

**Негосударственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»**

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

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

Самара 2011

Сборник научных работ I межвузовской научно-практической конференции студентов и молодых ученых / Под редакцией доктора медицинских наук, профессора Н.А. Лысова. – Самара: НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ», 2011. – 76 с.

Сборник содержит более 40 научных трудов студентов и молодых ученых, выполняющих научные исследования по направлениям: «Биомедицинские проблемы», «Терапия», «Хирургия», «Акушерство и гинекология», «Клиническая медицина», «Стоматология», «Фармация» – участников первой межвузовской научно-практической конференции, проводимой НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ». На конференции представлены доклады студентов и молодых ученых ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» и НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ».

Издание предназначено для преподавателей медицинских вузов, слушателей циклов усовершенствования врачей, аспирантов, клинических интернов и ординаторов, студентов.

Редакционная коллегия:

Николай Александрович Лысов – ректор НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ», профессор кафедры хирургических болезней, доктор медицинских наук – научный редактор;

Инга Олеговна Прохоренко – проректор по учебной работе НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ», доцент кафедры внутренних болезней, кандидат медицинских наук;

Алексей Александрович Супильников – проректор по научной деятельности и организационным вопросам НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ», доцент кафедры морфологии и патологии, кандидат медицинских наук;

Елена Ивановна Костюкова – проректор по воспитательной работе НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ», доцент кафедры гуманитарных дисциплин, кандидат исторических наук.

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

СЕКЦИЯ №1: «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ»

АНТИКОАГУЛЯНТЫ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ

*Студентка VI курса **В.О. Ведяшкина***

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра хирургических болезней с курсом ортопедии и травматологии

Научный руководитель: доктор медицинских наук,

профессор С.А. Столяров

Тромбозмболия (ТЭ) сосудов разной локализации занимает одно из ведущих мест среди причин инвалидизации, смертности и сокращения средней продолжительности жизни населения, которые определяют необходимость широкого применения в медицинской практике препаратов с антикоагулянтными свойствами.

Особое место в решении вопросов профилактики тромбозов принадлежит оральным антикоагулянтам. Антикоагулянты непрямого действия (АНД) отличаются тем, что они могут длительно (месяцами, годами) применяться не только в стационарах различного профиля, но и в амбулаторных (домашних) условиях. В настоящее время АНД группы дикумаринов и индандионов (дикумарин, фенилин) вышли из употребления во всем мире в связи с нестабильностью их действия, токсичностью и рядом серьезных побочных эффектов. Среди АНД препаратом первого ряда является варфарин с быстрым началом действия и минимальными побочными эффектами.

Главный механизм действия всех АНД – блокада конечного этапа синтеза (g–карбоксилирование) в клетках печени витамин К–зависимых факторов свертывания крови (FVII, FX, FIX и FII – протромбин) и двух естественных антикоагулянтов – протеина С и его кофактора протеина S (в меньшей степени и в непрогрессирующей форме)

Скорость снижения активности всех четырех факторов свертывания под влиянием АНД неодинакова. Первым снижается FVII, время полужизни которого в плазме крови равно 2–4 часам, затем FIX и FX, периоды полужизни которых составляют 48 часов, и последним – FII (протромбин), примерно через 4 суток после начала приема антикоагулянтов. При таком механизме действия АНД их антикоагуляционный эффект проявляется не сразу. Поэтому при переводе пациента с инъекционных антикоагулянтов прямого действия (гепарин) на поддерживающую терапию или профилактику тромбозов, АНД следует назначать за 3–4 дня до отмены гепаринов, т.е. пациент должен получать варфарин с препаратами гепариновой группы одновременно в течение 2–3 дней. Если же АНД назначаются вслед за

отменой гепаринов, создается промежуток времени, когда больной остается вне воздействия антикоагулянтов, и в то же время может происходить усиление тромботического процесса – эффект «рикошета» (эффект отмены препарата).

Варфарин не оказывает прямого воздействия на уже образовавшиеся тромбы. Цель лечения варфарином состоит в том, чтобы предотвратить возникновение тромбов и дальнейшее увеличение их размеров (генерализация патологического процесса коагуляции), а также препятствовать вторичным тромбоэмболическим осложнениям, которые заканчиваются разной степени тяжести последствиями или внезапной смертью.

Применение АНД показано при необходимости длительной и непрерывной антикоагулянтной терапии или профилактики при наличии или угрозе рецидивирующих венозных тромбозов различной локализации, в особенности при высоких илеофemorальных тромбозах и тромбозах вен малого таза, которые определяют высокий риск ТЭЛА. Длительное применение АНД показано при пароксизмальных или постоянных формах мерцания предсердий (особенно атеросклеротического генеза) и в случаях наличия внутрисердечного тромба, что является высоким фактором риска развития мозговых инсультов. Многолетний прием АНД показан при протезировании клапанов сердца, когда вероятность тромбоэмболических осложнений очень высока, особенно в первые несколько лет после протезирования. Пожизненная антитромботическая терапия показана при ряде наследственных или приобретенных тромбофилий: дефицит антитромбина III, антифосфолипидный синдром.

Пролонгированное (не менее 3 месяцев) применение АНД показано вслед за использованием гепаринов у ортопедических больных после пластики суставов конечностей, при лечении переломов костей (особенно нижних конечностей) и обездвиженных больных с целью профилактики тромбоэмболий.

В настоящее время, по рекомендациям ВОЗ, в мировой медицинской практике контроль адекватности применения АНД осуществляется по международному нормализованному отношению (МНО).

Анализ ряда больших многоцентровых исследований, проведенных в последние годы, показал, что противотромботическая активность варфарина одинакова при поддержании МНО в пределах 2,0–3,0, а при повышении этого индекса до 3,5–4,5 существенно возрастает частота и выраженность геморрагических осложнений. В этих исследованиях показано, что у онкологических больных и пациентов старческого возраста (> 75 лет) гипокоагуляционный эффект варфарина уже бывает достаточным при МНО = 1,4–1,7.

Клинически значимые изменения в коагуляционном потенциале крови после приема первой дозы варфарина проявляются не ранее чем через 8–12 часов, максимальный эффект проявляется спустя 72–96 часов, а продолжительность действия однократно принятой дозы может составлять от 2 до 5 дней.

Терапию варфарином рекомендуется начинать с поддерживающих доз 2,5–5 мг. Более низкие стартовые дозы показаны пациентам старше 60 лет, уроженцам Азии, пациентам с нарушением функции почек и печени, артериальной гипертензией, а также при сопутствующей терапии препаратами, усиливающими антикоагулянтный эффект варфарина (аллопуринол, амиодарон, ранитидин, симвастатин, анаболические стероиды, омепразол, стрептокиназа, сульфониламиды, тиклопидин, тиреоидные гормоны, хинидин).

Таким образом, антикоагулянты непрямого действия – препараты первого ряда в пролонгированной профилактике и лечении тромбозов. В настоящее время в группе препаратов с антагонистическим действием к витамину К (гипокоагуляционный эффект) ведущее место занимает варфарин с быстрым началом действия, относительно низкой кумуляцией и минимальными побочными эффектами. Контроль терапевтического уровня гипокоагуляции необходимо осуществлять по данным МНО (оптимальный уровень = 2,0 – 3,0), что обеспечивает сравнимость и адекватный подбор дозы препарата АНД и позволяет избежать осложнений в виде кровотечений различной клинической выраженности.

Библиографический список

1. Баркаган З.С., Мамот А.П., Тараненко И.А. и др. Основы пролонгированной профилактики и терапии тромбозов антикоагулянтами непрямого действия (показания, подбор доз, лабораторный мониторинг). – М., 2004.
2. Баркаган З.С., Мамот А.П. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза. – М.: Ньюдиамед, 2001.
3. Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. М.: БИНОМ, 2002. – 668 – 702.
4. Панченко Е.П. Анти тромботическая терапия острых коронарных синдромов без подъема сегмента ST // Consilium Medicum. – 2001. – №10, Т3. – С.472.
5. Шилов А.М., Мельник М.В., Сиротина И.Л. Применение варфарина в терапевтической практике. Методические рекомендации. – М., 2003.
6. Agnes Y.Y. Treatment of venous thromboembolism in cancer patient. Thrombosis Research. 2001, V 102, №6, 195 – 208.
7. Ansell J., Hirsh J., Dalen J. and al. Managing oral anticoagulant therapy. Chest. 2001 V 119, 228 – 283.
8. Azar J., Lung B., Boissel J.P. and al. AREVA: Multicenter randomized comparison of low-dose versus standard dose anticoagulation in patients with mechanical prosthetic heart valves. Circulation. 1996, V 94, 2107 – 2112.

9. Hirsh J., Dalen J., Anderson D.R. and al. Oral anticoagulants: Mechanism of action, clinical effectiveness, and optimal therapeutic range. Chest. 2001, V 119, 8 – 21.
10. Hyers T.M., Agnelli J., Hull R.D. and al. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic diseases. Chest. 2001, V 119, 176 – 193.
11. Smith P.D., Arnesen H., Holme L. The effect of warfarin on mortality and reinfarction after myocardial infarction. N. Engl. J. Med. 1990, V 323, 147 – 152.
12. 20th Congress of the international Union of Angiology. New York. 2002.

ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ГРУДИ В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

*Студентка VI курса лечебного факультета **Т.С. Гарегинян**
НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»*

*Кафедра хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии
Научный руководитель: кандидат медицинских наук В.А. Петров*

Актуальность проблемы. В годы Великой Отечественной войны частота повреждений груди составляла 7 – 12%, по опыту последних локальных войн она увеличилась до 10 – 15%. Летальность при проникающих огнестрельных ранениях груди составляет 5 – 9% (Г.Н. Цыбуляк, 1995; Е.К. Гуманенко, 2004).

В мирное время проникающие ранения груди, по данным специализированной литературы, составляют 6% от общего числа травм. 94 – 95% раненых имеют колото-резанные повреждения и только 5 – 6% – огнестрельные ранения (Е.А. Вагнер, 1981; С.Н. Петров, 2001). Летальность в этой группе раненых составляет при колото-резанных ранениях 3 – 15%, при огнестрельных – 20 – 33% (К. Mattox, 1983).

Ранения сердца и перикарда в мирное время встречаются у 7 – 11% пострадавших с проникающими ранениями груди (В.И. Булынин и соавт., 1989). Летальность при данных ранениях достигает, по данным разных авторов, от 8 до 33% (Л.Ф. Косоногов, 1988; В.Н. Вульф, 1990).

Цель работы. Улучшить результаты лечения раненых с проникающими ранениями груди.

Объект, материал и методы. Нами были проанализированы истории болезни 68 раненых с проникающими ранениями груди, поступивших в хирургические отделения различных стационаров г.о. Самара в период с 2005 по 2010 года.

Из них 56 (83%) – мужчины и 12 (17%) женщины. Возраст больных колебался от 20 до 69 лет, средний возраст составил 37 лет.

Причины ранений: 9 (13%) – суицидальные попытки, 53 (78%) – криминальные действия и 6 (9%) – несчастные случаи.

Только 14 (21%) пострадавших доставлены с различными окклюзионными повязками.

У 65 (93%) пострадавших ранения нанесены колюще-режущерубящими предметами, у 5 (7%) – огнестрельные, причем у 2 (3%) из травматического оружия.

У 44 (65%) пострадавших ранения носили изолированный характер, у 13 (19%) были множественные ранения, у 11 (16%) имелась сочетанная травма.

Повреждения внутренних органов при ранениях грудной клетки заключались в основном в травме легких у 59 (86%) раненых, сердца у 13 (19%), крупных кровеносных сосудов и бронхов у 4 (6%), трахеи у 1 (1,5%), диафрагмы у 8 (12%), пищевода у 1 (1,5%).

У 10 (15%) пациентов диагностирована I степень дыхательной недостаточности, у 37 (54%) – II степень, у 21 (31%) – III.

У 27 пострадавших (40%) имелись еще и повреждения ребер и грудины. Возникновение переднего (грудинно-реберного) клапана наблюдали в 1 случае, при ранении из охотничьего ружья дробью с близкого расстояния.

Наиболее часто у раненых встречался гемоторакс – 54 случая (80%), и пневмоторакс, их сочетание – 11 случаев (16%), эмфизема средостения – 4 случая (6%).

Раненым, если позволяла тяжесть состояния, выполнялся весь комплекс общеклинических методов исследования, обзорная рентгенография брюшной полости и груди, УЗИ, ЭКГ и т.д.

Для определения скорости продолжающегося или остановившегося кровотечения использовали пробу Рувилуа-Грегуара и контроль скорости выделения крови по дренажам.

У 48 раненых (70%) при поступлении диагностирован шок различной степени тяжести. У них одновременно проводилась интенсивная комплексная противошоковая терапия, предоперационная подготовка и диагностические мероприятия.

Оперированы все 68 (100%) пострадавших. Выполнялась первичная хирургическая обработка раны груди и дренирование плевральной полости (по классической методике – в II и VI – VII межреберьях) по Бюлау.

Торакотомия выполнена у 44 (65%) раненых, под эндотрахеальным наркозом и искусственной вентиляцией легких. У подавляющего большинства раненых выполняли переднебоковую торакотомию в IV – V межреберье, и лишь при проникающих ранениях задней поверхности груди – заднебоковую.

Торакотомию в экстренном (неотложном) порядке выполнили 29 раненым (43%), по следующим показаниям: продолжающееся профузное

внутриплевральное кровотечение, ранение сердца, крупных кровеносных сосудов, бронхов, трахеи.

Ранение сердца встретилось у 13 (19%) раненых, из них картина тампонады сердца была у 4 – триада Бека. Диагностика ранения сердца основывалась на оценке общего состояния, как правило, крайне тяжелого, локализации раны, чаще в проекции сердца (по И.И. Грекову), наличии большого гемоторакса и (или) тампонады сердца. На ЭКГ отмечалась картина инфаркта миокарда. На обзорной рентгенографии грудной клетки: расширение тени средостения, большой гемоторакс.

Рану сердца ушивали отдельными узловыми капроновыми или П-образными швами в бессосудистой зоне. Рану перикарда ушивали редкими капроновыми узловыми швами с обязательным оставлением «окошка», для его дренирования в плевральную полость.

Раны легкого ушивали отдельными капроновыми швами. В 1 случае множественных колото-резанных ран нижней доли правого легкого, расположенных на ограниченном участке и в 1 случае огнестрельного ранения с размождением паренхимы легкого выполнили краевую резекцию легкого.

Ранение трахеи диагностировано у 1 больного (1,5%). Рана была ушита капроном, выполнено дренирование средостения.

Торакотомию в срочном порядке выполняли у 3 (5%) раненых. Показаниями являлось следующее: продолжающееся внутриплевральное кровотечение (выделение по дренажам 250 мл и более крови в час), некупируемый клапанный пневмоторакс, открытый пневмоторакс с массивным повреждением легких, повреждение пищевода.

Ранение пищевода выявлено у 1 больного (1,5%). Рана была ушита, наложена гастростома для питания и исключения пассажа пищи по пищеводу, дренирование средостения. Несмотря на проводимое комплексное консервативное лечение, у больного развилась частичная несостоятельность швов и как следствие медиастинит и смертельный исход на 6 сутки от момента ранения.

Отсроченные торакотомии выполняли через 3 – 5 суток от момента ранения у 9 (13%) пострадавших при нагноении свернувшегося пневмоторакса, упорно возобновляющемся пневмотораксе с коллапсом легкого, эмпиеме плевры.

Во всех случаях торакотомию заканчивали дренированием плевральной полости двумя дренажами по классической методике по Бюлау.

Ушибы сердца и легкого (пульмонит) диагностированы нами только при огнестрельных ранениях. Их лечение во многом соответствовало лечению инфаркта миокарда и пневмонии.

Повторные вмешательства выполнялись, как правило, по поводу гнойных осложнений ранений (нагноение операционной раны, абсцесс плевральной полости, эмпиема).

Всем больным в послеоперационном периоде проводилось комплексное консервативное лечение, перевязки, уход и работа с дренажами, введение антибиотиков, столбнячного анатоксина и др. Выполнялись контрольные рентгенологические исследования, по показаниям КТ и МРТ.

Основные результаты и выводы.

Те или иные осложнения возникли у 14 (21%) раненых. Основные из них: нагноение операционной раны, абсцессы легкого, сепсис и полиорганная недостаточность, ТЭЛА, эмпиема плевры, пневмония, бронхиальный свищ. Перикардитов, вторично открывшегося пневмоторакса, гангрены легкого не наблюдали.

Переведено в другие стационары города (специализированные торакальные отделения) 7 (10%) пациентов.

Летальность составила 6%, умерло 4 человека. Причины смерти: гнойные осложнения – 1, острая сердечно-сосудистая недостаточность – 1, ТЭЛА у 2 раненых.

Средний койко-день составил – 23 дня.

Таким образом, лечение пострадавших с проникающими ранениями груди является актуальной проблемой экстренной хирургии.

Результаты лечения зависят от локализации, характера ранения внутреннего органа грудной клетки, сопутствующих повреждений, величины кровопотери, общего состояния пострадавшего и времени его доставки в лечебное учреждение после получения ранения.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ МИНИДОСТУПОМ

Студентка VI курса лечебного факультета Т.С. Гарегинян

Студентка V курса лечебного факультета О.Ю. Баландова

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра хирургических болезней с курсом ортопедии и травматологии

Научный руководитель: доктор медицинских наук,

профессор В.И. Варгузина

Актуальность. Единственным радикальным методом лечения желчнокаменной болезни на данный момент является оперативный метод.

В последние годы все большее развитие получают малоинвазивные методики оперативного лечения, в том числе холецистэктомия через минидоступ.

Среди экстренной хирургической патологии острый калькулезный холецистит, по данным отечественной и зарубежной литературы, занимает 2-е место.

Цель работы. Улучшить результаты оперативного лечения больных с желчнокаменной болезнью и острым калькулезным холециститом.

Методы и материалы. Нами проанализированы 184 операции за 1 год (2010) в ГБ №8 в 4 хирургическом отделении, выполненных минидоступом с применением комплекта инструментов «Мини Ассистент».

Возраст больных колеблется от 20 до 91 года. Более 60% из них старше 60 лет. У 73% больных отмечались выраженные сопутствующие заболевания, чаще сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Мужчин было 59 (32%), женщин – 125 (68%). 90% больных поступили в экстренном порядке с острым калькулезным холециститом.

Все больные в предоперационном периоде получали комплексное консервативное лечение с применением антибиотиков, спазмолитиков, анальгетиков. Больные были обследованы, выполнялись общепринятые исследования, УЗИ органов брюшной полости, по показаниям проводилась РХПГ.

Показаниям к проведению минилапаротомии (МЛТ) считали калькулезный холецистит, (даже с холедохолитазом и механической желтухой при невозможности ликвидировать ее другими способами (РХПГ)), неэффективность консервативного лечения в течение 24-48 часов, высокий операционный риск при проведении обычной холецистэктомии.

Средний предоперационный койко-день составил 2,2 суток.

Оперативные вмешательства выполнялись из типичного доступа с применением комплекта инструментов «Мини Ассистент» под общим обезболиванием.

