М.: Медгиз, 1956. — 627 с.
2. Шкляр, Б.С. Диагностика внутренних болезней / Б.С. Шкляр. — Киев: Государственное медицинское издательство УССР, 1957. — 483 с.
3. Курлов, М.Г. Перкуторное измерение печени и значение определения её левой границы для диагностических целей / М.Г. Курлов. — Сиб. мед архив, 1926. — 491 с. // Цит. по Егай, В.С. Развитие терапии в Сибири: М.Г. Курлов и его школа / В.С. Егай. — Новосибирск: Изд. «Наука», Сибирское отд., 1981. — 113 с.
4. Черноруцкий, М.В. Диагностика внутренних болезней / М.В. Черноруцкий. — Ленинград: Медгиз, 1949. — 623 с.

5. Маев, И.В., Шестаков, В.А., Ляхова, Т.М. Пропедевтика внутренних болезней. Т. 1 / И.В. Маев, В.А. Шестаков, Т.М. Ляхова. — М.: Изд. центр «Академия», 2012. — 352 с.
6. Губергриц, А.Я. Непосредственное исследование больного / А.Я. Губергриц. — М.: Медицина, 1972. — 376 с.
7. Кукес, В.Г., Маринин, В.Ф., Реуцкий, И.А., Сивков, С.И. Врачебные методы диагностики : учеб. пособие / В.Г. Кукес, В.Ф. Маринин, И.А. Реуцкий, С.И. Сивков. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 720 с.
8. Александров, С.А., Александров, С.С. О возможных причинах раздвоения границы относительной тупости при перкуторном определении верхнего контура печени и левого контура сердца / С.А. Александров, С.С. Александров // Актуальные вопросы современной медицины: материалы науч.-практ. конф. форума, посвященного 50-летию дополнительного профессионального медицинского образования на Северном Кавказе. Часть I. — Ставрополь: изд-во СтГМУ, 2015. — С. 145-149.

С. А. Калинина, ординатор

ФГБОУ ВО Московский ГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава
России, г. Москва, Россия

Кафедра детской челюстно-лицевой хирургии

Научный руководитель: д.м.н., профессор О. З. Топольницкий

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЯМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Анкилозирующие заболевания височно-нижнечелюстного сустава являются сложной, часто встречающейся патологией у детей. Тяжесть этих заболеваний обусловлена последствиями, возникающими в растущем организме при несвоевременном или неадекватном лечении.

В 75 % случаев клинически заболевание проявляется у детей на первом году жизни, и как правило обусловлены: родовой травмой, гематогенным остеомиелитом, воспалением среднего уха.

Единственным эффективным способом лечения вторичного деформирующего остеоартроза и анкилоза ВНЧС является хирургическое вмешательство. Изначально хирургический подход сводился к разработке методик различных остеотомий ветвей нижней челюсти с удалением патологических костных разрастаний. В дальнейшем в послеоперационном периоде пациенту изготавливался ортодонтический аппарат для удержания нижней челюсти в правильном положении, которым он вынужден был пользоваться долгое время после операции. В дальнейшем при лечении данной патологии стали использовать различные ауто-, аллотрансплантаты, эндопротезы, которым придавалась форма и размер недостающей части нижней челюсти. Очень эффективен метод компрессионно-дистракционного остеогенеза в детском возрасте, который позволяет последовательно и поэтапно устранять дефекты нижней челюсти и предупреждать развитие вторичных деформаций лицевого скелета.

Исходя из множества методов хирургического лечения и многочисленных видов пластического материала, замещающего дефект нижней челюсти, возникает необходимость выработки определенного алгоритма хирургической реабилитации пациентов с вторичным деформирующим остеоартрозом и анкилозом височно-нижнечелюстного сустава. При этом необходимо определить целесообразность выбора того или иного метода хирургического лечения в соответствии с возрастом пациента, характером патологии, анатомическими и функциональными нарушениями, усугубляющимися с ростом организма; а также совершенствовать методы хирургического лечения при односторонней костной патологии ВНЧС.

Цель исследования: улучшить методы лечения детей с деформацией нижней челюсти после перенесенного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава путем разработки и применения обоснованной комплексной системы диагностики, лечения, профилактики, психологической коррекции.

Материалы и методы

С 2016 по 2017 год в отделении ЧЛХ стоматологическом детском, клинического центра челюстно-лицевой реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии осуществлено хирургическое лечение 26 детей с диагнозом «Дефект ветви нижней челюсти, деформация нижней челюсти после перенесенного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава».

В клинике проводилась подготовка детей к хирургическому вмешательству-сбор анамнеза, выявление сопутствующей патологии, общеклиническое обследование, рентгенологическое обследование (ортопантомография, телерадиография в прямой и боковых проекциях, компьютерной томографии, магниторезонансной томографии правого и левого височно-нижнечелюстного сустава), ортодонтическое обследование: выполнение и анализ диагностических моделей челюстей, были выполнены фотографии детей в анфас, полуанфас слева и спра-

ва, в профиль слева и справа, внутриротовые фотографии окклюзии в прямой и боковых проекциях, фотографии формы зубных рядов верхней и нижней челюсти, фотографии измерений величины открывания рта. В ходе подготовки детей к костной пластике ветви нижней челюсти аутотрансплантатом из гребня подвздошной кости, эндопротезом были выполнены пластиковые стереолитографические модели черепа по данным КЛКТ черепа пациентов. После комплексного обследования пациентов, было проведено хирургическое лечение. Нами было выполнено 26 хирургических операции.

Трем пациентам с целью придания нижней челюсти правильного положения была выполнена операция «Остеотомия ветви нижней челюсти с удалением анкилотических разрастаний», в послеоперационном периоде в течение 3-4 дней детям было проведено скелетное вытяжение. После скелетного вытяжения челюсть была фиксирована с помощью шины Ванкевича с целью ограничения движений нижней челюсти в сторону оперированного височно-нижнечелюстного сустава.

Пяти пациентам с целью создания дистальной опоры на страдающей стороне была выполнена операция «Остеотомия ветви нижней челюсти, костная пластика аутотрансплантатом из гребня подвздошной кости».

Пяти пациентам была проведена операция «Остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой дефекта эндопротезом».

Двенадцати пациентам, ввиду того, что после ранее проведенных операций определялись отставания линейных размеров нижней челюсти была произведена операция «Остетомия ветви нижней челюсти с постановкой в область ветви нижней челюсти дистракционного аппарата». Детям были установлены дистракционные аппараты Конмет 821.00 , 820.00 . Величина дистракции определялась возможностями дистракционного аппарата (30 мм, 20мм). Местом наложения была

выбрана ветвь или тело нижней челюсти, а также положение зубов на контрлатеральной стороне.

В среднем величина дистракции составляла от 1,8 см до 3 см. Ретенционный период составлял как минимум 4 месяца. После ретенционного периода проводилось удаление дистракционного аппарата. После увеличения размеров ветвей нижней челюсти проводилась активная фаза ортодонтического лечения. Следует отметить, что полностью устранить деформацию костей лица после устранения анкилозов ВНЧС не всегда удается. И после 16-17 лет необходимо проводить ортогнатическую операцию на 2 челюстях с целью выравнивания окклюзионной плоскости верхней челюсти, плоскостная остеотомия нижней челюсти с нормализацией окклюзии, костная пластика мышечковых отростков эндопротезом или костным аутоотрансплантатом. При этом важным моментом является планирование данного вида операции в программе «Долфин» с изготовлением стереолитографической модели и индивидуальным эндопротезом. Таким способом завершается комплексная реабилитация пациентов с деформациями челюстей путем устранения анкилоза ВНЧС. В настоящее время проведено лечение 9 пациентов, функциональный и эстетический эффект хороший.

Выводы

1. Благодаря комплексному и систематизированному обследованию детей отделения ДЧЛХ МГМСУ нам удалось определить факторы и особенности развития вторичных деформаций нижней челюсти, костей черепа, мягких тканей челюстно-лицевой области.
2. Создан алгоритм реабилитации для детей, страдающих заболеванием «дефект, деформациями нижней челюсти». Включающий комплексную хирургическую, ортодонтическую, ортопедическую, физиотерапевтическую, психологическую помощь на всех этапах роста и развития челюстно-лицевой области у детей.

Р. Каримова, Ф. Ахмедова, 3 курс, лечебный факультет, А. М. Морозов

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель: асс. А. М. Морозов

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ КАК САМОИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТИ

Пластическая хирургия в настоящее время — одна из самых востребованных областей медицины. Изначально обращение к пластическим хирургам диктовалось исключительно медицинскими причинами. В последние годы отношение к подобного рода операциям кардинально изменилось, пациенты всё чаще обращаются к пластическим хирургам в связи с желанием изменить свою внешность, а такие обращения являются недостаточно обоснованными с медицинской точки зрения. У большинства таких пациентов нет не только медицинских, но даже и социальных показаний к обращению — во многих случаях те особенности внешности, которые они хотят устранить, являются мнимыми дефектами и незначительно влияют на социальную адаптацию.

Цель исследования: выяснение причин, мотивирующих российских и зарубежных звёзд шоу-бизнеса прибегнуть к услугам пластического хирурга, а так же причин, которые заставляют людей, не имеющих отношения к шоу-бизнесу, менять свою внешность хирургическим путем, чтобы достичь внешнего сходства с медийными личностями.

Материалы и методы

В ходе настоящего исследования был проведен анонимный опрос, связанный с отношением респондентов к осуществлению хирургических операций с целью корректирования внешности, а также для достижения внешнего сходства со звездами телеэкрана. В опросе приняло участие 335 респондентов, из которых 319 (95,2 %) относятся к возрастной категории от 16 до 25 лет, 16 (4,8 %) относятся к категории

от 25 до 40 лет. Гендерное распределение респондентов: женщины — 276 (82, 4 %), мужчин — 59 (17,6 %).

Результаты и обсуждение

Причины, по которым человек может сознательно подвергать себя оперативному вмешательству, бывают абсолютно различными: это могут быть врожденные или приобретенные дефекты внешности, которые, естественно, являются показаниями к пластической операции, а также причиной может быть субъективное недовольство человека своей внешностью, что не является рекомендацией к проведению операции. В мире шоу-бизнеса обращение к услугам пластического хирурга имеет зачастую несколько вынужденный характер.

По данным проведенного нами опроса, 268 (80,2 %) человек из 335 опрошенных, согласились с мнением, что звездам российского и зарубежного шоу-бизнеса приходится обращаться к услугам пластического хирурга для поддержания своей внешности, чтобы хорошо выглядеть с телеэкрана, что в свою очередь повышает их популярность и востребованность среди публики, а 35 (10,5 %) респондентов ответили, что знаменитости идут на пластические операции от избытка денежных средств.

Существует так же отдельная категория людей, желающих предпринять такие кардинальные меры изменения внешности для достижения сходства с тем или иным кумиром. В прошлом объектами подражания становились персоны, имеющие выдающиеся заслуги или достоинства, иногда это были вымышленные или романтизированные персонажи, однако на сегодняшний день такими объектами подражания являются звезды телеэкрана. Данное явление в психологии называют «синдромом подражания знаменитостям». По данным американских психологов, около трети американцев страдают данным синдромом. При этом все люди, испытывающие нездоровый интерес к жизни звезд, делятся на тех, кто страдает непатологическим интересом, и тех, чей диагноз может звучать как «психопатология, опасная

для общества». Так же выделяется процент людей, которых психологи относят к группе «погранично-паталогической» зависимости от информации о жизни знаменитостей. Такие люди склонны следить за знаменитостями, а также подвергать себя пластическим операциям дабы стать похожим на кумира. Они раз за разом обращаются к пластическим хирургам, требуя максимального сходства с любимой звездой.

Но насколько же это безопасно? Как и любое хирургическое вмешательство, пластическая операция несет определенный риск для здоровья пациента. Он может быть связан с наркозом (аллергические реакции, некорректная дозировка, неисправность оборудования) или с несвоевременно проведенными реанимационными мероприятиями. Однако наибольший риск связан с неправильной техникой проведения операции. История пластической хирургии насчитывает тысячи случаев с неблагоприятным и трагическим исходом данного вида операций. По статистике в 2-5 % случаев пластической коррекции могут развиваться послеоперационные осложнения. Хирурги о них знают и всегда предупреждают пациентов о возможных рисках, однако полностью исключить их не может никто. К частым осложнениям относятся следующие: гематомы, нагноения, тромбофлебиты, во время эндоскопических подтяжек неопытные хирурги нередко пересекают лицевой нерв; затруднение дыхания и нарушение кровоснабжения слизистой при ринопластике; при проведении маммопластики возможны смещения имплантов, шрамы, рубцы; при неудачной операции увеличения объема губ возможно нарушение чувствительности губ, симметрии лица; жировая эмболия при проведении липосакции. Мировая статистика говорит о том, что на каждые 10 тысяч липосакций бывает 1 смертельный исход из-за жировой эмболии.

Некоторые данные нашего опроса: на вопрос по поводу отношения к проведению пластических операций без наличия медицинских показаний 195 (58,2 %) из 335 человек ответили, что относятся к дан-

ному факту «нормально», 60 (17,9 %) человек относятся к этому «нейтрально», 50 (14,9 %) — «отрицательно», и 30 (9 %) относятся «положительно». На вопрос — «Можно ли считать психическим отклонением обращение человека к пластическому хирургу с целью стать похожим на звезду телеэкрана?» 205 (61,9 %) опрошиваемых ответили «да», 107 (32,3 %) ответили «нет», 19 (5,8 %) предложили свои варианты ответа.

Выводы

Многие люди сознательно подвергают свою жизнь риску, обращаясь к услугам пластических хирургов и стараясь тем самым оказать влияние на личностную самооценку. Они не задумываются о возможных исходах и осложнениях и не осознают, что фактором мешающим их нормальной жизнедеятельности является не мнимый дефект их внешности, а проблема заключается в непринятии человеком себя из-за имеющихся душевных отклонений, а также навязанных обществом стереотипов. Для этих людей со временем перестает существовать грань между легким подражанием кумиру и патологическим стремлением быть похожим на любимую телезвезду, что может приводить к тяжёлым последствиям.

Литература

1. Боровиков А.М. Пластическая и эстетическая хирургия. Последние достижения / Боровиков А.М., Боровикова А.А. // Издательство «Практическая медицина». — 2011. — С. 488.
2. Крылова А.Н. Селебрити-идентичность как элемент самоидентификации молодежи в условиях постиндустриального общества // Ценности и смыслы. — 2011. — №4. — С. 54-62.
3. Морозов А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / Морозов А.М., Кадыков В.А., Пельтихина О.В., Аскеров Э.М., Морозова А.Д. // Синергия наук. — 2018. — № 19. — С. 1018-1024. — URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.
4. Перре М. Клиническая психология: Руководство для врачей. — СПб.: Питер — 2008. — 944 с.
5. Пшениснгов К.П. Курс пластической хирургии: Руководство для врачей. В 2 т. — Рыбинск: Изд-во ОАО Рыбинский Дом печати. — 2010. — С 216-274.
6. Пейпл А. Пластическая и реконструктивная хирургия лица. — Издательство «Бином». — 2013. — С. 155- 507.

Е. И. Кацнельсон, аспирант; А. А. Чикиндина, 4 курс, биологический факультет

УО Витебский ГУ имени П. М. Машерова, г. Витебск, Республика Беларусь

Кафедра химии

Научный руководитель: к.б.н., доцент О. М. Балаева-Тихомирова

ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА УГЛЕВОДОВ И ЛИПИДОВ У МОЛЛЮСКОВ С РАЗЛИЧНЫМ ТРАНСПОРТОМ КИСЛОРОДА

Антропогенная нагрузка оказывает неблагоприятное воздействие на процесс функционирования водных экосистем. Биологические методы, в частности биоиндикация дают возможность получить характеристику состояния водных экосистем, находящихся под воздействием неблагоприятных факторов. Перспективным объектом для биоиндикационных исследований являются водные моллюски. Широкое распространение, удобство сбора, легкость идентификации позволяют использовать моллюсков в биоиндикации загрязнения водных экосистем [1, 2].

Пресноводные моллюски являются важнейшей составляющей большинства водных биоценозов и применяются для биоиндикации загрязнения окружающей среды. Большая численность и широкая распространенность в различных географических районах, легкость сбора и идентификации, короткий жизненный цикл, высокая чувствительность к загрязнению позволяют использовать легочных пресноводных моллюсков в практике пассивного и активного биомониторинга [3].

Цель исследования: сравнить основные показатели обмена углеводов и липидов у легочных пресноводных моллюсков в зависимости от типа транспорта кислорода и местообитания.

Материалы и методы

Исследования проводились на 72 легочных пресноводных моллюсках, разделенных на две группы: 36 особей *Lymnaea stagnalis* и 36

особей *Planorbarius corneus*. Моллюски собирались осенью (сентябрь-октябрь) из водоемов четырёх районов Витебской области (таблица 1). В каждой исследовательской подгруппе содержалось по 9 моллюсков.

Таблица 1

Места отбора моллюсков

Район сбора моллюсков	Место сбора	Название водоема
Витебский р-н	г. Витебск	р. Витьба
Дубровенский р-н	д. Ляды	оз. Вордовье
Ушачский р-н	д. Дубровка	оз. Дубровское
Шумилинский р-н	а/г Башни	оз. Будовесь

Определение показателей гемолимфы проводили стандартными биохимическими реакциями с использованием наборов реагентов НТПК «Анализ Х» (триацилглицеролов, общего холестерина, холестерина ЛПВП) [4]. Уровень глюкозы в гемолимфе выявляли глюкозооксидазным методом наборами фирмы Диакон Диасис [4]. Гликоген определяли методом Krisman [5].

Результаты и обсуждение

Изменения концентрации глюкозы в гемолимфе сопряжены с изменением содержания гликогена в гепатопанкреасе моллюсков, так у *Planorbariuscorneus* обитающих в Шумилинском районе отмечено повышенное содержание глюкозы в гемолимфе и уменьшение концентрации гликогена.

Статистически значимые отличия получены у особей из Шумилинского района по сравнению с Витебским, так содержание глюкозы увеличивается в 1,6 раза у *Planorbariuscorneus*, а у *Lymnaeastagnalis* в 1,3 раза, что может свидетельствовать о более интенсивном распаде гликогена у *Planorbariuscorneus*, т.к. содержание гликогена снижается в гепатопанкреасе в 1,2 раза, а в случае *Lymnaeastagnalis* — о малом использовании глюкозы тканями, т.к. концентрация гликогена не снижается (таблица 2).

Таблица 2

**Содержание глюкозы (ммоль/л) в гемолимфе и гликогена (мг/г)
в гепатопанкреасе *Planorbarius corneus* и *Lymnaea stagnalis*
в зависимости от места обитания ($M \pm m$)**

Район сбора моллюсков (n=9)	Показатель	
	Глюкоза, ммоль/л	Гликоген, мг/г
<i>Planorbarius corneus</i>		
Витебский р-н	0,73±0,045	24,05±0,208
Дубровенский р-н	0,67±0,069	24,52±0,327
Ушачский р-н	0,58±0,055	24,86±0,158
Шумилинский р-н	1,15±0,086 ¹	21,15±0,109 ¹
<i>Lymnaea stagnalis</i>		
Витебский р-н	0,41±0,037	27,42±0,612
Дубровенский р-н	0,36±0,026	28,15±0,481
Ушачский р-н	0,37±0,012	28,27±0,544
Шумилинский р-н	0,54±0,045 ¹	27,01±0,358
Примечание — ¹ p<0,05 по сравнению с моллюсками из реки Витьба Витебский район		

Отмечено, что у *Lymnaea stagnalis* содержание ОХС, ХС ЛПВП и ТГ наименьшее в Витебском районе (таблица 3). По сравнению с особями собранными в реке Витьба, содержание показателей повышено в 1,2, 1,5 и 1,4 раза в Дубровенском районе, и в 1,3, 1,3 и 1,2 раза в Ушачском районе соответственно. У *Planorbarius corneus* изменения показателей имели другие закономерности, так в Дубровенском районе понижается содержание ОХС в 1,2 раза, ХС ЛПВП в 2,1 раза, а ТГ увеличивается в 1,7 раза, а в Ушачском районе увеличивается содержание ОХС в 1,2 раза, ТГ в 1,2 раза, ХС ЛПВП уменьшается в 1,7 раза по сравнению с Витебским районом.

Таблица 3

Содержание общего холестерина, холестерина липопротеинов высокой плотности, триацилглицеролов в гемолимфе *Planorbarius corneus* и *Lymnaea stagnalis* в зависимости от места обитания ($M \pm m$)

Район сбора моллюсков (n=9)	Показатель		
	ОХС, ммоль/л	ХС ЛПВП, ммоль/л	ТГ, ммоль/л
<i>Lymnaea stagnalis</i>			
Витебский р-н	0,418±0,020	0,056±0,013	0,298±0,008
Дубровенский р-н	0,504±0,018 ¹	0,086±0,008 ¹	0,404±0,006 ¹
Ушачский р-н	0,560±0,015 ¹	0,070±0,008 ¹	0,354±0,008 ¹
Шумилинский р-н	0,494±0,011	0,065±0,009	0,347±0,008 ¹
<i>Planorbarius corneus</i>			
Витебский р-н	0,316±0,022	0,119±0,006	0,192±0,008
Дубровенский р-н	0,281±0,012 ¹	0,058±0,003 ¹	0,324±0,006 ¹
Ушачский р-н	0,368±0,014 ¹	0,072±0,007 ¹	0,232±0,011 ¹
Шумилинский р-н	0,328±0,011	0,073±0,006 ¹	0,226±0,011
Примечание — ¹ p<0,05 по сравнению с моллюсками из реки Витьба Витебский район			

Выводы

У *Lymnaea stagnalis* и *Planorbarius corneus* гепатопанкреас является источником глюкозы гемолимфы. Изменение в содержании глюкозы и гликогена у моллюсков связаны с неблагоприятными внешними воздействиями факторов окружающей среды и внутренние перестройки организма в осенний период. Вследствие этого в организме моллюсков интенсивнее протекают обменные процессы, о чем свидетельствует сокращение резервов гликогена в гепатопанкреасе и повышенное содержание глюкозы в гемолимфе. Воздействие неблагоприятных факторов стимулирует усиление мобилизации углеводов гепатопанкреаса, моллюска, что может свидетельствовать о повышении защитно-компенсаторных способностей организма моллюсков.

Установлены различия в содержании общего холестерина, холестерина липопротеинов высокой плотности и триглицеридов у *Лут-*

naeastagnalis и *Planorbarius corneus* в зависимости от местообитания и транспорта кислорода.

Таким образом, антропогенные изменения показателей углеводного и липидного обменов могут служить мониторинговыми параметрами экологического благополучия водных сред обитания легочных пресноводных моллюсков.

Литература

1. Бабуева, Р.В. Брюхоногие моллюски (Gastropoda) верхней Оби и Обь-Иртышского междуречья, их роль в биоиндикации вод / Р.В. Бабуева // Проблемы устойчивого развития Обь-Иртышского бассейна. — Новосибирск: Наука, 2005. — С. 116-118.
2. Романова, Е.М. Использование моллюсков для биомониторинга водоемов на примере р. Свияга / Е.М. Романова, О.А. Индирякова, А.П. Куранова // Труды IV Всероссийской научной конференции «Современное состояние и приоритеты развития фундаментальных наук в регионах». Т. 1. Краснодар: Просвещение-ЮГ, 2007. С. 103—105.
3. Романова, Е.М. Биоиндикация водоемов с использованием моллюсков / Е.М. Романова, О.А. Индирякова, А.П. Куранова // Медико-физиологические проблемы экологии человека: мат. всерос. науч. конф. Ульяновск, 2007. С. 25-27.
4. Чиркин, А.А. Липидный обмен / А.А. Чиркин [и др.] // Медицинская литература. — М., 2003. — 122с.
5. Krisman, C.R. A method for the colometric estimation of glycogen with iodine / C.R. Krisman // Anal/ Biochem. — 1962. — Vol. 4. — P. 17–23.

А. Г. Кенжегулова, Т. С. Ахметова, 1 курс, факультет образования,
бизнеса и права

Инновационный Евразийский университет, г. Павлодар, Республика
Казахстан

Кафедра журналистики и филологии

Научный руководитель: к.филол.н., профессор Ж. Б. Ибраева

ЖАНР ДЕТЕКТИВНОГО РОМАНА В ЛИТЕРАТУРОВЕДЕНИИ

В настоящий момент литературоведческое исследование детективного жанра в нашей стране актуально. Это объясняется и резким увеличением доли беллетристики в домашних библиотеках, и пересмотром устоявшихся взглядов на литературный процесс.

Отмечая, что детектив является одним из самых популярных в литературе жанров, в котором всегда загадка, адреналин и тонкая интеллектуальная игра, отметим, что первыми разработчиками детективного жанра были, несомненно, писатели, такие, как Э.А. По, Г.К. Честертон, А. Конан Дойл, Г. Леру, Э. Уоллес, С.С. Ван Дайн, Д. Хаммет, Э. Куин.

Детективный жанр относится к тому роду литературы, который долгое время оставался без внимания серьезной критики. Как часто бывает, сама необычайная общедоступность и популярность произведений этого жанра вызывала сомнения в их художественных достоинствах.

Степень изученности проблемы: первым теоретиком детектива как особого жанра стал Г.К. Честертон [1], выступивший в 1902 году со статьей «В защиту детективной литературы». С тех пор было опубликовано немало размышлений на эту тему, и принадлежали они, в основном, практикам детективного жанра.

В России импульс к теоретическому осмыслению детективной литературы возник сравнительно недавно. Среди авторов, писавших на эту тему, следует вспомнить А. Вулиса, А. Адамова [2-3]. Отметим также два переводных издания: «Черный роман» Б. Райнова (болг.) и «Анатомия детектива» Т. Кестхейи (венг.) [4].

В указанных работах прослеживается история жанра, анализируется его морфология, проводится исследование контактных и типологических схождений в произведениях разных авторов. Литературоведы и искусствоведы пытаются раскрыть загадку полуторавековой популярности детективного жанра. Все вышеперечисленные исследования объединяет одно: детектив в них рассматривается как явление, связанное преимущественно с беллетристикой (массовой литературой).

Определение «жанр» является предметом изучения не только литературоведения, но и лингвистики, так, В.А. Байко указывает на то, что «первоначально определение жанра появляется в художественной литературе как средство классификации тематической направленности текста» [5]. Обратимся к общему определению литературного жанра, которое дает В.В. Кожина: «... исторически складывающийся тип литературного произведения; в теоретическом понятии о жанре обобщаются черты, свойственные более или менее обширной группе произведений какой-либо эпохи, данной нации или мировой литературы вообще» [6].

Наша задача — обозначить границы детективной литературы и отграничить ее от литературы с детективными элементами. Кроме того, необходимо обозначить наше понимание такого жанрового образования, как детектив.

Обратимся к словарям. Сам термин детектив происходит от английского слова *detection* — изучение, расследование. В Краткой литературной энциклопедии сказано: «Детективная литература (англ. *detective* — сыщик, от *detect* — открывать, обнаруживать; лат. *detectio* — раскрытие) — литература, посвященная раскрытию запутанной тайны, обычно связанной с преступлением».

Подобное понимание детективного жанра находим и в Большой Советской энциклопедии: «Детективная литература — вид литературы, включающий художественные произведения, сюжет которых посвя-

щен раскрытию загадочного преступления, обычно с помощью логического анализа фактов».

Основным жанрообразующим признаком, таким образом, является присутствие тайны или загадки. Здесь важно отметить, что под загадкой не обязательно подразумевается преступление, тем более убийство. И что наличие преступления вовсе не отличительный признак детектива.

Исходя из вышесказанного, мы будем понимать детектив как жанровое образование, в котором главным событием становится раскрытие тайны. Чаще всего это тайна связана с преступлением — убийством. А тот, кто ее раскрывает и есть главный герой произведения.

Популярность детектива зависит не только от динамичного сюжета, запутанной интриги, но и от внутреннего мира главного героя, чаще всего сыщика, выступающего в качестве следователя, журналиста или обаятельной пожилой дамы.

Классический детектив предполагает использование схемы социально-психологического романа, когда детективная история не только распутывается, но и объясняется, появляются мотивировки совершения тех или иных поступков или самого преступления, дается психологический портрет, как жертвы, так и большинства задействованных в повествовании персонажей.

Расследующий преступления выступает не в качестве лица, вершащего правосудие, восстанавливающего справедливость, но как профессиональный исследователь сложных ситуаций. При этом он наделяется индивидуальными особенностями, нередко романтическими или сентиментальными чертами.

В начале своего развития отечественная детективная литература не избежала схематизма в обрисовке персонажей и ситуаций. Главный герой, следователь, выступал именно как поборник чистоты и порядка, борющийся с преступниками. Подобное противостояние объяснялось общим отношением к положительному герою, социологизацией лите-

ратурного процесса. Четко выдержанная ролевая функция и обусловила поведение героя.

Мировая культура за то же время создала разнообразные типы персонажей, выводя чаще всего в качестве расследующего преступления сыщика или проницательного журналиста, но иногда допуская и возможности иронического осмысления образа (например, появлялись наблюдательные дамы). Оставались неизменными только законы жанра, никто не мог причинить вред распутывающему преступление. Как архетипическая фигура сыщик выходил победителем в борьбе со злом.

Изменения в отечественном детективном жанре начались, прежде всего, с образа центрального персонажа. Вначале он выглядел как герой, одаренный большой физической силой и владеющий навыками обращения с самой совершенной техникой. Поэтому основным жанром был боевик, где происходили непрерывные драки и столкновения. Иногда, как у Ч. Абдуллаева, криминальный сюжет наслаивался на политическую интригу.

Изменение взаимоотношений в обществе, определенная стабилизация социальных связей привели к необходимости трансформации «крутого боевика». Появились детективы Анны и Сергея Литвиновых, в которых создается образ «своего парня», не «крутого» и не наделенного сверхспособностями.

Современный детектив развивается по нескольким направлениям: в нем используются схемы и исторического повествования, и политического боевика, и публицистического памфлета, и плутовского романа, и любовной истории. В зависимости от структуры и содержания можно выделить «экшн» (от английского act — «действие»), подобие «дамского» романа (произведения Д. Донцовой), милицейский или полицейский детектив.

Отнесение ряда современных произведений к детективам во многом носит условный характер, оно подчеркивает приверженность

авторов к традиционной форме конструирования и развертывания сюжета: от совершенного преступления к его постепенному распутыванию и объяснению. Путь может оказаться тернистым, осложняться ложной интригой. Использование детективной интриги практикуется в разных формах, наиболее часто в фантастике, где поиски иных миров требуют нетривиальных решений. Можно проследить переключки с такой разновидностью фантастики, как киберфантастика. И в фантастической, и в детективной моделях авторы нередко используют сходные решения, предельно насыщая повествование описаниями дистанционного слежения, вживленных микрочипов, мощнейшей копировальной техники.

Таким образом, детектив остается принадлежностью массовой литературы, для которой свойственны клишированность сюжета и героев, стилевой универсализм.

Литература

1. Честертон Г.К. Как сделать детектив. — Пер. с англ. Белова С. — М.: Радуга, 1990. — 320 с.
2. Вулис А. Поэтика детектива // Новый мир, 1978, №1, С. 244-258.
3. Адамов А. Мой любимый жанр — детектив // Открытия и загадки Эдгара По — М., 1983.
4. Райнов Б. Черный роман. — Пер. с болг. — М.: Прогресс, 1975.
5. Бойко В.А. Основные жанровые признаки детективной прозы. Севастополь, Россия, 2015, С.7-16.
6. Кожина В.В. Жанр// Краткая лит. Энци. — М.: 1964 г.

О. А. Кольцова, В. Е. Пилипенко, 3 курс, лечебный факультет;
А. М. Морозов

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ

«Холодовая травма» является одной из значимых тем при изучении хирургии и травматологии. Поражение холодом различной степени возможно во многих климатических зонах. Холодовая травма актуальна не только для районов Крайнего Севера и Сибири, но нередко наблюдается и в районах с относительно высокой среднегодовой температурой.

Цель исследования: изучение современных возможностей консервативного лечения начальных стадий холодовой травмы.

Материалы и методы: в ходе исследования проводилось изучение русскоязычной и иностранной литературы с целью обобщения сведений о патогенезе и лечении холодовых травм. Применялся метод контент-анализа.

Результаты и обсуждение

Холодовая травма — это структурные и функциональные нарушения, возникающие в организме человека в ответ на воздействие неблагоприятных климатических факторов внешней среды. «Холод», или «холодовой фактор» — это собирательное понятие, включающее в себя все повреждающие факторы окружающей среды вкупе с исходным состоянием организма, которые своим охлаждающим воздействием на него приводят к возникновению холодовой травмы.

Различают местную и общую реакции организма на воздействие низких температур: отморожение и общее охлаждение или замерзание. Охлаждение — это процесс внешнего временного воздействия холодового фактора на организм человека, вызывающий напряжение

(компенсацию) терморегуляции организма, но не приводящий к понижению внутренней температуры тела («ядра») ниже 35°C; переохлаждение организма — это процесс внешнего временного чрезмерного воздействия холодового фактора на организм человека, вызывающий нарушение (декомпенсацию) температурной регуляции тела и приводящий к его гипотермии.

Отморожение — это патологическое состояние тканей, возникающее на ограниченном участке тела под воздействием низких температур внешней среды, однако отморожения могут возникнуть и при температуре окружающей среды выше 0 °C. При длительном воздействии влажного холода (от 0 до +10 °C) может возникнуть «траншейная стопа» даже на фоне периодического согревания пораженных тканей. Такие условия могут возникнуть у солдат, находящихся в траншеях, заполненных водой, мокрым тающим снегом, что и обусловило название.

В охлажденном участке под действием низких температур после истощения местной терморегуляции замедляются биохимические и биологические процессы. В этих условиях не могут адекватно функционировать физиологические системы, обеспечивающие тканевое дыхание, обмен веществ, нервную регуляцию. В первую очередь страдает сосудистая иннервация, происходит спазм сосудов, что вызывает ишемию тканей. При продолжающемся воздействии холода обменные процессы все больше нарушаются, что в конечном итоге приводит к некрозу с последующим развитием реактивного воспаления в окружающих тканях.

В клиническом течении отморожения различают два периода: скрытый и реактивный. В скрытом периоде субъективные ощущения сводятся к специфическому ощущению холода, покалыванию и жжению в области поражения. Затем наступает полная утрата чувствительности. Гиперемия отмороженных участков сменяется резким побледнением. Ни глубины некроза, ни его распространения в этом периоде определить нельзя. Чем дольше продолжается скрытый период, тем

больше разрушаются ткани. Однако степень разрушения тканей можно определить только после согревания отмороженных участков тела.

В реактивном периоде, наступающем после согревания пораженных участков, начинают развиваться местные признаки отморожения (симптомы реактивного воспаления, некроз), которые проявляются в течение нескольких суток.

В зависимости от глубины выделяют четыре степени отморожения, каждая из которых характеризуется своей морфологической картиной. Более подробно нас будут интересовать III и IV степени, как наиболее тяжёлые.

При глубоких отморожениях граница омертвения может проходить в глубоких слоях дермы (III степень) или некроз захватывает всю толщу кожи с подкожными тканями, включая костную (IV степень). Гибель всех слоев кожи обуславливает развитие грануляций и образование рубцов. Окончательный уровень поражения при отморожении IV степени проявляется в первые 2 недели в виде мумификации или влажной гангрены. Однако если демаркационная линия проходит через диафизы костей, этот срок может затянуться до 2–3 мес. и более. При этом возможны патологические переломы.

При наличии относительно нетяжелых степеней отморожений применяется консервативное лечение. Полномасштабная консервативная терапия в 1-2-е сутки после холодовой травмы позволяет провести раннюю некрэктомию с закрытием послеоперационных ран активированными биогальваническим током лиофилизированными ксенодермотрансплантатами, что устраняет проблемы, возникающие при местном лечении поверхностных обморожений, и в значительной мере облегчает последствия глубоких обморожений за счет более эффективного восстановления периферического кровотока и профилактики некротизации поднекротизированных тканей, пребывающих в парабактериальном состоянии.

Специализированный этап лечения (в ожоговых отделениях или ожоговых центрах) включает в себя: наложение биотеплоизолирующих повязок, декомпрессионные разрезы, инфузионно-трансфузионная терапия в полном объеме, вакуум-дренаж ран, баротерапия, внутривенная лазеротерапия, раннее хирургическое лечение с использованием активированных биогальваническим током лиофилизированных ксенодермотрансплантатов, лечение по схеме: согревание больного, наложение теплоизолирующих повязок на конечности, инфузионно-трансфузионная терапия подогретыми до температуры 42-44 °С растворами.

Биотеплоизолирующие повязки представляют собой теплоизолирующие повязки в комбинации с влажной камерой, под которыми на холодовую рану наложены электроды гальванической пары с целью активации раневых тканей биогальваническим током.

Заключение

Местное охлаждение тканей холодным воздухом, водой, льдом, замороженными предметами и различными холодагентами вызывает ограниченное поражение тканей — отморожение; общее охлаждение ведет к гипотермии всего организма.

Незнание особенностей клиники и лечения данной патологии может привести к тому, что у пострадавших возникнут необратимые изменения в тканях, а затем стойкая инвалидность. Не исключен и летальный исход. При лечении отморожений на начальных стадиях с помощью современных консервативных методов можно избежать осложнений и максимально сохранить жизнеспособность тканей и двигательную функцию конечности.

Литература

1. Кавалерский, Г. М. Медицина чрезвычайных ситуаций — Хирургия катастроф / Кавалерский Г. М., Гаркави А. В. // М.: Медицинское информационное агентство (МИА). — 2015. — С.173-196
2. Корнилов, Н. В. Травматология и ортопедия: 3-е издание. Учебник. — М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». — 2011. — 552с.

3. Морозов, А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / А. М. Морозов, В. А. Кадыков, О.В. Пельтихина, Э. М. Аскеров, А. Д. Морозова// Синергия наук. — 2018. — № 19. — С. 1018-1024. — URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.
4. Шигеев, В.Б.Очерки о холодовой травме / В.Б. Шигеев,С.В. Шигеев// М.: типография «August Borg». — 2016 — 450 с.
5. Handford Charles, Buxton Pauline, Russell Katie, Imray Caitlin EA, McIntosh Scott E, Freer Luanne, Cochran Amalia, Imray Christopher HE (2014-04-22). Frostbite: a practical approach to hospital management [Электронныйресурс] — <https://extremephysiolmed.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/2046-7648-3-7>
6. Bobak Zonnoor Frostbite: Background, Pathophysiology, Etiology — Jun 02. — 2017. [Электронныйресурс] — <https://emedicine.medscape.com/article/926249-overview>

Я. С. Костерова, А. А. Салтыкова, 3 курс, лечебный факультет;
А. М. Морозов

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель: ассистент А. М. Морозов

АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА УШИВАНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ

Наиболее частым и тяжелым осложнением язвенной болезни является прободная язва, при которой возникает сообщение просвета желудка или двенадцатиперстной кишки с брюшной полостью. В результате развивается перитонит. Среди острых заболеваний органов брюшной полости она составляет 1,2-1,5 % (по данным отдельных авторов, 3,2-5,4 %). В настоящее время особенную актуальность получил метод лапароскопического лечения перфоративной язвы в сочетании с медикаментозным воздействием на патологический процесс.

Цель исследования: изучить хирургические методы лечения прободной язвы; проанализировать «плюсы» и «минусы» лапароскопического метода; сравнить полученные данные; выявить наиболее перспективный метод.

Материалы и методы

В ходе исследования проведен анализ методов оперативного лечения прободной язвы на основании литературных источников, а также ретроспективный анализ клинических историй болезни пациентов с диагнозом прободная язва желудка проходивших лечение в хирургическом отделении ГБУЗ ГКБ №7 г. Твери за 2017 год.

Результаты и обсуждение

Больные не только с установленным диагнозом перфоративной язвы, но даже при малейшем подозрении на прободение подлежат немедленной госпитализации в хирургический стационар, так как результаты лечения зависят в первую очередь от времени, прошедшего

от момента перфорации до операции. Диагноз перфоративной язвы является абсолютным показанием к оперативному лечению. Единственное противопоказание — агональное состояние больных. Метод консервативного лечения перфоративной язвы путем постоянной длительной аспирации содержимого желудка с помощью зонда, предложенный в 1946 г. Тейлором, применения не нашел. Он может быть использован только при безвыходном положении: отказе больного от операции или при невозможности провести хирургическое вмешательство.

Если к настоящему времени среди хирургов нет разногласий в вопросе о необходимости хирургического лечения, то споры в отношении способов оперативного лечения ведутся до сих пор. Применяются следующие операции:

- 1) ушивание перфоративного отверстия либо закрытие его различными способами с помощью различных материалов;
- 2) сочетание ушивания перфоративного отверстия с наложением гастроэнтероанастомоза;
- 3) сочетание ушивания перфоративного отверстия с ваготомией и дренирующими операциями;
- 4) резекция желудка.

Каждый способ имеет свои показания и противопоказания, достоинства и недостатки. Из перечисленных вмешательств в хирургии прободной язвы в основном применяются две операции: ушивание перфоративного отверстия либо закрытие его другими методами и резекция желудка. Операцией выбора является ушивание перфоративного отверстия. Несомненным достоинством ее является простота техники. Она может быть сделана в любых условиях, любым хирургом, у самых тяжелых больных.

Для выполнения такой сравнительно простой хирургической манипуляции, как ушивание прободного отверстия, требуется широкая лапаротомия, которая имеет свои отрицательные последствия. К ним

можно отнести нагноения послеоперационной раны, образование вен-тральных грыж, лигатурных свищей, выраженный спаечный синдром, косметический дефект.

Сейчас, в период интенсивного развития в хирургии малоинва-зивных технологий при прободных язвах желудка и 12-перстной кишки используют различные лапароскопические методики в сочетании с ле-карственным воздействием на патологический процесс. Этот подход с каждым годом обретает все большую популярность в мировой меди-цине, ведь по сравнению с лапаротомным доступом лапароскопия имеет явные преимущества.

К сожалению, к видеолапароскопическим вмешательствам полу-чается прибегнуть отнюдь не всегда. Во-первых, для их проведения необходимо специальное оборудование и определенный практиче-ский опыт, во-вторых, к ним существует ряд противопоказаний, в число которых входят сочетание прободения с кровотечением, повторные перфорации, наличие декомпенсированного рубцово-язвенного сте-ноза пилородуоденального канала, развитие перитонита, требующего полной интубации тонкой кишки. В первых трех случаях оптимальным вариантом становится радикальная операция с выполнением лапаро-томии. Без последней также невозможно обойтись и при длительных (более 12 часов) сроках прободения, когда формируется паралитиче-ская кишечная непроходимость и определяется высокая микробная контаминация экссудата, и врачу необходимо осуществить адекватную первичную санацию брюшной полости.

Производит лапароскопическое ушивание перфоративной язвы желудка либо 12-перстной кишки хирургическая бригада, обычно со-стоящая из трех человек: оперирующего хирурга, его ассистента и опе-рационной сестры. Длится такое вмешательство около одного часа и включает в себя два основных последовательных этапа: первый — это обнаружение и ушивание дефекта, второй — санация и дренирование

брюшной полости. В послеоперационном периоде больным назначается соответствующая медикаментозная противоязвенная терапия.

Нами были изучены архивные данные Городской Клинической Больницы №7 города Твери. За 2017 год было обнаружено 15 операций по поводу ушивания перфоративной язвы, из них: лапаротомических (группа №1) — 11, лапароскопических (группа №2) — 4. Средний возраст пациентов с лапаротомией — 57 лет, с лапароскопией — 34 года. Среди пациентов обеих групп чаще встречается перфорация язвы желудка (73 %). При анализе продолжительности операций значительных отличий не выявлено (среднее время лапаротомии — 51,8 минут, лапароскопии — 57,5 минут). Нами был проведён анализ температурных листов пациентов в послеоперационном периоде: среднесуточная температура пациентов группы №1 — 37,2°, группы №2 — 36,9°. Даже столь незначительные отличия могут свидетельствовать о наличии более выраженного воспалительного процесса у пациентов с лапаротомией. Группе №1 после проведения операции назначались такие препараты, как кеторол и промедол, при этом более активно использовался последний. Пациентам группы №2 назначался только кеторол. Учитывая то, что промедол является опиоидным (наркотическим) анальгетиком, можно судить о более значительном болевом синдроме у пациентов первой группы. Антибактериальные препараты, назначаемые пациентам с лапаротомическим ушиванием: цефтриаксон (81 %), метронидазол (72 %), гентамицин (9 %), метрогил (72 %), левофлоксацин (18), амоксилав (9 %), цефепим (9 %); с лапароскопическим: цефтриаксон (50 %), метронидазол (50 %), метрогил (75 %), цефепим (25 %). Пациенты группы №2 в среднем провели в больнице на 2 дня меньше, чем пациенты группы №1 (6 койко-дней и 8 койко-дней соответственно).

Выводы

Лапароскопическое вмешательство при осложненной язвенной болезни является безопасным и эффективным методом лечения. Преимущества лапароскопического доступа:

- 1) Малый косметический дефект;
- 2) Ранее возвращение пациента к повседневной активности, что подтверждается меньшим количеством койко-дней у пациентов, которые перенесли лапароскопию;
- 3) Исходя из данных исследования, больным с лапароскопией было назначено меньшее количество обезболивающих препаратов, что свидетельствует об их комфортном состоянии;
- 4) Меньшая температура в послеоперационном периоде у пациентов с лапароскопическим методом ушивания язвы свидетельствует о том, что воспалительный процесс протекает менее выражено.

В то же время нельзя не отметить минусы данной методики:

- 1) Для проведения лапароскопии от момента заболевания должно пройти не более 8-12 часов;
- 2) Лапароскопическое ушивание занимает больше времени, чем лапаротомическое;
- 3) Используется дорогостоящее оборудование и расходные материалы, что увеличивает стоимость операции;
- 4) Требуется высокая квалификация хирурга и достаточный опыт;
- 5) Иногда в ходе операции возможен переход на открытый доступ;
- 6) Не все состояния при язвенной болезни можно прооперировать с помощью этой методики (например, лапароскопическая операция не будет назначена при больших размерах перфорации).

Вследствие того, что лапароскопия еще не получила очень широкого применения, сложно судить обо всех сторонах этого вопроса.

Литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник. Том 1 / Каган И.И., Кирпатовский И.Д. // М.: ГЕОТАР-Медиа. — 2012. — 512 с
2. Мерзликин Н.В. Хирургические болезни: учебник. Том 2 / Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. // М. : ГЭОТАР-Медиа. — 2015. — 600 с.
3. Морозов, А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / А.М. Морозов, В.А. Кадыков, О.В. Пельтихина, Э.М. Аскеров, А.Д.

- Морозова// Синергия наук. — 2018. — № 19. — С. 1018-1024. — URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.
4. Пахомова Г.В. Видеолапароскопия при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки / Пахомова Г.В., Гуляев А.А., Ярцев П.А. // Эндоскопическая хирургия. — 2010. № 1. — С. 8-12.
 5. Тагиров М.Р. Варианты лапароскопического лечения перфоративных дуоденальных язв / Тагиров М.Р., Халилов Х.М., Закиров А.М. // Вестник современной клинической медицины. — 2013. — №5. — С. 161-166.
 6. Ходаков В.В. Отдаленные результаты лечения больных оперированных с использованием малоинвазивных технологий / Ходаков В.В., Малинкин А.В. // Вестник Уральской медицинской академической науки. — 2007. — №1. — С.75-78.

Я. Е. Ким, 2 курс, стоматологический факультет;
В. В. Жигулина, И. В. Наместникова, Е. В. Андрианова, Е. Н. Егорова

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра биохимии с курсом клинической лабораторной
диагностики ФДПО, интернатуры и ординатуры
Научные руководители: к.б.н. В. В. Жигулина,
к.м.н. И. В. Наместникова

СОВРЕМЕННЫЕ НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Нарушения репродуктивной функции у женщин и мужчин продолжают оставаться актуальной медико-социальной проблемой, прежде всего для развитых стран с низким уровнем рождаемости. Эпидемиологические данные о распространенности бесплодия в мире различаются по регионам, однако Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) признано, что одна из шести супружеских пар сталкивается с проблемой бесплодия. Среди многочисленных причин, приводящих к бесплодию, называются эндокринные нарушения, которые более выражены у женщин, чем у мужчин — порядка 40 % и 10 % соответственно. Проблема преодоления бесплодия у большинства пар находит свое решение в связи с повышением в настоящее время доступности новых репродуктивных технологий искусственного оплодотворения — ИСМ (инсеминация спермой мужа), ИСД (инсеминация спермой донора), ИКСИ (оплодотворение яйцеклетки внутрицитоплазматической инъекцией одного сперматозоида), ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) и другими. Однако эффективность зачатия и вынашивания беременности при искусственном оплодотворении, также в большой степени зависит от состояния гормональной регуляции организма пациентов. В фокус научных исследований гинекологов параллельно с проблемой бесплодия входит и ассоциированная с ней патология — предменструальный синдром (ПМС). ПМС представляет собой

симптомокомплекс, возникающий за 2-10 дней до начала менструации и проявляющийся нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми, а также обменно-эндокринными нарушениями. По данным различных авторов ПМС отмечается у 25-90 % женщин в возрасте 18-55 лет, в различной мере ухудшая качество жизни, и, при наличии гормональных сдвигов, снижая способность к деторождению [1, 2, 3]. Таким образом, насущной потребностью гинекологии, акушерства и андрологии является высокоточное, серийное определение концентрации половых гормонов.

Анализ имеющихся в научной литературе данных показал, что лабораторная медицина обладает большим арсеналом тест-систем отечественного и импортного производства для количественного определения гормонов. Основной методикой при этом является иммуноферментный анализ, исследуемым материалом — сыворотка или плазма крови. Традиционно у женщин гормоны, характеризующие репродуктивную функцию, исследуются однократно в зависимости от фазы менструального цикла. Так, при сохраненном менструальном цикле исследование на эстрадиол и тестостерон проводят на 5-7 день, а на прогестерон на 21-23 день цикла. Однако, учитывая тот факт, что продолжительность нормального менструального цикла у женщин составляет от 21 до 35 дней, становится понятным, что традиционный подход для женщин, имеющих отклонения от стандартного 28-дневного цикла, а также для женщин с сохраненным, но измененным циклом, не применим. Логичным решением в данной ситуации является серийное (многократное) на протяжении цикла измерение концентрации гормонов, которое ограничивается, в том числе, необходимостью многократного забора крови из вены. В качестве альтернативного исследуемого материала для определения концентрации гормонов, характеризующих репродуктивную функцию, была предложена слюна. Однако оказалось, что фолликулостимулирующий, лютеинизирующий гормоны и пролактин, являющиеся по химической природе гликопротеина-

ми, не стабильны в слюне, в отличие от стероидных гормонов. Современные высокочувствительные лабораторные методы и соответствующие тест-системы позволяют определять в слюне концентрации стероидных гормонов в десятки раз более низкие, чем в крови [4].

В настоящее время для клинических лабораторных исследований доступны тест-системы для количественного определения в слюне эстрадиола, эстриола, прогестерона, 17-ОН-прогестерона, тестостерона. Все тест-системы являются высокочувствительными, так аналитическая чувствительность для тест-системы на эстрадиол составляет 0,3 пг/мл, на эстриол — 3 пг/мл, на прогестерон — 2,6 пг/мл, на 17-ОН-прогестерон — 2,5 пг/мл, на тестостерон — 1,0 пг/мл. Для стандартизации получения образцов слюны используются специальные полипропиленовые канюли, которые могут входить в состав тест-системы или приобретаются отдельно [5].

Половые гормоны по химической природе относятся к сложным липидам и являются стероидами. Общий предшественник всех стероидных гормонов — холестерол. Углеродный скелет холестерола включает 27 атомов углерода (C_{27} -стероид) и состоит из 4 конденсированных колец циклопентанпергидрофенантрена. Четвертое кольцо имеет боковую цепь из 8 атомов углерода. Соединения с укороченной на 6 атомов углерода боковой цепью — прогестерон, кортизол и альдостерон — составляют группу C_{21} -стероидов. В ходе биосинтеза тестостерон полностью утрачивает боковую цепь и, поэтому, его относят к C_{19} -стероидам. При биосинтезе эстрадиола на стадии образования ароматического цикла теряется ангулярная метильная группа и, следовательно, эстрадиол является C_{18} -стероидом. Последовательность образования половых гормонов можно изобразить краткой схемой: холестерол (C_{27}) → прогестерон (C_{21}) → тестостерон (C_{19}) → эстрадиол (C_{18}). [6].