Переход на открытое вмешательство осуществили в одном случае, при массивном плотном воспалительном инфильтрате в области желчного пузыря и ворот печени.

Смертельных исходов не наблюдалось.

Средний койко-день пребывания в стационаре составил 7 суток. После выписки больные были направлены в санатории города на реабилитацию.

Выводы. Холецистэктомия из минидоступа является эффективным способом операции, в том числе при деструктивных формах калькулезного холецистита, осложненного холедохолитазом и механической желтухой.

Необходимо отметить экономически выгодный аспект операции, относительную простоту и надежность оборудования, отсутствие дорогостоящих расходных материалов.

Таким образом, одним из путей улучшения результатов лечения больных с острым калькулезным холециститом является холецистэктомия через минидоступ.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ ШАРНИРНО-ДИСТРАКЦИОННЫХ АППАРАТОВ

*Студентка V курса лечебного факультета **О.В. Егорова***

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии

Научный руководитель: кандидат медицинских наук,

доцент М.Д. Цейтлин

Медицинская реабилитация больных с последствиями повреждений пальцев кисти до настоящего времени представляет значительные трудности. Многие из имеющихся в арсенале хирурга методов часто не дают желаемого функционального результата. Особое место в лечении этих повреждений занимают методики с использованием шарнирно-дистракционных аппаратов наружной фиксации.

В отделении хирургии кисти ММУ ГБ №4 проведено лечение 78 больных с последствиями повреждений межфаланговых суставов пальцев кисти. Применялись следующие методы лечения: устранение деформации закрытым способом с помощью шарнирно-дистракционного аппарата Волкова-Оганесяна; открытый остеосинтез фрагментов поврежденных костей в сочетании с наложением аппарата; артротомия с последующим наложением аппарата; артропластика межфалангового сустава с последующим наложением аппарата; артродез межфалангового сустава в функционально выгодном положении с компрессией костных фрагментов аппаратом до наступления консолидации. Артродез межфалангового сустава рассматривали как крайнюю меру и выполняли по строгим показаниям после настойчивых просьб больного.

Оперативное пособие обычно выполняли под местной инфильтрационной анестезией. Если возникала необходимость в хирургическом вмешательстве одновременно на двух пальцах и более, применяли другие стандартные способы обезболивания: внутривенную или проводниковую анестезию, наркоз.

Наложение шарнирно-дистракционного аппарата на палец имеет свои особенности, основанные на четких представлениях об анатомии и биомеханике межфаланговых суставов (радиус кривизны суставных поверхностей, центр вращения суставов, степень перемещения кожи и сухожилий при движениях пальцев в аппарате и др.)

Аппаратом достигается устранение взаимодавления суставных поверхностей с одновременной разработкой движений, а также обеспечивается возможность регулировки величины суставной щели равномерно по всей поверхности сустава. При этом прежде всего преследуется цель ана-

томически правильного формирования косто-хрящевых структур сустава. Наряду с этим в процессе лечения происходит и формирование околосуставных мягких тканей, берущих на себя функции поврежденного связочного аппарата, капсулы сустава. Осложнения в процессе лечения наблюдались у 8 больных: у 6 – воспаление мягких тканей в местах введения спиц, сопровождавшееся отеком оперированных пальцев, у 2 – вторичное заживление раны. Эти осложнения были устранены путем местного применения антисептиков и обкалывания мест вхождения спиц растворами антибиотиков.

Отдаленные результаты изучены в сроки от 1 года до 3 лет у 71 больного. Учитывались степень устранения деформации и восстановления подвижности в межфаланговых суставах, сила оперированного пальца и кисти в целом, выраженность (отсутствие) болевого синдрома при реализации функциональных возможностей пальца, степень восстановления трудовых и бытовых навыков. Хорошие и удовлетворительные результаты констатированы у 68 (95,8%) больных, в абсолютном большинстве случаев функция кисти была восстановлена. Из общего числа осмотренных больных 66 (93%) вернулись к работе.

Полученные результаты позволяют рекомендовать апробированные методы восстановительного лечения в практике специализированных отделений.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРО – И МАКРОАНГИОПАТИЕЙ

*Студентка III курса лечебного факультета Ю.А. Моталина
ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»*

Кафедра факультетской хирургии

Научный руководитель: кандидат медицинских наук Е.В. Фролова

Выбор наиболее оптимальных сосудистых реконструкций у больных с диабетической ангиопатией – крайне сложная и неоднозначная задача.

Цель: оценить клиническую эффективность реконструктивных сосудистых операций у больных с диабетической микро- и макроангиопатией.

Материалы и методы. Проанализировано 83 истории болезни пациентов с СД, находящихся на стационарном лечении в клинике факультетской хирургии с 2003 по 2007 гг. У всех пациентов была критическая ишемия нижних конечностей.

Все больные были разделены на 3 группы. I группа – больные, которые проходили лечение с 2003 по 2004 гг. (33 пациента). Всем пациентам были выполнены операции, направленные на стимуляцию коллатерального кровотока (профундопластика и симпатэктомия). II группа – пациенты, которые находились на стационарном лечении с 2005 по 2007 гг. (29 пациентов). Этим больным выполнялись прямые сосудистые реконструкции: аорто-бедренные реконструкции (21% – 11 пациентов) и бедренно-подколенное шунтирование (36% – 18 пациентов). В III группе больных (21 пациент 2005 – 2007 гг.), которым невозможно было выполнить прямую реконструктивную операцию из-за редуцированных путей артериального оттока выполнялись нестандартные сосудистые реконструкции: аутотрансплантация большого сальника (15% – 7 пациентов) и артериализация венозного кровотока; 28% – 14 пациентов). При оценке клинической эффективности мы учитывали рецидив критической ишемии, которая потребовала ампутации.

Результаты. В I группе рецидив критической ишемии возник у 14 пациентов (28%), что потребовало выполнения высокой ампутации. Во II группе было 2 таких случая (1%), а в III группе рецидив критической ишемии был лишь у 1 пациента (0,5%).

Выводы: У больных с СД необходимо оценивать состояние дистального русла и стремиться к выполнению прямых сосудистых реконструкций. Своевременное выполнение сосудистых реконструкций позволяет снизить процент ампутаций у больных с СД.

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО С РАНЕНИЕМ ВЕТВЕЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ

Студент VI курса лечебного факультета Ю.Г. Саркисян

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии

Научный руководитель: кандидат медицинских наук И.Л. Федотов

В век технотизации в хирургические стационары стали чаще поступать пострадавшие с ранениями мягких тканей, костей, крупных сосудов. (ДТП, ранения остросрежущими предметами, пулевые ранения, последствия терактов, укушенные раны и т.д. (Э.А. Нечаев, Б.В. Петровский, М.И. Кузин). Врач общего профиля должен знать, как остановить профузное кровотечение, оказать помощь, спасти жизнь пострадавшего, а врач в статусе хирурга – попытаться своевременно и профессионально пролечить больного.

Ранения магистральных сосудов и их ветвей опасны для жизни. Они, как правило, сопровождаются обильным кровотечением, шоком, повреждением нервно-сосудистого пучка, а в дальнейшем осложняются нагноением мягких тканей, межмышечных флегмон и пр.

Приводим случай успешного лечения пострадавшего с необычным ранением левого бедра, ягодицы, крупных ветвей бедренной артерии (диаметр бедренной артерии – 8-12 мм (Учебник топографической анатомии и оперативной хирургии, 1977). Больной Ш., 29 лет, торговый представитель, во время подводной охоты на Самарских пригородных озерах заряжал подводное ружьё. По неосторожности выстрелил себе гарпуном в левое бедро. В течение 2,5 часов, находясь в мокром гидрокостюме и с гарпуном в бедре, добирался до проезжей части дороги. Попутным транспортом доставлен в горбольницу № 10 (Самарская область, 116 км). При поступлении в приёмное отделение больницы состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные.

Артериальное давление 90 и 60 мм рт. столба. Пульс 103 уд. в 1 мин., удовлетворительных качеств. При осмотре в верхней трети левого бедра латеральное бедренное треугольнике, пронзая мягкие ткани спереди-назад, снаружи-внутри, выступает на 2/3 хвостовая часть металлического гарпуна. Острие гарпуна вышло ниже ягодичной складки, т.е. пронзило мышечную выпуклость бедра сзади. Из ран продолжается артериальное кровотечение.



Рис.1. Рентгеновский снимок бедра пострадавшего

Пульсация на левой подколенной артерии ослаблена. Произведена срочная рентгенография верхней трети левого бедра с вертлужной впадиной. На рентгенограмме - гарпун диаметром около 1 см со стреловидным

наконечником и двумя раскрытыми лопастями длиной примерно 35 см (см. рис. 1). Инородное тело находится в мягких тканях верхней трети левого бедра и в ягодице, в проекции основания шейки бедренной кости сверху-вниз, снаружи-внутри, параллельно межвертельной линии.

Больной на носилках доставлен в операционный блок. Под общим обезболиванием с учетом проекции раневого канала и продолжающегося артериального кровотечения выполнена операция по удалению гарпуна, фасциотомия, ревизия кровоточащих магистральных сосудов в разможенных мышцах, легирование шелком ветвей глубокой артерии бедра, санация раны, сквозное дренирование раневого канала силиконовыми перфорированными трубками. Общая кровопотеря составила около одного литра. Назначены антибиотики: тиенам, цiproфлоксацин; проточное промывание раневого канала раствором левасепта, хлоргексидина, симптоматическое лечение. Введена противостолбнячная сыворотка. Произведена киносъемка операции. Швы сняты на девятые сутки. Выписан из стационара на одиннадцатые сутки в удовлетворительном состоянии. Через несколько месяцев осмотрен: движения в левой нижней конечности в полном объеме, нарушений чувствительности не выявлено.

Таким образом, соблюдение основных хирургических принципов асептики и антисептики и принципов военно-полевой хирургии в лечении пострадавших со сквозным ранением мягких тканей бедра и ягодицы с повреждением крупных сосудов позволяет избежать серьезных раневых осложнений, повторного кровотечения, гнойных затеков, получить удовлетворительные результаты лечения.

О ПРИОРИТЕТЕ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Студентка VI курса лечебного факультета Н.Ю. Царёва

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра хирургических болезней с курсом ортопедии и травматологии

***Научный руководитель: Заслуженный врач РФ,
доктор медицинских наук, профессор И.Г. Лещенко***

Введение. Среди плановых симультанных операций (СО) в гериатрической урологии 10-12% составляют оперативные вмешательства у больных с аденомой предстательной железы (АПЖ). В связи с этим в настоящее время является актуальной проблема совершенствования интраоперационной анестезии у этой категории больных.

Цель работы. Обосновать применение оптимальных методов интраоперационной анестезии при СО у пожилых больных с АПЖ.

Материалы и методы. В урологическом отделении Самарского областного клинического госпиталя для ветеранов войн с 1995 по 2010 гг. оперированы 104 больных пожилого возраста с АПЖ, которым выполнены симультанные операции. Аденомэктомию (АЭ) наиболее часто выполняли в сочетании с одно- или двусторонней операцией Винкельмана (57,3%), паховой герниопластикой (11,4%), а также с удалением кисты придатка яичка (10,3%), циркумцизио (7,1%), удалением полипа мочевого пузыря (5,9%), орхэктомией (3,5%), удалением кисты семенного канатика (3,5%). Две операции выполнены 78 больным, три – 23, четыре – 3.

Результаты анестезии сравнивали у 46 больных основной группы (1999-2010 гг.) и 58 пациентов контрольной группы (1995-1997 гг.). У пациентов основной группы преобладала спинальная анестезия (до 96%), а у пациентов контрольной – эндотрахеальный наркоз (95%).

Результаты и их обсуждение. Анализ нашего материала показал наибольшую клиническую эффективность спинальной анестезии при выполнении СО. Так, у 6 (10,4%) больных контрольной группы, которым в 95% клинических наблюдений СО проводили под эндотрахеальным наркозом, возникла послеоперационная пневмония. У больных основной группы этого осложнения не было. С другой стороны, при использовании спинальной анестезии учитывали наблюдения отечественных и зарубежных авторов, которые отмечали интраоперационные гемодинамические нарушения у пожилых в виде гипотонии (до 53%) и брадикардии (до 13%). В этой связи в пред-, интра- и послеоперационном периодах для профилактики гипотонии использовали адекватную инфузионную терапию и медикаментозные средства. Для купирования брадикардии назначали холинолитики. Это позволило предупредить прогрессирование гипотонии и брадикардии у всех пациентов.

Заключение. Представленные результаты убедительно свидетельствуют о том, что при сочетанной урологической патологии в рамках приведенной выше нозологии наиболее рациональным методом интраоперационной анестезии является спинальная анестезия.

РОЛЬ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СОЗДАНИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО КОМФОРТА У ПАЦИЕНТОВ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

*Студентка VI курса лечебного факультета **Н.Ю. Царёва**
НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»*

Кафедра реабилитологии и сестринского дела

Научный руководитель: кандидат психологических наук Е.А. Сухобрус

В последнее время появилось довольно большое количество публикаций о влиянии на психику пациента препаратов, используемых для проведения общей анестезии. Характер возникающих психических нарушений, их выраженность и стойкость, зависит от типологических свойств нервной системы больного. С целью минимизации отрицательного действия препаратов на когнитивные функции целесообразно использование методов регионарной анестезии (РА), при применении которых подобных нарушений не отмечается.

При РА наблюдаются психоэмоциональные реакции, связанные с боязнью операции, «эффектом присутствия на собственной операции», страхом перед выполнением регионарных блокад (РБ), а также длительным позиционированием пациента на операционном столе. Наличие или отсутствие этих реакций в значительной мере определяет психоэмоциональный комфорт у больного в пред-, интро- и послеоперационном периодах.

Психоэмоциональный комфорт (ПЭК) – состояние стабильного психоэмоционального равновесия – реализуется за счет медикаментозного торможения ЦНС и любой афферентной импульсации. Это позволяет предупредить развитие различных психоэмоциональных и двигательных реакций на внешние и внутренние раздражители.

Проведение под РА длительных операций привело к необходимости седации пациентов.

Причины возникновения психоэмоционального дискомфорта (ПЭД) во время РА:

- 1) психоэмоциональные факторы;
- 2) афферентная импульсация ноцицептивной природы;
- 3) афферентная импульсация неноцицептивной природы;
- 4) позиционный дискомфорт;
- 5) нейроэндокринные нарушения;
- 6) побочное или извращенное действие фармакологических препаратов.

Причины ПЭД зависят от периода операции. В предоперационном периоде это страх, тревога, чувство тоски, отчаяния, подавленность. В интраоперационном периоде – любая афферентная импульсация, позиционный дискомфорт, побочное или извращенное действие препаратов. В по-

послеоперационном периоде причинами ПЭД являются побочное действие лекарственных препаратов и синдром острой боли.

Профилактика и коррекция психоэмоциональных нарушений в различные периоды операции, т.е. достижение ПЭК, должны проводиться с помощью:

- 1) торможения психоэмоционального восприятия;
- 2) торможения афферентной импульсации;
- 3) нейровегетативного торможения;
- 4) обеспечения оптимального гомеостаза.

Таким образом, только создание адекватного торможения психоэмоционального восприятия и адренергической блокады могут обеспечить ПЭК у пациента во время операции.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ В ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОМ КОМПЛЕКСЕ «МЕДГАРД»

*Студент VI курса лечебного факультета А.Н. Шурыгин
НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»*

Кафедра реабилитологии и сестринского дела

Научный руководитель: Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, академик АМТН, профессор В.С. Попов

Цель работы: провести анализ эффективности лечения пациентов с грыжами межпозвонковых дисков в лечебно-диагностическом центре «МЕДГАРД» по авторской методике профессора Попова В.С., выявить особенности операции и послеоперационного периода.

Актуальность проблемы: Остеохондроз является бичом современного общества. Распространенность хронической боли в спине составляет 26-32 % среди взрослого населения. Патология позвоночника занимает пятое место среди причин госпитализации. В последние годы преобладает тенденция к снижению возраста больных остеохондрозом, что связано с малоподвижным образом жизни. Одним из серьезных осложнений заболевания является формирование грыж межпозвонковых дисков, что ведет к формированию болевого синдрома, ухудшению качества жизни и потере трудоспособности.

Результаты анализа: анализировались 9 пациентов, которым проводились операции по удалению грыж межпозвонковых дисков за последние два года. Из них 5 мужчин и 4 женщины, возраст обследованных от 33 до 65 лет. У всех пациентов были диагностированы грыжи межпозвонковых дисков в поясничном отделе: на уровне L4-L5, L5-S1, а также на обоих уровнях – по 3 пациента в каждой группе.

Всем проводилось консервативное лечение, которое не имело эффекта, либо вело к непродолжительной ремиссии. Распределение ортопедического и неврологического статуса у больных представлено в таблице №1.

Таблица № 1.

Распределение неврологического и ортопедического статуса

	Боль и её локализация	Симптом Ласега	Ахиллов рефлекс	Прочая симптоматика
Пациент А.	Боль в области поясницы с иррадиацией в левое бедро.	20 градусов слева.	«-» слева	Гипостезия на левой стопе.
Пациент Б.	Боль в области поясницы с иррадиацией в левую ногу.	20 градусов слева.	«-» слева	Ограничение движений в пояснице при сгибании и разгибании
Пациент В.	Боль в области поясницы с иррадиацией в правую ногу.	30 градусов справа.	«-» справа	Паралич правой стопы.
Пациент Г.	Боль в пояснице с иррадиацией в правую ногу.	20 градусов справа.	«-» справа	Судороги в правой голени.
Пациент Д.	Боль в области поясницы с иррадиацией в левую ногу.	30 градусов слева	«-» слева	Гипокинезия правой стопы. Хромает на правую ногу.
Пациент Е.	Боль в области поясницы с иррадиацией в правую ногу.	30 градусов слева.	«-» справа	Гипостезия в левой стопе.
Пациент Ж.	Боль в области поясницы с иррадиацией в правую ногу.	30 градусов слева.	«-» справа	Гипокинезия правой стопы.
Пациент З.	Боль в области поясницы с иррадиацией в правую ногу.	20 градусов справа.	«-» справа	Гипостезия 4 и 5 пальцев правой стопы.
Пациент И.	Боль в области поясницы с иррадиацией в левую ногу.	30 градусов слева.	«-» слева	Хромота на левую ногу

Всем пациентам проведены операции микровидеодискэктомии. У них после операции уже на второй день отмечалось улучшение самочувствия, они были активны, боли в ногах значительно уменьшались, им разрешалось вставать с постели. Они были выписаны с улучшением состояния на 4-е сутки после операции.

Привожу пример пациентки, в обследовании и лечении которой я принимал участие под непосредственным руководством профессора В.С. Попова.