У женщин детородного возраста уровень эстрадиола и прогестерона зависит от фазы менструального цикла. Наиболее высокий уровень эстрадиола наблюдается в позднюю фолликулярную фазу. После

овуляции уровень гормона снижается, возникает второй, меньший по амплитуде, подъем, который сменяется спадом, продолжающимся до конца лютеиновой фазы. Во время беременности концентрация эстрадиола в крови нарастает к моменту родов, после которых возвращается к норме на четвертый день. Помимо участия в регуляции менструального цикла и беременности эстрогены стимулируют синтез белков, связывающих медь и железо, липопротеинов высокой плотности, поддерживают натрий и воду в организме, увеличивают свертывающую способность крови, оказывают действие на обмен костной ткани, ускоряют линейный рост у девочек в пубертатный период, снижают костную резорбцию. С возрастом у женщин происходит снижение концентрации эстрадиола, причем в постменопаузу концентрация гормона снижается до уровня, характерного для мужчин.

Секреция прогестерона начинает возрастать в предовуляторный период менструального цикла, достигая максимума в середине лютеиновой фазы. Прогестерон вызывает стимуляцию теплового центра и повышение базальной температуры на 0,5 °C после овуляции в лютеиновую фазу менструального цикла. Концентрация прогестерона возвращается к исходному уровню в конце цикла. Именно снижение уровня данного гормона приводит к менструальному кровотечению. Определение уровня прогестерона используют для оценки адекватности лютеиновой фазы и контроля наступления овуляции. Содержание прогестерона в организме беременной женщины увеличивается примерно в два раза к 7-8 неделям беременности, а затем плавно возрастает к 37-38 неделям. Прогестерон подготавливает эндометрий к имплантации оплодотворенной яйцеклетки, а затем способствует сохранению беременности, подавляя активность гладкой мускулатуры матки, оказывая иммунодепрессивное действие, подавляя реакцию отторжения плодного яйца, стимулируя рост матки, развитие концевых секреторных отделов молочных желез. Возникшее на протяжении беременности снижение концентрации прогестерона может быть при-

знаком риска самопроизвольного прерывания беременности — выкидыша.

У женщин максимальная концентрация тестостерона определяется в период овуляции и в лютеиновую фазу. У беременных женщин уровень тестостерона нарастает к III триместру, превышая в три-четыре раза концентрацию гормона у небеременных женщин. Во время внутриутробного развития присутствие фетального тестостерона определяет половую дифференцировку по мужскому типу. В период менопаузы концентрация тестостерона снижается. У мужчин уровень тестостерона повышается в пубертатном периоде и сохраняется на высоком уровне, в среднем, до 60 лет. Тестостерон обеспечивает развитие мужских вторичных половых признаков, участвует в регуляции сперматогенеза и потенции. Гормон оказывает анаболическое действие, увеличивая мышечную массу, способствуя формированию костной ткани, при этом избыток тестостерона может приводить к низкорослости [5].

Кроме вышеуказанного имеется еще одно преимущество количественного определения половых гормонов именно в слюне. Речь идет о возможности определения биологически активных гормонов, не связанных с транспортными белками, поскольку в крови эстрогены, прогестерон и тестостерон находится как в свободном состоянии, так и в связанном с белками-переносчиками (сексгормонсвязывающим глобулином (SHBG), в меньшей степени с альбумином).

Таким образом, в настоящее время в арсенале лабораторной медицины имеются высокочувствительные тест-системы для определения концентрации половых гормонов в слюне, что является неинвазивным методом лабораторной диагностики, позволяющим проводить серийное (многократное) исследование данных гормонов на протяжении менструального цикла и для мониторинга беременности, что имеет большое значение в клинике и для научных исследований.

Литература

1. Гинекология: национальное руководство: / под ред. В. И. Кулакова, Г. М. Савельевой, И. Б. Манухина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1088 с.

2. Майоров, М. В. Предменструальный синдром, загадки патогенеза, проблемы терапии // Провизор. — 2001. — № 4. — С. 17 — 21.
3. Тарасова, М. А., Лекарева, Т. М. Гормональные методы терапии предменструального синдрома // Гинекологическая эндокринология. — 2007. — Т. 7, № 4. — С. 214 — 218.
4. Вавилова, Т.П., Островская, И.Г., Медведев, А.Е. Возможности и перспективы исследования гормонов в слюне // Биомедицинская химия. — 2014. — Т. 60, вып. 3. — С. 295-307.
5. Инвитро диагностика. Лабораторная диагностика / под ред. Е.А. Кондрашовой, А.Ю. Островского. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.:Медиздат, 2009. — 832 с.
6. Биохимия: учебник / под ред. Е.С. Северина. — 5-е изд., испр. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 768 с.

В. Д. Киреева, 2 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории
Отечества
Научный руководитель: д.ф.н., доцент В. В. Буланов

ИУДАИЗМ: ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ И ПОНИМАНИЕ ДОСТОИНСТВА

Цель исследования: доказать, что отношение к смерти, присущее иудаизму, помогает его приверженцам сохранить своё человеческое достоинство

Материалы и методы

Данные социального опроса и тестирования по методике С.С. Бубнова студентов ТГМУ, системно-структурный метод, анализ, синтез

Актуальность этого исследования, как видится, обусловлена результатами двух соцопросов среди людей в возрасте 16-30 лет (40 человек). Их цели — это определение уровня их фрустрированности и выявление их ценностных ориентиров по методике С.С. Бубнова. Их итоги: наличие небольшой группы с высоким уровнем фрустрированности и преобладание убежденности в том, что наиболее ценны помощь другим людям, также важны признание и самоуважение. То есть люди, находясь в состоянии сильной фрустрации, стремятся обрести и сохранить своё достоинство. Может ли им в этом помочь иудаизм?

Термин «иудаизм» происходит от названия еврейского племени Иуды, самого многочисленного среди 12 колен израилевых, как об этом повествуется в Библии. Выходцем из рода Иуды был царь Давид, при котором иудейско-израильское царство достигло наивысшего могущества. Термин «иудей» часто используется как эквивалентный слову «еврей». В иудаизме понятие достоинство выражает ответственное отношение человека к жизни, ее смыслу и ценностям. Но если атеист Ж.-П. Сартр понимает её как ответственность за свои выборы и поступ-

ки перед человечеством, то в иудаизме достоинство понимается религиозно. Оно, думается, базируется на четырех компонентах.

1) Главная идея иудаизма — идея богоизбранности евреев. Бог один, и он выделил один народ — евреев, чтобы помогать им и передавать свою волю через его пророков. Символом этой избранности является обряд обрезания, совершавшийся над всеми младенцами мужского пола на восьмой день их жизни.

2) Иудаизм провозгласил монотеизм, углублённый учением о сотворении человека Богом по своему образу и подобию — следствием чего является любовь Бога к человеку, стремление Бога помочь человеку и уверенность в конечной победе Добра.

3) Учение об абсолютной ценности Человека, человеческой жизни (как индивидуума, так и народов и также всего человечества в целом) — как бессмертного духовного существа, созданного Богом по Своему образу и подобию,

4) При этом у еврейского народа есть особая Миссия (то есть Избранность), заключающаяся в том, чтобы донести эти Божественные истины до человечества и через это помочь человечеству приблизиться к Богу. Для реализации этой задачи Бог заключил с еврейским народом Завет и дал ему заповеди. Божественный Завет неотменим; и он налагает на еврейский народ более высокий уровень ответственности.

С точки зрения иудеев умирание и сама смерть — это неотъемлемые части жизни. Рассмотрим основные принципы отношения евреев к смерти:

1) Иудейский подход к смерти основан на реальности. Как гласит Екклесиаст — есть время рождаться, и есть время умирать. Искусство смерти у евреев является основополагающим фактором искусства жизни евреев.

2) По еврейским традициям, к умирающему нужно относиться с уважением, любовью и заботой, также нужно относиться после смерти

к телу умершего. Все люди в иудаизме равны перед лицом ангелов смерти.

3) Траур — это очень важный процесс, таким образом, покойному оказывается дань уважения, также родные и близкие могут выразить свои соболезнования и скорбь.

4) У евреев считается неправильным относиться к смерти пренебрежительно, и наоборот, слишком долго останавливаться на ней.

5) Процесс траура и смерти сопровождают разные традиции и обычаи. Даже те евреи, которые не соблюдают заповеди, находят надежду и утешение в этих обычаях.

6) Обсуждать смерть необходимо, но многие ее обсуждать боятся, так как разговоры о смерти заставляют чувствовать себя бессильными и беспомощными, всех это пугает, так как каждый понимает, что рано или поздно смерть заберет всех. Иудаизм помогает справиться со страхом перед глазами смерти, чтобы люди продолжали спокойно жить без боязни умереть.

7) В иудаизме с древних времен есть обычай, что хоронить умершего нужно как можно скорее после того, как наступила смерть, а именно, в течение 24 часов.

8) По еврейской традиции не рекомендуется утешать скорбящего перед похоронами.

Плюсы иудаистского отношения к смерти:

1) Философ-иудаист М. Бубер учит, что диалог человека с Богом делает для человека лишенным значимости всё остальное сущее, в том числе и смерть.

2) В иудаизме, как и у древнегреческого философа Эпикура, доказывается, что глупо бояться физической смерти. Но если Эпикур ограничивается констатацией того, что смерть тела — всего лишь исчезновение ощущений, то в иудаизм ещё добавляет, что Бог дарует жизнь вечную, а телесная смерть — лишь этап на пути к ней.

Минусы иудаистского отношения к смерти:

1) Современный иудейский теолог Гольдшмидт пытается доказать, что добро связано исключительно с праведным образом жизни, с беспрекословным выполнением всех предписаний бога Яхве, что добро творит тот, кто ... отказывается от борьбы против социальной неустроенности. Как мы видим, иудаисты не стремятся менять общество так, как им нравится. Это, несомненно, минус.

2) Автор нравоучительной книги «Орхотцадиким» («Пути праведных») писал, о необходимости страха и благоговения перед Богом каждого человека как „ничтожной, скудоумной и беспомощной особы». Можно прийти к выводу, что «покорный раб, лишенный чувства достоинства, — вот идеал человека по иудаизму».

Как говорил М. Бубер: «Каждый из нас облачен панцирем, задача которого отторгать знаки. Знаки направлены на нас непрерывно, жить — значит быть тем, к кому обращаются, надо лишь принять, лишь услышать это обращение». Поэтому понимание достоинства у иудеев и принятие ими его как внутреннее ощущение благородства и собственной ответственности за свою жизнь и жизнь ближних, поможет людям в осознание не только своей гордости за свои поступки и действия, но и один из факторов улучшения качества жизни в мире.

Выводы

Иудаизм как религия дает верующим людям убедительные аргументы в пользу наличия у них достоинства. Ведь он учит, что именно они избраны Богом, находясь под его защитой, показывает, как без страха относиться к смерти. Многие современные люди утратили четкое представление о достоинстве и не знают, как избежать страха перед смертью. Обращение к иудаизму им может в этом помочь.

Литература

1. Бубер М. Диалог // Бубер М. Два образа веры. — М.: АСТ, 1999. — С. 122-161.
2. Бубер М. Затмение Бога. Мысли по поводу взаимоотношений религии и философии // Бубер М. Два образа веры. — М.: АСТ, 1999. — С. 440-540.
3. Настольная книга атеиста. Издание восьмое. — М.: Политиздат, 1985. — 474 с.

4. Сартр Ж.-П. Экзистенциализм — это гуманизм // Сартр Ж.-П. Тошнота: Избранные произведения. — М.: Республика, 1994. — С. 435–469.
5. Эпикур. Письма и фрагменты // Мыслители Греции: от мифа к логике. Сочинения. — М.: АСТ; Харьков: Фолио, 1999. — С. 737-795.

В.А. Киселева, 3 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра философии и психологии с курсами биоэтики и истории
Отечества
Научный руководитель: к.п.н., доцент Л. А. Мурашова

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЗАМЕНЫ СУСТАВОВ И КОСТЕЙ

Цель исследования: изучение проблем, возникающих у людей с различными заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата, и способов их решения.

Материалы и методы

Данные Всемирной организации здравоохранения и Минздрава России, структурно-системный метод, функциональный метод, анализ и синтез.

Результаты и обсуждение

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения и Минздрава РФ, заболеваниями опорно-двигательного аппарата страдает 85-90 % молодого и трудоспособного населения возраста от 30 до 50 лет. Почти в 70 % случаев пострадавшие получают серьёзные травмы в быту, ещё около 20 % — на улице. На третьем месте — повреждения, связанные с производством. Отдельно фиксируются также транспортные (1,9 %) и спортивные (1,1 %) травмы. Одной из главных причин переломов костей, их деформации, развития опухолей и потери конечностей является травматизм. Тяжёлых травм в России действительно много, и чаще всего страдают мужчины: по официальным данным 2009 года, в среднем, увечья получают почти 90 человек из каждой тысячи взрослого населения. Основной причиной потери конечности является сахарный диабет: от 50 до 70 % общего количества всех выполненных ампутаций нижних конечностей приходится на долю больных этим заболеванием. Таким образом, актуальной становится проблема высокого риска инвалидизации людей с вышеперечис-

ленными проблемами. Это существенно снижает качество их жизни и их близких.

Сейчас у пациентов появилась надежда — это 3D-биопечать. В медицине это достижение прогресса стало новым этапом, и совсем скоро грядут большие перемены в сфере протезирования, лечения заболеваний человеческих органов в целом, которые не только позволят снизить смертность, но и ускорить процессы реабилитации и выздоровления человека.

На 3D-принтерах с 2012 года возможно распечатать протезы и импланты опорно-двигательного аппарата человека. Позвонки и межпозвоночные диски из пластика и резины уже сейчас довольно хорошо освоены и постепенно осваивается более сложный уровень — печать человеческих органов и частей тела на клеточном уровне.

3D-принтер это специальное устройство для вывода трёхмерных данных. В отличие от обычного принтера, который выводит двумерную информацию на лист бумаги, 3D-принтер позволяет выводить трехмерную информацию, т.е. создавать определенные физические объекты.

3D-печать может осуществляться разными способами и с использованием различных материалов, но в основе любого из них лежит принцип послойного создания (выращивания) твёрдого объекта. Преимуществами подобных устройств перед обычными способами создания моделей являются высокая скорость, простота и низкая стоимость.

Трёхмерная печать может использовать разные технологии и расходные материалы, она работает через последовательное наращивание слоями объёмного предмета. Для создания слоёв могут применяться различные технологии:

- Лазерная стереолитография в которой ультрафиолетовый лазер точку за точкой засвечивает поверхность жидкого фотополимера. В другом варианте засвечивание производится ультрафиолетовой лампой сквозь меняющийся с новым слоем фотошаблон. Жидкий

полимер при этом затвердевает, становясь довольно прочным пластиком.

- Ламинирование — здесь всё также производится наслаивание материала, все слои склеиваются между собой, а лазером в каждом слое вырезаются участки, формирующие сечение будущего предмета.
- Лазерное сплавление применяется для слоёв порошков из пластика или металла.
- Струйная технология предусматривает застывание охлаждающегося материала: раздаточная форсунка выбрасывает на охлаждаемую платформу-основу разогретые капли термопластика. Там они мгновенно застывают, склеиваясь с соседними, и формируют слой изготавливаемой детали.
- Склеивание порошкообразного материала несколько напоминает спекание порошка лазерным лучом, но порошок здесь может быть из измельчённой целлюлозы, которая не плавится, поэтому для его склеивания используется жидкий адгезив или растворитель, который подаётся из миниатюрной форсунки.
- Самоотверждающиеся материалы(густые керамические смеси). Подобные материалы востребованы для трёхмерной печати больших архитектурных моделей.

Сферы применения 3D-печати огромны:

- Изготовление моделей и форм для литейного производства.
- Производство различных мелочей в домашних условиях.
- Производство сложных, массивных, прочных и недорогих систем. Например, беспилотный самолет Polecathttps://en.wikipedia.org/wiki/Lockheed_Martin_Polecat компании Lockheed, большая часть деталей которого была изготовлена методом скоростной трёхмерной печати.

- Разработки Университета Миссури, позволяющие наносить на специальный био-гель сгустки клеток заданного типа. Развитие данной технологии — выращивание полноценных органов.
- В медицине, при протезировании и производстве имплантов (фрагменты скелета, черепа, костей, хрящевые ткани).

3D-печать уже широко используется для производства различных частей тела (обычно из пластика и металла), которые контактируют с тканями, но не входят в кровоток. Сюда относят зубы, слуховые устройства, кости, а также протезы конечностей.

Врачи отделения челюстно-лицевой хирургии в медицинском центре BaruchPadeh около города Тверии (Израиль) в 2015 году вывели пациента, страдающего от большой опухоли в задней части челюсти, путем замены поврежденной части имплантатом, созданным на 3D-принтере.

Проблемы с межпозвоночными дисками — вещь достаточно распространенная. Статистика неумолима — около 90 % людей страдают хроническими заболеваниями позвоночника, которые нарушают деятельность иных систем нашего организма и лишают жизнь обычных радостей, и превращают ее в ежеминутную борьбу с болью.

Венец разработок в этой области — недавняя операция, проведенная в 2014 году, пекинскими хирургами на позвоночнике 12-летнего мальчика со злокачественной опухолью спинного мозга, которая разрушала позвонки. Материал, из которого сделали позвонок — пористый, потому менять позвонок, как считают ученые, не придется: он обрастет костной тканью, то есть станет неотъемлемой частью тела.

В Нидерландах в 2014 году была проведена операция полной замены черепа 3-D печатным имплантом. Пациентка страдала редкой болезнью, при которой утолщаются кости черепа, в результате на мозг оказывалось слишком высокое давление, поэтому хирурги пришли к решению полностью заменить череп 3D-печатным имплантом. Операция прошла в Медицинском центре Утрехтского университета в Ни-

дерландах. Со слов врачей, это была революционная операция, которую прежде еще никто не проводил.

46-летний китаец, работавший на строительной площадке, сорвался и упал с 3 этажа. В результате этого несчастного случая у него сильно пострадала голова. Верхняя часть головы оказалась деформирована и обезображена. Хирургам пришлось удалить большую часть мозга и черепа. Так как мозг пациента сильно пострадал, у него начались серьезные проблемы со зрением. Также он не может писать и разговаривать. Часть мозга, ответственная за ходьбу, осталась практически целой, поэтому у него почти не было проблем с передвижением. Хирурги разработали и напечатали титановую сетку, которая закроет мозг пациента, и его череп вновь приобретет нормальную форму.

В Китае было выполнено несколько операций, в которых пациентам имплантировали ключицу, лопатку и правую подвздошную кость таза. Показания к операции — раковые опухоли.

В Сиань, столице китайской провинции Шэньси, в 2014 году 3D печатные титановые протезы успешно имплантированы пациентам, которые страдали раком костей.

Врачи решили, что необходимо провести операции, удалить опухоли и заменить пораженные кости. Чтобы создать кости, врачи использовали технологию 3D-печати.

Чтобы разработать имплантаты, соответствующие размерам и формам настоящих костей пациентов, использовалась компьютерная визуализация. 3D модель кости напечатали посредством технологии селективного лазерного спекания, используя титановый порошок. В результате получились прочные титановый имплантаты, изготовленные в соответствии с параметрами пациентов, которые отлично подходили их телу.

В Испании в 2015 году успешно провели первую в истории операцию по пересадке напечатанного с помощью 3D-печати протеза грудины и ребер. Пациентом был 54-летний мужчина, страдающий от рака

грудной стенки. С помощью компьютерной томограммы высокого разрешения удалось разработать максимально точную трехмерную модель имплантата, который идеально подходил пациенту. В процессе печати электронный луч принтера плавил титановый порошок и наносил слой за слоем, специально для этого был приобретен соответствующий 3D-принтер у шведской компании Arcam AB разработчика промышленного оборудования для аддитивного производства. Протез был создан с учетом оставшихся частей ребер с соответствующими креплениями, которые были к ним прикреплены винтами.

В настоящее время трехмерные технологии уже активно используются в современной медицине. Одно из основных направлений — ортопедия. В этой отрасли 3D-печать расширяет возможности диагностики и лечения и выводит их на новый уровень, улучшая как качество жизни пациента, так и профессиональное качество жизни врача, также это совершенно иной уровень диагностики и качества лечения.

14 сентября 2015 года был напечатан протез тазобедренного сустава специалистами Санкт-Петербургского политехнического университета Петра Великого. Печать конструкций на 3D-принтере выполняется в рамках программы импортозамещения и внедрения отечественных инновационных технологий в медицине. Применение методики позволит сэкономить на каждой операции десятки тысяч евро.

В изготовлении протеза с университетом сотрудничали Научно-Технологический Комплекс «Машиностроительные Технологии», входящий в состав Объединенного научно-технологического института, и лаборатория «Функциональные материалы». В качестве расходного материала для изготовления конструкции использовался титановый порошок, выпускаемый российской компанией ООО «Нормин» Производство металлических и керамических порошков.

В июне 2016 года ученые Сибирского Федерального университета научились создавать различные костные структуры с помощью 3D-прототипирования и компьютерной томографии. Создаются они из по-

лигидроксibuтирата — полностью биоразлагаемого материала, синтезируемого микроорганизмами, и смогут быть использованы для высокотехнологичных методов лечения.

Биопечать — одно из самых революционных направлений 3D печати. От того, как будет развиваться эта технология, зависит будущее медицины. 3D-печать живой тканью открывает массу возможностей: с ее помощью уже сегодня можно создать искусственные хрящевые, костные и мышечные ткани. В ближайшие десятилетия все больше органов человеческого тела будут становиться доступными для печати.

Перспективы 3D технологий очень значимы. Велика их актуальность и с экономической точки зрения: постоянно совершенствуясь, они быстро дешевеют.

Дальнейшее развитие 3D технологий в медицине позволяет свести вероятность врачебной ошибки до минимума. Имея возможность использовать макеты органов в учебном процессе медицинского ВУЗа в ходе изучения оперативной хирургии и других специальных дисциплин, значительно возрастает вероятность подготовки более профессиональных и квалифицированных врачей.

Выводы

Технологии 3D печати в медицине совершили настоящий прорыв. Человечество стоит на пороге больших перемен — уже сегодня осуществляется пересадка напечатанных на 3D-принтере костей и суставов, которая позволяет решить многие проблемы, связанные с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. 3D-биопечать предоставляет пациенту возможности производить восстановление костных тканей без сравнительных затруднений из собственных клеток пациента. Метод 3D-биопечати позволяет не только спасти жизнь пациента и уменьшить неприятные последствия, типичные при аллотрансплантации, но и улучшить качество жизни человека.

Литература

1. Веб-журнал 3Dindustry — 1 апреля 2015. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.3dindustry.ru/article/2476/> (дата обращения 06.04.2017)
2. Ежедневный веб-журнал КВИБЛ — 26 марта 2017. [Электронный ресурс]. URL: <http://quibbll.com/22814-chelovecheskie-organy-pechatayushhiesya-na-3d-printere-uzhe-segodnya/> (дата обращения 06.04.2017)
3. Общероссийская газета независимых журналистских расследований «Наша версия» — 13 декабря 2016. [Электронный ресурс]. URL: <https://versia.ru/4-milliona-rossiyan-prigovoreny-k-amputatsiyam-kak-k-forme-lecheniya> (дата обращения 06.04.2017)
4. Сайт о технике Gagadget — 9 сентября 2017. [Электронный ресурс]. URL: <http://gagadget.com/science/17731-vrachi-peresadili-patsientu-napechatannyye-na-3d-printere-titanovyye-rebra-i-grudinu/?from=readmore> (дата обращения 06.04.2017)
5. Сайт 3Dtoday — 4 октября 2016. [Электронный ресурс]. URL: http://3dtoday.ru/industry/for-the-first-time-in-the-world-the-patient-from-the-netherlands-transplanted-3d-printed-implant-sku.html?PAGEN_3=4&PAGEN_4=1 (дата обращения 06.04.2017)
6. Сайт 3Dtoday — 4 октября 2016. [Электронный ресурс]. URL: <http://3dtoday.ru/industry/vrachi-vosstanovili-formu-cherepa-patsienta-s-pomoshchyu-3d-pechatnoy-titanovoy-setki.html> (дата обращения 06.04.2017)
Сетевое сообщество LiveJournal — 19 февраля 2017. [Электронный ресурс]. URL: <http://grimnir74.livejournal.com/6762044.html> (дата обращения 06.04.2017)

А. Р. Клименко, 4 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Миназдрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра неврологии, медицинской реабилитации и нейрохирургии
Научные руководители: ассистент Л. А. Мурашова,
д.м.н. Л. В. Чичановская

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Каждого пациента волнует вопрос собственного здоровья. Существует множество близких по значению понятий, которые обозначают субъективное, личное переживание болезни, но мне бы хотелось остановиться на «внутренней картине болезни». Это понятие ввёл терапевт Роман Альбертович Лурия [1].

Он выделял:

- Внешнюю картину болезни, под которой понимал объективные данные, которые врач получает с помощью специальных методов исследования, все то, что можно зафиксировать и описать;
- Внутреннюю картину болезни, под которой понимал индивидуальную систему ощущений, переживаний и мыслей, определяющих отношение больного к нарушению здоровья представление о причинах нарушения и связанное с этим поведение.

Структура внутренней картины болезни (ВКБ), по В.В. Николаевой [5] включает четыре уровня:

1. Чувственный, или сенситивный, — комплекс субъективных болезненных ощущений.
2. Эмоциональный — эмоциональные реакции на вызванные болезнью ощущения и на последствия болезни в жизни человека.
3. Интеллектуальный — знания о болезни и ее рациональная оценка, глубина осознания остроты, тяжести, последствий заболевания.

4. Мотивационный — возникновение новых мотивов и перестройки преморбидной (или отношение пациента к своему заболеванию и восстановлению здоровья).