Пациентка И. 52 года. Предъявляла жалобы на боль в пояснице с иррадиацией в левую ногу. Больна остеохондрозом на протяжении нескольких лет. Ей неоднократно проводилось консервативное лечение. В последнее время анальгетики перестали купировать боль. При обследовании отмечена хромота на левую ногу. Симптом Ласега 30 градусов слева. Симптом «звонка» при пальпации позвоночника на уровне 5-го поясничного позвонка. Гипостезия левой стопы. На МРТ-исследовании выявлены признаки грыжи межпозвонкового диска на уровне 5-го поясничного и 1-го крестцового позвонков со смещением в позвоночный канал до 9 мм. Пациентке была проведена операция микровидеодискэктомии пятого поясничного позвонка. Выписана на 4-е сутки после операции с улучшением состояния (отсутствие болей в поясничном отделе, левой ноге).

Вывод: операция микровидеодискэктомии обладает рядом преимуществ перед классическим открытым методом оперативного лечения грыж межпозвоночных дисков ввиду её малотравматичности, малого или полного отсутствия кровопотери в ходе операции, сохранения анатомических структур позвонка, сокращения срока реабилитации и быстрого восстановления трудоспособности.

СЕКЦИЯ №2: «АКТУАЛЬНЫЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

БИОДЕГРАДАЦИЯ ЦЕФТРИАКСОНА ВОДНЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ АКТИВНОГО ИЛА

*Студентка IV курса фармацевтического факультета О.А. Авдеева
НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»*

Кафедра фармации

Научные руководители:

*кандидат фармацевтических наук, доцент З.Е. Мащенко,
кандидат химических наук Р.В. Шафигулин*

В литературе последних лет обсуждаются проблемы загрязнения окружающей среды фармацевтическими препаратами. В довольно больших количествах последние обнаруживаются в воде водоемов, грунтовых водах и питьевой воде. В воде, поступающей на городские станции аэрации, обнаружены сульфаниламиды, триметоприм, макролиды в концентрациях от 20 до 1700 мг/л, а в воде после биологической очистки на станции аэрации – от 10 до 1400 мг/л. Эти данные указывают на то, что значительная часть названных препаратов в неизменной или метаболитизированной формах поступает в водоемы [1].

Целью работы является исследование возможности биodeградации цефтриаксона водными микроорганизмами активного ила.

В экспериментах использовали активный ил регенератора первой секции аэраторов городской станции аэрации МП «Самараводоканал».

Инкубацию осуществляли в течение суток при температуре 20 °С в аэробно-анаэробных условиях. Цефтриаксон варьировали в количестве 30, 50, 70 мг/г биомассы. Определение цефтриаксона проводили методом обращенно-фазовой высокоэффективной жидкостной хроматографии.

В результате установлено уменьшение содержания цефтриаксона в среднем на 25 % для всех концентраций.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что биodeградация цефтриаксона возможна после определенного периода адаптации водных микроорганизмов активного ила.

Библиографический список

1. Lindberg, Richard H. Screening of human antibiotic substances and determination of weekly mass flows in five sewage treatment plants in Sweden / Richard H. Lindberg, Patric Wennberg, Magnus I. Johansson, Mats Tysklind, Barbo A.V. Andersson // Environ. Sci and Technol. – 2005. – Vol. 39. – № 10. – P.3421-3429.

АТРАВМАТИЧНАЯ ЭКСТРАКЦИЯ ЗУБОВ

*Студент VI курса стоматологического факультета А.В. Агапов
ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»*

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии

Научный руководитель: кандидат медицинских наук Г.Н. Беланов

Цель нашей работы – сформулировать принципы атравматичного удаления зубов и выявить наиболее эффективные методики удаления зубов и ведения лунки в послеоперационном периоде, при которых обеспечивается максимальное сохранение объема костной ткани альвеолярного отростка (части) челюстей. Атравматичное удаление – удаление зуба, при котором максимально сохраняется целостность всех стенок альвеолы зуба и межкорневая перегородка, а также целостность мягких тканей, окружающих зуб. Целью атравматичного удаления является минимизация процессов резорбции костной ткани после удаления зуба и сохранение объема костной ткани для последующего протезирования.

Обоснование. При классической схеме заживление лунки происходит на 3-4 месяц после экстракции. Данные сроки регенерации костной ткани справедливы лишь для «идеальных» условий. Как показывает практика, при травматизации стенок лунки и окружающих мягких тканей, что происходит практически всегда при «традиционном» удалении, сроки полной регенерации отодвигаются на значительный срок. Происходит выраженная резорбция структурных элементов кости альвеолярного отростка. Следовательно, необходимо добиться минимальной травматизации структур пародонта при удалении зуба. Для обеспечения оптимальных условий заживления лунки нами были сформулированы **основные принципы атравматичной экстракции зубов**. Первым является принцип непосредственного воздействия на периодонт зуба. Для осуществления его возможно применение ряда инструментов, таких как периотомы и проксиматоры. Данные виды инструментов имеют режущую рабочую часть, небольшие размеры и большую вариативность, что способствуют глубокому продвижению по периодонтальной щели и максимальному воздействию на связочный аппарат. Важным принципом атравматичного удаления также является учет биомеханики зуба. При удалении должен учитываться вектор прилагаемых сил, направление наименьшего сопротивления корней зуба при их извлечении. При этом применяются инструменты, основанные на принципе действия рычага. Это, в первую очередь, элеваторы, а также люксаторы.

Клинический случай. Пациентка К. 36 лет, обратилась в клинику по поводу периодически возникающих болей в области 4.6 зуба. Зуб ранее лечен с использованием резорцин-формалинового метода. По данным жалоб, анамнеза, осмотра и рентгенограммы был поставлен диагноз «хронический

гранулирующий периодонтит 4.6 зуба», принято решение об удалении данного зуба и установки двух имплантатов: в область ранее удаленного 4.7 зуба и одномоментная имплантация в область 4.6 зуба. 4.6 зуб был атравматично удален с использованием турбинного наконечника, хирургических боров, элеваторов. Во время удаления один из корней обломился и был извлечен Н-файлом. Атравматичное удаление позволило сохранить все стенки альвеолы и межкорневую перегородку, что, в свою очередь, способствовало первичной стабилизации установленного имплантата в пределах 35-40 Н.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ФУНКЦИИ ПАМЯТИ У КРЫС В УСЛОВИЯХ СТРЕССА И СПОСОБЫ ИХ КОРРЕКЦИИ НООТРОПНЫМ ПРЕПАРАТОМ «СЕМАКС»

Студентка I курса стоматологического факультета А.В. Айдарова

Студентка II курса стоматологического факультета Е. В. Матюхина

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра медико-биологических дисциплин

Научный руководитель: ассистент Д.С. Громова

Жизнь современного человека постоянно сопряжена с действием различного рода стрессоров, одним из которых является увеличение продолжительности светлого времени суток. Это влечёт за собой интенсивные перестройки в функционировании практически всех систем организма. В первую очередь, нарушения отмечаются в протекании психических процессов. Вот почему остро встаёт вопрос о способах восстановления и компенсации утраченных функций.

Цель нашей работы: изучить особенности памяти крыс в условиях стресса, а также проанализировать особенности корректирующего действия препарата «Семакс» на функцию памяти экспериментальных животных.

В соответствии с поставленной целью решались следующие задачи:

1. Изучить особенности памяти у животных, подвергавшихся длительному хроническому стрессу.
2. Исследовать особенности памяти у животных под влиянием длительного иммобилизационного стресса.
3. Оценить степень коррекции функций памяти фармакологическим препаратом «Семакс» у животных, подвергавшихся хроническому иммобилизационному стрессу.

Исследование проводилось на половозрелых белых нелинейных крысах массой 200 – 250 грамм. Животных содержали при стандартном сбалансированном рационе и свободном доступе к воде. В первой части ис-

следования по итогам исходных тестов формировали 2 группы животных (контрольная и экспериментальная). Животные каждой группы в течение 14 дней ежедневно подвергались воздействию 30-минутного иммобилизационного стресса. Однако крысы экспериментальной группы в течение всего исследования ежедневно получали интраназально препарат «Семакс». Тестирование проводили до начала эксперимента, а также на 1-й и 2-й неделях.

В качестве классической методики для оценки функций памяти использовали водный тест Морриса.

Во второй части эксперимента также участвовали две группы животных, которые на протяжении 28 дней подвергались воздействию круглосуточного освещения от люминисцентной лампы интенсивностью 300 ЛК. Животные подопытной группы по той же схеме получали препарат «Семакс». Тестирование проводилось в одно и то же время на каждой неделе наблюдения.

Полученные экспериментальные данные обрабатывали статистически с использованием t-теста Стьюдента.

В нашем исследовании выявлено изменение функций памяти у животных, подвергавшихся различным видам стресса. А также доказано корректирующее действие препарата «Семакс» на процессы памяти в условиях стресса. Обсуждаются возможные механизмы, лежащие в основе полученных данных.

ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ КРОВООБРАЩЕНИЯ СТУДЕНТОВ СМИ «РЕАВИЗ» В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ПОЛУШАРНОГО ДОМИНИРОВАНИЯ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ

*Студент II курса лечебного факультета **Р.Р. Бибилов**
НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»*

Кафедра медико-биологических дисциплин

Научный руководитель: кандидат биологических наук В.И. Беляков

Одной из актуальных задач физиологии и охраны здоровья студентов является рассмотрение закономерностей и механизмов напряжения вегетативных функций в процессе учебной деятельности. Как известно, аудиторная работа студентов медицинских специальностей является особой разновидностью труда, которая характеризуется значительной активацией систем нервной и гуморальной регуляции, мобилизацией функций кровообращения, дыхания, системы крови, анализаторов и др. По причине большого объема научной информации и дефицита времени для ее усвоения,

профессиональная подготовка будущих специалистов нередко протекает в условиях развития у них выраженного стресса. В связи с этим важно учитывать индивидуальные особенности адаптационных возможностей каждого студента и оптимизировать учебный процесс в направлении исключения «вредных» последствий чрезмерно напряженного труда.

В настоящем исследовании проведен анализ особенностей изменения параметров кровообращения под влиянием 6-часовой учебной работы (лекционные и практические занятия) в зависимости от функциональной межполушарной асимметрии (ФМА) и уровня тревожности. В исследовании на добровольной основе приняли участие 50 студентов лечебного и стоматологического факультетов очной и очно-заочной форм обучения, у которых в течение учебного дня производили мониторинг артериального давления, частоты пульса; по формуле рассчитывали вегетативный индекс Кердо (ВИК). В отдельных случаях записывали ЭКГ. ФМА, уровень тревожности (личностной и ситуационной) определяли анкетным методом (Брагина-Доброхотова, 1985; Судаков, 2000). Результаты исследования обрабатывали при помощи программы «SigmaStat».

Результаты проведенного исследования показывают, что наиболее сильная мобилизация функции кровообращения и симпатической регуляции в процессе адаптации к учебной работе происходит у студентов с правополушарным доминированием и высоким уровнем личностной и личностно-ситуационной тревожности. Наиболее адаптивным в этом плане выступает левополушарный с оптимальным уровнем тревожности тип студентов.

В работе анализируются возможные механизмы изменения функции кровообращения и вегетативного статуса у студентов в зависимости от их индивидуальных особенностей.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ ФИТОАНТИОКСИДАНТОВ

*Студент I курса лечебного факультета **Н.Ю. Кладчиков**
НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»
Кафедра естественнонаучных дисциплин*

Научный руководитель: кандидат биологических наук О.Н. Павлова

Воздействие экологических факторов на здоровье человека в последние десятилетия все больше привлекает внимание ученых самых разных специальностей. Этому способствует распространение эндемических заболеваний, которые провоцируются техногенным загрязнением биосферы большим количеством химических соединений, поступающих с промышленными отходами, выхлопными газами автотранспорта, бытовым мусором, ядохимикатами и другими соединениями.

Наиболее остро в настоящее время стоит вопрос о заболеваниях органов пищеварения, и особенно печени. Широкая распространенность острых и хронических заболеваний печени, ранняя инвалидизация лиц трудоспособного возраста ставят поражения печени на одно из первых мест среди заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Ввиду актуальности проблемы проводятся широкие исследования возможностей лечения печени антиоксидантными средствами, при этом, важную роль играет поиск растительных объектов, содержащих биологически активные соединения, способные проявлять гепатопротекторную активность.

В связи с этим целью исследования стало изучение гепатопротекторного действия биомассы спироулины и шрота семян винограда, а также их композиции в соотношении 1:1 как перспективных источников биологически активных соединений.

Четырем из восьми групп животных (белых беспородных крыс), вовлеченных в исследование, с целью воспроизведения токсического поражения печени в течение 6 дней вводился четыреххлористый углерод в виде 50 % масляного раствора. Другие четыре группы были контрольными. В результате установлено, что в организмах животных, которым вводился яд, снижался уровень белковосвязанного йода, что является следствием нарушения эндокринного баланса, возникающего при токсическом гепатите (табл.1).

Таблица №1

Содержание белковосвязанного йода в крови крыс

Контроль	Спирулина	Шрот	Композиция
8,7 ± 0,29 мг%	9,3 ± 0,23 мг%	9,5 ± 0,26 мг%	9,2 ± 0,32 мг%
Контроль + CCl ₄	Спирулина + CCl ₄	Шрот + CCl ₄	Композиция + CCl ₄
2,4 ± 0,12 мг%	4,5 ± 0,19 ¹ мг%	3,3 ± 0,18 ¹ мг%	5,1 ± 0,23 ¹ мг%

Примечание: В таблице различия достоверны при $P < 0,05$: ¹ – по сравнению с показателями животных контрольной группы, принимавшей четыреххлористый углерод.

В контрольной группе крыс, которой вводили четыреххлористый углерод, отмечено снижение содержания в крови белковосвязанного йода на 72% относительно интактной группы крыс. В группе животных, употреблявших суспензию биомассы спироулины на фоне введения четыреххлористого углерода, содержание белковосвязанного йода снизилось лишь на 48 %, в группе употреблявших суспензию виноградного шрота – на 62 %, а в группе употреблявших композицию – 41 %.

По результатам проведенного исследования можно сделать вывод, что биомасса спироулины и шрот семян винограда обладают выраженным гепатопротекторным действием, так как они способствуют поддержанию более высокой концентрации в крови белковосвязанного йода, несмотря на выраженный токсический гепатит, но более выраженный эффект наблюдается при сочетанном применении указанных растительных субстанций.

Таким образом, смесь биомассы спирулины и шрота семян винограда можно рекомендовать в качестве эффективного гепатопротекторного средства, что открывает также перспективы ее использования в различных областях профилактической и практической медицины в экологически неблагоприятных регионах.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОКСИЧНОСТИ СПРЕЯ НА ОСНОВЕ БИОМАССЫ СПИРУЛИНЫ ПЛАТЕНСИС

*Студент I курса лечебного факультета **Н.Ю. Кладчиков***

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра естественнонаучных дисциплин

Научный руководитель: кандидат биологических наук О.Н. Павлова

Современная экологическая обстановка оказывает интенсивное негативное влияние на состояние здоровья людей. В связи с этим в настоящее время усилия фармацевтической промышленности направлены на поиск новых растительных объектов, способных поддерживать здоровье человека на высоком уровне.

Проведенный нами анализ литературных данных показал, что биологически активные соединения (БАС) биомассы сине-зеленой микроводоросли спирулины платенсис делают целесообразным использование данного объекта в качестве эффективного природного антиоксиданта и иммуностимулятора.

Уникальное сочетание БАС (белки, витамины группы В, С, Е, полиненасыщенные жирные кислоты, пигменты: каротиноиды, хлорофилл, фикоцианин) обуславливают позитивное влияние биомассы спирулины на организм человека.

Одной из важнейших и определяющих характеристик является токсичность средств, используемых для профилактики и лечения заболеваний. В связи с этим по стандартной методике Н.С. Строганова проводилось исследование влияния на тест-объекты дафний спрея, изготовленного на основе биомассы спирулины платенсис.

Среду для экспериментов готовили на основе отстоянной не менее трех суток водопроводной воды, в которую добавляли до необходимых концентраций (от 0,01 до 5 мг/л) исследуемые вещества и корм – 1% суспензию пекарских дрожжей.

В каждый сосуд (объемом 0,75 л) сажали по 10 рачков в возрасте до 24 часов из одного поколения.

В качестве контрольного использовали сосуд с отстоянной водопроводной водой.

Эксперименты проводились на протяжении 21 суток, каждый в термостате со стеклянной дверкой при температуре 21-22°C и естественном освещении.

В ходе экспериментов учитывали следующие показатели: количество погибших и оставшихся в живых рачков, время появления яиц в выводковых камерах, время выхода молоди из выводковых камер и ее количество.

В растворе спрея гибель рачков начиналась с концентрации 2,5 мг/л, смертность к 21 суткам здесь достигла 13 %. При 5,0 мг/л в растворе спрея дафнии погибали на 16-е сутки.

В растворах спрея размножение дафний происходило во всех концентрациях с задержкой выхода молоди относительно контрольного на 1-2 суток, начиная с концентрации 5 мг/л. При этом в растворе спрея 5,0 мг/л появилось всего 2 рачка. Плодовитость здесь оказалась достоверно меньше, чем в контроле в растворах 1,25-5,0 мг/л.

В целом негативного влияния спрея на размножение дафний не выявлено.

Раствор спрея низкотоксичен для дафний по показателям выживаемости и размножения. Недействующая концентрация – 0,1 мг/л и ниже.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕФТРИАКСОНА В МОДЕЛЬНЫХ ГИДРОЭКОСИСТЕМАХ МЕТОДОМ ВЭЖХ

*Студентка IV курса фармацевтического факультета **Е.В. Кухарева**
НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»*

Кафедра фармации

Научные руководители:

кандидат фармацевтических наук, доцент З.Е. Мащенко,

кандидат химических наук Р.В. Шафигулин

В настоящее время в зарубежной литературе обсуждается проблема поступления на городские очистные сооружения сточных вод, содержащих большие количества лекарственных препаратов. В воде обнаруживаются препараты антимикробного действия, вещества, обладающие гормональной активностью, а также нестероидные противовоспалительные лекарственные средства. Эти фармацевтические препараты в неизменном виде или в форме метаболитов переходят в сточные воды вместе с выделениями человека. В особенно значительных количествах они присутствуют в сточных водах медицинских учреждений (больниц, госпиталей и т.д.). Особую

проблему составляет присутствие в воде антибиотиков, которые отличаются низкой способностью к биоразложению, а также могут ингибировать микрофлору активного ила городских станций аэрации [1].

Целью работы является разработка методики ВЭЖХ-анализа остаточных количеств цефтриаксона в модельных гидроэкосистемах.

В экспериментах использовали активный ил регенератора первой секции аэраторов городской станции аэрации МП «Самараводоканал».

Исследование проводили на жидкостном хроматографе «Милихром - 1» с УФ-детектором. Рабочая длина волны 254 нм. Объем пробы 10 мкл. Скорость подвижной фазы 50 мкл/мин. В качестве подвижной фазы применяли водно-ацетонитрильные растворы с добавлением ацетата аммония. Оптимальный состав элюента ацетонитрил/вода/ $\text{CH}_3\text{COONH}_4$ (10/88/2 об. %). При использовании этого элюента добились разделения цефтриаксона от Z-изомера, и качество хроматографического пика соответствовало требованиям ГФ 12.