Предложенная схема учитывает весьма важный факт, что болезнь — это не только болезненные ощущения и их переживание, но и изменение мотивации. Одного пациента болезнь заставляет активно искать способы лечения и защиты от неприятных последствий, другого — словно парализует и он безропотно и пассивно ждет, чем всё закончится. В отличие от врача пациент имеет весьма смутное представление об анатомическом строении и функциях своего тела и значение болезни в его восприятии может, как преувеличиваться, так и уменьшаться вплоть до полного отрицания. Поэтому одной из задач врача является коррекция понимания и восприятия болезни пациентом [4].

Цель исследования: определение внутренней картины болезни у пациентов с ишемическим инсультом.

Материалы и методы

Анкетирование по двум опросникам (методика определения актуального психического состояния и опросник «SACS» (стратегии преодоления стрессовых ситуаций) С. Хобфолл в адаптации Н. Е. Водопьяновой) 30 больных (12 женщин и 18 мужчин в возрасте от 23 до 82 лет) с ишемическим инсультом, анализ полученных данных.

Результаты и обсуждение

На рисунке 1 представлена — основная масса испытуемых — 70 % — попадает в зону средних значений. Это значит, что у большинства наблюдается умеренная инициативность и готовность действовать, при наличии для этого благоприятных условий.

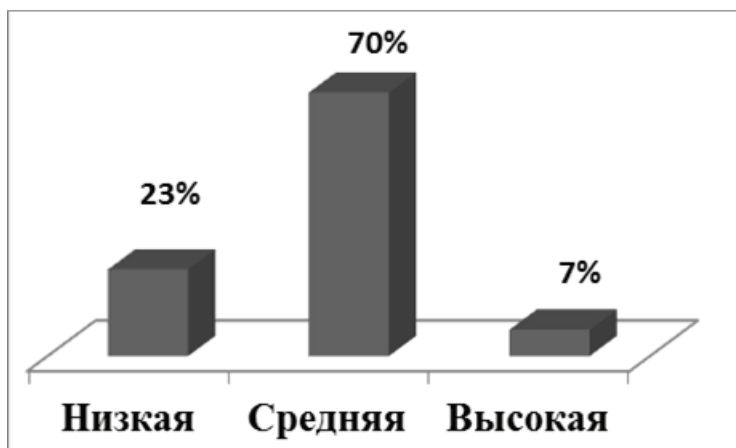


Рис. 1. Степень выраженности активных действий у больных с ишемическим инсультом

На рисунке 2 — 90 % испытуемых имели низкий показатель работоспособности. То есть наблюдается снижение работоспособности, утомление, инертность, заторможенность, ощущение вялости [3].

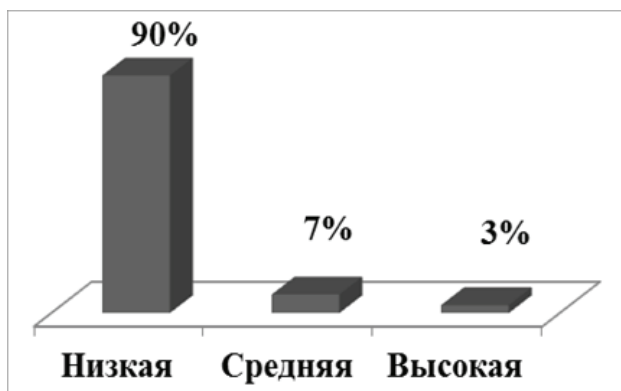


Рис. 2. Степень выраженности работоспособности у больных с ишемическим инсультом

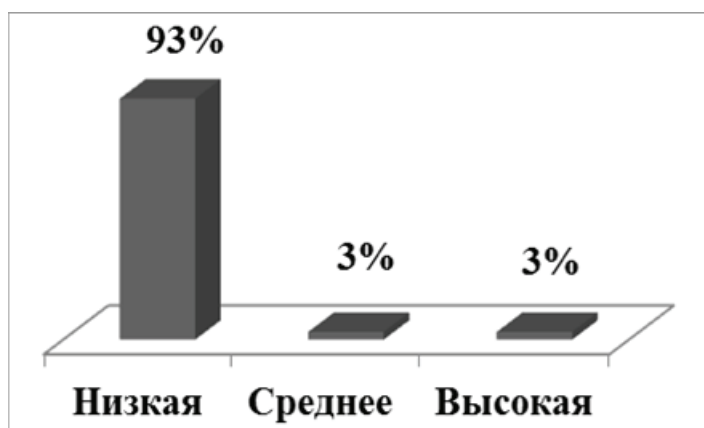


Рис. 3. Степень выраженности самочувствия у больных с ишемическим инсультом

На рисунке 3 — 93 % испытуемых низкий показатель самочувствия. Они ощущают неудовлетворительное физическое самочувствие, телесный дискомфорт.

На рисунке 4 — 84 % испытуемых высокий показатель тревоги. Они переживают беспокойство, могут ощущать неблагоприятные предчувствия, возможные угрозы [3].

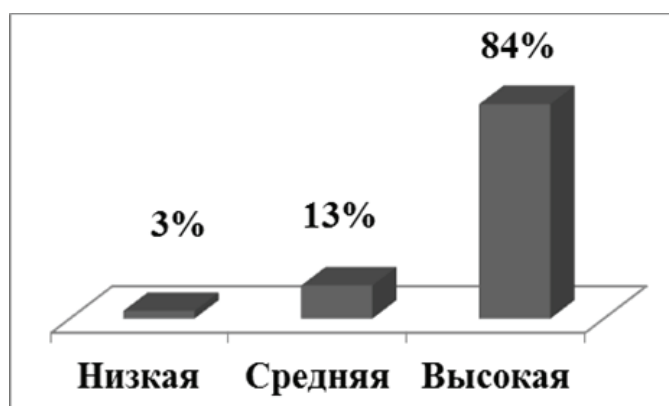


Рис. 4. Степень выраженность тревоги у больных с ишемическим инсультом

На рисунке 5 — 77 % испытуемых высокий показатель напряженности. Это отражает эмоциональное возбуждение, напряжение, нервозность, невозддержанное реагирование на изменения ситуации, неуравновешенное поведение, неудовлетворенное эмоциональное саморегулирование [3].

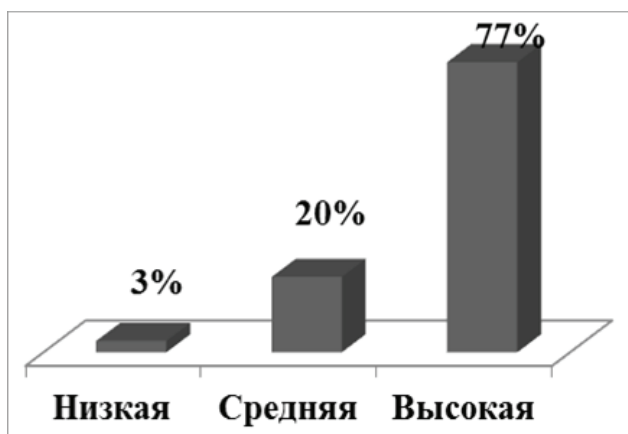


Рис. 5. Степень выраженности напряжённости у больных с ишемическим инсультом

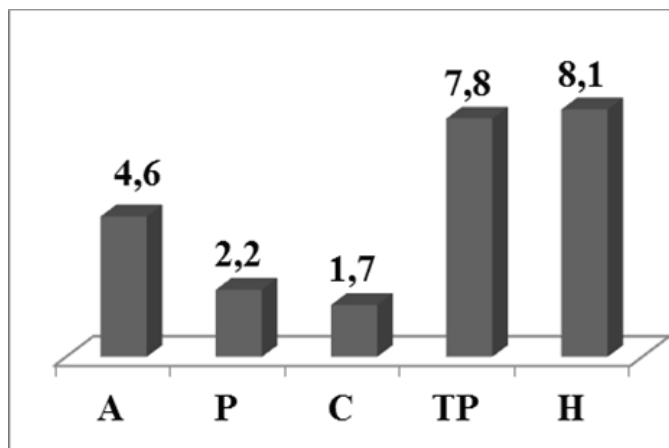


Рис. 6. Общая оценка психического состояния у больных с ишемическим инсультом

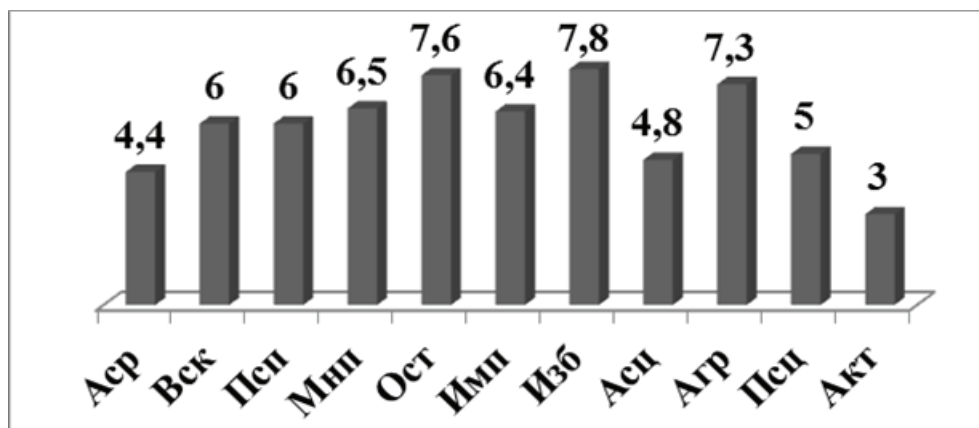


Рис. 7. Общая оценка стратегии преодоления стрессовых ситуаций у больных с ишемическим инсультом

У испытуемых наблюдается неэффективная стратегия преодолевающего поведения. Характерными чертами стратегии преодоления стрессовой ситуации являются пассивность (осторожные и избегающие действия) в сочетании с асоциальностью (агрессивные действия) [2].

Заключение

На основании проведённого исследования можно сделать вывод, что у больных с ишемическим инсультом наблюдается снижение активности, не выходящее за диапазон средних значений, тотальное снижение работоспособности и самочувствия. На фоне этого наблюдается высокий уровень тревоги и напряженности. Стратегии преодоления стрессовых ситуаций таких больных является неэффективной.

Литература

1. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания /М.: Медицина, 1977. С.112
2. Водопьянова, Н. Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2010, С. 251-253
3. Куликов, Л. В. Руководство к методикам диагностики психических состояний, настроений и сферы чувств. Описание методик, инструкции по применению.- СПб.СПГУ, 2003
4. Цветкова И. В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья. Психологические исследования, 2012, №1(21), С. 11
5. Википедия [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [https://ru.m.wikipedia.org/wiki/ Внутренняя картина болезни](https://ru.m.wikipedia.org/wiki/Внутренняя_картина_болезни) — Концепция В. В. Николаевой.- (Дата обращения 22.02.2018)

УДК 616.31:616-039.77

Е. В. Коваленко, А. А. Пельцер, 4 курс, стоматологический факультет;
В. В. Беляев, О. А. Гаврилова

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра детской стоматологии и ортодонтии с курсом детской
стоматологии ФПДО, интернатуры и ординатуры
Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Беляев

КРАСОТА ЗУБОВ — ПРИЗНАК БЛАГОПОЛУЧИЯ?

В последние годы в средствах массовой информации красивые зубы рассматриваются как атрибут здоровья и благополучия, а во многих случаях и благосостояния их обладателя. Вместе с тем, одни авторы считают, что внешность и вид зубов оказывают сильное влияние на молодых людей и на их предпочтения в выборе друзей, другие не видят никакой взаимосвязи между физической привлекательностью и ее восприятием окружающими. В этой связи вопрос о восприятии стоматологической эстетики школьниками, проживающими в очаге эндемии по флюорозу, представляется актуальным.

Цель исследования: Оценка значимости внешнего вида и цвета зубов для подростков посредством анкетирования.

Материалы и методы

Основу исследования составило анкетирование 406 школьников 12–17 лет 5 СОШ, расположенных в разных административных районах г.Твери. Всего было опрошено 198 (49 %) лиц мужского пола (I группа) и 208 (51 %) лиц женского пола (II группа). Перед анкетированием от участников (15 лет и старше) или родителей (дети до 15 лет) были получены письменные информированные согласия на выполнение опроса. Школьникам предложили ответить на вопросы анкеты, в числе которых был следующий: «По Вашему мнению, красивая улыбка является свидетельством благополучия человека?».

Результаты и обсуждение

Исследование выявило, что для детей и подростков внешний вид зубов имеет немаловажное значение. Более половины всех школьни-

ков (64 %) согласились с мнением, что красивая улыбка является своеобразной «визитной карточкой» человека, косвенным мерилom его благополучия (рис. 1).

Особый интерес вызывает стабильность полученных величин во всех указанных возрастных группах. В этой связи можно предположить, что в среднем школьном возрасте (12 лет) у значительной части детей уже сформированы представления о внешности (красивых зубах), как об одном из важнейших факторов, формирующих благополучие человека. Данная гипотеза представляется весьма важной для организации стоматологической помощи детям с дисколоритом зубов вследствие флюороза, так как г. Тверь характеризуется высокой распространенностью данной патологии [5]. При умеренных и тяжелых формах патологии у значительной части детей выявляются психоэмоциональные проблемы, старт которых в большинстве случаев приходится на 10-11 лет [3]. Своевременное выполнение стоматологического эстетического лечения флюороза способно снизить тяжесть переживаний, обусловленных нарушениями цвета эмали. Как правило, данное лечение проводится в возрасте 15-16 лет [2], т.е. на протяжении нескольких лет дети, не получающие адекватной помощи, испытывают выраженный дискомфорт из-за цвета собственных зубов, приводящий в ряде случаев к формированию негативных комплексов. Полученная информация обосновывает необходимость выполнения стоматологического эстетического лечения пациентов с флюорозом зубов на «ранних» этапах — с 12-ти лет. Обязательным условием выполнения раннего эстетического лечения является наличие у пациента выраженных психологических проблем, диагностика которых осуществляется посредством его предварительного анкетирования [4].

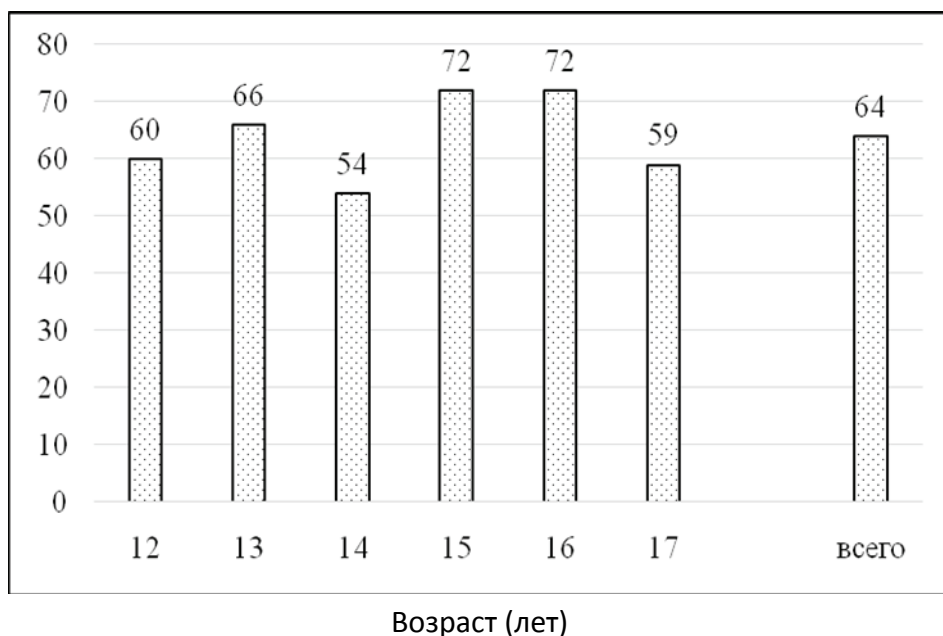


Рис. 1. Процент подростков, утвердительно ответивших на вопрос

Анализ полученных ответов по половому признаку выявил разделение мнений. Из графика видно, что до 14-летнего возраста различия между группами мальчиков (34,66 %) и девочек (25,66 %), считающих красивые зубы и улыбку признаком благополучия, незначительны (рис. 2). В дальнейшем наблюдается рост значений с 25 % до 52 % во II группе и снижение с 29 % до 7 % в I группе.

Анализ линейных трендов подтверждает, что оценка роли внешности человека, в том числе и параметров улыбки, зависит от пола и возраста [1]. Для девушек указанные характеристики имеют большое значение, и с возрастом укрепляются. Среди учеников одиннадцатого класса шесть из десяти опрошенных считают, что между красивыми зубами, улыбкой и социальным статусом человека существует взаимосвязь. При этом необходимо отметить, что пять человек из шести — девочки. Для мальчиков цвет и форма зубов менее значимы. Вместе с тем, можно предположить, что ответы юношей не всегда искренны в силу психологических особенностей данного возрастного периода.

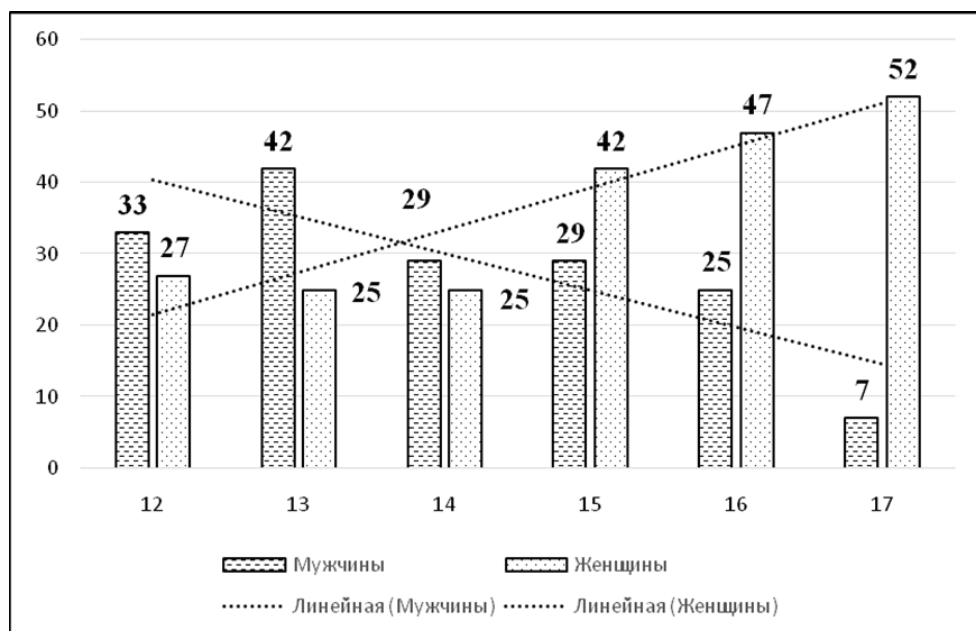


Рис. 2. Половое распределение школьников, утвердительно ответивших на вопрос

Таким образом, исследование выявило, что для значительной части современной молодежи, особенно девушек, белозубая улыбка ассоциируется с благополучием и респектабельностью. Формирование данной парадигмы начинается в среднем школьном возрасте и активно продолжается в старших возрастных группах.

Стоматологическая помощь детям с флюорозом зубов должна быть дифференцированной, но обязательно включать диагностику вероятных психоэмоциональных проблем у ребенка, начиная с 10-летнего возраста. Их наличие является основанием для выполнения раннего (12-13 лет) стоматологического эстетического лечения данной патологии.

Литература

1. Беляев, В.В., Ключева, Л.П. Коновалов, С.В. Оценка цвета зубов подростками по данным анкетирования //DentalForum. — 2013. — №5. — С. 13-14.

2. Беляев, В.В., Давыдов, Б.Н., Коновалов, С.В. Оценка компетенции врачей-стоматологов детских по проблемам флюороза зубов //Верхневолжский медицинский журнал. — Тверь, 2013. — том 11, вып. 4. — С. 45-48.
3. Беляев, В.В., Дербенев, Д.П., Ключева, Л.П., Рябов, Д.В. Восприятие флюороза зубов молодыми людьми в очаге эндемии по флюорозу//Мат. науч.-практ. конф. «Технологии XXI века в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», Тверь, 30-31 октября 2008г. — С. 188 — 190.
4. Беляев, В.В. Митина, В.Е. Восприятие цвета собственных зубов тверскими школьниками // Стоматология детского возраста и профилактика. — 2005. — №1-2. — С. 83-84
5. Беляев, В.В. Митина, В.Е. Флюороз зубов у детского населения Твери // Верхневолжский медицинский журнал. — 2003. — № 4 — 5. — С. 56 — 58.

А. О. Козлова, А. В. Сидорова, 6 курс, педиатрический факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра педиатрии педиатрического факультета

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. К. Самошкина

ИЗМЕНЕНИЕ РЕФРАКЦИИ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ ЗА ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ

Миопия — самая распространенная аномалия рефракции, при которой нарушаются зрительные функции, обнаруживается у каждого шестого жителя планеты. Особенно подвержены этому заболеванию школьники, так как нагрузка на глаза за время учебы значительно повышается.

Прогрессирование миопии может приводить к серьезным необратимым изменениям в глазу и значительной потере зрения. Высокий уровень распространенности данной аномалии рефракции обретает высокую медико-социальную значимость, в связи с тем, что осложненная миопия поражает людей в самом работоспособном возрасте.

В связи с этим ВОЗ и коалиция неправительственных организаций объявили борьбу с миопией приоритетным направлением реализации программы «Зрение 2020: право на зрение, глобальные инициативы».

Цель исследования: оценить изменения рефракции учеников 11-х классов за период их обучения в средней школе с 2007 по 2018 года.

Материалы и методы

На базе Тверской гимназии №10 было проведено обследование остроты зрения с коррекцией и без коррекции у 55 учеников 11 классов и сопоставление данных этих учеников за предыдущие годы (2012-2017г). Все данные заполнялись анонимно. В ходе работы мы изучили их офтальмологические данные с профилактических осмотров при поступлении в гимназию, в возрасте 11-12 лет и сравнили динамику изменения остроты зрения за период обучения в школе. У детей со сни-

жением зрения обрабатывались данные амбулаторных карт для оценки прогрессирования миопии.

Для проверки остроты зрения мы пользовались таблицей Головина-Сивцева. Данная таблица состоит из 12 строк с буквами алфавита. Размер символов в каждой строке уменьшается сверху вниз. С левой стороны литерой «D» отмечено расстояние, с которого человек с нормальным зрением должен различать имеющиеся знаки. Оно составляет 2,5 метров для нижнего ряда и 5 — для верхнего. Чтобы точно проверить зрение по таблице, необходимо знать, какие символы в ней использованы. Справа буквой «V» обозначена величина в условных единицах, показывающая остроту при чтении символов с расстояния 5 метров (2,0 — если различим нижний ряд; 0,1 — если человек видит только верхний ряд). Зрение считается нормальным (1,0), если человек каждым глазом видит десятую строку при D=5,0.

Результаты и обсуждение

В обследуемой группе за время обучения в гимназии отмечался рост количества детей с близорукостью с 10,9 % до 41,8 % и усиление миопии первой, второй и третьей степеней с 10,9 % до 32,7 %, с 0 % до 7,3 %, с 0 % до 1,8 % соответственно (таблица 1). Так же выявлена повышенная зрительная нагрузка на близком расстоянии за счет увеличения количества учебных часов (профильное обучение в 9-11кл).

Таблица 1

Выраженность миопии в разных классах, абс. (%)

Степень миопии	1 класс	5 класс	11 класс
Слабая	6 (10,9)	16 (29)	18 (32,7)
Средняя	-	1 (1,8)	4 (7,3)
Сильная	-	-	1 (1,8)
Итого	6 (10,9)	17 (30,8)	23 (41,8)

Большинство детей в домашних условиях активно пользовались мобильными телефонами, планшетами, компьютерами и прочими

гаджетами, имели дополнительные занятия с репетиторами во вне-учебное время.

Выводы

1. За время обучения в гимназии в обследуемой группе отмечался рост количества детей с близорукостью и усиление миопии первой, второй и третьей степеней. Таким образом, четко прослеживается тенденция к «миопизации» школьников за период с 1 по 11 класс.
2. Важный раздел профилактической медицины, позволяющий предотвратить формирование проблем со зрением — это охрана зрения детей.

Литература

1. Глазные болезни: учебное пособие / под ред. А.П. Нестеров. — 4-е изд., перераб. и доп. — М: Лидер- М, 2008. — 316 с
2. Офтальмология: учебное пособие / под ред. Е.А. Егоров. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2008. — 240 с
3. Егоров, Е.А. Офтальмологические проявления общих заболеваний: руководство для врачей / Е.А. Егоров, Т.В. Ставицкая, Е.С.Тутаева. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2009. — 592 с.
4. Современная офтальмология : руководство / под ред. В.Ф. Даниличев. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. ; СПб. : Питер, 2009. — 688 с.
5. Федеральные клинические рекомендации / Диагностика и лечение близорукости у детей: — Москва, 2013. — 45с.

А. А. Козловский, Е. О. Лопатенко, 4 курс, лечебный факультет

УО Гомельский ГМУ, г. Гомель, Беларусь

Кафедра педиатрии

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Козловский

СОСТОЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДО И ПОСЛЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Физическое развитие служит показателем функциональной зрелости организма и является одним из информативных показателей уровня здоровья населения и своеобразным тестом благополучия внутриутробного развития плода [1, 2, 3]. Каждому возрастному периоду свойственна определенная скорость роста, обусловленная морфофункциональными особенностями. Процессы роста и развития подчиняются определенным биологическим законам и в то же время подвержены колебаниям в зависимости от географических, этнических, климатических, социальных, экологических и других факторов [4, 5]. В результате аварии на Чернобыльской АЭС (26 апреля 1986 года) значительные территории Беларуси, Украины и России подверглись радиоактивному загрязнению, и, конечно же, встал вопрос о влиянии ионизирующего излучения на здоровье детей, в том числе и на их физическое развитие. Так, например, в работе В. П. Колодченко установлено, что у новорожденных мальчиков и девочек в постчернобыльский период отмечено такое нарушение физического развития, как уменьшение длины и массы тела [6]. Однако данные, полученные в ходе различных исследований, противоречивы, что определяет актуальность дальнейшей работы в этом направлении.

Цель исследования: оценить физическое развитие новорожденных г. Гомеля и сравнить его с аналогичными показателями в дочернобыльский период.