Таким образом, была разработана методика ВЭЖХ-анализа остаточных количеств цефтриаксона в модельных гидроэкосистемах.

Библиографический список

1. Bialk, Heidi M. Cross-coupling of sulfonamide antimicrobial agents with model humic constituents / Heidi M. Bialk, Andre J. Simpson, Joel A. Pedersen // Environ. Sci. and Technol. – 2005. – Vol. 39. – № 11. – P. 4463-4473.

ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЛИЦА ПО ЧЕРЕПУ ПО МЕТОДУ М.М. ГЕРАСИМОВА

Студент I курса стоматологического факультета Д.Н. Лысов

Студентка II курса лечебного факультета О.С. Дрогунова

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра морфологии и патологии

Научный руководитель: кандидат медицинских наук А.А. Супильников

Работы М.М. Герасимова по реконструкции портрета на краниологической основе пользуются широкой известностью. Они представляют интерес для лиц самых разных специальностей и имеют особое значение для музейного дела.

Целью настоящей работы была практическая проверка результатов работы М.М. Герасимова по воспроизведению облика лица по черепу.

В ходе работы выяснилось, что далеко не все элементы лица поддаются точной реконструкции на основании черепных данных, и если части, прилегающие плотно к костной основе, восстанавливаются с полной дос-

товерностью, то такие элементы портрета, как ушные раковины, детали форм губ, ноздрей и др., будут всегда неизбежно восстанавливаться с большой долей гипотетичности. Это обстоятельство, конечно, не умаляет выдающихся заслуг М.М. Герасимова в деле реконструкции портрета на краниологической основе.

Конкретизация поставленной перед исследователем задачи ставит на первые места в комплексе указанных дисциплин анатомию, антропологию, палеоантропологию и археологию. В настоящий момент основной материал, полученный в результате многолетних наблюдений, излагается в предлагаемой работе.

Процесс создания скульптурной портретной реконструкции на краниологической основе делится на следующие этапы:

1) Анализ черепа:

а) антропологическое исследование с акцентом на описательные признаки;

б) определение пола;

в) определение возраста и т.д.

2) Графическое разрешение реконструкции. Эта работа носит, прежде всего, контрольный характер. Графические схемы дают объективную оценку далее выполняемому скульптурному портрету.

3) Скульптурное воспроизведение схемы головы. Сущность работы в том, что на подлинном черепе восстанавливаются основные мускулы, затем наносятся гребни, обеспечивающие в дальнейшем объективное построение схемы головы.

4) Завершение работы над бюстом с учетом исторических данных (костюм, прическа).

Первые три этапа целиком строятся на материалах, полученных в результате конкретного изучения черепа. Последующая работа носит более субъективный характер, так как мертвой схематической маске нужно придать выражение живого лица. При создании этнических портретов ископаемого человека угроза некоторого искажения полученного образа в результате последующих этапов работы незначительна, так как при определении прически всегда учитываются наиболее яркие этнические черты, а одежда воспроизводится по данным археологии. Вопрос значительно усложняется при работе над портретами исторических лиц. Здесь необходима консультация историков во избежание возможных ошибок.

В результате проделанной работы удалось восстановить 1 череп по М.М. Герасимову. Данный материал может быть использован при проведении практических занятий по анатомии, а также будет способствовать расширению анатомического музея медицинского института «РЕАВИЗ».

ОСОБЕННОСТИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОГО КАРКАСА ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ У БЕЛЫХ БЕСПОРОДНЫХ КРЫС

*Студентка IV курса лечебного факультета **К.В. Наумова**
ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»*

Кафедра гистологии

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра морфологии и патологии

Научный руководитель: кандидат медицинских наук Ю.В. Григорьева

Шейка матки – чрезвычайно важная анатомическая и функциональная структура. Изменения в шейке матки, связанные с наступлением и прогрессированием беременности, выражены значительно меньше, чем в ее теле и перешейке, но, несмотря на данный факт, нарушения, возникающие в шейке матки, могут серьезно влиять на течение беременности и ее исход. Особенно большое значение придают состоянию шейки матки, отражающей синхронную готовность организма матери к изгнанию плода, которое определяют в настоящее время пальпаторно, указывая на закономерные изменения в шейке матки (нарастающие размягчение и укорочение шейки матки, увеличение зияния цервикального канала). Но этот комплекс изменений оценивается субъективно.

Все вышесказанное, а также отсутствие в литературе данных о морфологических изменениях структуры соединительной ткани шейки матки во время беременности побудило нас изучить и описать изменения структуры соединительной ткани шейки матки во время беременности.

Объектом исследования служили белые беспородные крысы половозрелого возраста с датированным сроком беременности. Забор материала производился на 15-е, 17-е, 19-е, 20-е и 21-е сутки беременности и в период родов. Контролем служил материал от интактных крыс аналогичного возраста. В работе использованы методы световой микроскопии с окраской срезов по методу Ван-Гизона, и по Массону.

В результате исследования в контрольной группе было выявлено, что основную массу шейки матки составляет соединительная ткань, состоящая из коллагеновых и эластических волокон. С нарастанием срока беременности в тканях шейки матки отмечается нарастание гидратации коллагеновых волокон соединительной ткани. Кроме того, начиная с 19-й суток беременности в соединительной ткани постепенно увеличивается клеточная инфильтрация, состоящая из лимфоцитов, плазматических клеток, тканевых базофилов и макрофагов. А к 21-м суткам беременности к этим изменениям присоединяется набухание мышечных клеток.

Таким образом, изучение морфологических изменений в соединительнотканном каркасе шейки матки при нормальной беременности могут помочь осознать механизмы раскрытия шейки матки и предупреждать нежелательное преждевременное ее раскрытие или определять недостаточно выраженную готовность к родам, а также устанавливать тактику ведения родов.

ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ БИОКОМПЬЮТЕРА НА ОСНОВЕ ДНК-ЛОГИКИ

*Студент I курса лечебного факультета А.С. Фадеев
НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»*

Кафедра естественнонаучных дисциплин

Научный руководитель: ассистент И.Н. Козлова

Развитие связи между медициной и компьютерными технологиями в настоящее время претерпевает бурный рост. Молекулярные транзисторы, память и проводники – три составные части будущего молекулярного компьютера. В их создании по отдельности есть значительные успехи. Однако на данный момент собрать все компоненты в работающее устройство – сложная техническая задача. Принцип молекулярного распознавания лежит в основе создания таких сложных структур, как двойная спираль ДНК, жидкие мембраны и глобулярные протеины.

ДНК-вычисления – это раздел области молекулярных вычислений на границе молекулярной биологии и компьютерных наук. Основная идея ДНК-вычислений – построение новой парадигмы, создание новых алгоритмов вычислений на основе знаний о строении и функциях молекулы ДНК и операций, которые выполняются в живых клетках над молекулами ДНК при помощи различных ферментов. К перспективам ДНК-вычислений относится создание биологического нанокompьютера. Такой компьютер будет способен хранить терабайты информации при объеме в несколько микрометров, причем его производительность будет исчисляться миллиардами операций в секунду при энергопотреблении не более одной миллиардной доли ватта. Биологический нанокompьютер можно будет вживлять в клетку живого организма для мониторинга состояния здоровья и синтеза необходимых лекарств.

**СЕКЦИЯ №3:
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»**

**ЗНАЧЕНИЕ СВОЕВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ
ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

*Студентка VI курса педиатрического факультета Л.В. Аносова
ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»*

Кафедра детских болезней №1

Научный руководитель: доктор медицинских наук О.В. Никогосова

Актуальность. Прогностическое значение перинатальных поражений ЦНС для дальнейшей жизни человека является темой острых дискуссий педиатров и неврологов на протяжении многих десятилетий. Широко распространено мнение, что повреждения нервной системы имеют значимые отдаленные последствия. В структуре детской инвалидности они составляют около 50%, причем 80% из них приходится на перинатальную патологию. Выяснение причин перинатальных повреждений нервной системы, их предупреждение и лечение является актуальной проблемой детской неврологии. Активное внедрение передовых медицинских технологий расширило возможности в изучении истоков многих заболеваний у детей. Этиологические факторы, вызывающие повреждения ЦНС плода и новорожденного, могут воздействовать в анте-, интра- и неонатальном периоде.

Цель. Целью исследования явилась разработка комплексной программы реабилитации и восстановительного лечения детей с перинатальным поражением ЦНС и оценка её эффективности.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели проведено изучение анамнеза 106 детей с перинатальным поражением ЦНС на базе Неврологического центра ГУЗ ОДБ г. Ростова-на-Дону за период 2008–2009 гг. Клиническое обследование включило изучение анамнеза, исследование неврологического статуса, проведение реоэнцефалографии, электроэнцефалографии, нейросонографии, электромиографии и при необходимости компьютерной томографии головного мозга.

Результаты. При анализе результатов опроса установлено, что патологическое течение беременности и родов отмечалось в 86,8% случаев. На долю антенатальных повреждающих факторов приходится 82,3% (угроза прерывания беременности – 70,4%, инфекции – 67,3%, патология плаценты – 65,7%, гипоксия плода – 47,1%). Интранатальные повреждающие факторы имели следующую структуру: применение ручных родовспомога-

тельных приемов – 61,4%, обвитие плода пуповиной – 30%, длительный безводный период – 27,8%, кесарево сечение – 12%. Преждевременные роды отмечены в 21,8% случаев, роды двойней в 3,1%. При тщательном исследовании неврологического статуса с учетом результатов функционального диагностического обследования детей с перинатальным поражением ЦНС больные были разделены на 2 группы: I группа – 56 детей, проходивших восстановительное лечение регулярно, II группа – 50 пациентов, не получавших адекватную и своевременную реабилитацию. Медицинская реабилитация включала в себя медикаментозную терапию (ноотропы, вазоактивные вещества, витамины, антихолинэстеразные препараты и др.) и физическую реабилитацию (ЛФК, массаж, ИРТ, ортезо- и кинезотерапию, фито- и ароматерапию). В систему восстановительных мероприятий включают и коррекционную психолого-педагогическую работу. С детьми от 1 месяца до 3 лет занимались логопед, дефектолог и медицинский психолог. При оценке результатов отмечено, что в I группе восстановили имеющуюся патологию полностью 82,3% детей. Данный показатель во II группе составил 28,1%. Минимальная церебральная дисфункция имела в I группе в 17,7% случаев, в то время как во II группе данная патология диагностирована в 71,4%. Среди пациентов I группы больных детским церебральным параличом в нашем исследовании не отмечалось, в то время как во II группе у 1 ребенка (0,5%) констатирован детский церебральный паралич гемипаретической формы. Таким образом, результаты проведенного исследования с достаточной достоверностью подтверждают клиническую эффективность своевременной комплексной реабилитации детей.

Выводы.

1. Отягощенный акушерский анамнез является достаточной причиной для формирования перинатальных поражений ЦНС.
2. Реабилитация таких детей должна быть комплексной, включать медицинские и психолого-педагогические составляющие.
3. Адекватное и своевременное восстановительное лечение позволяет добиться результатов клинического выздоровления или уменьшения степени инвалидности, улучшения качества жизни не только больных детей, но и членов их семей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Студентка VI курса педиатрического факультета Л.В. Аносова

Студенты V курса лечебно-профилактического факультета

Е.Ю. Ётка, К.Г. Овсепян

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

Научный руководитель: доцент В.В. Ефремов

Актуальность Практическая медицина использует энзимы для лечения множества заболеваний. Наиболее часто это моноэнзимные препараты или полиэнзимные комплексы с большой молекулярной массой. На сегодняшний день бытует мнение о том, что ввиду особенностей строения гематоэнцефалического барьера применение крупномолекулярных комплексов неэффективно в лечении патологии центральной нервной системы. В последние годы широкое распространение получил метод «системной энзимотерапии», основанный на совместном воздействии целенаправленных смесей на организм в целом. Считается, что ферменты имеют регуляторное значение, осуществляя биологический контроль над функциями органов и тканей в организме. В реакциях органического протеолиза с помощью каскадного механизма они реализуют противовоспалительный, иммуномодулирующий, противоотечный, фибринолитический, антиагрегантный эффекты.

Цель. Исследование влияния полиэнзимов на течение и исход ишемического инсульта на примере флогэнзима.

Проведено сравнение двух групп пациентов с ишемическим инсультом. Первую группу составляли 39 больных, получавших стандартную терапию (церебролизин 10,0 мл в 100,0 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в капельно 10 дней, актовегин 5,0 в/в капельно в 250,0 мл изотонического раствора натрия хлорида 10 дней и в таблетках по 1 x 3 раза в день 1 месяц). Вторую группу составили 30 больных, в схему лечения которых был включён флогэнзим. В течение 1 месяца приём препарата осуществлялся по 4 таблетки 3 раза в день, затем по 2 таблетки 3 раза в день ещё 1 месяц.

Результаты. При сравнительной оценке динамики неврологической симптоматики обеих групп пациентов, были выявлены существенные различия степени выраженности нарушения функций центральной нервной системы. В обеих группах уже через 2 недели лечения достоверно установлено улучшение клинического состояния больных ($5,8 \pm 0,8$ и $7,5 \pm 0,7$ баллов соответственно). Необходимо отметить, что в этот период наблюдалась тенденция к большему снижению выраженности неврологической

симптоматики у больных, принимавших флогэнзим, по сравнению с группой со стандартной терапией, но уже через 1 месяц различия в степени тяжести клинического состояния больных были статистически достоверны ($3,1 \pm 0,5$ и $6,2 \pm 0,7$ баллов соответственно, $p < 0,05$). Осмотр через 6 месяцев также выявил значительно меньшую выраженность осложнений ишемического инсульта во второй группе ($2,0 \pm 0,3$ и $5,1 \pm 0,5$ баллов соответственно, $p < 0,05$). Содержание циркулирующих иммунных комплексов у больных, принимавших флогэнзим, достоверно уменьшилось к 14-му дню лечения и к концу 1 месяца не отличалось от показателей в контроле ($85,5 \pm 2,8$ у.е., в контроле – $64,3 \pm 12,8$ у.е, $p > 0,05$). В первой же группе в течение всего периода наблюдения регистрировалась только тенденция к снижению содержания циркулирующих иммунных комплексов. Были установлены значимые различия содержания в сыворотке крови изучаемых цитокинов в сравниваемых группах уже через 2 недели лечения. К концу 1 месяца лечения отмечено: в группе, получавшей дополнительно флогэнзим, достоверное снижение фактора некроза опухоли – альфа и не отличалось от показателей у доноров ($19,0 \pm 1,7$ пкг/мл, в контрольной группе – $17,8 \pm 4,2$ пкг/мл, $p < 0,05$); в группе со стандартной терапией снижение интерлейкина – 1 – бета, выше в контрольной группе ($76,5 \pm 8,0$ пкг/мл, в контроле – $42,5 \pm 4,1$ пкг/мл, $p > 0,05$).

В группе пациентов принимавших флогэнзим отмечена более скорая нормализация агрегационных свойств эритроцитов ($6,9 \pm 0,6\%$, в контроле – $11,5 \pm 1,5\%$, $p < 0,05$)

Выводы. Нами установлен тот факт, что добавление флогэнзима в состав традиционной схемы лечения ишемического инсульта позволяет добиться более раннего, выраженного положительного клинического эффекта.

ТИКОИДНЫЕ ГИПЕРКИНЕЗЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (ЭТИОЛОГИЯ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА)

Студенты VI курса педиатрического факультета

Е.А. Волкова, П.В. Очирова, Ю.А. Ярыжева, Е.М. Кочергина

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

Научный руководитель: кандидат медицинских наук

Н.А. Фомина-Чертоусова

Актуальность. В настоящее время врачи поликлинического и стационарного уровня сталкиваются с проблемой постановки правильного диагноза у больных с тикоидными гиперкинезами, так как нет единой классификации тикоидных гиперкинезов.

Цель. Целью исследования явилось изучение этиологии тикоидного гиперкинеза у детей в Ростовской области.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами был произведен анализ медицинской документации за 2010 год на базе МЛПУЗ «Детская городская больница №2».

Было изучено 56 историй болезни детей с насильственными движениями мимической мускулатуры и в мышцах верхнего плечевого пояса в возрасте от 4 до 15 лет.

Результаты.

Таблица №1.

Этиология тикоидных гиперкинезов у детей в Ростовской области

Вторичные тики 39 чел.				Синдром Туретта	
Невроз	Органическое поражение ЦНС				
18 чел. (8м:10ж)	21 чел.			17 чел. (м)	
	ППЦНС		ЗЧМТ		Ревматизм
	14 чел.		4 чел.		
	ВСД	Эпилепсия			
	8 чел.	6 чел. (4м:2ж)		3 чел. (1м:2ж)	

Классификация тиков (адаптированная кафедрой нервных болезней и нейрохирургии, РостГМУ).

I. Тики в структуре органических расстройств:

1. Первичные тики (генерализованный тик Туретта и малая форма синдрома Туретта – СДВГ):

1.1 Семейные и спорадические случаи;

1.2 Моторные, вокальные, моторные и вокальные.

2. Вторичные тики (т.е. фенокопии первичных тиков):

2.1 Интоксикации:

- лекарственные (психостимуляторы, нейролептики, антиконвульсанты, препараты леводопы, оральные контрацептивы);
- промышленные яды (окись углерода, аммиак).

2.2 Перинатальная патология ЦНС (ДЦП, энцефалопатия).

2.3 Инфекционные и воспалительные заболевания ЦНС:

- перенесенные вирусные энцефалиты;
- врожденные вирусные инфекции (внутриутробные поражения при краснухе, кори, токсоплазмозе);
- ревматизм (ревматическая хорея/PANDAS);
- нейросифилис;
- церебральные васкулиты.

2.4 Наследственные болезни обмена (НБО):

- цитрулинемия;
- фенилкетонурия.

II. Тики в структуре функциональных расстройств психогенного характера и психических заболеваний:

1. Невроз (истерия, психастения, неврастения).
2. Шизофрения.
3. Аутизм.

III. Тикоподобные гиперкинезы (туреттизм) при наследственных нейродегенеративных заболеваниях:

1. Хорея Гентингтона;
2. Прогрессирующий надъядерный паралич;
3. Идиопатическая дистония (генерализованные и фокальные формы);
4. Нейроакантоцитоз;
5. Болезнь Вильсона-Коновалова;
6. Болезнь Галлервордена-Шпатца;
7. Болезнь Крейтцфельда-Якоба.

Выводы.

1. Выявлена современная особенность синдрома Туретта – тенденция течения данного заболевания в легкой, инфантильной форме.

2. Вторичные тики, возникшие на фоне астено-невротического синдрома (невроз навязчивых движений) выявлен у 46.1% детей, соотношение у мальчиков и девочек 1:1.25. Ранее считалось, что невроз навязчивых движений характерен в большей степени для лиц женского пола.

3. При наблюдении всех детей с тикоидным синдромом, даже при клинической уверенности, что тики обусловлены неврозом или синдромом Туретта, должна быть настороженность по поводу ревматического пора-

жения, т.к. ранняя диагностика ревматизма позволяет своевременно получать адекватное лечение основного заболевания.