Материалы и методы

Для оценки состояния здоровья новорожденных нами проанализировано 200 историй родов и развития новорожденных за январь-март 2017 г. на базе родильного отделения Гомельской городской клинической больницы №2. В исследовании не участвовали новорожденные, рожденные раньше срока и от многоплодной беременности. Для изучения распространенности внутриутробной гипотрофии определяли индекс Кетле. Внутриутробную гипотрофию регистрировали при значении индекса ниже 60. Дети, рожденные в г. Гомеле в постчернобыльский период, составили основную исследуемую группу ($n=200$). В качестве контроля (2-я группа) взяты данные о массе и длине тела детей, рожденных в г. Киеве до 25 апреля 1986 г. [6]. В связи с отсутствием соответствующих исследований по г. Гомелю сравнение проведено по указанным данным, т.к. расстояние между Гомелем и Киевом составляет около 200 км и оба города расположены в Приднестровской низменности в зоне с одинаковым умеренно-континентальным климатом. Показатели физического развития новорожденных детей обработаны с помощью электронных таблиц *Excel*. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ *Statistica 6,1*. Для сравнения признаков был использован критерий Стьюдента, достоверным считали различия при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

Среди обследованных основной группы было 95 мальчиков (47,5 %) и 105 девочек (52,5 %). Средняя масса тела детей при рождении составила $3415,38 \pm 47,02$ г, при этом средний вес мальчиков был достоверно выше, чем у девочек ($3523,26 \pm 75,79$ г и $3316,83 \pm 36,46$ г; $p=0,014977$). Несмотря на нормальные средние показатели массы тела, 6 детей (3,0 %) (3 мальчика (3,2 %) и 3 девочки (2,8 %)) родилось с массой тела до 2500 г и 21 ребенок (10,5 %) (16 мальчиков (16,8 %) и 4 девочки (3,8 %)) с массой свыше 4000 г.

Средняя длина тела детей при рождении составила $53,77 \pm 0,23$ см. Средняя длина тела мальчиков также была достоверно выше, чем у девочек ($54,38 \pm 0,31$ см и $53,21 \pm 0,21$ см; $p=0,002048$).

Средняя окружность головы детей при рождении составила $34,26 \pm 0,09$ см, при этом средняя окружность головы мальчиков достоверно выше, чем у девочек ($34,64 \pm 0,11$ см и $33,91 \pm 0,08$ см; $p<0,000001$).

Средняя окружность грудной клетки детей при рождении составила $33,13 \pm 0,14$ см. Этот показатель у мальчиков достоверно выше, чем у девочек ($33,27 \pm 0,09$ см и $33,00 \pm 0,07$ см; $p=0,018850$).

Характерным признаком экологического и социального неблагополучия является повышение частоты внутриутробной гипотрофии, характеризующейся массо-ростовым коэффициентом (индекс Кетле). Средний показатель индекса Кетле соответствовал норме и был достоверно выше в группе мальчиков по сравнению с девочками ($64,51 \pm 1,02$ и $62,18 \pm 0,59$; $p=0,04940$). Врожденная гипотрофия диагностирована у 22 мальчиков (23,2 %) и 27 девочек (25,7 %).

Сравнение массы тела новорожденных до и после аварии на Чернобыльской АЭС приведено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение новорожденных по массе тела в до- и постчернобыльский период, %

Группа	Масса тела (г)							
	Мальчики				Девочки			
	n	≤3200	3200-3800	≥3900	n	≤3200	3200-3800	≥3900
Основная	95	26,3	53,7	20,0	105	30,5	61,9	7,6
		±	±	±		±	±	±
		4,4	5,1	4,1		4,6	4,7	2,6
Контрольная	1358	23,0	57,7	19,3	1274	29,4	56,6	14,0
		±	±	±		±	±	±
		1,1	1,3	1,1		1,3	1,4	1,0
p		=0,4670	=0,4434	=0,8690		=0,8180	=0,2800	=0,0022

При сравнении массы тела новорожденных оказалось, что девочек с массой тела ≥ 3900 г. достоверно больше встречалось в контрольной группе по сравнению с основной ($14,0 \pm 1,0$ % и $7,6 \pm 2,6$ % соответственно; $p = 0,0022$). При сравнении других показателей массы тела в до- и постчернобыльский периоды среди детей обоего пола достоверных различий не установлено.

Сравнение длины тела новорожденных до и после аварии на Чернобыльской АЭС приведено в таблице 2.

Таблица 2

**Распределение новорожденных по длине тела
в до- и постчернобыльский период (в %)**

Группа	Длина тела (см)							
	Мальчики				Девочки			
	n	≤ 49	50-52	≥ 53	n	≤ 49	50-52	≥ 53
Основная	95	7,4 $\pm$ 2,7	11,6 $\pm$ 3,3	81,0 $\pm$ 4,0	105	7,6 $\pm$ 2,6	28,6 $\pm$ 4,4	63,8 $\pm$ 1,9
Контрольная	1358	10,9 $\pm$ 0,8	60,7 $\pm$ 1,3	28,4 $\pm$ 1,2	1274	19,9 $\pm$ 1,1	64,9 $\pm$ 1,3	15,2 $\pm$ 1,0
p		=0,2141	<0,0001	<0,0001		<0,0001	<0,0001	<0,0001

При сравнении показателей длины тела в обеих группах только у мальчиков с длиной тела ≤ 49 см не выявлено достоверных различий ($p=0,2141$). Длина тела ≥ 53 см достоверно чаще встречалась у мальчиков и у девочек, рожденных после аварии на Чернобыльской АЭС ($p<0,0001$). Девочки с длиной тела менее 53 см и мальчики с длиной тела от 50 до 52 см достоверно чаще рождались в контрольной группе ($p<0,0001$).

Выводы

1. Несмотря на то, что средние показатели основных параметров физического развития в основной группе практически не отличаются от общепринятых в неонатологии, достоверно установлены более высокие показатели у мальчиков по сравнению с девочками.

2. Настораживает рождение детей с крупной (свыше 4000г) (10,5 %) и низкой массой тела (менее 2500 г) (3,5 %), а также детей с врожденной гипотрофией (24,5 %). Несоответствие массы тела детей и высокой частоты врожденной гипотрофии, очевидно, связано с диспропорцией между длиной и массой тела (длина тела опережает массу тела новорожденных).
3. У большинства детей, рожденных после аварии на ЧАЭС, отмечаются более высокие показатели длины тела по сравнению с группой контроля, что не подтверждает влияние ионизирующего излучения в малых дозах на снижение показателей физического развития. Данный факт, вероятно, больше связан с наблюдаемыми явлениями акселерации.

Литература

1. Биянова, И.Г. Физическое развитие детей раннего возраста города Перми / И.Г. Биянова, Н.Б. Мерзлова, А.Н. Биянов // Вопросы современной педиатрии. — 2013. — Т.12. — №1. — С. 154-161.
2. Грицинская, В.Л. Динамика показателей физического развития у новорожденных детей в Республике Тыва / В.Л. Грицинская // Гигиена и санитария. — 2012. — №1. — С. 57-59.
3. Козловский, А.А. Состояние новорожденных в Гомельской области/А.А. Козловский, Н.П. Еремич// Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. респ. науч.-практ. конф. и 19-й итоговой науч. сессии ГомГМУ, Гомель, 23-24 февраля 2010 г.: в 4 т. — Гомель: ГомГМУ, 2010. — Т.2. — С.148-150.
4. Оценка физического развития новорожденных детей Воронежской области / О.Н. Оводкова [и др.] // Вестник новых медицинских технологий.— 2011. — Т.XVIII. — № 2. — С. 440-442.
5. Штах, А.Ф. Критерии степени физического развития доношенных новорожденных Пензенского региона / А.Ф. Штах // Медицинские науки. Теоретическая медицина. — 2016. — №4 (40). — С. 21-29.
6. Колодченко В.П. Стан фізичного здоров'я новонароджених дітей після аварії на Чорнобильській АЕС / В.П. Колодченко // Неонатологія. — 2011. — №7 (34). — С. 129-131.

А. А. Козловский, Е. О. Лопатенко, 4 курс, лечебный факультет

УО Гомельский ГМУ, г. Гомель, Беларусь

Кафедра педиатрии

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Козловский

ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ НА РАНнюю АДАПТАЦИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Железодефицитная анемия у беременных женщин приводит к нарушению качества жизни, снижает работоспособность, может вызывать функциональные расстройства со стороны многих органов и систем. Дефицит железа неблагоприятно сказывается на течении беременности, родов, послеродового периода, состоянии плода и новорожденного [1, 2]. При сидеропении у беременных увеличивается частота преждевременных родов, плацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности, гипотрофии плода, аномалий родовой деятельности, инфекционных осложнений, а также гипогалактии у родильниц. При отсутствии своевременной и адекватной терапии железодефицитной анемии у беременной может возникнуть дефицит железа и у плода. Недостаточное депонирование железа в антенатальном периоде является одной из основных причин развития железодефицитной анемии у детей первого года жизни, отставания в нервно-психическом и умственном развитии детей раннего возраста [3, 4]. Согласно данным S. J. Osendarp и соавт., в мире около 50 % детей дошкольного возраста и беременных женщин имеют анемию [5]. В России железодефицитной анемией страдают 41,7 % беременных женщин. Таким образом, высокая распространенность железодефицитной анемии у беременных и неблагоприятные последствия для женщины и плода, к которым она может привести, делают данную проблему весьма актуальной.

Цель исследования: изучить влияние железодефицитной анемии у беременных на становление периода ранней адаптации новорожденных детей.

Материалы и методы

Проанализировано 200 историй родов и обменных карт беременных женщин и 200 историй развития новорожденных в учреждении «Гомельская городская клиническая больница №2» за период с января по март 2017 года. Нами было выделено 3 группы: первую группу составили 75 детей, рожденных от матерей с железодефицитной анемией в течение всей беременности, вторую группу — 23 ребенка, рожденных от женщин с железодефицитной анемией, выявленной в последнем триместре беременности, и третью группу (контрольную) — 11 детей отсоматически здоровых пациенток с физиологическим течением беременности. Все женщины были взяты на диспансерный учет по беременности в первом триместре. Статистическую обработку материалов осуществляли с помощью программы *Statistica 6.0* с применением основных методов описательной статистики. Для сравнения признаков был использован критерий Стьюдента, достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Средний возраст матерей детей первой группы составил $28,12 \pm 0,79$ года, второй — $29,3 \pm 1,6$ года и третьей группы (контрольной) — $30,73 \pm 1,85$ года.

У всех женщин произошли своевременные роды. Оперативные роды (кесарево сечение) несколько чаще отмечались у женщин 1-й и 2-й групп по сравнению с контролем — в 1,5 и 1,4 раза (26,3 %, 26,1 %, 18,2 % соответственно; $p > 0,05$).

Распределение новорожденных по половому признаку показало, что в контрольной группе родились 1 мальчик (9,1 %) и 10 девочек (90,9 %). В 1-й группе новорожденных мальчиков было 36 (48,0 %), де-

вочек — 39 (52,0 %), во 2-й группе — 12 (52,2 %) и 11 (47,8 %) соответственно.

Показатели массы тела у новорожденных в 1-й группе колебались от 2460 до 4950 г., во 2-й — от 2520 до 4540 г, в 3-й группе — от 2850 до 4340 г.

Показатели длины тела новорожденных в 1-й группе колебались от 48 до 62 см, во 2-й — от 47 до 59 см и в 3-й группе — от 49 до 57 см.

Показатели окружности головы новорожденных в 1-й группе колебались от 31 до 38 см, во 2-й — от 32 до 37 см и в 3-й группе — от 31 см до 36 см.

Показатели окружности грудной клетки новорожденных в 1-й группе колебались от 30 до 37 см, во 2-й — от 31 до 37 см и в 3-й группе — от 31 до 35 см. При сравнении окружности грудной клетки выявлено достоверное снижение ее размера у новорожденных из 2-й группы по сравнению с контролем ($32,00 \pm 0,30$ см и $32,82 \pm 0,40$ см; $p=0,000896$).

Средние показатели физического развития новорожденных детей представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Средние показатели физического развития детей,
рожденных от матерей с железодефицитной анемией**

Показатель	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Масса тела (г)	$3428,27 \pm 60,32$	$3498,26 \pm 151,35$	$3387,27 \pm 125,78$
Длина тела (см)	$51,91 \pm 0,36$	$52,27 \pm 0,55$	$53,18 \pm 0,70$
Окружность головы (см)	$33,59 \pm 0,16$	$34,23 \pm 0,25$	$33,55 \pm 0,50$
Окружность грудной клетки (см)	$33,55 \pm 0,16$	$32,00 \pm 0,30^{**}$	$32,82 \pm 0,40$
Индекс Кетле	$64,00 \pm 0,8^{*}$	$63,09 \pm 2,2^{*}$	$67,22 \pm 2,15$
Примечание: * — при сравнении с 3-й группой $p < 0,000001$; ** — при сравнении с 3-й группой $p = 0,000896$			

Для изучения распространенности степени внутриутробной гипотрофии определяли массо-ростовой индекс (индекс Кетле). Внутриутробную гипотрофию регистрировали при значении индекса ниже 60. При I степени гипотрофии он составляет 59-55, при II—54-50, при III — менее 50. При сравнении индекса Кетле у новорожденных 1-ой и 2-ой групп установлено достоверное его снижение по сравнению с группой контроля (таблица 1). В 1-й группе обследованных врожденная гипотрофия диагностирована у 12 новорожденных (16 %), что достоверно чаще по сравнению с группой контроля ($p=0,000266$): 1 степень — 9,33 %, 2 степень — 5,33 %, 3 степень — 1,33 %. Во 2-й группе врожденная гипотрофия выявлена у 2 детей (8,7 %) (1 и 2 степень — по 1 человеку).

Новорожденные контрольной группы получили достаточно высокие оценки (8 баллов) по шкале Апгар на 1 и 5 минутах жизни (таблица 2). В 1-й группе оценка по шкале Апгар у новорожденных на 1-й минуте жизни составила в среднем 7,8 балла, на 5-й минуте жизни — 7,9 баллов, у 4 (5,3 %) новорожденных — в среднем 6,0 и 7,5 баллов соответственно. У новорожденных 2-й группы оценка по шкале Апгар 8-9 баллов: у детей средние показатели на 1-й и 5-й минутах составили 8,0 и 8,2 баллов соответственно.

При оценке состояния здоровья новорожденных установлено, что наиболее часто различные заболевания встречались у новорожденных 1-й и 2-й групп по сравнению с группой контроля (34,76 %, 26,09 % и 18,18 % соответственно).

У 26 новорожденных 1-й группы выявлена различная патология: у 11 детей (14,7 %) — неонатальная желтуха, у 6 (8,0 %) — хроническая гипоксия плода, у 3 (4,0 %) — асфиксия новорожденного, у 3 (4,0 %) — врожденная пневмония, у 3 (4,0 %) — внутриутробная инфекция, у 2 (2,7 %) — морфофункциональная незрелость, у 2 (2,7 %) — врожденные пороки развития (добавочный палец левой стопы и асимметрия нижней челюсти).

Таблица 2

**Распределение новорожденных в зависимости
от оценки по шкале Апгар, %**

Оценка в баллах	на 1-й минуте			на 5-й минуте		
	1-я груп- па	2-я груп- па	3-я груп- па	1-я груп- па	2-я груп- па	3-я группа
9	-	-	-	-	17,4	-
8	94,7	100,0	100,0	98,7	82,6	100,0
7	1,3	-	-	1,3	-	-
6	2,7	-	-	-	-	-
5	1,3	-	-	-	-	-

У 6 новорожденных 2-й группы (26,1 %) наблюдалась следующая патология: у 3 детей (13,0 %) — неонатальная желтуха, у 2 (8,7 %) — хроническая гипоксия плода, у 2 (8,7 %) — морфофункциональная незрелость.

В контрольной группе патология выявлена только у 2 новорожденных (18,2 %): у 1 ребенка (9,1 %) — асфиксия новорожденного и у 1 новорожденного (9,1 %) — врожденная пневмония.

Средний уровень гемоглобина у новорожденных 1-й группы составил $179,71 \pm 2,4$ г/л, во 2-й группе — $196,55 \pm 4,41$ г/л, в контрольной группе — $203,2 \pm 4,65$ г/л. Выявлено достоверное снижение уровня гемоглобина у новорожденных 1-й группы по сравнению с контрольной ($p=0,000023$). У 5 новорожденных 1-й группы (6,7 %) и 1 новорожденного 2-й группы (4,3 %) диагностирована анемия (уровень гемоглобина ниже 150 г/л). Установлено достоверное увеличение частоты анемии у детей 1-й группы по сравнению с группой контроля ($p<0,023351$).

Выводы

Неонатальная заболеваемость достоверно чаще отмечена у детей, рожденных от матерей с анемией, протекавшей в течение всей беременности, что требует более ранней диагностики заболевания и своевременного лечения. Анемия у беременных женщин оказывает

влияние на адаптационные возможности новорожденных в раннем неонатальном периоде, что в значительной степени может отразиться на дальнейшем состоянии здоровья детей. Учитывая высокий процент беременных женщин, страдающих анемией с первого триместра беременности, целесообразно включать препараты железа в комплекс прегравидарной подготовки.

Литература

1. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации / А.А. Баранов // Педиатрия. — 2012. — Т.91. — №. 3. — С. 9-14.
2. Ветрова, О.П. Медико-социальная характеристика беременных железодефицитной анемией / О.П. Ветрова [и др.] // Вестник ТГУ. — 2011. — Т.16. — Вып. 1. — С. 395-397.
3. Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей и подростков / Под ред. А.Г. Румянцева, И.Н. Захаровой. — М.: ООО «КОНТИ ПРИНТ», 2015. — 76с.
4. Серов, В.Н. Диагностика и лечение железодефицитных анемий у беременных / В.Н. Серов, С.А. Шаповаленко // Русский медицинский журнал. — 2011. — №13. — С. 1143-1145.
5. Osendarp, S.J. Case study on iron mental development — in memory of John Beard (1947-2009) / S.J. Osendarp, L.E. Murray-Kolb, M.M. Black // Nutr. Rev. — 2010. — №68 (Suppl. 1). — S. 48-52.

Т. Ю. Колесникова, З. М. кызы Ахмедова, 6 курс, лечебный факультет;
О. Б. Поселюгина

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
Научный руководитель: д.м.н., доцент О. Б. Поселюгина

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПО ДАННЫМ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА ТВЕРИ

С увеличением срока существования анемии у больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) увеличивается риск смертности от сердечно-сосудистой патологии [1-5].

Цель исследования: изучить распространенность, степень выраженности и методы коррекции анемии у больных, находящихся на лечении в нефрологическом отделении областной клинической больницы (ОКБ) г. Твери на различных стадиях ХПН.

Материалы и методы

Обследовано 126 пациентов нефрологического отделения ОКБ г. Твери (мужчин — 60, женщин — 66; средний возраст пациентов — 52 года), у которых была диагностирована ХПН.

У всех пациентов проводилось анкетирование. У больных изучались симптомы, указывающие на наличие основных проявлений уремии, анемии; выявлялись основные заболевания почек, сопутствующая патология; учитывалась осведомленность пациентов о своем заболевании. Кроме того, изучались основные методы коррекции анемии, у больных с ХПН (препараты эритропоэтина, препараты Fe III гидроксид сахарозного комплекса, соблюдение принципов лечебной диеты), и учитывалось использование в лечении ХПН заместительной почечной терапии. Кроме того, оценивались показатели клинического анализа крови (гемоглобин, эритроциты, цветовой показатель), биохимического анализа крови (мочевина, креатинин, калий), общего

анализа мочи), рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) с применением нефрологического калькулятора по формуле СКД — EPI, на основании чего, в дальнейшем, определялась стадия хронической болезни почек (ХБП).

Статистическая обработка полученных в результате исследования данных проводилась в среде Windows с использованием статистических функций пакета Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение

При исследовании из 126 обследованных пациентов с ХПН анемия была выявлена более, чем у половины — 71 пациент (56 %, $p < 0,01$). Анемия 1-й степени была диагностирована у 40 человек (56,3 %), анемия 2-й степени у 16 человек (22,5 %), анемия 3-й степени — 15 человек (21,1 %). Пациенты с длительностью анемии на протяжении от 1-го до 5 лет составили 37 человек (52,11 %); с длительностью анемии от 6 до 10 лет — 14 человек (19,72 %). Причем, среди последних, чаще встречались пациенты с анемией 3-й степени — 5 человек (33,3 %).

Основная возрастная категория исследуемых пациентов с ХПН находилась в возрасте от 41 до 60 лет — 56 человек (44,4 %, $p < 0,01$). Данная возрастная категория преобладала и среди пациентов с выявленной анемией 1-й (45,0 %), 2-й (56,25 %) и 3-й степени (46,67 %). Основную группу опрашиваемых пациентов составили лица со средне — специальным образованием — 97 человек (76,98 %) и лица, состоящие в браке — 79 человек (62,69 %, $p < 0,01$). Результаты анкетирования показали, что большинство исследуемых пациентов с ХПН было хорошо осведомлено о своем заболевании и заинтересовано в получении новой информации — 77 человек (61,1 %). В терминальной стадии ХПН чаще диагностировалась анемия 3-й степени — 10 (38,5 %) случаев ($p < 0,01$), а при ХПН 2а стадии чаще диагностируется анемия 1-й степени — 25 (69,4 %) случаев.

Среди пациентов с терминальной ХПН (ХБП 5 степени) анемия 1-й, 2-й и 3-й степени встречается чаще — 19 (47,5 %), 10 (62,5 %) и 12

случаев (80,0 %, $p<0,01$), чем при других стадиях ХБП. Таким образом, у больных с возрастанием стадии ХБП, нарастала степень анемии.

Представлял клинический интерес анализ причин, приведших у пациентов к развитию ХПН и ХБП. Так, среди больных с ХПН и анемией 3 степени в числе заболеваний почек, чаще встречались хронический гломерулонефрит 5 человек (33,33 %), поликистоз почек — 4 (26,67 %) и другие заболевания (нефроангиосклероз, подагрическая нефропатия, хронический тубулоинтерстициальный нефрит) — 9 (60,0 %). В числе сопутствующих заболеваний чаще встречались: сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) — 28 человек (22,22 %), подагра — 39 (30,95 %) и другие заболевания — 77 (61,11 %) человек. Причем, среди больных с ХПН и с анемией 2 степени СД 2 типа встречался чаще — 5 человек (31,25 %). Больные с заболеваниями сердечно — сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность) чаще встречались среди пациентов с ХПН и с анемией 3 степени — 11 человек (73,33 %). Больные с избыточным весом и ожирением 1 степени также чаще встречались среди пациентов с ХПН и с анемией 3 степени — 6 человек (40,0 %) и 3 человек (20,0 % $p<0,01$) соответственно. Можно полагать, что данная сопутствующая патология, ухудшает функцию почек, а, следовательно, приводит к нарастанию анемии крови.

При оценки жалоб больных, отражающих наличие анемии оказалось, что среди пациентов с анемией 3 степени головокружение, обморочные состояния (73,3 %), сухость и бледность кожных покровов (40 %), тахикардия (83,3 %), плохой аппетит (60,0 %) встречаются гораздо чаще, чем среди пациентов с анемией 1-й степени (все $p<0,05$). При анализе выраженности симптомов уремии выявлено, что среди пациентов с анемией 3-й степени такие клинические проявления уремии, как скованность движений (46,7 %), сухость кожных покровов, зуд (53,3 %), снижение аппетита, тошнота, рвота (66,7 %), запах аммиака изо рта (13,3 %), полиурия (20 %), встречаются гораздо чаще, чем среди пациентов с анемией 1-й и 2-й степени. Таким образом, наиболее вы-

раженные симптомы анемии и уремии наблюдались у пациентов с анемией 3-й степени.

У основной части опрашиваемых пациентов наиболее часто была длительность ХПН на протяжении от одного до 5 лет — 71 (56,34 %). Причем, среди пациентов с анемией 1 степени она была зарегистрирована у 26 (65,0 %), 2 степени — у 10 (62,5 %), 3 степени — у 6 (40,0 %). Пациенты, имевшие длительность ХПН на протяжении 6 — 10 лет составили 27 (21,43 %). Среди них чаще встречались пациенты с анемией 3 степени — 4 (36,36 %).

Среди обследованных больных преобладали лица, имевшие АГ, которые составили 125 человек (99,2 %). Длительность АГ на протяжении 6 — 10 лет была выявлена у 45 (35,71 %) больных, на протяжении 11-20- у 41 (32,54 %), 21-25 — у 6 (4,76 %). Следует отметить, что среди пациентов с анемией 3 степени, АГ на протяжении 21-25 лет, встречались чаще — 2 (13,33 %) по сравнению с другими пациентами. Пациенты с АГ 3-й степени встречались чаще среди лиц с анемией 3-й степени — 11 (73,33 %, $p < 0,01$). Следовательно, у больных с возрастанием степени АГ, нарастала и выраженность анемии.

Результаты оценки клинического анализа крови показали, что тромбоцитопения чаще встречается среди пациентов с анемией 3-й степени — 3 (20 %), чем среди пациентов с анемией 1-й (19 %) и 2-й степени (0 %). По оценке результатов общего анализа мочи протеинурия чаще встречалась среди пациентов с анемией 2-й и 3-й степени — 16 человек (100 %) и 15 человек (100 % $p < 0,01$) соответственно. Кроме того, с нарастанием степени анемии у пациентов увеличивалась выраженность протеинурии. Протеинурия, составившая от 0,033 до 0,5 г/л чаще встречалась среди пациентов с анемией 1-й степени (67,5 %), протеинурия более 1 г/л — у пациентов с анемией 3-й степени (26,67 %). Результаты оценки биохимического анализа крови показали, что показатели креатинина от 125 до 500 мкмоль/л чаще встречается среди пациентов с анемией 1-й степени — 35 человек (87,5 %), показатели

креатинина от 500 до 1000 мкмоль/л среди пациентов с анемией 3-й степени — 8 человек (53,3 %). Показатели мочевины от 8,3 до 15,0 ммоль/л среди пациентов с анемией 1 степени — 15 человек (37,5 %), показатели мочевины 15,1 — 25,0 ммоль/л среди пациентов с анемией 3-й степени — 6 человек (40,0 %, $p < 0,01$). Таким образом, у больных с возрастанием степени азотемии и протеинурии нарастала выраженность анемии.