4. Сочетание тикоидных гиперкинезов и пароксизмальных состояний (вегетативных и эпилептических), по данным наших наблюдений, встречается только при ППЦНС, и полностью исключают функциональное поражение ЦНС (невроз) и заставляет дифференцировать с ревматическим поражением головного мозга и синдромом Туретта.

5. Адаптированная нами классификация значительно облегчает дифференциальную диагностику тикоидных гиперкинезов.

ОСТРЫЙ ПЛЕВРИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Студентка VI курса лечебного факультета Т.С. Гарегинян
НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»*

Кафедра внутренних болезней

*Научный руководитель: кандидат медицинских наук,
доцент В.Ф. Rogанов*

Плеврит – воспаление плевры с образованием фибринозного налета на ее поверхности или выпота в ее полость. Всегда вторичен, является синдромом или осложнением многих болезней, но в определенный период может выдвигаться в клинической картине на первый план, маскируя основное заболевание.

Возникновение плевритов инфекционной природы обусловлено действием возбудителей специфических (микобактерий туберкулеза, бледных трепонем) и неспецифических (пневмококки, стафилококки, кишечная палочка, вирусы, грибы и др.) инфекций; возбудители проникают в плевру контактным путем, лимфогенно, гематогенно, при нарушении целостности полости плевры. Частой причиной развития плеврита являются системные болезни соединительной ткани (ревматизм, системная красная волчанка), новообразования, тромбоэмболия и тромбоз легочных артерий, панкреатиты.

Пациенты поступают по направлению из поликлиники на стационарное лечение в пульмонологическое отделение, где врачи закономерно прибегают к лечению основного заболевания – плеврита, – пренебрегая стёртой симптоматикой острого панкреатита. В результате лечения основного заболевания – панкреатита – не происходит.

Лечение комплексное, включает активное воздействие на основное заболевание и раннее энергичное лечение плеврита. Лечение выпотного

плеврита проводится в стационаре, оно складывается из следующих компонентов:

- 1) антибактериальная терапия;
- 2) санация плевральной полости путем эвакуации экссудата;
- 3) назначение десенсибилизирующих и противовоспалительных средств;
- 4) назначение средств, мобилизующих защитно-иммунобиологические реакции организма: индивидуальный режим (в остром периоде постельный), рациональная витаминизированная диета с достаточным количеством белка (1,5-2 г/кг/сут), ограничение воды и поваренной соли, парентеральное введение аскорбиновой кислоты, витаминов группы В, внутривенные капельные введения плазмозамещающих растворов, индивидуально дозированная лечебная физкультура, кислородотерапия, в период стихания плеврита – физические методы лечения.
- 5) симптоматическая терапия: согревающие компрессы, горчичники, иммобилизация больной половины грудной клетки тугим бинтованием (при боли), кодеин, этилморфина гидрохлорид при кашле; кардиотонические средства при недостаточности кровообращения.

В дальнейшем больные подлежат диспансерному наблюдению в течение 2-3 лет. Исключаются профессиональные вредности, рекомендуется высококалорийное питание, богатое витаминами.

При контакте с такими пациентами первоначально следует выявлять ту причину, которая привела к развитию плеврита, что во врачебной практике наблюдается редко. Такие больные лечатся безрезультатно или с временным благополучием, после чего выписываются домой с рекомендацией о прохождении консультации хирурга по месту жительства. Тактику следует изменить: хирург должен консультировать пациента на месте, в стационаре, и госпитализировать в хирургическое отделение, где будет проведено лечение основного заболевания (панкреатита) и, конечно же, сопутствующего плеврита.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ НОУ ВПО СМИ «РЕАВИЗ» ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Студентки V курса лечебного факультета

А.В. Землянова, О.В. Егорова, А.А. Колесникова

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра клинической медицины с курсом оториноларингологии

Научный руководитель: доктор медицинских наук,

профессор Н.В. Тарасова

В структуре заболеваемости лор-органов хронический тонзиллит занимает одно из лидирующих мест. Известна взаимосвязь между развитием хронического тонзиллита и ревматизма, других системных заболеваний, болезней почек. Это делает тонзиллярную патологию актуальной не только для лор-врачей, но и для кардиологов, нефрологов, аллергологов, терапевтов, эндокринологов, педиатров и врачей другого профиля. Согласно Д.И. Тарасову (1984 г.) хроническим воспалением небных миндалин страдает до 20% населения. За счет формирования аутоиммунных комплексов происходят сначала функциональные, а затем и органические изменения в органах. Так как нервный аппарат миндалин обладает многочисленными связями с различными отделами ЦНС, происходит формирование вазомоторного ринита, развитие вегето-сосудистой дистонии. При объективном исследовании может определяться тахикардия, нарушение ритма сердечной деятельности. Постоянство вовлечения в процесс сердечно-сосудистой системы дает основания говорить о тонзилло-кардиальном синдроме. Наличие гнойной инфекции в небных миндалинах приводит к формированию тонзилогенной интоксикации, обострениям хронических заболеваний других органов. Таким образом, хронический тонзиллит нельзя расценивать как ограниченный местный процесс. Это заболевание существенно снижает функцию иммунной системы, а также формирует сопутствующую патологию внутренних органов в организме.

Цель предпринятой нами работы – изучить заболеваемость хроническим тонзиллитом у студентов Самарского медицинского института «РЕАВИЗ». В задачи исследования входило осмотреть студентов, используя фарингоскопию, выявить у них местные признаки хронического тонзиллита и определить частоту встречаемости компенсированной и декомпенсированной форм заболевания.

Нами были обследованы студенты СМИ «Реавиз» различных групп и возраста. Выборка исследования случайная. Всего было обследовано 76 человек. Из них у 34 студентов (44%) были выявлены только местные признаки хронического тонзиллита без признаков декомпенсации. У 3 (4%) человек кроме местных признаков тонзиллита выявлены заболевания, раз-

витие которых может быть связано с наличием хронического воспаления в небных миндалинах. Это свидетельствует у них о декомпенсированной форме заболевания. У 39 (52%) человек хронический тонзиллит не выявлен.

Среди осмотренных нами студентов 15% из них знали о наличии у них хронического тонзиллита и указывали на давность заболевания (с детства).

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что заболеваемость хроническим тонзиллитом среди студентов нашего Вуза высокая и составляет 44%. Преобладающей является компенсированная форма заболевания, что указывает на малый стаж заболевания и хорошие компенсаторные возможности организма у этой категории обследуемых. Однако наличие местных признаков заболевания и частый контакт с инфекционным агентом у студентов медицинского вуза являются угрожающими факторами развития декомпенсированной формы в дальнейшем. Учитывая сказанное, необходимо провести общую диспансеризацию всех студентов СМИ «РЕАВИЗ» для выявления хронического тонзиллита. При наличии этого заболевания необходимо организовать профилактические или лечебные мероприятия. Для этого можно использовать поликлинику нашего Вуза, и мы считаем необходимым привлекать к этой работе студентов 5 курса, например в период летней практики.

ПАЛИНДРОМНЫЙ РЕВМАТИЗМ ИЛИ ПОДАГРА? КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР БОЛЬНОГО

Студентка V курса лечебного факультета А.А. Колесникова

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра внутренних болезней с курсом ревматологии

***Научный руководитель: кандидат медицинских наук,
доцент Е.Ю. Сырцова***

Роптанов Владимир Александрович, 60 лет поступил в ревматологическое отделение 03.04.11г.

При поступлении предъявлял следующие **жалобы**

- на боли во втором пальце правой ноги, в голеностопных суставах с обеих сторон, коленном суставе справа. Боли постоянного характера, тянущие, усиливающиеся после нагрузки,
- на утреннюю скованность в течение 45 мин.
- на изменение формы 3-го пальца левой руки
- на белесоватые образования в области локтевых суставов и межфалангового сустава 2-го пальца правой ноги.
- давящие боли за грудиной,

- одышку при нагрузке,
- отеки на ногах.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение 15 лет, когда впервые почувствовал боли в правом лучезапястном суставе. Отмечает очередное вовлечение других суставов при следующих обострениях, которые наблюдались с частотой примерно 1-2 раза в год. При каждом обострении повышалась температура до 37,3 град., со слов больного: суставы отекали, краснели и были горячие на ощупь.

В течение этого времени практически ежегодно лечился в условиях ревматологического отделения с диагнозом Палиндромный ревматизм. После обострения никаких изменений в суставах не наблюдалось. Последняя госпитализация в феврале 2009 г.

В марте 2011 г. почувствовал ухудшение состояния: появились боли в коленных, голеностопных суставах и плюсне-фаланговых суставах стопы, поднялась температура до 37,4 град. Лечился самостоятельно (кетонал в/м, найз по 1 таблетки 2 раза в день, гель долобене на область суставов), однако эффекта не было. В связи с этим направлен на стационарное лечение в ГБ №4.

При **осмотре** выявлено:

общее состояние удовлетворительное, положение активное, телосложение правильное гиперстеническое. Рост 180 см, вес 120 кг (ИМТ=37). Сознание ясное. Кожа и слизистые оболочки привычной окраски, высыпаний нет, имеются белесоватые подкожные образования в области локтевых суставов и межфалангового сустава 2-го пальца правой ноги. Лимфатические узлы не пальпируются. Деформация и дефигурация голеностопных суставов и межфалангового сустава 2-го пальца правой ноги. Деформация 3-го пальца левой руки. Припухлость правого коленного сустава. Дыхание везикулярное, тип дыхания смешанный. Грудная клетка правильной формы. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, сердечный толчок пальпируется в 5-м межреберье слева. Границы сердца расширены влево. Пульс – 71 удар в мин., нормального наполнения. АД 130/80 мм рт ст. Живот округлой формы, симметричный, безболезненный при пальпации. Печень не выходит из-под края реберной дуги. Мочеиспускание не нарушено, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При исследовании лабораторных показателей было выявлено в крови повышение СОЭ, СРБ, Мочевой кислоты, глюкозы.

Проблема дифференциального поиска для данного больного состоит в том, что он на протяжении 15 лет наблюдался с диагнозом «палиндромный ревматизм». Данный диагноз был поставлен больному на основании клинической картины:

- чаще болеют мужчины среднего и пожилого возраста;

- артрит начинается внезапно, чаще во второй половине дня, появляется сильная боль в пораженном суставе, кожа над ним становится горячей, гиперемированной, продолжительность приступа от нескольких часов до нескольких дней;
- чаще поражаются коленные, лучезапястные, пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые суставы, локализация поражений в каждую атаку меняется;
- в межприступном периоде симптомы артрита полностью исчезают;
- во время приступа артрита возможно повышение СОЭ, С-реактивного белка, уровень мочевой кислоты не изменяется;
- рентгенологическое исследование суставов патологии не выявляет.

В 2011 году у больного появились боль и деформация плюснефаланговых суставов, больше слева, коленных, голеностопных суставов, была обнаружена деформация коленных суставов, 3-го проксимального межфалангового сустава справа на кисти, 2-го проксимального межфалангового сустава слева на стопе, были обнаружены тофусы в области ушных раковин, локтевых суставов, пальцев кистей и стоп, уровень мочевой кислоты увеличился примерно в 2 раза. Это позволило поставить следующий диагноз:

Подагра. Хроническое течение, тофусная форма. Подагрический артрит, 3-я степень активности. Остеартроз, полиостеоартроз. ФА 2-й степени. Метаболический синдром, абдоминальное ожирение 2-й степени. Вторичная артериальная гипертензия.

ИБС, стенокардия напряжения, 2-й функциональный класс. Перенесенный инфаркт миокарда (2006 г.) Н2А.

Проводилось лечение: режим палатный, стол № 10, нимесил 100 мг (2 раза в сутки), дипроспан (внутрисуставно), эналаприл 10 мг (по 1 таблетке 2 раза в сутки), пентоксифиллин 100 мг 2т 3 раза в день, аллопуринол 200 мг 1 раз в день.

Больного выписали 14.04.2011. Состояние улучшилось. При выписке было рекомендовано: ОАК, ОАМ, уровень мочевой кислоты 1 раз в месяц. Рентгенография суставов 1 раз в год. Консультация ревматолога при обострении. Консультация кардиолога и терапевта, эндокринолога. Лекарственная терапия: Аллопуринол 100 мг (200 мг 1 раз в день), нимесил 100 мг при приступах болей. Изменение диагноза с учетом сопутствующей патологии (перенесенный инфаркт миокарда) диктует необходимость коррекции дезагригирующей терапии, т.к. препараты, содержащие ацетилсалициловую кислоту противопоказаны при подагре, препаратом выбора становится Плавикс 75 мг (1 раз в сутки).

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БИЛИАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Студенты I курса лечебного факультета

Е.В. Колесников, П.А. Ключников

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра клинической медицины последипломного образования

***Научный руководитель: кандидат медицинских наук,
доцент И.П. Степанов***

Холелитиаз встречается у 15-20% населения старше 40 лет (Бебишвили А.Г., 2004), в связи с этим использование фитопрепаратов является актуальным вспомогательным методом лечения в комплексном подходе к терапии заболеваний билиарного тракта.

Цель работы: изучить влияние лекарственных трав, способствующих разрыхлению и мягкому выведению камней из желчного пузыря и жёлчных протоков.

Задачи:

1. Методы диагностики билиарной дисфункции и желчнокаменной болезни.
2. Поиск лекарственных трав, использующихся в терапии билиарной дисфункции.
3. Изучение действия на работу желчного пузыря следующих лекарственных трав: Папайи (Дынное дерево), Филлантуса нирури, Почечного чая (Ортосифон тычинковый), Императы цилиндрической, Осо́та огородного, Перца кубеба (Яванский перец), Шелковочашечника курчавого (Строби́лант курчавый).
4. Определение эффективности данных лекарственных средств при лечении билиарной дисфункции и желчно каменной болезней.

Планируется проведение исследований на базе терапевтических клиник Самарского медицинского института «РЕАВИЗ». В ходе работы будут наблюдаться больные с билиарной дисфункцией и выявляться наиболее эффективные лекарственные средства, влияющие на моторику желчевыводящего тракта при заболеваниях печени.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

*Студентка IV курса лечебного факультета А.Н. Лысова
НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»*

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель: кандидат медицинских наук О.Б. Неганова

Частота возникновения тазовых предлежаний варьирует в пределах 2,7–5,4%. В 2–2,5 раза чаще, чем при головном предлежании, возникает преждевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, выпадение пуповины, гипоксия плода (Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М.; 2009).

Целью настоящей работы явилось: обоснование выбора оптимального метода родоразрешения при тазовом предлежании плода.

Нами проведен анализ течения родов и раннего неонатального периода при тазовых предлежаниях плода на базе родильного отделения Самарского кардиологического диспансера за период с 2008 по 2009 год (125 наблюдений). Из них через естественные родовые пути произошло 6 родов, операция кесарева сечения проведена у 119 женщин. Удельный вес оперативного родоразрешения при тазовых предлежаниях плода к общему числу операций составил 6,3%.

Анализ осложнений при родах через естественные родовые пути выявил: хроническую плацентарную недостаточность в 100% случаев, хроническую внутриутробную гипоксию плода в 66%, несвоевременное излитие околоплодных вод в 65% случаев.

Соотношение кесарева сечения в плановом порядке к экстренному составило 1:1. Основными показаниями к нему служили гестозы – 50 (72,4%), плацентарная недостаточность – 27 (39%), хроническая внутриутробная гипоксия плода – 30 (43,4%), клинически узкий таз – 4 (5,7%), крупный плод – 6 (8,6%), рубец на матке – 20 (28,9%).

В раннем неонатальном периоде у 40 новорожденных выявлены следующие осложнения: задержка внутриутробного развития – 20(50%), внутриутробная гипоксия – 15(37,5%), асфиксия – 4 (10%), внутриутробная инфекция – 3 (7,5%), переломы ключицы – 1(2,5%).

При оперативном родоразрешении частота асфиксий отмечалась в 6 раз реже, чем при родах через естественные родовые пути. Родового травматизма при операции кесарева сечения не наблюдалось.

Таким образом, роды при тазовом предлежании являются патологическими. При возрастании частоты оперативного родоразрешения снижается количество перинатальных осложнений, поэтому необходимо своевременно решать вопрос о плановом родоразрешении путем операции кесарева сечения.

МНОГОСРЕЗОВАЯ СПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МСКТ) В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Студентка IV курса лечебного факультета А.Н. Лысова
Самарский областной клинический онкологический диспансер
Кафедра клинической медицины с курсом лучевой диагностики*

Научные руководители:
доктор медицинских наук, профессор Н.Ф. Поляруш
Врач-ординатор А.А. Попов

В мире ежегодно регистрируется более 600 000 новых случаев рака молочной железы (РМЖ). Число случаев РМЖ увеличивается в каждой стране, прибавляя ежегодно 1-2%

Основной причиной летальных исходов у больных РМЖ является развитие отдаленных метастазов, которые ежегодно выявляются в 30 – 40% наблюдений. При РМЖ редко встречается поражение только одного органа, до 80% пациентов имеют отдаленные метастазы одновременно в двух или более органах.

Целью работы является исследование возможностей МСКТ в выявлении и оценке распространенности метастазов РМЖ.

Аналізу подверглись данные 14 пациенток с метастатическим раком молочной железы, которые прошли лечение в отделениях химиотерапии Самарского областного клинического онкологического диспансера. Возраст больных к моменту выявления прогрессии заболевания колебался от 33 лет до 68 лет. 13 пациенток имели в анамнезе радикальную мастэктомию. У 1 пациентки метастазы были выявлены одновременно с первичным заболеванием, и оперативное лечение не проводилось.

Метод обследования: Многосрезовая спиральная компьютерная томография (МСКТ) с болюсным контрастным усилением, которая проводилась этим пациенткам до лечения и во время лечения.

По результатам мониторинговых исследований, проводимых в процессе лечения, оценка общего опухолевого ответа согласно критериям RECIST была следующей: у 2 пациенток наблюдалась полная регрессия заболевания; у 3 – частичная регрессия процесса; у 4 больных имела место стабилизация процесса; наконец, у 5 женщин было выявлено прогрессирование заболевания.

По результатам первичной КТ у 1 больной было выявлено поражение 6 органов-мишеней, у 1 – 4 органов-мишеней, у 3 – 3 органов-мишеней, у 8 – 2 органов-мишеней и у 1 – 1 органа-мишени. Наиболее часто выявлялись множественные метастатические очаги в печени, костях, легких и лимфатических узлах средостения.

Проведенная нами работа позволяет заключить, что многосрезовая спиральная компьютерная томография является методом, обладающим высокими возможностями в выявлении и оценке распространенности метастазов рака молочной железы. Болюсное контрастное усиление дает возможность выявить дополнительные признаки метастатических очагов, получить представление о степени активности метастатического процесса. Стандартизация методики обследования пациентов, возможность определения размеров патологических образований, соответствующих истинным их величинам, позволяет с высокой степенью точности оценивать динамику метастатического процесса на различных этапах лечения.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ МАСКИ ДИСТИРЕОИДНЫХ СОСТОЯНИЙ

Студент VI курса педиатрического факультета В.А. Мегерян

Ординатор I года Н.С. Панфилова

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии №1

Кафедра внутренних болезней №3

Научные руководители:

доктор медицинских наук, доцент В.В. Ефремов,

кандидат медицинских наук, ассистент И.С. Джериева

В трех группах больных с различными заболеваниями щитовидной железы исследовали наиболее типичные неврологические проявления, способные имитировать различные заболевания нервной системы.