Основная часть пациентов с ХПН и с анемией 2-й и 3-й степени находилась на постоянном перитонеальном диализе или программном гемодиализе — 13 человек (81,25 %) и 15 человек (100 %) соответственно.

Среди пациентов с анемией 1-й степени большинство пациентов соблюдало малобелковую диету — 22 человека (55,0 %), ограничивало употребление поваренной соли — 40 человек (100 %), фосфора — 33 человека (82,5 %), калия — 24 человека (60,0 %). Принимали препараты незаменимых кетоаналогов аминокислот (кетостерил) — 15 человек (37,5 %) и соблюдали питьевой режим — 13 человек (32,5 %). Среди пациентов с ХПН и с анемией 3-й степени диету с повышенным содержанием белка применяли 15 человек (100 %), ограничивали употребления соли — 13 человек (86,67 %), фосфора — 10 человек (66,67 %), калия — 9 человек (60,0 %), принимали кетостерил — 9 человек (60,0 %), соблюдали умеренный питьевой режим — 13 человек (86,67 %). Основная часть пациентов ХПН с анемией 2-й и 3-й степени получала препараты эритропоэтина (эральфон, мирцера) — 15 человек (93,75 %) и 15 человек (100 %) соответственно. Среди пациентов с анемией 1-й степени большая часть принимала препараты Fe III гидроксид сахарозного комплекса (ликферр, мальтофер) — 40 человек (100 %). Кроме того, среди пациентов с анемией 1-й степени большинство из них достигли целевого уровня гемоглобина — 26 человек (65,0 %) по сравнению с пациентами с анемией 2 степени 5 человек (31,25 %).

Выводы

Анемия, как осложнение ХПН встречается более чем в половине случаев. Причем, анемия 2-й и 3-й степеней выявляется преимущественно на терминальной стадии ХПН, что соответствует 5 стадии ХБП. Выраженность клинических проявлений анемии и уремии возрастает у больных с ХПН с утяжелением ее степени и снижения СКФ. Степень тромбоцитопении, показателей креатинина и мочевины крови, а также протеинурия, возрастают с утяжелением ХПН и анемии. Потребность в назначении препаратов эритропоэтина у больных анемией возрастает с прогрессированием ХБП, даже у пациентов, находящихся на лечении постоянным перитонеальным диализом или программным гемодиализом.

Литература

1. Revised European Best Practice Guidelines for the Management of anemia in Patients with Chronic Renal Failure. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2004; 19; 2: 2-45.
2. Hsu C. Y., McCulloch C. E., Curhan G. C. et al. Epidemiology of anemia associated with chronic renal insufficiency among adults in the United States: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J. Am. Soc. Nephrol.* 2002; 13: 504– 510.
3. Horl W. H., Macdougall I. C., Rossert J. et al. Predialysis survey on anemia management: patient referral. *Am. J. Kidney Dis.* 2003; 41: 49–61.
4. Cody J., Daly C., Campbell M. et al. Recombinant human erythropoietin for chronic renal failure anemia in pre-dialysis patients (Cochrane Review). In: *TheCochraneLibrary*. Issue 3, 2003. UpdateSoftware, Oxford.
5. Weiss G., Goodnough L. T. Anemia of Chronic Disease. *N. Engl. J. Med.* 2005; 352: 1011–23.

А. Н. Кольчугина, Л. И. Байбулатова, Л. И. Исламова, 6 курс,
педиатрический факультет

ФГБОУ ВО Башкирский ГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия
Кафедра поликлической и неотложной педиатрии с курсом ИДПО
Научный руководитель: к.м.н. Г. М. Ардуванова

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА МАТЕРЕЙ И ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В г.УФА И ОТНЕСЕНИЕ ИХ К ГРУППЕ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

По официальным данным структура заболеваемости детей первого года жизни на протяжении 7 лет остается неизменной, а именно: болезни органов дыхания занимают первое место, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде — второе, болезни крови и органов кроветворения — третье [1, 2]. Здоровье новорожденных и годовалых детей большей частью зависит от того, как протекал период беременности, поэтому нам представляется интересным выяснить зависимость характера течения беременности и здоровья детей.

Цель исследования: выявление факторов риска у беременных (особенности течения беременности, осложнения, возраст матери, порядковый номер беременности), которые оказывают влияние на состояние здоровья новорожденного и годовалого ребенка.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 107 историй развития ребенка (форма 112/у) у детей, рожденных в 2010 году, проживающих на территории ГБУЗ РБ детской поликлиники №5 г. Уфа. Проводился анализ: кратность беременности, возраст беременной, наличие соматических заболеваний во время беременности, масса тела ребенка при рождении. Анализировались перенесенные заболевания и фоновые состояния к достижению детьми одного года. Критерием отнесения детей к группе частоболеющих детей являлось перенесение ребенком более 4 раз в год острых респираторных инфекций.

Результаты и обсуждения

По литературным данным на здоровье плода и новорожденного влияет возраст и здоровье родителей, порядковый номер беременности, предшествующие аборт, выкидыши, наличие инфекций у матери, осложнений беременности и родов, гипоксические состояния, гестозы и экстрагенитальные патологии [3, 5].

Анализ акушерско-гинекологических факторов, способных повлиять на здоровье новорожденного, показал, что первая беременность была в 34 % (36 беременных) случаев, вторая — 30,5 % случаев (32), третья — 17,5 % (19), четвертая — 13 % (14), пятая — 5 % (5). На момент рождения ребенка каждая третья женщина была в возрасте 26-30 лет (31 женщина — 29 %), каждая пятая женщина в возрасте 20-25 лет (21 женщина — 19,6 %), женщин в возрасте 30-34 лет и в группе до 20 лет, старше 35 лет — по 18 %.

У каждой пятой женщины была констатирована фетоплацентарная недостаточность (21 % — 22 женщины). Среди осложнений беременности первое место занимает хроническая фетоплацентарная недостаточность (21 %), затем — анемия беременных (18 % всего, из них у 17 % без фетоплацентарной недостаточности), у 12 % беременных были выявлены инфекции половых путей (вагиниты, кольпиты), 3,7 % — ожирение, 5,5 % — заболевания почек, 2,7 % — миопия, 10 % — другие заболевания.

Анализ массы тела новорожденного показал, что 87,9 % (94) детей родились с массой 2500-4000г, более 4000г — 12,1 % (13), менее 2500 г — не было.

Среди 107 родившихся новорожденных 91,6 % (99) — доношенные, 1,9 % (1) — переносенные, 6,5 % (7) — недоношенные. К переносенным относятся новорожденные, которые родились после полных 42 недель. В нашем исследовании переносенная беременность встретила один раз (1,9 %) у матери в возрасте 26 лет, во время бе-

ременности которой не было выявлено патологий, и ребенок не вошел в группу часто болеющих детей.

К причинам рождения недоношенных детей относят слишком молодой или слишком старый возраст родителей. По нашим данным среди матерей до 20 лет недоношенные не родились, 2,8 % детей родились у матерей в возрасте 26-30 лет. По 0,9 % детей родилось у матерей 20-25 лет и 30-34, 1,8 % детей у матерей старше 35 лет.

Среди отобранных карт было выявлено 26 (24,3 %) детей, которые после рождения были отнесены к группе часто болеющих детей. Среди них трое были недоношенными (12,6 %), остальные дети доношенными. Ни у кого из матерей детей этой группы во время или до беременности не было миопии и проблем с почками. Ожирение было диагностировано у одной (25 %) беременной женщины. У двоих (16 %) матерей были инфекции половых путей, у четверых (21 %) — железодефицитная анемия, хроническая фетоплацентарная недостаточность — у троих матерей. Среди беременных с патологией беременности у одной женщины было диагностировано 4 патологии, у двоих — две, у остальных — по одной. Среди детей от матерей младше 20 лет не было зарегистрировано случаев часто болеющих детей.

Семеро детей из группы часто болеющих детей были рождены от матерей в возрасте 26-30 лет, четверо — от матерей в возрасте 20-25 лет, семеро — 30-34 лет, двое — от матерей старше 35 лет, у остальных детей из этой группы возраст родителей на момент родов не удалось установить.

Выводы

1. Более половины детей из обследуемой группы родились доношенными с нормальной массой тела, от родителей в возрасте 20-30 лет, треть этих детей были от первой беременности.
2. Половина недоношенных детей в последующем не были отнесены к группе часто болеющих.

3. Среди патологий беременности первое место занимает хроническая фетоплацентарная недостаточность, которая в большинстве случаев сопровождалась анемией. У половины детей из группы часто болеющих матерям выставляли диагноз хронической фетоплацентарной недостаточности.
4. Более половины детей, родившихся от матерей с фетоплацентарной недостаточностью, не были отнесены к группе часто болеющих.
5. Менее четверти женщин с инфекцией половых путей родили детей, которых потом отнесли в группу часто болеющих детей.
6. У четверти женщин с железодефицитной анемией детей в последующем отнесли к группе часто болеющих детей.
7. К факторам риска у беременных можно отнести осложнения и заболевания во время беременности (ожирение, инфекции половых путей, железодефицитная анемия, хроническая фетоплацентарная недостаточность)
8. Недоношенность не оказывает значительного влияния на попадание ребенка в группу часто болеющих детей.
9. В большинстве случаев во время беременности у женщины наблюдается один фактор риска.

Литература

1. Сборник МИАЦ Основные показатели 2011. <http://xn----7sbezt1a4b.xn--p1ai/activities/sborniki.php>
2. Сборник МИАЦ Основные показатели 2016. <http://xn----7sbezt1a4b.xn--p1ai/activities/sborniki.php>
3. Баклушина, Е. К., Бобошко, И. Е., Балакирева, А. В. Влияние перинатальных факторов риска на развитие плода и здоровье новорожденных // Вестник ИвГМА. 2014. №1
4. Прегравидарная подготовка : клинический протокол/[авт.-разраб. В.Е. Радзинский П71 и др.]. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2016 — 80 с.
5. Шабунова, А.А., Степаненко, В.В. Социально-корректируемые факторы, влияющие на здоровье детей раннего возраста // Проблемы развития территории. 2008. №41. С.56-62
6. Подсвинова, Е. В., Романова Т. А., Гурова, М. М., Бончук, Н. С., Ткачева, А. О. Влияние течения беременности и родов на состояние здоровья новорожден-

- ного ребенка // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2014. №24 (195). С.81-84
7. Курленя, А.А. Влияние избыточной прибавки массы тела женщины во время беременности на здоровье ребенка первого года жизни // Смоленский медицинский альманах. 2015. №1.
 8. Марковский, В. Д., Сорокина, И. В., Плитень, О. Н., Шерстюк, С. А. Влияние инфекционной патологии матери на исход беременности и состояние здоровья плода и новорожденного// Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2012. №2.

М. Н. Комарова, Д. С. Лютин, 3 курс, педиатрический факультет;
В. Ю. Брюнеткин

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра детских болезней
Научный руководитель: ассистент В. Ю. Брюнеткин

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАМИ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Заболевания органов пищеварения входят в группу наиболее распространенных патологий детского и подросткового возраста. Одной из характерных черт болезней желудочно-кишечного тракта является их взаимосвязь с социальными и психосоматическим факторами. Лица молодого возраста являются одной из наиболее эмоционально лабильных групп населения, а усиление психической нагрузки на всех возрастные группы населения в современном мире увеличивает вероятность проявления психосоматической патологии. Нестабильность психических процессов, присущая подросткам и сила эмоциональных реакций значительно отражаются на их психическом и, как следствие, соматическом статусе, что в призме активной общественной жизни внутри молодежных групп приводит к быстрому истощению компенсаторно-приспособительных реакций и, в итоге, социальной и психической дезадаптации с последующим дебютом психосоматических болезней.

Цель исследования: изучить психологические особенности детей старшего школьного возраста и их взаимосвязь с симптомами патологии верхних отделов ЖКТ.

Материалы и методы

Обследовано 155 учащихся 7-11 классов средних школ, в возрасте 14-17 лет. В качестве методов исследования применялись: анкетно-опросный, психодиагностический (опросник Спилберга в модифика-

ции Ханина, опросник уровня агрессии А. Басса, А. Дарки), статистический (U-критерий Манна-Уитни, Коэффициент корреляции Спирмена).

Результаты и обсуждение

В ходе оценки жалоб и анамнестических сведений было отмечено, что 68,4 % опрошенных отмечают у себя наличие хотя бы одного из симптомов поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта (боль в эпигастральной области, изжогу, регургитацию, отрыжку, тошноту, рвоту) чаще одного раза в месяц, при этом 31,6 % опрошенных указанные симптомы беспокоили реже одного раза в месяц.

Изучение личностных характеристик показало, что опрошенные, отмечающие симптомы поражения желудочно-кишечного тракта имеют более высокие показатели косвенной агрессии ($p=0,009$), обиды ($p=0,012$), подозрительности ($p=0,024$), чувства вины ($p=0,021$), ситуативной ($p=0,040$) и личностной ($p=0,016$) тревожности по сравнению с подростками, не имеющими жалоб.

Отмечено наличие слабой прямой корреляционной связи между наличием жалоб и следующими показателями: косвенная агрессия ($p=0,195$, $p=0,009$), обида ($p=0,188$, $p=0,012$), подозрительность ($p=0,168$, $p=0,024$), чувство вины ($0,169$, $p=0,021$), ситуативная тревожность ($p=0,161$, $p=0,04$), личностная тревожность ($p=0,189$, $p=0,016$)

Выводы

Таким образом, у детей, отмечающих у себя симптомы патологии верхних отделов пищеварительной системы, имеются более высокие показатели отдельных аспектов агрессивного реагирования, а так же личностной и ситуативной тревожности, что говорит о наличии взаимосвязи между их психологическим статусом и поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта. К сожалению, несмотря на многочисленные статьи и труды ученых, информации о причинах возникновения так называемых психосоматических заболеваний очень мало. Проблема изучения психоэмоциональных нарушений у детей и лиц молодого возраста при заболеваниях органов пищеварительной сис-

темы освещена очень слабо, что требует дальнейшего, более углубленного анализа с привлечением дополнительных методов исследования и большего количества респондентов для уточнения причин и механизмов взаимосвязи между данными явлениями.

Литература

1. Абрамова, Г. С. Психология в медицине: Учебное пособие/ Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц. М.: ЛПА «Кафедра-М», 1998.- 272с.
2. Батаршев, А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. — СПб.: Речь, 2005. С.44–49.
3. Маев, И.В. Психосоматические аспекты заболеваний желудочно-кишечного тракта / И.В. Маев, Л.М. Барденпгейн, О.М. Антоненко, Р.Г. Каплан // Клиническая медицина. 2002.-№11.-с. 8-13.
4. Спилбергер, Ч., Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Стресс и тревога в спорте. М., 1983.
5. Хван, А.А., Зайцев, Ю.А., Кузнецова, Ю.А. Стандартизация опросника А. Басса и А. Дарки./Психологическая диагностика, 2008, № 1, — с. 35-58.

Я. Ю. Комиссарова, И. Э. Крылова, В. С. Козлова, 6 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней
Научный руководитель: д.м.н., доцент О. Б. Поселюгина

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ БОЛЬНОГО ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Тверская область является эндемичной территорией по геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС).

Цель исследования: представить клинический случай с ГЛПС с целью повышения осведомлённости о данном заболевании.

Материалы и методы

Использован обзор современной медицинской литературы по данной теме, а также данные истории болезни пациента с ГЛПС.

Под геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) понимают острую зоонозную природно-очаговую вирусную болезнь, характерными признаками которой являются лихорадка, интоксикация, поражение почек и развитие геморрагического синдрома [1, 3].

По данным Роспотребнадзора за январь-август 2017 г. в России было зарегистрировано 2,7 случая заболеваемости ГЛПС на 100 тыс. населения, что на 35,1 % больше по сравнению с аналогичным периодом за 2016 г. Территория Тверской области находится в природном очаге ГЛПС. Ежемесячно здесь регистрируются единичные случаи заболеваемости [5].

Возбудителем заболевания являются вирусы рода *Hantavirus*, семейства *Bunyaviridae*. Источник возбудителя — мышевидные грызуны, выделяющие вирус с мочой и калом. К механизмам заражения относят аэрогенный или алиментарный. В организме зараженного человека развивается вирусемия, сопровождающаяся интоксикацией, генерализованным васкулитом, в результате которого повышается проницае-

мость, возникает плазморея, диффузные нарушения микроциркуляции, тромбгеморрагический синдром и поражением почек [1, 4, 5].

В клинической картине преобладает поражение почек с развитием острой почечной недостаточности. Больной человек не является заразным. У выздоровевших постепенно полностью восстанавливается функция почек. Хроническая почечная недостаточность не формируется. После перенесенной болезни формируется стойкий иммунитет [1, 2, 3].

Клинический случай

Больной К. 32 лет, житель Тверской области, поступил в нефрологическое отделение Областной клинической больницы с жалобами на умеренно выраженную слабость, боли распирающего характера в пояснице справа, периодически длительную икоту.

Из анамнеза заболевания известно, что пациент считает себя больным с 24.10.2016 г., когда появилась и стала нарастать общая слабость.

С 26.10.2016 г. отмечалась фебрильная температура с подъемом до $38,6^{\circ}\text{C}$ с ознобом, с сильной головной болью и ощущением тяжести в пояснице, больше справа. Для облегчения указанных жалоб пациент принимал самостоятельно жаропонижающие средства без положительной динамики. На 2-е сутки обратился к участковому терапевту. Указанное состояние было расценено как острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено лечение: кагоцел, ингавирин, парацетамол, затем цефтриаксон по 1,0 г в мышцу 2 раза в сутки. Пациент получал указанную терапию на протяжении двух дней без значимого эффекта. Симптомы заболевания сохранялись.

28.10.2016 г. на коже конечностей и передней поверхности грудной клетки появилась скудная сыпь геморрагического характера, кровоизлияния под конъюнктиву. Бригадой СМП доставлен в приемное отделение ГКБ №7 г. Твери. При обследовании рентгенологически выявлен малый гидроторакс слева, и пациент с подозрением на пневмонию был госпитализирован в терапевтическое отделение больницы. В лабораторных данных впервые выявлено повышение креатинина кро-

ви до 137 мкм/л, мочевины — до 8,9 мм/л. В общем анализе мочи — протеинурия до 0,132 г/л, микрогематурия. Пациенту был выставлен диагноз: острая почечная недостаточность, неолигурический вариант, наиболее вероятно как проявление ГЛПС. В связи с чем, на следующий день, пациент был переведен в нефрологическое отделение Областной клинической больницы г. Твери.

Из анамнеза жизни выяснилось, что пациент по роду своей профессии часто бывает на чердачных и в подвальных помещениях, проживает в частном доме.

Имеет врожденную аномалию развития мочевыделительной системы — аплазию левой почки, удвоение чашечно-лоханочной системы правой почки. Отмечает транзиторное кратковременное повышение артериального давления до максимальных значений 160/100 мм рт.ст. в течение нескольких лет. Операций и травм не было. Семейный и аллергический анамнез не отягощены, вредных привычек не имеет.

При объективном обследовании общее состояние расценено как удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розового цвета, нормальной влажности, со скудной геморрагической сыпью на нижних конечностях и передней поверхности грудной клетки, кровоизлияния под конъюнктиву. Лимфатические узлы не увеличены, периферических отеков не было. Патологии со стороны костно-мышечной, дыхательной и пищеварительной систем не отмечалось. Пульс 80 в минуту, удовлетворительных свойств, АД составило 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, звучные, патологические шумы не выслушиваются. При пальпации правой почки отмечалось резкая болезненность. Симптом поколачивания по поясничной области справа был положительным. Диурез до 1,2л.

Был выставлен предварительный диагноз: ГЛПС. Острая почечная недостаточность, неолигурический вариант.

Пациенту начато проведение расширенного обследования, при котором в клиническом анализе крови от 01.11.2016 г. выявлялся лей-

коцитоз (до $30,5 \times 10^9/\text{л}$), анизоцитоз эритроцитов (15,9 %), незначительная тромбоцитопения ($169 \times 10^9/\text{л}$), ускоренное СОЭ (13 мм/ч), лейкоцитарный сдвиг формулы влево до метамиелоцитов, моноцитоз (19 %). В биохимический анализ крови: признаки почечной недостаточности — повышение мочевины до 17,1 мм/л и креатинина до 226 мкм/л. В общем анализе мочи отмечался низкий удельный вес (1006 г/см^3), незначительная протеинурия (0,1 г/л), лейкоцитурия (до 7 в п/з). В коагулограмме: увеличение АПТВ (49 сек) и МНО (1,39 ед), уменьшение ПТИ (83 %).

Электрокардиограмма от 02.11.2016 г. без клинически значимой патологии. По данным УЗИ почек от 02.11.2016 г. отмечалось увеличение размеров правой почки ($170 \times 77 \text{ мм}$), контуры неровные, границы не четкие, увеличение толщины ее паренхимы до 23 мм с повышением эхогенности, удвоение чашечно-лоханочной системы, без признаков нарушения оттока мочи.

По данным эзофагогастродуоденоскопии от 08.11.2016 г. был диагностирован грибковый эзофагит, гастродуоденит.

Пациент осматривался различными специалистами, в том числе инфекционистом, который для подтверждения ГЛПС рекомендовал определение титра антител к вирусу геморрагической лихорадки с почечным синдромом.

Проводился анализ крови от 08.11.2016 г. на определение титра антител к вирусу геморрагической лихорадки с почечным синдромом, титр был диагностическим и составил 1:6400. Кроме того, пациент осматривался гастроэнтерологом. Был выставлен диагноз хронического гастродуоденита, обострение, грибкового эзофагита. Были даны лечебные рекомендации поведению пациента.

Таким образом, на основании совокупности клинико-лабораторно-инструментальных данных пациенту был выставлен диагноз:

Основное заболевание: А 98.5 Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом тяжелой степени. Осложнения основного заболевания: Острая почечная недостаточность средней степени в неолитическом варианте. Хронический гастродуоденит, обострение. Грибковый эзофагит.

Сопутствующие: Врожденная аномалия развития мочевыделительной системы — аплазия левой почки, полное удвоение правой почки.

С момента поступления в отделение пациенту назначается полупостельный режим, диета №4 по Певзнеру, пульс-терапия солюмедролом 250 мг внутривенно капельно на 250 мл физиологического раствора 5 дней с постепенным снижением дозы до отмены препарата, нексиум 40 мг в вену, раствор эуфиллина 2,4 % — 10,0 мл внутривенно капельно на 250 мл физиологического раствора 2 раза в сутки, панкреатин по 2 таблетке 3 раза в день во время еды, платифиллин 1,0 мл внутримышечно 2 раза в день, но-шпа 4,0 внутривенно капельно на 250 мл физиологического раствора №5, флуконазол 150 мг через день №3.

На фоне проведенного лечения самочувствие больного улучшилось, возрос диурез до 1,5л, отмечалась положительная лабораторная динамика. По данным УЗИ почек от 10.11.2016 г. нормализовалась толщина паренхимы правой почки до 18мм.

Пациент был выписан из стационара с рекомендациями по приему таких препаратов, как курантил, канефрон, а также под наблюдение терапевта по месту жительства.

Выводы

Представленный клинический случай пациента с диагнозом: ГЛПС, осложненная острой почечной недостаточностью позволяет сделать заключение о том, что выздоровлению данного пациента способствовало раннее обращение в лечебное учреждение, полный комплекс диагностических мероприятий, своевременно и правильно установленный диагноз, назначение необходимых групп лекарственных средств, в том числе пульс-терапия глюкокортикоидами.

Литература

1. Актуальные проблемы болезней, общих для человека и животных [Текст]: материалы II Всероссийской научно-практической конференции / ред. А.Н. Куличенко. — Ставрополь, 2017. — С. 24-25.
2. Аликеева, Г. К. Инфекционные болезни [Текст]: учебник для вузов / Г.К. Аликеева; ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 704 с.
3. Нефрология [Текст]: национальное руководство / ред. Н.А. Мухина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.-720с.
4. Покровский, В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология [Текст]: учебник для вузов / С.Г. Пак, Н.И. Брико. — 3-е изд., испр. и доп.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 1008 с.
5. Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях за январь-октябрь 2017 г. от 10 ноября 2017 г. // Отчёт федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, федерального центра гигиены и эпидемиологии г. Твери.

А. Ю. Коренева, Д. Н. Шустова, 4 курс, лечебный факультет;
М. В. Назаров, ассистент, К. Ю. Кашехлебов, ассистент

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра неврологии, медицинской реабилитации и нейрохирургии
Научный руководитель: д.м.н. Л. В. Чичановская

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФУНКЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МОЗГА

В России проблема инфаркта мозга стоит особенно остро: частота инфаркта колеблется от 460 до 560 случаев на 100000 населения. Смертность от инфаркта занимает второе место среди причин смертности — 175 случаев на 100000 населения в год [6].

Следует подчеркнуть катастрофические последствия инфаркта мозга — до 84–87 % больных умирают или остаются инвалидами и только 16–13 % пациентов полностью выздоравливают. Но даже среди выживших больных у 50 % наступает рецидив в последующие 5 лет жизни [6]. Среди всех осложнений после инфаркта мозга одним из главных являются двигательные нарушения. 31 % пациентов, перенесших инфаркт, нуждаются в специальном уходе, 20 % не могут самостоятельно ходить и лишь 8 % могут вернуться к прежней полноценной жизни [2].

Примерно 55 % доживших до конца 3-го года после перенесенного инфаркта в той или иной мере не удовлетворены качеством своей жизни [4]. При таком последствии инсульта, как несостоятельность двигательной функции верхней конечности, важной медико-социальной задачей является ликвидировать или уменьшить ограничение жизнедеятельности, снижение способности совершать движения, ухаживать за собой, неспособность к физической независимости и к занятиям обычной и профессиональной деятельностью, из-за которых человек ощущает свою социальную недостаточность [3].

Цель исследования: оценить эффективность использования аппарата для непрерывной пассивной разработки плечевого сустава (далее — аппарат) в раннем восстановительном периоде у пациентов с инфарктом мозга.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной клинический лечебно-реабилитационный центр» с сентября 2017 по январь 2018 гг. За этот период было обследовано 95 пациентов с инфарктом мозга в бассейне левой средней мозговой артерии в раннем восстановительном периоде. К прохождению реабилитационного курса с аппаратом не допускались пациенты с: острыми и хроническими воспалительными заболеваниями плечевого сустава; нестабильным остеосинтезом верхней конечности; остеопорозом плечевого сустава; переломами костей плеча и пояса верхней конечности; разрыв наружных связок плечевого сустава. Основными показаниями к назначению курса занятий на аппарате были: острое нарушение мозгового кровообращения (инфаркт мозга), ранний восстановительный период, парез верхней конечности, отсутствие выраженного болевого синдрома в плечевом суставе (ВАШ не более 6), наличие ограничения объема движений в плечевом суставе. Обследование проводилось с помощью вопросника неспособности верхних конечностей (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand, DASH), шкалы Комитета медицинских исследований (Medical Research Council Scale), модифицированной шкалы Ашворта, визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ).

Результаты и обсуждение

По итогам выборки в исследование были включены 50 пациентов, из них 18 женщин (36 %) и 32 мужчин (64 %). Средний возраст составил 63 года (от 50 до 76). Достоверных различий по возрасту мужчин и женщин не выявлено ($p > 0,05$). Пациенты были разделены на 2 сравнимые группы. Первую составили пациенты, которым включили в

реабилитационный курс использование аппарата (группа А). Во вторую группу вошли пациенты, проходившие стандартное лечение (группа Б).

Преследовались следующие терапевтические цели: улучшение метаболизма сустава посредством улучшения циркуляции крови и лимфы; профилактика тугоподвижности.

В соответствии с ограничением в объеме движений пациенты были поделены на 3 группы (таблица 1): в первую группу вошли пациенты с объемом движений от 179° - 135° (незначительное ограничение движения), во вторую — от 134° - 100° (умеренное), в третью — менее 100° (значительное) [5].

Таблица 1

**Соотношение начальных и конечных показателей
объема движений у пациентов группы А и группы Б**

	Сгибание							Отведение						
Градусы	Число пациен- ентов		179- 135	134-100		<100		179-135		134-100		<100		
Группа А	до	12	48 %	2	8 %	11	44 %	1	4 %	7	28 %	17	68 %	
	после	16	64 %	6	24 %	3	12 %	8	32 %	9	36 %	8	32 %	
Группа Б	до	11	44 %	6	24 %	8	32 %	1	4 %	6	24 %	18	72 %	
	после	17	68 %	4	16 %	4	16 %	2	8 %	12	48 %	11	44 %	

По мышечной силе организовались следующие группы: 0 баллов — нет движений; 1 балл — пальпируется сокращение мышечных волокон, но визуально движения нет; 2 балла — движения при исключении воздействия силы тяжести; 3 балла — движения при действии силы тяжести; 4 балла — движения при внешнем противодействии, но слабее, чем на здоровой стороне; 5 баллов — нормальная мышечная сила (таблица 2).

Таблица 2

Соотношение начальных и конечных показателей мышечной силы у пациентов группы А и группы Б

Баллы		0	1	2	3	4	5
Группа А	До	3	2	9	8	3	0
	После	0	0	2	6	11	3
Группа Б	До	0	5	12	8	0	0
	После	0	0	8	10	7	0

Согласно критериям визуальной аналоговой шкалы боли пациенты разделились на следующие группы: 0-2 балла — нет боли-слабая боль, 3-4 — умеренная боль, 5-6 — сильная боль, 7-8 — очень сильная боль, 9-10 — нестерпимая боль (таблица 3).

Таблица 3

Соотношение начальных и конечных показателей субъективной оценки боли пациентами группы А и группы Б

Баллы		0-2	3-4	5-6	7-8	9-10
Группа А	до	17	7	1	0	0
	после	20	5	0	0	0
Группа Б	до	12	8	5	0	0
	после	13	8	1	0	3

По вопроснику DASH неспособности верхних конечностей составлены следующие группы: 1 группа — сумма ответов составила до 25 баллов (отличный результат), 2 группа — 26-50 баллов (хороший результат), 3 группа — сумма баллов от 51-75 (удовлетворительно), 4 группа — 76-100 баллов (неудовлетворительно) [1](таблица 4).

Таблица 4

Соотношение начальных и конечных показателей по вопроснику DASH среди пациентов группы А и группы Б

Баллы	До 25		26-50	51-75	76-100
Группа А	до	0	0	16	9
	после	0	0	23	2
Группа Б	до	0	3	14	8
	после	3	3	18	1

По результатам исследования, группа А по критерию объема движений (сгибание, отведение) имеет показатели улучшения выше на 17,24 % (сгибание 42,75 %) и на 34,46 % (отведение 67,33 %) в отличие от группы Б — сгибание 25,51 %; отведение — 32,87 %, что достоверно ($p < 0,05$).

В результате оценки показателей мышечной силы по шкале Комитета медицинских исследований у исследуемых пациентов существенной разницы между улучшениями не выявлено ($p > 0,05$).

Оценка результатов визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ) показала, что у пациентов группы А субъективное восприятие боли достоверно уменьшилось (32,31 %) в отличие от группы Б (18,85 %) на 13,46 % ($p < 0,05$).

Результат исследования по критерию вопросника DASH способности верхних конечностей показал, что улучшения двигательной активности рук у группы А, а также у группы Б достоверны и не имеют существенной разницы ($p > 0,05$).

Выводы

1. Пациенты, в реабилитационный курс которых был включен аппарат, по итогам сравнения начальных и конечных показателей, восстанавливаются лучше, чем пациенты со стандартной схемой лечения.
2. При проведении реабилитационного курса с применением данного аппарата выявлено достоверное увеличение исследуемого объема движений (сгибание — на 17,24 %, отведение — на 34,46 %) в сравне-

нии с группой пациентов, лечение которых проводилось согласно стандартам.

3. Применение данного аппарата в раннем восстановительном периоде у пациентов способствовало уменьшению субъективных болевых ощущений в области плечевого сустава на 13,46 % по сравнению с пациентами, проходившими стандартное лечение.

4. Показатели мышечной силы по шкале Комитета медицинских исследований и вопросника DASH неспособности верхних конечностей у пациентов, прошедших реабилитационный курс с включением данного аппарата, а также в сравнимой группе достоверных различий не имеют.

Литература

1. Буйлова, Т.В., Цыкунов, М.Б. Федеральные клинические рекомендации. Реабилитация при периартикулярной патологии плечевого сустава. — 2015 г.
2. Стаховская, Л.В. Инсульт. Руководство для врачей / под ред. Л.В. Стаховской, С.В. Котовой — Москва: Медицинское Информационное сообщество, 2014. — с.13.
3. Международная классификация последствий заболеваний и травм, 1980
4. Епифанов, В.А. Реабилитация больных, перенесших инсульт / В.А.Епифанов, А.В.Епифанов. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — с.6.
5. Реабилитология и физиотерапия [Электронный ресурс]. — Режим доступа:<http://www.medlinks.ru/article.php?sid=50644> — Оценка объема движений в суставах конечностей. Врач по лечебной физкультуре и спортивной медицине В.Рывкин. — (Дата обращения: 23.09.2017).
6. СЗГМУ им. И.И. Мечникова — Новости [Электронный ресурс]. — Режим доступа:<http://szgmu.ru/rus/m/457/> - Статистика инсульта. — (Дата обращения: 16.02.18).

И. В. Коренюк, Т. И. Мех, 5 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель: ассистент Ф. М. Майбалиев

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ НАСИЛЬСТВЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Цель исследования: изучить характерные черты лиц, совершивших преступления сексуального характера, в отношении несовершеннолетних и проанализировать последствия данного деяния для потерпевших.

Материалы и методы

Произведён поиск информационных источников в доступной литературе и рассмотрено 80 амбулаторных комплексных судебных психолого-сексолого-психиатрических экспертиз (40 преступников, 40 потерпевших) за вторую половину 2017 года.

За последние годы в средствах массовой информации увеличивается количество публикаций о случаях сексуальных домогательств в отношении несовершеннолетних, а также о лицах, совершивших данное преступное деяние. В связи с этим, мы решили охарактеризовать портрет преступников в г. Тверь.

Результаты и обсуждение

Лиц, совершивших преступление насильственного сексуального характера, в отношении несовершеннолетнего или малолетнего ребенка, называют педофилами. В соответствии МКБ-10, педофилия обладает сексуальным предпочтением детей до пубертатного или раннего пубертатного возраста. Анализируя случаи сексуальных правонарушений в отношении несовершеннолетних, можно классифицировать преступников на две группы: педофилов, которые имеют нарушения

сексуального предпочтения, и педофилов, нарушения сексуального предпочтения у которых отсутствуют.

По мнению А. А. Ткаченко следует обратить внимание на личность преступника. Жестокие действия не характерны для лиц, страдающих педофилией, а если при совершении сексуальных преступлений в отношении малолетних, имеет место жестокость, речь может идти не о педофилии как таковой, а о садистах. В связи с чем, не каждый педофил является потенциальным преступником и убийцей. Ведущую роль в патогенезе педофилии играют психические расстройства, психологические нарушения либо психологические травмы сексуального характера, чаще пережитые в детстве. Возникая в детском или подростковом возрасте, психическое расстройство затрагивает ядро личности, деформируя психосексуальное развитие. Вследствие этого у взрослого человека формируются незрелые, инфантильные формы поведения и влечения к несовершеннолетним. В соответствии с МКБ-10, используемой в том числе и в Российской Федерации, для установления диагноза «педофилия» требуется наличие определенных условий: 1) лицо соответствует общим критериям G1, G2, G3 части F65 (парафилия) и 2) особым критериям F65.4 (педофилия). Таким образом, считаем, что педофилом можно считать лицо, имеющие вторичные половые признаки, страдающее не менее 6 месяцев от систематических необычных сексуальных побуждений, фантазий к малолетним детям. И.Кон утверждает, что основная часть лиц, совершающих насильственные преступления сексуального характера в отношении малолетних, не относятся к категории педофилов, а являются мужчинами с нормальной психикой, состоящими в браке и воспитывающими детей, совершающими преступные деяния по причине слабых характера и неуверенности в себе. Мастерс У. также подмечает, что большинство педофилов гетеросексуалы. Для них характерна склонность к алкоголизму. Педофилы часто оправдывают свой поступок тем, что были пьяны.

Можно выделить три группы сексуальных преступлений, с учётом отношений между преступником и жертвой: внутри семьи (родственники, входящие в ближайшее окружение ребёнка); знакомые ребёнку лица (родственники, не проживающие вместе с ним, друзья семьи, работники детских учреждений); незнакомые ребёнку лица. Наибольшее число пострадавших — это лица, не достигшие возраста 14 лет (80 %) . Наиболее часто насильственные посягательства в отношении несовершеннолетних совершались в семьях, которые являются неблагополучными, и утратили свою социализирующую функцию. Потерпевшие, страдающие психическим расстройством — 20 %. Потерпевшие, которые могли оказывать сопротивление — 10 %. Потерпевшие с непосредственными и отдалёнными последствиями изменения психики из-за совершения с ними преступных правонарушений — 10 %. Данные показывают, что большинство осуждённых находятся в возрасте сравнительно высокой сексуальной активности. Высок процент не состоящих в браке — 65 %, что свидетельствует о выраженных и стабильных нарушениях их полоролевого поведения. Большинство педофилов имели низкий образовательный уровень — 80 %. Более половины преступников из группы "родственники" были женаты. Отмеченное обстоятельство закономерно, поскольку и в эту группу входили отцы и отчимы жертв. Осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий не могли 15 % преступников. 40 % преступников совершили сексуальные посягательства в отношении ребёнка, находясь в состоянии алкогольного опьянения. 35 % педофилов в прошлом имели судимости. Маленькие дети являются удобной жертвой для сексуальных посягательств, так как они не понимают характера (70 %) и значимости (80 %) совершаемых с ними действий и не могут оказать активного сопротивления виновному.

Из этого следует, что большинство преступников манипулируют половыми органами жертвы или заставляют ребёнка манипулировать своими.

Преступники, знакомые с жертвой и не знакомые с ней, вовлекали детей в сексуальные отношения, злоупотребляя доверием ребёнка. Небольшое количество преступников совершали половой акт в естественной форме. Это происходит из-за нарушения полового влечения, которое возникло в период, когда была не сформирована зрелая сексуальность. Вследствие чего педофилы применяют символические формы удовлетворения полового влечения. Помимо этого, исключается возможность совершения полового контакта без причинения физической боли или причинение вреда здоровью, из-за малолетнего возраста жертвы. По этой причине будет невозможно продолжать сексуальные контакты с жертвой, что не входит в планы педофила. Педофилы пытались вступить в контакт с незнакомым ребёнком в общественных местах. В том случае, когда жертва сопротивлялась и привлекала внимание, преступник к отказывался от своих намерений. Это свидетельствует о социально-психологической дезадаптации, нравственной деформации преступников. Поэтому уголовное наказание и длительная изоляция от общества не устраняют причины их действий (Дьяченко, Цымбал, 2008: 176 — 179). Некоторые авторы рассматривают психокоррекционную помощь, а также обязательную химическую кастрацию педофилов, как необходимые условия постпенитенциарного исправления осужденных и предупреждения совершения ими новых сексуальных преступлений.

Заключение

У значительной части осужденных за преступления против половой неприкосновенности детей отсутствуют личностные особенности, снижающие эффективность психокоррекционной помощи, что, в свою очередь, предполагает необходимость существенного расширения ее объема как в местах изоляции, так и, главное, после освобождения из них. В 2011 г. был принят ФЗ «Об административном надзоре за лицами, освобождёнными из мест лишения свободы», в котором предусматривается возможность установления судом административного

надзора в отношении совершеннолетних лиц, освобождённых из мест лишения свободы после отбытия наказания за совершения умышленного преступления в отношении несовершеннолетнего, в том числе и педофильной направленности. Установление административного надзора имеет под собой цель профилактического воздействия на преступника. Следует дать возможность следователям привлекать к расследованию психологов и психиатров, имеющих опыт работы с детьми, ставшими жертвами сексуальных посягательств.

Литература

1. Ткаченко, А.А. Судебно-психиатрическая экспертиза [Текст] / А. А. Ткаченко, Д. Н. Корзун — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
2. Ткаченко, А.А. Судебная сексология 2-е изд., испр. и доп. [Текст] / А. А. Ткаченко, Г. Е. Введенский, Н. В. Дворянский — М.: Бином, 2015.
3. Введенский, Г.Е. Криминальное профилирование лиц, совершивших серийные сексуальные убийства [Текст] / Г. Е. Введенский, Н. А. Исаев, А. А. Ткаченко, Э. С. Амбарцумян — Орёл, 2005.
4. Бадмаева, В.Д. Последствия сексуального насилия у детей и подростков [Текст] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова — 2009 — т. 109 — номер 12.
5. Жариков, Н.М., Морозов, Г.В., Хритинин, Д.Ф. Судебная психиатрия: Учебник для вузов — 4-е., перераб. и доп. [Текст] — М.: Норма, 2006.

С. И. Королева, 5 курс, стоматологический факультет; Д. И. Голиков,
доцент

ФБГОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Научный руководитель: профессор В. В. Богатов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РИНОФИМЫ

В своей работе врачу челюстно-лицевому хирургу необходимо выявлять и использовать наиболее эффективные методики лечения ринофимы, а именно такие методы, которые позволяют быстро и безболезненно провести вмешательство, практически исключая вероятность послеоперационных осложнений, обеспечивая оптимальный период реабилитации и наилучший эстетический результат, потому что лицо играет основополагающую роль в социальной адаптации.

Цель исследования: выявить особенности клинических проявлений ринофимы, проанализировать результаты хирургического лечения.

Ринофима — хроническое заболевание кожи носа, характеризующееся гипертрофией всех ее элементов, увеличение обезображивание носа. Этиология заболевания не выяснена. Известно, что для развития ринофимы имеют значение неблагоприятные условия внешней среды: частые охлаждения, повышенная влажность, запыленность воздуха и другие. Предрасполагающими факторами являются: хронический алкоголизм, заболевания желудочно-кишечного тракта. Многие авторы считают, что новообразование появляется вслед за розовыми угрями. Ринофима не представляет истинной опасности для здоровья, однако может в определенной степени сужать носовые ходы, что приводит к затруднению носового дыхания, несмотря на то, что патологический процесс не поражает хрящей, но давление от разросшейся ринофимы на них столь велико, что носовые хрящи деформируются или же подвергаются полной деструкции.

Наиболее значимые последствия ринофимы — социальные и психологические. Ринофима может сильно изменять и уродовать внешность, приводя к социальному изгнанию и самоизоляции. Психологический эффект остается не менее мощным. Изменения во внешности лишают уверенности в себе, создают трудности в межличностном общении, вызывают раздражительность или замкнутость, препятствуют при контактах на службе и семье, а в крайних случаях могут привести к суициду. Ринофима проявляется бугристыми или гроздьевидными мягкими образованиями синюшно-красного цвета с блестящей сальной поверхностью и большим количеством расширенных сосудов и сальных желез, из устьев которых при надавливании выделяется белесоватое сливкообразное кожное сало. Разрастания кожи иногда достигают огромных размеров, свисают вниз, закрывают нос и рот, затрудняют дыхание, прием пищи, обезображивают лицо. Узлы обычно не изъязвляются, иногда присоединяется гноеродная инфекция. Пациенты жалуются на болезненность и зуд.

В зависимости от преобладания тех или иных морфологических проявлений выделяются четыре формы ринофимы: glandулярная (железистая), фиброзная, фиброзно-ангиэктатическая и актиническая (рисунки 1, 2).

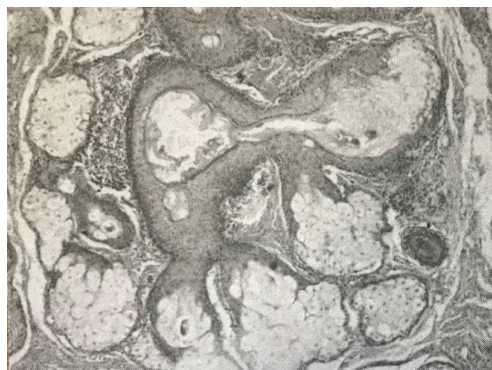


Рис. 1. Больной Т., ринофима, железистая форма: на фоне хронического воспалительного процесса имеет место гиперплазия сальных желез и формирование атеромы. Окраска гематоксилином и эозином.

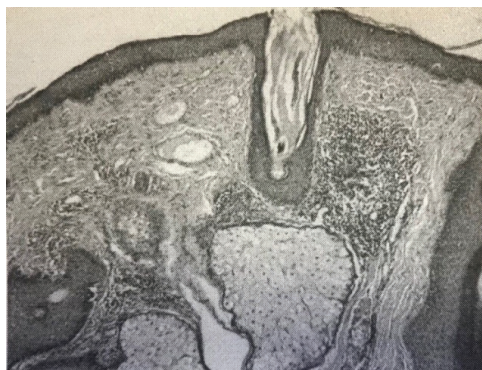


Рис. 2. Больной К., ринофима, железистая форма: на фоне хронического воспалительного процесса с формированием крупных инфильтратов и склероза дермы обнаруживается гиперплазия сальных желез. Окраска гематоксилином и эозином.

Материалы и методы

Обследованы и прооперированы 7 мужчин в возрасте от 56 до 69 лет.

Единственное высокоэффективное лечение ринофимы — хирургический метод. В настоящее время применяются различные хирургические способы удаления изменившихся тканей при ринофиме: с применением скальпеля, дермаразия, CO₂-лазера, эрбиевого лазера, ультразвукового скальпеля, холодноплазменного хирургического аппарата, аппарата радиоволновой хирургии. Современные приоритеты отдаются таким методикам лечения, при которых остается возможность самопроизвольной реэпителизации раневой поверхности, так как это имеет оптимальный косметический результат. Любая открытая кожная рана подвержена воздействию неблагоприятных факторов внешней среды, что может осложнять течение раневого процесса, а это отразится на конечном результате лечения.

Своеобразным и актуальным способом решения данной проблемы являются такие лекарственные формы, как раневые покрытия. В последнее время появилось большое число раневых покрытий, отличающихся по химическому составу основных и входящим в их состав лекарственным веществам. При лечении 2-х пациентов с ринофимой нами были использованы полимерные пленочные покрытия «Фолидерм» (ООО «Фолиум», Санкт-Петербург), которые выполнены из гидрофобного материала и имеют многочисленные мелкие поры, проницаемые для газов, но непроницаемые для микроорганизмов. Сущность способа хирургического лечения ринофимы состояла из методики послойной декорткации носа (удаление гипертрофированной кожи и соединительно-тканых разрастаний, не достигающих до хрящей носа) с применением электрокоагуляции, с последующим закрытием раны лавсановой перфорированной пленкой «Фолидерм». Специальная технология обработки обеспечивает этим пленкам высокий электростатический потенциал поверхности, благодаря чему они имеют высо-

кий уровень адгезии к ранам при сохранении естественного газообмена и светопроницаемости. Пленки особенно удобны при применении на подвижных и рельефных участках лица, т. к. без их снятия с раневых поверхностей можно наблюдать процесс эпителизации.

Результаты и обсуждение

Получены хорошие эстетические и функциональные результаты пластических операций у всех наблюдаемых больных (рис. 3). Рекомендована к применению послойная декорткация тканей ринофимы с применением радиоволновой хирургии с последующим закрытием раны пленкой «Фолидерм».

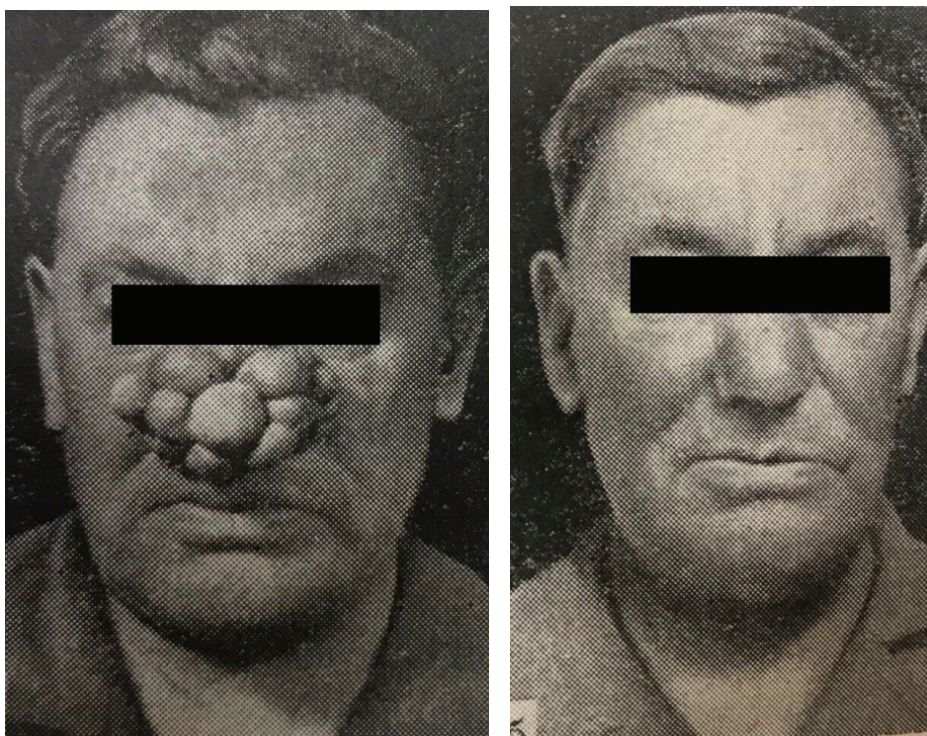


Рис. 3 — Ринофима

- 1 — больной Л., до операции;
- 2 — больной через 5 месяцев после удаления ринофимы и первичного замещения изъяна свободной пересадкой кожи.

Заключение

Специфической профилактики возникновения ринофимы нет, но своевременное лечение по поводу розовых угрей снижает риск ее развития. После хирургического вмешательства пациентам следует избегать резких перепадов температуры, пересмотреть режим питания и, если требуется, сменить место работы.

**В. В. Корчагин, 6 курс, лечебный факультет; Н. В. Страхова, доцент,
В. И. Шевцова, ассистент, Ю. А. Котова, ассистент,
В. Ю. Бригадирова, ассистент, А. В. Чернов, доцент**

ФГБОУ ВО Воронежский ГМУ им. Н. Н. Бурденко Минздрава России,
г. Воронеж, Россия

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. А. Зуйкова

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ СТАРШЕ 45 ЛЕТ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире: по оценкам, в 2012 году от ССЗ умерло 17,5 миллиона человек, что составило 31 % всех случаев смерти в мире. Из этого числа 7,4 миллиона человек умерли от ишемической болезни сердца и 6,7 миллиона человек в результате инсульта[1]. Более 75 % случаев смерти от ССЗ происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. Из 16 миллионов случаев смерти от неинфекционных заболеваний в возрасте до 70 лет 82 % случаев приходится на страны с низким и средним уровнем дохода, а причиной 37 % являются ССЗ. На сегодняшний день известно более 200 факторов риска[3]. Перечень используемых факторов риска основан на «Концепции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний» и на данных ВОЗ и составлялся путем активного выявления их у данных пациентов. Большинство сердечно-сосудистых заболеваний можно предотвратить путем принятия мер в отношении таких факторов риска, таких как употребление табака, нездоровое питание и ожирение, отсутствие физической активности и вредное употребления алкоголя, с помощью стратегий, охватывающих все население[2,4].

Цель исследования: выявить распространенность факторов риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы на территориальном врачебном участке.

Задачи исследования:

1. Выявить факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний на конкретном территориальном врачебном участке;
2. Определить половозрастную структуру распространения факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний на конкретном территориальном врачебном участке;
3. Выявить закономерность распространения и частоту встречаемости факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на конкретном территориальном врачебном участке;
4. Разработать практические рекомендации для снижения заболеваемости болезнями сердечно-сосудистой системы на конкретном территориальном врачебном участке с учетом выявленных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний на данном территориальном врачебном участке.

Материалы и методы

Исследование выполнено на базе БУЗ ВО «Семилукская РБ им.А.В.Гончарова». В исследовании приняли участие 71 человек, средний возраст — 67 лет, из них женщин — 35 (средний возраст — 71 год), а мужчин — 36 (средний возраст — 65 лет). Был произведен опрос по наличию факторов риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, осмотр, ретроспективный анализ карт. В исследование включались пациенты, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями более 5 лет в возрасте от 45 до 85 лет — 36 мужчин и 35 женщин.