Первую группу составили 7 пациентов с гипотиреозом (манифестным – 4 человека и субклиническим – 3 человека), вторую группу – 11 пациентов с тиреотоксикозом (манифестным – 5 человек, субклиническим – 6 человек). Группу контроля составили 7 пациентов в состоянии эутиреоза. Всем пациентам был выполнен стандартный неврологический осмотр и было проведено определение содержания тиреотропного гормона (ТТГ) и тиреоидных гормонов (Т₄) в сыворотке крови иммуноферментным методом, по показаниям проводилась консультация оториноларинголога. У 3 пациентов с тиреотоксикозом и 1 пациента с гипотиреозом был выявлен миопатический синдром. У 2 больных с манифестным гипотиреозом наблюдался миотонический синдром. У всех больных с манифестным тиреотоксикозом был обнаружен акционный, постуральный тремор и симптом телеграфного столба, но у них не было шаткости походки. У больных гипотиреозом отмечалась неустойчивость в позе Ромберга, но при этом у них не было симптома телеграфного столба, постурального тремора, а также не

было инкоординации и интенционного тремора при выполнении ПНП и ПКП, но выявилась шаткость походки. У трех человек с манифестным гипотиреозом был сопутствующий диагноз нейросенсорной тугоухости. В ряде случаев при субклиническом гипотиреозе отмечалась эмоциональная лабильность, а у одного больного манифестным тиреотоксикозом наблюдалась заторможенность.

Полученные данные не выявили патогномоничных симптомов, для заболеваний щитовидной железы. Но сочетание таких неспецифичных неврологических симптомов, как постуральный тремор и высокие сухожильные рефлексy при отсутствии патологических знаков, эмоциональная лабильность, позволяет заподозрить нарушения функции щитовидной железы. Такие неврологические проявления тиреоидной патологии, как нервно-мышечные нарушения, снижение слуха, когнитивные и психо-эмоциональные расстройства, могут имитировать многие заболевания, часто встречающиеся в практике невролога, что важно учитывать при проведении дифференциальной диагностики. Нарушения функций нервной системы при гипотиреозе не являются полной противоположностью таковых при тиреотоксикозе, так как существуют амбивалентные симптомы, что необходимо учитывать в сомнительных случаях во избежание диагностических ошибок.

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ Т- И В-ЛИМФОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

*Студент VI курса лечебного факультета И.Е. Сидоров
НОУ ВПО Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»*

Кафедра морфологии и патологии

**Научный руководитель: доктор медицинских наук,
профессор Н.Е. Торопова**

Одним из важнейших критериев реактивности организма в условиях патологического процесса, в частности опухолевого, является изменение иммунного гомеостаза.

У больных раком почки, мочевого пузыря, предстательной железы изменения иммунологических показателей отражают свойственные опухолевому процессу параметры: снижение процентного содержания CD3⁺ Т-лимфоцитов, процентного и абсолютного количества CD4⁺, CD8⁺ Т-лимфоцитов, а уровень зрелых В-лимфоцитов значительно превышал кон-

трольное значение. Содержание естественных киллеров в периферической крови варьировало, но в среднем соответствовало норме.

Выявленные иммунные нарушения у больных раком почки, мочевого пузыря и предстательной железы согласуются с данными литературы и носят характер, отражающий общие изменения иммунного гомеостаза, свойственные опухолевому процессу.

Исследование содержания Т- и В-лимфоцитов в периферической крови позволяет оценивать состояние иммунитета, и может быть использовано на этапе уточняющей диагностики и контроля эффективности иммунотерапии у онкологических больных.

ОЧАГИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ – «МИНА ЗАМЕДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ»

*Студент VI курса лечебного факультета **И.Е. Сидоров**
НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»*

*Кафедра внутренних болезней с курсом ревматологии
Кафедра стоматологии*

***Научный руководитель: доктор медицинских наук,
профессор А.В. Шумский***

Очаги хронической инфекции (ОХИ) – длительно существующие в организме очаги хронического воспаления, склонные к периодическим обострениям, развивающиеся на фоне измененной реактивности организма и могущие привести к нарушению деятельности отдельных органов и систем человека (Biling).

Причина хронизации патологического процесса – когда-то возникшее острое воспаление, имеющее характер незавершённого; ОХИ могут возникать практически во всех органах человека, где имеются благоприятные условия для существования инфекционного агента. Например, диагноз «хронический тонзиллит» за период с 2008 по 2010 гг. был поставлен 1591 пациенту из 7553, обратившихся к оториноларингологу в ЛДК «Медгард» (Н.В. Тарасова, 2010), что составляет 21%.

Известны 4 пути патологического воздействия хронического инфекционного очага: рефлекторный, токсемический, бактериальный и контактный.

При переутомлении, охлаждении, тяжёлой болезни, когда иммунобиологическая активность организма ослабляется, отрицательное действие ОХИ может проявиться самыми различными осложнениями (число достигает 80 нозологических единиц) с разнообразными клиническими проявлениями. Так, у 25% больных острым гломерулонефритом причиной стали

очаги хронического воспаления. У 31% пациентов со сниженным артериальным давлением выявлена нормализация артериального давления через 2-3 недели после двусторонней тонзиллэктомии (М.Я. Левин, 1967). Количество родильниц, имеющих зубы с верхушечным периодонтитом, было в 5 раз выше в группе рожениц с преждевременными родами и гипотрофией плода (Н.Н. Триголос, 2009).

При длительном отрицательном влиянии очагов хронической инфекции функциональные изменения неизбежно переходят в органические. Необходимо знать, что ОХИ нередко сочетаются, а иногда и связаны друг с другом, их сочетание усиливает патологическое влияние на организм, и поэтому, обнаружив один очаг инфекции, всегда следует искать другой: из 55 пациентов с хроническим тонзиллитом у 40 был выявлен хронический холецистит (И.Л. Мануйлова, 1985); тонзиллокардиальный синдром, описанный Егоровым в 1928 г., встречается достаточно широко – в 59% случаев (Г.В. Варакина, 1971).

Баланс в системе иммунитета играет огромную роль в состоянии здоровья. Точным способом определения активности работы иммунной системы является метод иммунологического контроля, оценка результатов которого может дать представление об индивидуальной устойчивости организма к инфекции, о наличии иммунодефицита, о необходимости назначения специфических лекарственных препаратов, что в конечном счете позволяет восстановить нормальную работу отдельных звеньев иммунной системы.

Наличие ОХИ ухудшает качество жизни пациентов, может приводить к фатальным осложнениям, а также является абсолютным противопоказанием к занятиям физическими упражнениями и спортом. Никак не проявляющие себя очаги хронического воспаления зачастую недооцениваются врачами общей лечебной сети, хотя их многогранное патологическое влияние в настоящее время не вызывает никаких сомнений.

Очевидно, что очаги хронической инфекции следует активно выявлять, они не только служат прямым признаком заболевания, но и могут приводить к развитию осложнений. Борьба с очагами хронической инфекции и профилактика их возникновения являются актуальными задачами современной медицины.

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ СУСТАВНОГО СИНДРОМА

*Студент VI курса лечебного факультета Р.Д. Фахреев
НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»*

*Кафедра внутренних болезней с курсом ревматологии
Научный руководитель: кандидат медицинских наук,
доцент В.Ф. Роганов*

Актуальность проблемы.

Суставной синдром представляет собой сочетание следующих симптомов:

- боли в суставах, припухлость, скованность и ограничение функции;
- изменение формы суставов в виде деформации и дефигурации;
- изменение сухожильно-связочного аппарата суставов окружающих мышц.

К субъективным признакам, характеризующим этот синдром, относятся боли в суставах. В возникновении этого симптома играют роль такие факторы, как:

- 1) механические (перегрузка суставов, растяжение сухожильно-мышечного аппарата, раздражение синовиальной оболочки);
- 2) микроциркуляторные расстройства;
- 3) обменные нарушения;
- 4) развитие в суставе воспалительных и дегенеративных изменений;
- 5) ограничение движения в суставах.

Эту жалобу предъявляют практически все больные с суставным синдромом при заболеваниях суставов.

Цель работы.

В данной работе будут наглядно продемонстрированы три наиболее сложных ситуации, связанных с постановкой верного диагноза путём проведения консилиумов и дополнительных методов обследования, сложившиеся у врачей города Самары.

Объект исследования.

Больные, поступившие в Городскую Больницу №4 в отделение ревматологии, травматологии и неврологии с жалобами на неопороспособность нижних конечностей и болями в суставах.

Результаты исследования.

Постановка правильного диагноза, рекомендации, лечение.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ

Студентка IV курса лечебного факультета Е.С. Чуваткина

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель: кандидат медицинских наук О.Б. Неганова

Кесарево сечение в настоящее время является наиболее распространенной родоразрешающей операцией. В 2005 году частота кесарева сечения в РФ составляла 17,9%, в 2006 году – 18,4%.

Цель нашей работы – проведение анализа перинатальной смертности, частоты абдоминального родоразрешения и основных показаний к нему в родильном отделении Самарского кардиологического диспансера за 14 лет.

Частота абдоминального родоразрешения составила 13,2% в период с 1990 по 1996 и 22,4% с 2000 по 2006 год. Перинатальная смертность в анализируемые периоды соответственно составила 8,28‰ и 3,84‰.

За последние годы изменилась структура основных показаний к проведению операции кесарева сечения. В девяностых годах ведущими показаниями для оперативного родоразрешения были следующие условия: первородящие старшего возраста (34,2%), неправильное вставление головки (24%), слабость родовой деятельности (23%), сочетанные показания (23%), рубец на матке (15%), миопия высокой степени (10,5%). В двухтысячных годах ведущими показаниями являлись рубец на матке (20,3%), слабость родовой деятельности (18,5%), клинически узкий таз (11,5%), сочетанные показания (10,1%), тазовое предлежание (6,7%), миопия высокой степени (7%), гестоз второй половины беременности (6,3%).

Одним из важных аспектов, делающих целесообразным проведение операции кесарева сечения, является снижение перинатальной смертности. В девяностых годах первое место среди причин перинатальной смертности занимали гипоксия и синдром дыхательных расстройств новорожденного (30,2%). На втором месте были врожденные пороки развития (28,3%), и третье место заняли родовые травмы детей (22,64%). В последующие годы (2000-2006) первое место среди причин перинатальной смертности также занимает гипоксия и синдром дыхательных расстройств новорожденных (62,6%), второе место – врожденные пороки развития (25,3%), а третье – внутриутробные инфекции (7,5%).

Следовательно, увеличение частоты кесарева сечения за последние 6 лет в 1,7 раз привело к снижению родового травматизма детей и перинатальной смертности в 2,2 раза, что, несомненно, является целесообразным. В то же время лидирующие позиции среди показаний для оперативного родоразрешения в настоящее время занимает рубец на матке (20,3%).

НЕЙРОЛЕЙКЕМИЯ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ

Студентка V курса лечебно-профилактического факультета

К.Г. Овсеян

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

Кафедра гематологии и трансфузиологии ФПК и ППС

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

Научные руководители:

доцент И.В. Снежко, ассистент З.А. Гончарова,

доцент И.В. Черникова

Нейролейкемия представляет собой метастатическое поражение центральной и периферической нервной системы, встречающееся при таких заболеваниях как лимфомы, миеломная болезнь, хронический лимфолейкоз, но чаще всего является неврологическим осложнением различных форм острого лейкоза. Как правило, нейролейкемию диагностируют на основании данных лабораторного исследования цереброспинальной жидкости. В случае поражения вещества головного мозга может обнаруживаться очаговое поражение при компьютерной томографии или патологический очаг на электроэнцефалографии.

Проявление данного заболевания имело место у нескольких пациентов, проходивших лечение в гематологическом отделении клиники РостГМУ.

Клинический случай №1. Пациентка Х., 45 лет, в течение 2-х лет наблюдалась гематологом по поводу хронического миелолейкоза (ХМЛ). Развился стойкий болевой корешковый синдром С₆ слева, не поддающийся традиционной терапии нестероидными противовоспалительными средствами и миорелаксантами. Учитывая наличие в анамнезе ХМЛ, было высказано предположение о наличии обострения основного заболевания с поражением спинного мозга, пациентка была направлена на МРТ шейного отдела позвоночника и спинного мозга. Было выявлено сдавление корешка С₆ экстрадуральной опухолью. При госпитализации произведена стерильная пункция, выявившая 24% бластных клеток в костном мозге, диагностирован бластный криз ХМЛ с экстрамедуллярным поражением. Проводилась полихимиотерапия с интратекальным введением цитостатиков с положительным эффектом.

Клинический случай №2. Пациентка И., 28 лет, поступила с жалобами на общую слабость и недомогание, боли в костях, онемение и парестезии в правых конечностях, «выпячивание левого глазного яблока» и нарушение зрения на левый глаз (различает только свет). На МРТ – признаки мягкотканного образования левой орбиты и надглазничной области. Анализ ликвора: характер бесцветный, прозрачный, 1,4мл, белок – 0,66г/л, р-я Панди ++, ци-

тоз – 1 кл. в 1 мкл. Менингеальная симптоматика отсутствует. На основании цитохимической и цитогенетической характеристики бластных клеток (38%) в костном мозге был диагностирован острый промиелоцитарный лейкоз с экстрамедуллярным поражением орбиты левого глаза; нейропоражение. Проводились многократные курсы ПХТ с интратекальным введением цитостатиков. При МРТ исследовании – положительная динамика, обусловленная значительным регрессом опухоли левой орбиты. Убедительных признаков опухолевого поражения вещества и оболочек мозга не обнаружено. Проведенная специфическая терапия позволила достичь клинко-гематологической ремиссии.

Клинический случай №3. Пациент Х, 70 лет, поступил с жалобами на выраженную общую слабость, головокружение, головные боли, нарастающие в течение полугода. При обследовании костного мозга: морфологически и цитохимически бластная метаплазия клетками лимфоидного ряда. В общем анализе ликвора выявлен высокий цитоз: 2569 кл в 1 мкл; белок 0.429 г/л; реакция Панди ++. Состояние пациента расценено как острый лимфобластный лейкоз с нейропоражением. Проведение многократного введения цитостатиков интратекально, системной ПХТ позволило достичь клинко-гематологической ремиссии. В последнем анализе спинномозговой жидкости: характер – розоватая, мутная=1,0 мл; белок – 0,33 г/л; реакция Панди ++; цитоз 1 кл в 1 мкл.

Таким образом, приведенные истории болезни пациентов, демонстрируют разнообразие клинических проявлений нейропоражений на фоне опухолевых заболеваний кроветворной системы и подчеркивают необходимость тщательного обследования пациентов с риском поражения центральной нервной системы.

СЕКЦИЯ №4:
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

О МЕДИЦИНСКОЙ РЕКЛАМЕ

Студенты I курса стоматологического факультета

М.А. Баева, М.А. Майорова

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра гуманитарных дисциплин

Научный руководитель:

кандидат филологических наук Е.Н. Степанова

В последние годы в связи с социально-экономическими изменениями в России появились и стали развиваться коммерческие учреждения в системе здравоохранения, в том числе и в области стоматологии. Значительное количество таких организаций, разнообразие предоставляемых услуг, и, следовательно, наличие конкуренции обуславливают необходимость рекламирования клиник. Вышеуказанное свидетельствует об актуальности исследования.

Объектом исследования является медицинская городская реклама.

Предмет изучения – названия стоматологических клиник и кабинетов.

Цель исследования – дать комплексную характеристику наименований указанных учреждений.

Достижение поставленной цели обеспечивается решением следующих задач: 1) выявить лексико-семантические группы наименований стоматологических клиник и кабинетов; 2) определить принадлежность указанных наименований к определённым частям речи; 3) охарактеризовать словообразовательные особенности наименований; 4) установить синтаксические особенности названий; 5) определить этимологическую специфику наименований; 6) исследовать стилистическую окраску изучаемых языковых единиц.

Материалом для анализа послужили примеры названий стоматологических организаций г.о. Самара

Всего было проанализировано более 140 языковых единиц.

В ходе работы было выявлено 6 лексико-семантических групп.

Внутри каждой группы языковые средства были охарактеризованы по принадлежности к частям речи, по способам словообразования, происхождения и синтаксической особенности.

Вывод: было установлено, что значительная часть наименований представлена именами существительными латинского или греческого про-

исхождения со специфическими значениями; Также основное количество названий выражено наименованиями относящимися к обозначению объектов живой природы; частыми являются названия в виде словосочетаний с использованием средств, привлекающих внимание потенциального потребителя услуг, с целью создания неповторимых названий учреждений используются разнообразные способы словообразования.

БИОИНФОРМАТИКА. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ

*Студент I курса лечебного факультета И.А. Грибанов
НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»*

Кафедра естественнонаучных дисциплин

Научный руководитель: ассистент И.Н. Козлова

Биоинформатика (биологическая информатика) – наука, изучающая общие закономерности и особенности реализации информационных процессов в биосфере, организации и функционирования биологических систем различного уровня (от молекулярного до популяционного) на основе методов и средств информатики.

В биоинформатике выделяют несколько разделов: биоинформатика последовательностей, структурная биоинформатика, компьютерная геномика. Биоинформатика последовательностей занимается анализом нуклеотидных и белковых последовательностей. Структурная биоинформатика занимается анализом пространственных структур, уже определённых экспериментально. Компьютерная геномика, собственно, занимается расшифровкой генов с целью анализа и прогнозирования жизненного цикла клетки.

В настоящее время определены полные или почти полные последовательности геномов многих организмов. Прочтение полной нуклеотидной последовательности какого-либо генома является первым шагом при анализе функционирования клетки, что, в свою очередь, при решении терапевтических задач позволяет более эффективно подходить к вопросу постановки диагноза и выбору индивидуального способа лечения пациента с позиции определения потенциальных мишеней патогенных организмов для лекарств.

С другой стороны, изучение геномов может позволить найти новые метаболические пути или ферменты, которые будут применены в биотехнологическом производстве (например, при производстве витаминов).

Однако необходимо отметить, что на расшифровку одного генома затрачивается огромное количество ресурсов, что ограничивает практическое использование передовых достижений биоинформатики.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Студентка VI курса лечебного факультета Е.В. Гурленова

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра внутренних болезней с курсом ревматологии

Научный руководитель: кандидат медицинских наук, доцент

В.Ф. Rogанов

Паллиативная помощь – направление медицинской и социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни инкурабельных больных и их семей посредством предупреждения и облегчения их страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других физических и психологических симптомов.