Было выделено несколько групп:

1-я группа (45-55 лет) — 8 человек, 2-я группа (56-65 лет) — 21 человек, 3-я группа (66-75 лет) — 24 человека, 4-я группа (76-85 лет) — 18 человек. Среди всех пациентов были выявлены следующие заболевания сердечно-сосудистой системы: I.25 ишемическая болезнь сердца (44

человека), 1 67.2 болезнь сосудов головного мозга (21 человек), 1.73 болезнь периферических артерий (6 человек). Статистическая обработка данных проводилась с использованием Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение

На первом этапе исследования была оценена распространенность факторов риска. Выявлено, что наиболее распространенными факторами риска болезней сердечно-сосудистой системы были: 94 % интервьюированных отметили наследственный характер заболевания, 79 % — неправильное питание, 31 % — злоупотребление алкоголем и курением, 37 % — хронические стрессы, как бытовые, так и связанные с профессией, так же у 87 % отмечается артериальная гипертензия, у 31 % — гиперлипидемия, у 31 % — нарушения ритма сердца, у 25 % — гипергликемия и сахарный диабет 2 типа, у 25 % — абдоминальное ожирение, у 31 % имеется метаболический синдром и 87 % опрошенных сказали, что у них низкая физическая активность.

Далее был исследован гендерный и возрастной аспект распространенности факторов риска. Выявлено, что в возрастной категории 45-55 лет из факторов риска ССЗ наиболее часто встречаются: у мужчин — наследственность, неправильное питание, алкоголь и курение, гиперлипидемия, гипергликемия и СД, нарушение ритма сердца — 60 %; у женщин: хронические стрессы — 67 %, гиперлипидемия — 67 %. В возрастной категории 56-65 лет из факторов риска ССЗ наиболее часто встречаются: у мужчин — алкоголь и курение — 75 %, нарушения ритма сердца — 75 %; у женщин — хронические стрессы — 78 %, гиперлипидемия — 78 % и гипергликемия и СД — 78 %. В возрастной категории 66-75 лет из факторов риска ССЗ наиболее часто встречаются: у мужчин — неправильное питание — 85 %, артериальная гипертензия — 92 %, нарушения ритма сердца — 85 %, гиперлипидемия — 85 %; у женщин: артериальная гипертензия — 91 %, гиперлипидемия, гипергликемия и СД — 91 %, низкая физическая активность — 91 %. В возрастной категории 76-85 лет из факторов риска ССЗ наиболее часто встречаются у мужчин — неправильное питание —

80 %, артериальная гипертензия — 80 %, нарушения ритма сердца — 80 %, гиперлипидемия — 80 %, гипергликемия и СД — 80 %, низкая физическая активность — 80 %; у женщин: артериальная гипертензия — 92 %, гиперлипидемия — 92 %, гипергликемия и СД — 92 %, низкая физическая активность — 92 %, нарушения ритма сердца — 92 %.

Выводы

Данное исследование показало, что пациенты, имеющие те или иные заболевания сердечно-сосудистой системы, отмечают зависимость их возникновения от различных факторов риска — неустраняемых: пол, возраст, наследственность и устранимых. Таким образом, у всех возрастных групп наиболее часто встречаются следующие факторы риска: артериальная гипертензия, нарушения ритма сердца, гиперлипидемия и низкая физическая активность. У мужчин превалируют факторы риска: алкоголь и курение, артериальная гипертензия и нарушения ритма сердца. У женщин это хронические стрессы, гиперлипидемия, гипергликемия и СД. Большинство обследуемых, отмечают влияние условий жизни и работы (неправильное питание, физическая инертность, хронические стрессы, злоупотребление алкоголем и курение) на формирование имеющегося у них заболевания.

Литература

1. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Российской популяции в 2012-2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. // Г.А.Муромцева, А.В.Концевая, В.В. Константинов [и др.] — Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2014. — Т. 13. — № 6. — С. 4-11.
2. Корчагин, В.В., Чернов, А.В., Бригадирова, В.Ю. Анализ распространенности факторов риска развития заболеваний бронхолегочной системы на территориальном врачебном участке // Территория инноваций. — Энгельс, 2017. — № 10 (14). — С. 119-124.
3. Чернов, А.В., Брусенская, Т.Ю., Корчагин, В.В. Анализ заболеваемости острыми вирусными гепатитами по Воронежской области / А.В. Чернов, Т.Ю. Брусенская, В.В. Корчагин // Территория инноваций. — Энгельс, 2017. — № 4(8). — С. 117-120.
4. Орлова, Е.В., Тишкина, Н.В. Оценка влияния школы здоровья на модифицируемые факторы риска артериальной гипертензии / Е.В. Орлова, Н.В. Тишкина // Вестник новых медицинских технологий. — 2010. — Т. 17. — № 2. — С. 293-295.

СОДЕРЖАНИЕ

Абраамян К. Д. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПЛЕОМОРФНОЙ АДЕНОМЫ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	4
Абросимова В. А., Мошкина С. А., Тимакова Ю. В., Соколова А. Ю. ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	7
Абукеримова А. К., Вальц И. А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ СКРИНИНГОВ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОЙ КИШКИ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	11
Абукеримова А. К., Вальц И. А., Кузеванова А. Д., Павлова Р. В. СОМАТОФОРМНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПРОГРЕДИЕНТНЫЙ ФАКТОР ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА	13
Абукеримова А. К., Некрасова К. Э. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФАРКТА МОЗГА НА ФОНЕ ДИСЕКЦИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ С НАЛОЖЕНИЕМ ЭКСТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА	15
Абукеримова А. К., Старкова Д. С. АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	18
Авакян Ф. А., Ермакова Д. М. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ КОНТРАСТ- ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ	21
Авакян Ф. А., Ермакова Д. М. КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННАЯ НЕФРОПАТИЯ	24
Авдеева Л. М., Даниленко А. А., Соколова Л. Н. РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО ВОПРОСАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	27
Авдюхин И. Г., Козлов Д. А., Марасанов С. Б., Петров Г. А. ПОТРЕБЛЕНИЕ МЯСНЫХ ПРОДУКТОВ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	31
Авласевич О. В., Леонович Е. А.	33

СОДЕРЖАНИЕ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В ВОДНЫХ ЭКСТРАКТАХ РАННЕЦВЕТУЩИХ РАСТЕНИЙ	
Адамова Н. А., Гусейнова Н. З., Максимов М. Т., Жмакин И. А., Красненков В. Л., Кириленко Н. П., Королева О. М., Ильина Н. Н. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЖИТЕЛЕЙ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ И ЕЕ ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА	36
Аксененко Н. М., Вашневская Н. А. ОТОГЕННЫЕ И РИНОГЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	39
Аксенова Е. И., Богинская С. В., Головин А. Л., Киселева Д. В. РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНОГО СОСТАВА МЕДИЦИНСКОЙ МАЗИ, СОДЕРЖАЩЕЙ ЭКСТРАКТ КУРКУМЫ ДЛИННОЙ	42
Александрова Т. А., Васильев П. В. ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫЙ РАДИКУЛИТ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВОДИТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ	46
Алехина А. В., Зенцова Е. А. СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У КУРИЛЬЩИКОВ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ	49
Аль-Гальбан Л. Н. МОНИТОРИНГ УРОПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ИНФЕКЦИЯХ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ЭТИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ	53
Андреева А. О., Волкова Д. Д., Ельцова М. А., Сташевская Л. В., Иванов А. В., Березовский И. В. ИСТОРИЯ ПЕРЕПИСЕЙ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ (К 120-ЛЕТИЮ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВОЙ ПЕРЕПИСИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ)	56
Андреюшин Л. Э. МАГНИТНАЯ ЛЕВИТАЦИЯ КАК ИНВЕРСИВНЫЙ СПОСОБ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ	59
Андреюшин Л. Э., Хорак К. И., Морозов А.М. ФЕНОТИП И СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ	63

Арсеньева Е. П., Заводцова Е. П., Саганович В. А., Йорданова А. А., Жмакин И. А., Красненков В. Л., Кириленко Н. П., Ильина Н. Н., Королева О. М. ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ У ЖИТЕЛЕЙ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ ТОРГОВЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРИ И РАЙОННЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ, 2017 Г.)	67
Аслаханова К. С., Имадаева М. М., Воробьев С. А. ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	70
Ахмерова У. Д., Чернышова Е. А., Морозов А. М. БИОНИЧЕСКИЕ ПРОТЕЗЫ, МЕХАНИЗМ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ	73
Ахмерова У. Д., Костерова Я. С., Салтыкова А. А., Марасанов С. Б., Петров Г. А. РОЛЬ ИНСОЛЯЦИИ В КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ	77
Бабчинская И. А., Рожкова М. А., Кудрич Л. А. ИНФОРМАЦИОННАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РОССИИ	81
Багдасарян Р. Р., Минажетдинов Р. Р., Морозов А. М. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	84
Байсаев Ш. А., Морозов А. М. ПЕРЕСАДКА КОЖИ	88
Баканов К. Б., Бахарева А. А., Фадеева Ю. А., Гоностарева Д. А., Югова Т. С., Пикалова Л. П. ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЫШЬЯКА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА	90
Бакулина Т. В., Грушина О. В., Морозов А. М., Гавриленко Н. Г. О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ПЕРЕВОДА АНГЛОЯЗЫЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ НА РУССКИЙ ЯЗЫК	93
Батурин А. А. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДИК ПЛОМБИРОВАНИЯ	97

СТЕКЛОИОНОМЕРНЫМИ ЦЕМЕНТАМИ	
Бауло Е. В. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	102
Бауло Е. В., Попова М. С., Досова С. Ю. ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ТВЕРСКИХ СТУДЕНТОВ О СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ	105
Бахвалова А. И., Джанкараева В. А., Морозов А. М. СИНДРОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА	109
Белякова В. С. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ — ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ	111
Бердыева Г. А., Махмудова Л. Х., Калугина И. А., Рябочкина М. А., Жмакин И. А., Красненков В. Л., Кириленко Н. П., Королева О. М., Ильина Н. Н. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА (ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ ТОРГОВЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРИ И РАЙОННЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ, 2017 Г.)	115
Березовский И. В., Сташевская Л. В., Иванов А. В., Голубева А. Г., Захарова О. А. РАЗРАБОТКА ПРОБЛЕМ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СТАТИСТИКИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ В КОНЦЕ 19 НАЧАЛЕ 20 ВЕКА (К 160-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ П. И. КУРКИНА)	117
Бисаева С. Н., Гор И. А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ВЫВЕДЕННЫМ ПЛОМБИРОВОЧНЫМ МАТЕРИАЛОМ	122
Блинова А. В., Куприянова М. С., Румянцев В. А. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГУТТАПЕРЧЕВЫХ И ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ ШТИФТОВ	125

Блинова А. В., Марасанов С. Б., Петров Г. А. ЛЕКАРСТВА, РЕКЛАМА, ИНТЕРНЕТ	129
Блюдина А. И., Азизова М. Р., Волков С. В., Еремеев А. Г. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ	132
Блюдина А. И., Шептала А. А., Колесникова И. Ю. ПЕРВИЧНЫЙ БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ: ПУТЬ К ДИАГНОЗУ	134
Богинская С. В., Воронкова М. В., Башилов Р. Н. ИЗУЧЕНИЕ ФЕНОМЕНА «СЕЛФИМАНИИ» В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	137
Богомазова И. И., Морозов А.М. АНЕВРИЗМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА	141
Богомолова А. И., Цыплякова Е. Г., Морозов А. М., Аскеров Э. М. СЕРГЕЙ СЕРГЕЕВИЧ ЮДИНА — ЭПОХА ПРОТИВ ЧЕЛОВЕКА	143
Богомолова О. А., Шестова О. С., Рыжиков К. А. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО КАРАНДАША, СОДЕРЖАЩЕГО ЭКСТРАКТ КАЛЕНДУЛЫ, ПРИ ФОРМАЛИНОВОМ ОТЕКЕ ЛАПЫ У КРЫС	147
Болотова Е. Е., Грекова А. Ю., Румянцева М. О., Кожуш- ная А. А., Жмакин И. А., Красненков В. Л., Кириленко Н. П., Ко- ролева О. М., Ильина Н. Н. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 У ЖИТЕЛЕЙ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ И ЕГО ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА (ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ ТОРГОВЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРИ И РАЙОННЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ, 2017 Г.)	150
Боровская О. С. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИНЕВРАЛЬНОГО ФИБРОЗА	153
Бочкарева Е. В., Жукова В. В., Скородумова А. С., Жигулина В. В. МЕЛАТОНИН — СИНХРОНИЗАТОР БИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ	156
Бревдо Ю. Ф., Кубышкина И. А., Шлапаков В. В. К ВОПРОСУ О КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ ИРРИГАЦИЯХ	159
Брынских В. А.	165

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПЕЦИАЛИСТАМИ АПТЕК ИНФОРМАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ	
Буданова К. А., Богомоллова А. И., Цыплякова Е. Г. СИСТЕМНЫЕ ЭФФЕКТЫ МЕСТНЫХ АЛЬФА- АДРЕНОМИМЕТИКОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА ЛАБОРАТОРНОМ ЖИВОТНОМ	168
Буданова К. А., Мареева Т. С., Морозов А. М. ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК В МЕДИЦИНЕ — АКТУАЛЬНОСТЬ ИЛИ АНАХРОНИЗМ	171
Буркова Е. И., Крюкова О. Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	174
Буркова Е. И., Крюкова О. Н. ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ	178
Бурлаков М. С., Терехов Г. М., Жигулина В. В. МЕТАБОЛИЗМ L-АРГИНИНА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА МЫШЕЧНУЮ ТКАНЬ	181
Василенко М. Е. ПРЕИМУЩЕСТВА СПИРТОВОГО ПРОТОКОЛА АДГЕЗИИ ПРИ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ КОМПОЗИТАМИ	184
Васильева А. В., Колядов Н. Ф. АНОМАЛИИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ОСОБЕННОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	188
Векшина А. А., Гавриленко Д. А. PHARMACY: ТИПЫ АПТЕК И ВИДЫ (ОТРАСЛИ) ФАРМАЦИИ	192
Виноградова А. Д. ЛЕКСИКО-СЕМАНТИЧЕСКОЕ ПОЛЕ «ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ/ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО/» В СОВРЕМЕННОМ АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ	195
Виноградова А. Д., Бакурадзе В. А. ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ	198

Виноградова А. О., Зверева С. А., Васильев П. В. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ	203
Виноградова Е. В., Гневашева К. А., Рыжов И. В. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПА УЧЕБНОЙ АВТОНОМИИ В РАМКАХ ДИСЦИПЛИНЫ «ИНОСТРАННЫЙ ЯЗЫК СПЕЦИАЛЬНОСТИ»	206
Власова К. С., Фомина И. В. ПРИМЕНЕНИЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ВО ВРЕМЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У РОЖЕНИЦ С ИСТИННЫМ ПРИРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ	209
Вовденко С. В., Али С. Х. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ПРЕИМУЩЕСТВ И НЕДОСТАТКОВ ТУЛИЕВОЙ КОНТАКТНОЙ ЛИТОТРИПСИИ ПО СРАВНЕНИЮ С ГОЛЬМИЕВОЙ	212
Волков С. И., Андреюшин Л. Э., Романенко М. Е. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В СТРОЕНИИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ЧЕЛОВЕКА	216
Вольман А. А., Шишкина А. Ю., Шишкин Ю. Ю. ОЦЕНКА МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА ПЛОДА ПО ЕГО РАЗМЕРАМ	219
Гадиева С. Д., Гаврилова К. Ю., Ефременко М. Д., Баранова О.В. АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ ТГМУ К ВЕГЕТАРИАНСТВУ	222
Гадиева С. Д., Гаврилова К. Ю., Надеин А. И., Морозов А. М., Кадыков В. А. ЗАВИСИМОСТЬ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ОТ ГРУППЫ КРОВИ И РЕЗУС-ФАКТОРА	225
Галиева Г. Д., Михайлова Д. Д. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ КОНСТИТУЦИИ	229
Галь О. И., Добрынина И. С., Есина Е. Ю. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ	231
Галькевич Н. В., Ширяева О. А. ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	234

РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Глазунова Я. А. ЛАТИНСКОЕ СЛОВООБРАЗОВАНИЕ НА ПРИМЕРЕ СОВРЕМЕННЫХ ЛИЧНЫХ ИМЕН	237
Гокин А. Г., Маркина Е. В., Шуваева Т. И. РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ БЫТОВЫМИ УСЛОВИЯМИ И КАЧЕСТВОМ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА КУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	240
Голикова С. И., Пекина А. С., Морозов А. М., Кадыков В. А. КОНФЕССИОНАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ	244
Головинова К. Г., Живова И. Н., Коровина Т. В., Рассадина А. В., Соловьева А. В., Жмакин И. А., Красненков В. Л., Кириленко Н. П., Королева О. М., Ильина Н. Н. ОЦЕНКА ФАРМАКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ КУПИРОВАНИЯ ИЗЖОГИ В УСЛОВИЯХ ДОВРАЧЕБНОГО ПРИЕМА (ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ ТОРГОВЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРИ И РАЙОННЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ, 2016 Г.)	247
Голычева Д. А., Вавилин В. В. ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	251
Горохов К. В., Корнилова О. А. К ВОПРОСУ ОБ ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ЗАТРОНУТЫМ ЭПИДЕМИЕЙ ВИЧ	254
Горчакова П. П., Мандра В. И. ВЛИЯНИЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ НА СОЧЕТАННОЕ ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА И ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С	257
Громова А. В., Сухорослова А. С., Жмакин И. А. ГЛАВНЫЙ ТЕРАПЕВТ КРАСНОЙ АРМИИ МИРОН СЕМЕНОВИЧ ВОВСИ — К 120-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ	261
Груздева Е. С., Борисов Н. В., Тевосян С. Т., Шниткова Е. В. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА	264

Гурова Ю. Е., Скворцов И. Д., Морозов А. М. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ	268
С. А. Денисова, С. Н. Полянская ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КОМПЛАЕНСА И НЕКОТОРЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА	271
Дербенева Е. А., Сивова Е. А. ВРЕД КУРЕНИЯ КАЛЬЯНА	275
Джонназаров Э. И. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАПАННОГО ДОСТУПА К ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫМ МЫШЦАМ ПРИ КОСОГЛАЗИИ	279
Долинин А. А., Горохова М. А., Шишкина А. Ю., Шишкин Ю. Ю. ОЦЕНКА ВИЗУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ	282
Евграфова И. Г., Четвертнова Г. А., Михайлова Л. В. МИКРОФЛОРА ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ	284
Егорова Е. Н., Кудряшова Т. И., Минасян Л. М., Акайзина А. Э. ПРИМЕНЕНИЕ СПОСОБА ОЦЕНКИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПИЩИ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	287
Егорова И. В., Новикова А. С., Бельдиев С. Н., Леонтьева В. А., Соколова А. С., Колесникова И. Ю., Платонов Д. Ю. ПОЛИПОЗ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	290
Ейник Е. Д., Морозов А. М. ДОЛИХОСИГМА У ДЕТЕЙ	295
Епихова К. И., Матвеев О. С., Шаповалова Ю. А., Исаева Ю. В., Власова Д. С., Школовой С. В. ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА	298
Ермакова У. В., Устина К. С. СОХРАНИЕ НЕСЪЕМНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НОВЫХ КУЛЬТЕЙ ОПОРНЫХ ЗУБОВ	300
Ерохина М. Д., Зайцева А. А., Бродницкая Е. И.	302

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДОВ ГОЛОВЫ, ШЕИ И ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	
Жекова А. А. ИССЛЕДОВАНИЯ IN VITRO В СРАВНИТЕЛЬНОМ ОПРЕДЕЛЕНИИ РАБОЧЕЙ ДЛИНЫ ЗУБА С ПОМОЩЬЮ АПЕКСЛОКАТОРА	306
Желудкова А. Д., Щерина А. С. ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНЕЙ В ИСТОРИИ (К ПОСТАНОВКЕ ПРОБЛЕМЫ)	308
Желудов М. С., Милюков Д. В., Морозов А. М. СТАНОВЛЕНИЕ КЛЯТВЫ ВРАЧА В РОССИИ	311
Жмакин И. А., Пикалова Л. П., Ситкина О. С., Масловский А. И., Рыбаков К. Д. ПУБЛИКАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОФЕССОРСКО- ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА ТВЕРСКОГО ГМУ	314
Зайцева А. А. ПРОБЛЕМА ФАНАТИЗМА В РОМАНЕ Б. ВИАНА «ПЕНА ДНЕЙ»	316
Зарапина М. С., Неяскин С. В., Шамаров Т. А., Шекерли Н. В., Жмакин И. А., Красненков В. Л., Кириленко Н. П., Королева О. М., Ильина Н. Н. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖИТЕЛЕЙ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ И ЕЕ ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА (ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ ТОРГОВЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРИ И РАЙОННЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ, 2017 Г.)	319
Зарапина М. С., Неяскин С. В., Шамаров Т. А., Шекерли Н. В., Жмакин И. А., Красненков В. Л., Кириленко Н. П., Королева О. М., Ильина Н. Н. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖИТЕЛЕЙ ТВЕРИ И ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ ТОРГОВЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРИ И РАЙОННЫХ ЦЕНТРОВ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ, 2015 — 2017 ГГ.)	324
Захарова Е. Ю., Рузьянова А. А.	326

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПУЗЫРНОВАГИНАЛЬНОГО И РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩЕЙ	
Захарова Д. А., Соколова Л. Н. ТАКОЙ КОВАРНЫЙ ПОЦЕЛУЙ	329
Заякина К. В. ВОССТАНОВЛЕНИЕ РАННИХ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ ОСНОВАТЕЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА УРАЛЕ МАГИСТРА ФАРМАЦИИ Э. К. МЕЗИНГА	332
Зубкова А. Ю., Тажигулов Т. Т. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ КОНТАМИНАЦИИ ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ ОСНОВНЫХ ГРУПП МЯСНОЙ ПРОДУКЦИИ	335
Ибраева А. А. ВЛИЯНИЕ АНГЛИЦИЗМОВ НА СОВРЕМЕННЫЙ НЕМЕЦКИЙ ЯЗЫК	338
Иванов Н. Н., Пашкова А. Л., Марасанов С. Б., Петров Г. А. ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ	342
Иванова П. В., Самошонкова И. Н., Шабанова А. Ю., Зеленков- ская Е. А., Школовой С. В., Вороная Ю. Л. СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА	344
Ильина А. А., Некрасова Е. Г. ВСТРЕЧАЕМОСТЬ УСИЛЕННОЙ ДЕСКВАМАЦИИ КОЖИ ГОЛОВЫ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ	346
Илькаева В. Н. НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В КАРДИОХИРУРГИИ КАК МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ	348
Илькаева В. Н., Баранова О. В. ПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТИТА С И ВИЧ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	352
Инарукаева А. Ш. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	356

Инирбай Ж. К., Бектасова А. А. ДОМИНИРОВАНИЕ ВИЗУАЛЬНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ В СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЯХ	358
Инояттов А. Ж., Камалова М. К. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ	362
Инояттов А. Ж., Чориев Д. У., Элова Х. Р., Ходжаев С. Р. МИКРОБИОЦЕНОТИЧЕСКИЙ СТАТУС И МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ ПОЛОСТИ РТА У РАБОЧИХ МУБАРЕКСКОГО ГПЗ	365
Казакевич А. С. ПЕРКУССИЯ ПЕЧЕНИ: ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	368
Калинина С. А. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЯМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АНКИЛОЗА ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА	372
Каримова Р., Ахмедова Ф., Морозов А. М. ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ КАК САМОИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТИ	375
Кацнельсон Е. И., Чикиндина А. А. ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА УГЛЕВОДОВ И ЛИПИДОВ У МОЛЛЮСКОВ С РАЗЛИЧНЫМ ТРАНСПОРТОМ КИСЛОРОДА	378
Кенжегулова А. Г., Ахметова Т. С. ЖАНР ДЕТЕКТИВНОГО РОМАНА В ЛИТЕРАТУРОВЕДЕНИИ	382
Кольцова О. А., Пилипенко В. Е., Морозов А. М. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛОДОВОЙ ТРАВМЫ	385
Костерова Я. С., Салтыкова А. А., Морозов А. М. АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА УШИВАНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ	388
Ким Я. Е., Жигулина В. В., Наместникова И. В., Андрианова Е. В., Егорова Е. Н. СОВРЕМЕННЫЕ НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ	392
Киреева В. Д. ИУДАИЗМ: ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ И ПОНИМАНИЕ	396

ДОСТОИНСТВА	
Киселева В. А. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЗАМЕНЫ СУСТАВОВ И КОСТЕЙ	399
Клименко А. Р. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	404
Коваленко Е. В., Пельцер А. А., Беляев В. В., Гаврилова О. А. КРАСОТА ЗУБОВ — ПРИЗНАК БЛАГОПОЛУЧИЯ?	409
Козлова А. О., Сидорова А. В. ИЗМЕНЕНИЕ РЕФРАКЦИИ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ ЗА ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ	413
Козловский А. А., Лопатенко Е. О. ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ НА РАННЮЮ АДАПТАЦИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ	415
Козловский А. А., Лопатенко Е. О. СОСТОЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДО И ПОСЛЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС	419
Колесникова Т. Ю., Ахмедова З. М. к., Поселюгина О. Б. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПО ДАННЫМ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА ТВЕРИ	423
Кольчугина А. Н., Байбулатова Л. И., Исламова Л. И. ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА МАТЕРЕЙ И ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В Г. УФА И ОТНЕСЕНИЕ ИХ К ГРУППЕ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ	427
Комарова М. Н., Лютин Д. С., Брюнеткин В. Ю. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМАМИ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА	430
Комиссарова Я. Ю., Крылова И. Э., Козлова В. С. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ БОЛЬНОГО ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ	432
Коренева А. Ю., Шустова Д. Н., Назаров М. В., Кашехлебов К.	436

Ю. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФУНКЦИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МОЗГА	
Кореньюк И. В., Мех Т. И. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ НАСИЛЬСТВЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	440
Королева С. И., Голиков Д. И. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РИНОФИМЫ	443
Корчагин В. В., Страхова Н. В., Шевцова В. И., Котова Ю. А., Бригадирова В. Ю., Чернов А. В. ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ СТАРШЕ 45 ЛЕТ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	446