В соответствии с определением паллиативная помощь:

- утверждает жизнь и рассматривает смерть как нормальный закономерный процесс;
- не имеет намерений продления или сокращения срока жизни;
- старается насколько возможно долго обеспечить больному активный образ жизни;
- предлагает помощь семье пациента во время его тяжелой болезни и психологическую поддержку в период переживания тяжелой утраты;
- использует межпрофессиональный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи, в том числе и организацию ритуальных услуг, если это требуется;
- улучшает качество жизни пациента и может также положительно влиять на течение болезни;
- при достаточно своевременном проведении мероприятий в совокупности с другими методами лечения может продлить жизнь больного.

Растущая потребность в паллиативной помощи прогнозируется на основании следующих фактов:

- заболеваемость злокачественными заболеваниями на земном шаре может возрасти на 50% (10-15 млн. новых случаев в период с 2000 до 2020 гг);

- проецируемые данные по СПИДу – в 53 странах, наиболее затронутых этой проблемой, количество смертей может возрасти с 53 до 178 млн. за период до 2050 г;

- стареющее население: к 2025 г приблизительно 135 млн. населения земли достигнет >79 лет (из них 80 млн. – в развивающихся странах)

≅60% умирающих будут нуждаться в паллиативной помощи!

85% пациентов должны получать помощь на уровне первичного медицинского звена (врач общей практики, терапевт, медсестры общей прак-

тики). И только **15%** нуждаются в специализированной помощи хосписов и отделений паллиативной помощи.

Россия занимает 39 место в мире по доступности помощи в финальном периоде жизни, 32 место по качеству оказания помощи в финальном периоде жизни.

Отсутствуют единые федеральные стандарты: медико-экономические, образовательные, определения потребности в медикаментах и техническом обеспечении, купирования боли и других симптомов.

В.И. ЯЗДОВСКИЙ – У ИСТОКОВ ОСВОЕНИЯ КОСМОСА

Студент II курса лечебного факультета Долгих Д.В.

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра гуманитарных дисциплин

Научный руководитель: кандидат исторических наук Е.И. Костюкова

Профессор Владимир Иванович Яздовский был неординарной личностью, сочетавшей в себе качества инженера и врача, экспериментатора и теоретика, организатора и ученого. Находясь у истоков космической биологии и медицины, он дал путевку в жизнь плеяде выдающихся ученых, которые продолжают развивать его научные идеи в этой области. В 1947 г. В.И. Яздовский приказом министра обороны был назначен начальником лаборатории искусственного климата в Научно-исследовательском испытательном институте авиационной медицины (НИИИАМ) в Москве. Все работы он проводил на базе авиационного конструкторского бюро А.Н. Туполева в качестве представителя НИИИАМ по герметическим кабинам военных самолетов. Уже через год А.Н. Туполев представил Владимира Ивановича

С.П. Королеву, поставившему задачу начать эксперименты на животных, которые проложили бы путь в космос человеку.

В 1949 г. в соответствии с решением министра ВС А.М. Василевского проведение биологических и медицинских исследований было возложено на В.И. Яздовского, который сформировал для решения этой задачи группу из трех врачей (включая себя самого) и одного инженера. В 1950 г. под его руководством в НИИИАМ открылась первая научно-исследовательская работа в области космической медицины – «Физиолого-гигиеническое обоснование возможностей полета в особых условиях». Свой выбор «первопроходцев Вселенной» Владимир Иванович остановил на беспородных собаках, в отличие от американских коллег, отводивших эту роль обезьянам.

Первый полет с животными состоялся 22 июня 1951 г. на ракете типа Р-1. В 1951 г. было проведено еще пять запусков высотных ракет. Достигнутый успех был несомненным и экспериментально установил возможность существования животных в условиях кратковременной невесомости. За период с июля 1954 г. до февраля 1955 г. было проведено шесть запусков животных на ракетах Р-2А на высоту 100–110 км. Все медико-биологическое обеспечение запусков геофизических ракет с животными вплоть до 1956 г. осуществлялось небольшой лабораторией В.И. Яздовского в составе всего нескольких человек.

В 1956 г. по решению Министерства обороны СССР в НИИИАМе был образован научно-исследовательский отдел по исследованию и медицинскому обеспечению полетов в верхние слои атмосферы, начальником которого был назначен В.И. Яздовский. По настоянию Королева и Яздовского отбор кандидатов в космонавты поручили авиационным врачам и врачебно-летным комиссиям, которые контролировали состояние здоровья летчиков в частях ВВС. Главную роль в организации отбора сыграла специально созданная для этих целей Главная медицинская комиссия, в которую вошел и В.И. Яздовский (без его положительного заключения в качестве члена Государственной комиссии по медико-биологической подготовке ни один из космонавтов в период 1961–1963 гг. к полетам не допускался). О масштабности отбора свидетельствуют следующие цифры: из предложенных авиационными врачами трех тысяч летчиков истребительной авиации первичный отбор прошли 200 человек, а из них в отряд космонавтов были зачислены всего 20.

Важным этапом предполетной подготовки первой группы космонавтов было проведение двух запусков космических кораблей типа «Восток» по программе одновиткового орбитального полета в марте 1961 г. В этих полетах использовался манекен человека с многочисленными датчиками ударных перегрузок, собаки Чернушка и Звездочка, а также другие биологические объекты: мыши, морские свинки, белые крысы, растения, микробы и прочие, – помещенные внутри резинового манекена человека, одетого в скафандр со всей автоматикой. На основании двух запусков кораблей ЗКА учеными во главе с В.И. Яздовским было представлено окончательное заключение о возможности полета человека на космических кораблях «Восток». Во время полетов космических кораблей с животными на борту по программе одновиткового полета группа из шести кандидатов, отобранных для подготовки к первому полету, выезжала на стартовую площадку космодрома Байконур. Последний успешный запуск корабля ЗКА («Восток») с животными, предшествовавший полету Ю.А. Гагарина, был выполнен 25 марта 1961 г.

После полета Ю.Гагарина Владимир Иванович приобрел статус публичного ученого. Он продолжил свою деятельность не только в качестве одного из главных организаторов последующих орбитальных полетов советских космонавтов на одноместных кораблях типа «Восток» и отчасти «Восход-2», но и как ведущий ученый, выступающий с подробным изложением научно-медицинских результатов первых исследований влияния факторов реального космического полета на организм человека.

В.И. Яздовский награжден шестью орденами и более чем 30 медалями, в т.ч. и за военные заслуги как участник Великой Отечественной войны, он является лауреатом Государственной премии. Высоко оценена деятельность Яздовского и зарубежными учеными – он награжден Большой золотой медалью Международной авиамедицинской академии.

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»

(на примере ММУ МСЧ №14 г.о. Самара)

Студентка VI курса лечебного факультета Т.Е. Ковалева

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научные руководители: ассистент М.В. Трифонова,

доктор медицинских наук, профессор А.А. Девяткин

Актуальность. Важнейшей характеристикой здоровья населения и эффективности мер по его охране являются показатели заболеваемости. Болезни глаза и его придаточного аппарата занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости. Изучение офтальмопатологии позволяет узнать частоту поражений и факторы риска их провоцирующие, а также оценивать эффективность проводимых оздоровительных мероприятий.

Цель исследования: изучить уровень и структуру заболеваемости глазными болезнями взрослого населения в условиях ММУ «медико-санитарная часть №14; Представить сравнительный анализ структуры выявленной глазной патологии за период с 2007 по 2010 г.

Материалы и методы. Проанализированы результаты проведения дополнительной диспансеризации в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в возрастной категории 35-55 лет с 2007 по 2010г. Исследование пациентов проводилось путем сбора анамнестических данных, наружного осмотра, методом бокового освещения, проходящего света, оф-

тальмоскопии в обратном виде, визометрии с коррекцией, бесконтактной тонометрии. Методы анализа: статистический.

Результаты. Болезни глаза и его придаточного аппарата выявлены у 33% осмотренных при дополнительной диспансеризации (таблица). Причем из числа лиц, имеющих глазные заболевания, данная патология была выявлена впервые у 9%. Ведущие ранговые места в группе принадлежат миопии разных степеней (33% и 70% соответственно).

Таблица №1

Распределение больных по нозологическим формам

Показатели	2007 год		2008 год		2009 год		2010 год	
Осмотрено всего	1219		1651		2873		3426	
Выявлено глазной патологии	+	-	+	-	+	-	+	-
ВСЕГО	66	721	69	715	72	424	59	859
Глаукома	-	12	2	17	3	6	-	1
Катаракта: всего	36	51	41	76	13	64	14	32
Vis больше 0,3	31	44	36	60	7	44	14	30
Vis 0,01-0,3	5	7	5	16	5	17	-	2
Vis меньше 0,01	-	-	-	-	1	3	-	-
Миопия	4	274	18	519	23	311	43	822
Диабетическая ретинопатия	-	7	2	8	2	7	-	-
Новообразования	2	-	-	-	7	16		3
Заболевания сетчатки	-	-	-	3	13	8	-	1
Заболевания зр. нерва	-	-	-	4	11	12	-	-

Примечание: (+) - впервые выявленные заболевания, (-) - случай уже известного заболевания.

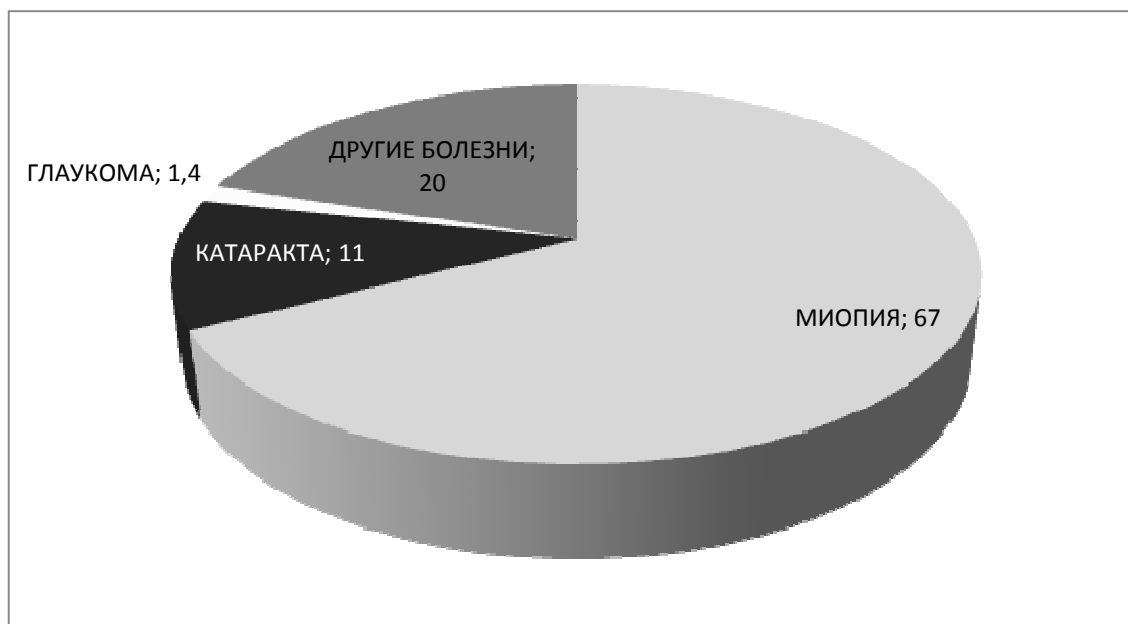


Рис. 1. Распределение глазной патологии

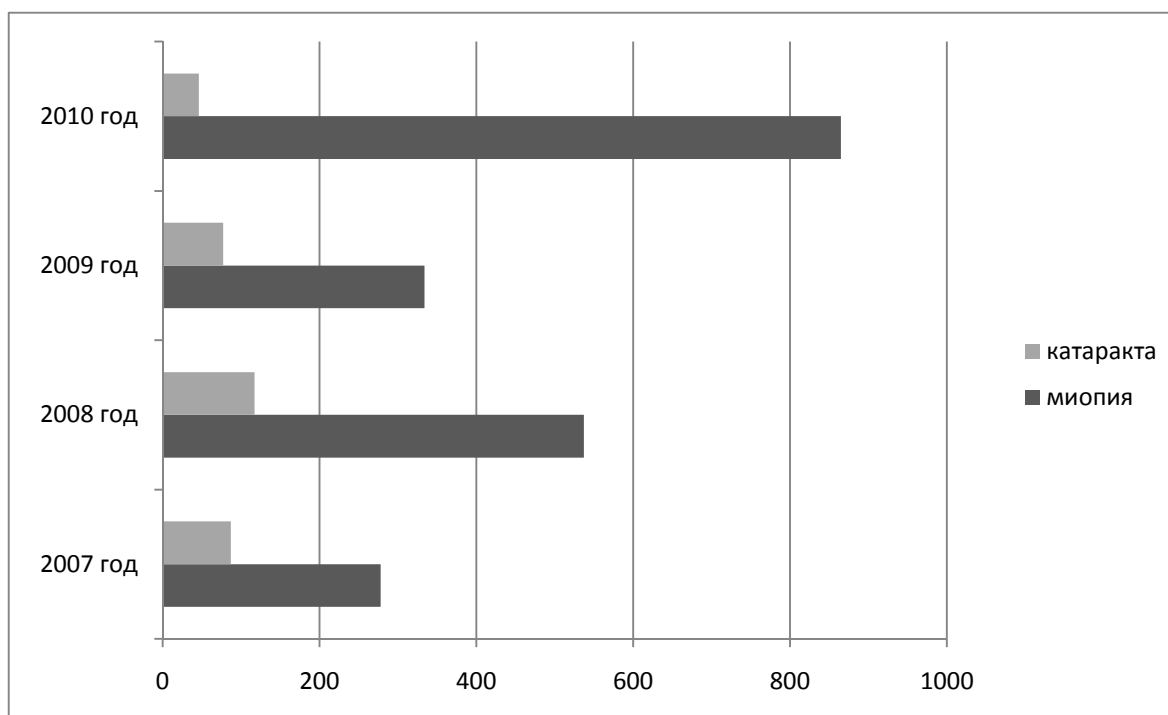


Рис. 2. Динамика уровня патологии

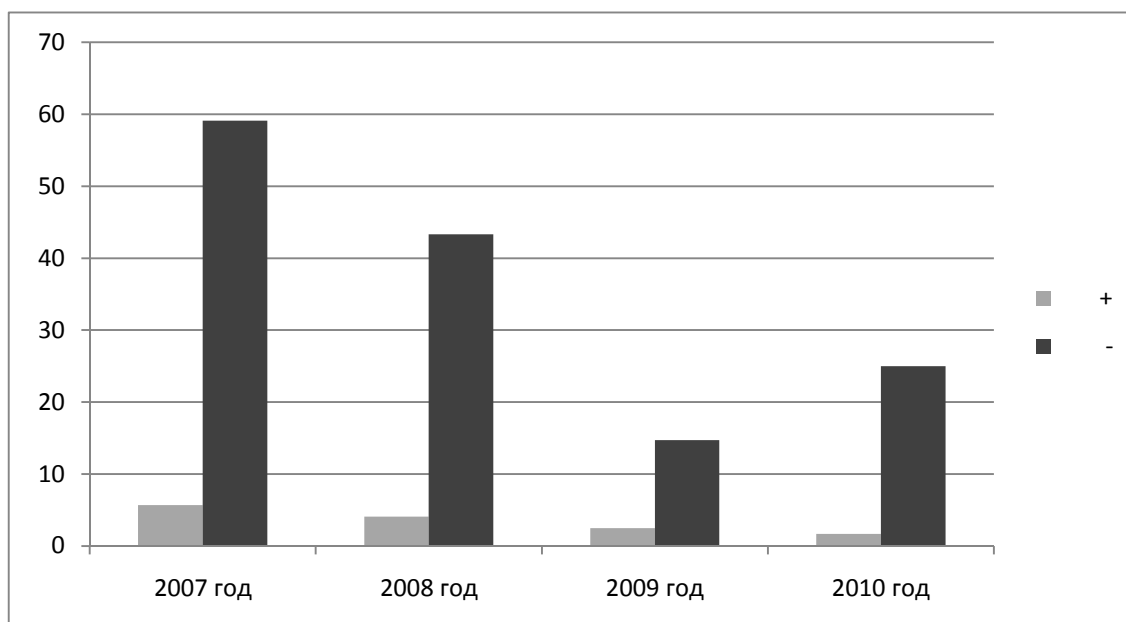


Рис. 3. Распределение заболеваемости за изучаемый период

Примечание: (+) - впервые выявленные заболевания, (-) - случай уже известного заболевания.

На основе проведенной работы можно сделать следующие выводы:

1. Из общего числа болезней глаз на I месте находится миопия – 67%, на II месте катаракта, которая составила 11%, на III месте глаукома – 1,4% и другие болезни – 20% (рис. 1).

2. Проведенный анализ показывает ежегодное увеличение охвата населения в рамках национального проекта «Здоровье», что позволит улучшить качество первичной медико-санитарной помощи, проведение своевременной профилактики офтальмопатологии и тем самым сохранит трудоспособность населения.

3. За изученный период количество больных с глазной патологией остается достаточно высоким, что свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования организации оказания медико-санитарной помощи (рис. 2, 3).

ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА

*Студентка IV курса фармацевтического факультета **О.Н. Крымкина***

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра фармации

**Научный руководитель: кандидат фармацевтических наук,
доцент Г.В. Бельчикова**

В 2010 году был принят и вступил в силу закон «Об обращении лекарственных средств», который принципиально изменил систему регистрации и распространения лекарственных средств в РФ. Главное событие прошлого года – введение государственного контроля цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты (ЖНВЛП). Перечень **ЖНВЛП** (в 2010 г. ЖНВЛС) — это набор лекарственных препаратов, гарантированный государством для проведения медицинских госпрограмм и лечения в стационарах. При назначении этих ЛП государство оплачивает их стоимость, по перечню проводятся госзакупки лекарств на тендерах и аукционах для бюджетных организаций. В отношении лекарственных препаратов, входящих в этот перечень, введена обязательная регистрация предельных отпускных цен производителя, а также ограничены предельные оптовые и предельные розничные надбавки. Все цены на **ЖНВЛП** выложены на сайте Росздравнадзора в открытом доступе. Всего в Перечень **ЖНВЛП** включены 522 наименования лекарственных препаратов, из которых 84 наименования (16,1 %) производятся только отечественными производителями, 162 наименования (31 %) производятся только зарубежными произво-

лями, а производство 276 наименований (52,9 %) лекарственных препаратов осуществляется как российскими, так и иностранными фармацевтическими предприятиями. Появление на отечественном фармрынке механизма госрегулирования привело к тому, что на коммерческом рынке тенденцией стало снижение цен как на указанные препараты, так и на некоторые медикаменты, не попавшие в перечень необходимых.

По мнению экспертов и аналитиков фармрынка 2010 год для фармацевтической отрасли был, пожалуй, самым трудным. 2011 называют «беспокойным» для аптечной розницы годом, особенно в Самарской области, т. к. *Самарская область – единственный регион, где до прошлого года вообще отсутствовало госрегулирование наценок на лекарственные препараты..*

Государство объясняет необходимость регулирования фармрынка, прежде всего, его социальной направленностью. Лекарственный рынок – социально значимый, т.к. «лекарственные средства – особый товар, структура спроса и предложений на фармацевтическом рынке принципиально отличается от других секторов экономики, и в этом отличии также заложены элементы государственного регулирования» – считает Елена Тельнова, поэтому когда на нем возникают спекулятивные манипуляции с ценами, это напрямую бьет по самым незащищенным слоям нашего общества. Список **ЖНВЛП** — это государственная гарантия доступности лекарств, более всего влияющих на снижение заболеваемости и смертности в России. Государство, во-первых, регулирует цены на входящие в список **ЖНВЛП** лекарства; во-вторых, контролирует их наличие в каждой аптеке; в-третьих, многие из этих лекарств предоставляет больным бесплатно.

По замыслу список **ЖНВЛП** охватывает практически все виды медицинской помощи, по сути, это государственная гарантия доступности лекарств, более всего влияющих на снижение заболеваемости и смертности в России.

Но не обошлось и без негатива – госрегулирование оказало влияние на положение всех участников рынка: стала ниже и без того невысокая рентабельность у аптечных организаций, из-за ограничения размера оптовых надбавок пострадали дистрибьюторы, а также некоторые производители, которые не стали регистрировать свои препараты, посчитав это экономически нецелесообразным. Все это произошло, потому что прибыльность продаж лекарств снизилась. Появились и другие проблемы, в частности, госрегулирование цен привело не только к некоторому сокращению ассортимента, но и к тому, что дистрибьюторы и аптеки чаще начали закупать и продавать наиболее дорогие препараты. Сегодня наибольшим коммерческим интересом у оптовиков и аптек пользуются препараты с максимально высокой зарегистрированной ценой. В результате в проигрыше остаются

не только потребители, но и отечественные производители, цены которых на аналогичные медикаменты ниже, чем у зарубежных конкурентов. Однако, в целом, государственный контроль за ценами на важнейшие лекарства, безусловно, оказался полезным с точки зрения социальной стабильности.

На основе правила Парето нами был сделан ABC/XYZ – анализ динамики цен за прошедший год на лекарственные препараты, вошедшие в перечень **ЖНВЛП** и не вошедшие в него, но самые продающиеся.

Графики динамики цен на лекарственные препараты показывают, что введение государственного регулирования цен на медикаменты привело к стабилизации цен не только на лекарственные препараты из перечня **ЖНВЛП**, но и на остальные, это позволяет сделать выводы, что в наступившем году население России продолжит покупать больше лекарств вне зависимости от их ценовой категории. Постепенно среднестатистический россиянин увеличит свой лекарственный бюджет, который еще далек от средневропейского, но уже значительно превышает показатели пятилетней давности. При этом если цена на лекарства из перечня **ЖНВЛП** зафиксирована строго, и роста цен в этом сегменте в течение года не будет, то в сегменте коммерческого рынка (по прогнозам аналитиков) нас ждут опережающие инфляцию темпы роста цен на препараты. Основные причины роста цен:

- перекладывание производителями части потерянной прибыли (от зафиксированной цены на препараты из списка **ЖНВЛП**) на лекарства, цены на которые государство не контролирует;
- модернизация ряда производств, в связи с требованием перехода на стандарт GMP (многомиллионные инвестиции будут закладываться в себестоимость препаратов, что, безусловно, отразится на конечной цене);
- инфляция и возможное изменение курсов валют, ослабление рубля;
- изменение налогообложения (увеличение % ставки по страховым взносам).

Несмотря на все проблемы, прогноз роста фармацевтического рынка в 2011 г. будет по-прежнему высоким: 13–15% в рублях. Продолжится работа по развитию региональных фармкластеров, привлечению в Россию крупных иностранных инвесторов, начнется финансирование по развитию отечественной фармпромышленности. Все шаги, направленные на развитие локального фармпрома, которые были сделаны в 2010 г., дадут свои первые результаты.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ВЫСШЕЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ГОСУДАРСТВЕ ИЗРАИЛЬ

Студентка I курса стоматологического факультета С.А. Метик

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Кафедра морфологии и патологии

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор Р.А. Дробышева,

доктор медицинских наук А.А. Девяткин

Высокий уровень израильской медицины хорошо известен в мире. Всем жителям Израиля — без различий в материальном положении и состоянии здоровья — гарантируется право на получение медицинского обслуживания на едином, установленном законом уровне. Статистика свидетельствует, что средняя продолжительность жизни в Израиле — одна из самых высоких (женщин — 82,2 года, мужчин — 78,5, данные на конец 2007 г.), детская смертность — одна из самых низких в мире (6,8 на одну тысячу новорожденных).

На сегодняшний день в стране действуют четыре больничные кассы: Калалит, Леуммит, Маккаби и Меухедет. Численность их членов в 1995 г. (сразу после вступления в силу Закона о государственном страховании здоровья) и в 2004 г. (спустя десять лет) представлена в таблице.

Таблица №1

**Данные о численности членов различных больничных касс,
существующих в Израиле**

	1995		2004	
Калалит	3 416 500	(62,2%)	3 710 500	(54,8%)
Леуммит	505 600	(9,2%)	667 300	(9,9%)
Маккаби	1 072 700	(19,5%)	1 609 900	(23,8%)
Меухедет	497 500	(9,1%)	786 300	(11,6%)
Всего	5 492 300	(100%)	6 774 000	(100%)

Как видно из таблицы, ввиду прироста населения выросла численность членов каждой из четырех больничных касс, однако темпы роста

были различными. Так, численность членов Калалит выросла на 8,6%, Леуммит — на 32%, Маккаби — на 50,1%, а Меухедет — на 58,1%. До 1994 г. все члены Хистадрута должны были в обязательном порядке состоять в больничной кассе Калалит; кроме того, больничные кассы могли по тем или иным причинам отказать кандидату, желавшему присоединиться к кассе. Однако после принятия Закона о государственном страховании здоровья каждому гражданину страны гарантирован свободный выбор больничной кассы, которые, в свою очередь, обязаны принимать всех желающих. Из прибывших в Израиль новых репатриантов к кассе Калалит до 1997 г. присоединялось относительное большинство (так, в 1995 г. в Калалит вступили 39,5% новоприбывших, в 1996 г. — 37,3%, в 1997 г. — 39,2%), однако, начиная с 1998 г., наибольшее число новых репатриантов присоединялись к кассе Маккаби (в 1999 г. ее выбрали 47,2% репатриантов). Запись в больничные кассы проводится через почтовые отделения.

Подготовка медицинских кадров осуществляется на медицинских факультетах Еврейского университета в Иерусалиме, Тель-Авивского университета и Университета имени Бен-Гуриона в Негеве, а также хайфского Техниона (см. Государство Израиль. Образование). Ежегодное число выпускников — около 300. Многие израильтяне изучают медицину за границей. Среди врачей значительно число репатриантов.

Таблица №2

Число выданных в Израиле медицинских лицензий, по месту учебы врача, данные за первый год десятилетия

Место учебы врача	Год					
	1951 г.	1961 г.	1971 г.	1981 г.	1991 г.	2001 г.
Израиль	2	59	124	290	226	284
Вост. Европа, включая СССР	315	307	228	147	1 431	473
Страны Зап. Европы	282	63	79	129	71	44
Страны Америки	11	17	114	64	61	42
Страны Азии и Африки	63	32	51	18	9	8
Всего выдано лицензий	694	482	603	655	1 805	854
Процент женщин среди врачей	20,3%	25,5%	27,8%	29,6%	44,1%	53,2%

Согласно данным за 2004 г., в Израиле насчитывалось 31 666 практикующих врачей (в 1970 г. — 7467, в 1988 г. — 17 829), из них 24 869 — моложе 65 лет (примерно один врач моложе 65 лет на 276 жителей против одного врача моложе 65 лет на 491 жителей в 1971 г.). Большая часть вра-

чей работает по найму в различных медицинских учреждениях, многие заняты частной практикой или совмещают ее с работой по найму.

Таблица №3

Число жителей на одного врача

Год	Общая численность врачей	Из них: моложе 65 лет	Число жит. на одного врача	Число жителей на одного врача моложе 65 лет
1971	7964	6351	392	491
1981	14 715	12 053	270	330
1991	20 650	16 341	245	310
2001	29 921	24 091	218	270

В 2004 г. 36% врачей в возрасте моложе 65 лет были уроженцами Израиля, 47% — уроженцами стран Восточной Европы (включая СССР), примерно 10% — уроженцами стран Северной и Южной Америки. Данные о месте получения медицинского образования в целом соответствуют данным о происхождении медицинских кадров: 35% учились в Израиле, 44% — в странах Восточной Европы. Среди более молодых возрастных когорт (например, среди врачей, чей возраст не превысил 45 лет) доля тех, кто получил медицинское образование в Израиле, несколько выше и составляет 43%. По данным за 2004 г., лицензию на занятие медицинской деятельностью получили 10 889 врачей-репатриантов, прибывших в Израиль после 1989 г. из СССР/СНГ и других стран (34% от общего числа получивших лицензии).

При Еврейском и Тель-Авивском университетах действуют высшие стоматологические школы, а при Еврейском университете — также фармацевтическая школа. По данным за 2004 г. в Израиле насчитывалось около 9098 стоматологов (1,33 врача-стоматолога на одну тысячу жителей страны), из них 7581 — моложе 65 лет. Среди получивших лицензии стоматологов 2382 человека — репатрианты, прибывшие в Израиль из СССР/СНГ после 1989 г. (26% от общего числа получивших лицензии стоматологов).

Таблица №4

Число жителей на одного врача-стоматолога

Год	Общая численность стоматологов	Из них: моложе 65 лет	Число жит. на одного стоматолога	Число жит. на одного стоматолога моложе 65 лет
1971	1460	1081	2137	2887
1981	3177	2588	1252	1537
1991	6590	5590	768	905
2001	8677	7371	750	883

По данным за 2004 г., в Израиле насчитывалось 5941 дипломированных фармацевтов, из них 4642 — моложе 65 лет. Среди получивших лицензии фармацевтов 993 человека — репатрианты, прибывшие в Израиль из СССР/СНГ после 1989 г. (17% от общего числа получивших лицензии фармацевтов).

В стране действует также и ряд школ медсестер (преимущественно при больницах). Программа обучения утверждается Министерством здравоохранения, под контролем которого проводятся выпускные экзамены. Нехватка среднего медицинского персонала, ощущавшаяся уже в 1930-х гг., привела к возникновению профессии так называемых «практических» медсестер (ахот ма'асит), получавших подготовку в ходе работы. Вскоре, однако, для теоретической подготовки таких сестер были созданы трехмесячные курсы; ныне их подготовка осуществляется в школах с двухгодичным обучением. В начале 1980-х гг. в качестве особой специализации введено обучение работе в геронтологических отделениях и уходу за больными с тяжелыми случаями инвалидности. В Израиле насчитывается 34 692 дипломированных (из них 28 518 человек в возрасте до 60 лет) и 16 690 практических медсестер и акушерок (из них 12 299 человек в возрасте до 60 лет, данные за 2004 г.). Дипломированные медсестры (ахайот мусмахот) составляют 68% общего числа медсестер в стране.

Вспомогательный медицинский персонал — рентгеновские техники, лаборанты, оптометристы, ассистенты стоматологов и т. п. — насчитывает около 35 тысяч.

Финансирование медицинских учреждений осуществляется через различные каналы: правительственный бюджет; страховые взносы в больничные кассы; так называемый параллельный налог, взимаемый, согласно закону, Ведомством национального страхования с работодателя за работающих по найму; а также пожертвования от частных лиц и общественных организаций как в Израиле, так и за рубежом.

Таблица №5

Расходы на здравоохранение (в % от валового национального продукта)

Бюджетный год	Расходы
1963	5,5
1966	5,9
1971	5,4
1976	6,0

1981	7,1
1984	7,1
1990	7,3
1995	7,9
2000	8,1
2004	8,3

Таким образом, в стране существуют взаимосвязанные системы здравоохранения и высшего медицинского образования, позволяющие оказывать качественную и доступную медицинскую помощь населению.

ОСОБЕННОСТИ ПЕНСИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

*Студент VI курса лечебного факультета **И.Е. Сидоров**
НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»*

Кафедра гуманитарных дисциплин

***Научный руководитель: кандидат юридических наук,
доцент Н.К. Елина***

Система здравоохранения – сложная, многоуровневая структура, в которой задействована огромная армия медицинских работников, чью работу никак нельзя назвать простой и заурядной, соответственно, и трудовые отношения внутри системы сложны и многоплановы.

В Трудовом кодексе есть всего одна статья (ст. 350), которая регулирует особенности труда медицинских работников от палатной медсестры до главного врача больницы. Эта статья устанавливает ряд принципиальных требований к трудовым отношениям медицинских работников. У медицинских работников есть право досрочного выхода на пенсию при отработке установленного законом количества лет – 30 и 25 лет стажа по медицинской специальности в зависимости от того, в какой местности трудился работник: в городской или сельской (приравнивается к районам Крайнего Севера). Не утратил своего значения перечень структурных подразделений учреждений здравоохранения и должностей врачей и среднего медицинского персонала, работа в которых в течение года засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, как год и шесть месяцев. И еще одна особенность – наименования

должностей медицинских работников могут быть только такими, как это установило государство специальными квалификационными требованиями. Одним словом, нельзя называть должности медработника произвольно. Любая организация может назвать свои должности как угодно, но если она получает лицензию на медицинскую деятельность и принимает на работу медицинский персонал, то наименование должностей, квалификационные характеристики к этому медперсоналу должны строго соответствовать требованиям, установленным государством. Этим, в частности, обеспечивается досрочное право на пенсионное обеспечение. Если должность медработника была названа по-иному и квалификационные характеристики были иными, то он не получит право на досрочный выход на пенсию и, более того, вообще потеряет статус медицинского работника.

К сожалению, в последние годы номенклатура и квалификационные требования очень часто менялись. Остается надеяться, что нынешние требования и номенклатура будут стабильными.

МЕДИЦИНСКАЯ ЭМБЛЕМА «ЗВЕЗДА ЖИЗНИ» (STAR OF LIFE)

Студентка II курса стоматологического факультета О.А. Шевченко

НОУ ВПО «Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

Кафедра гуманитарных дисциплин

Научный руководитель: ассистент В.А. Шуваева

Актуальность исследования: изучение медицинской эмблемы «звезда жизни» (Star of Life).

Цель работы: ознакомиться с эмблемой «звезда жизни» (Star of Life) и её применением в сфере медицины.

Объект исследования: эмблема «звезда жизни» (Star of Life)

Обсуждение результатов исследования: Известная медицинская эмблема синяя снежинка – родом из Соединенных Штатов Америки. Там ее называют «Звездой жизни» (Star of Life). Эмблема Star of Life разработана Лео Шварцем (Leo R. Schwartz, 1921-2004), шефом отдела экстренной медицинской помощи Национальной администрации безопасности движения на дорогах (Chief of the EMS Branch of the National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA)). Эмблема была разработана после того, как Американский Красный Крест запретил использование применявшегося ранее оранжевого креста на белом фоне, считая его имитацией эмблемы «Красный крест». Синяя снежинка с шестью лучами была одобрена АМА и с 1 февраля 1977 года зарегистрирована как сертификационный знак от

имени NHTSA. Эта медицинская эмблема сопровождает службу Экстренной медицинской помощи (Emergency Medical Services), которую совместно контролируют Американская медицинская ассоциация (American Medical Association) и Департамент здравоохранения, образования и социальной помощи США (Department of Health, Education and Welfare). Каждый из 6 лучей синей (голубой) «Звезды жизни» означают одну из функций службы экстренной медицинской помощи: обнаружение, извещение, отклик, помощь на месте, помощь при транспортировке, транспортировка для дальнейшей помощи. Голубой (синий) цвет креста символизирует бесплатность, благотворительность (в США широко известны благотворительные медицинские организации Голубой крест и Голубой щит). В центре эмблемы расположены змея и посох Асклепия. Греческие мифы повествуют, что Асклепий – сын бога света, правды и пророчеств Аполлона – обучился своему мастерству исцеления у кентавра Хирона. Однако Зевс, испугавшись того, что благодаря искусству Асклепия люди станут бессмертными, убил его ударом молнии. Асклепий стал почитаться как бог, в честь него были воздвигнуты храмы, и люди верили, что Асклепий помогает усиливать действие лекарств, прописанных больным, во время сна. В большинстве случаев Асклепий изображается стоя, в длинном плаще и с посохом, обвитым змеей, в руках. Национальная администрация безопасности движения на дорогах (NHTSA) обладает эксклюзивными правами контроля над использованием эмблемы «Star of Life» на территории Соединенных Штатов. Ее использование на автомобиле Экстренной медицинской помощи подтверждает, что оснащение машины отвечает стандартам Департамента перевозок США (U.S. Department of Transportation), а персонал, использующий эту машину, обучен оказанию медицинского пособия в соответствии со стандартами помощи в критических ситуациях. Использование эмблемы на дорожных картах и знаках указывает на места расположения квалифицированных служб скорой медицинской помощи.

Выводы: Подводя итоги, можем сказать, что медицинская эмблема – синяя снежинка из Соединенных Штатов Америки является символом медицины не только в этой, но и в других странах. И именно курс английского языка способствует более глубокому изучению медицинских аспектов культуры англоязычных стран.

Оглавление

СЕКЦИЯ №1: «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ».....	3
АНТИКОАГУЛЯНТЫ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ	
<i>Студентка VI курса В.О. Ведяшкина</i>	<i>3</i>
ПРОНИКАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ГРУДИ В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ	
<i>Студентка VI курса лечебного факультета Т.С. Гарегинян</i>	<i>6</i>
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ МИНИДОСТУПОМ	
<i>Студентка VI курса лечебного факультета Т.С. Гарегинян</i>	<i>9</i>
<i>Студентка V курса лечебного факультета О.Ю. Баландова</i>	<i>9</i>
ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ ШАРНИРНО-ДИСТРАКЦИОННЫХ АППАРАТОВ	
<i>Студентка V курса лечебного факультета О.В. Егорова</i>	<i>11</i>
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРО – И МАКРОАНГИОПАТИЕЙ	
<i>Студентка III курса лечебного факультета Ю.А. Моталина</i>	<i>12</i>
УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО С РАНЕНИЕМ ВЕТВЕЙ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ	
<i>Студент VI курса лечебного факультета Ю.Г. Саркисян</i>	<i>13</i>
О ПРИОРИТЕТЕ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
<i>Студентка VI курса лечебного факультета Н.Ю. Царёва</i>	<i>15</i>
РОЛЬ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СОЗДАНИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО КОМФОРТА У ПАЦИЕНТОВ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ	
<i>Студентка VI курса лечебного факультета Н.Ю. Царёва</i>	<i>17</i>
ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ КОМПЛЕКСЕ «МЕДГАРД»	
<i>Студент VI курса лечебного факультета А.Н. Шурыгин</i>	<i>18</i>
СЕКЦИЯ №2: «АКТУАЛЬНЫЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ».....	21
БИОДЕГРАДАЦИЯ ЦЕФТРИАКСОНА ВОДНЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ АКТИВНОГО ИЛА	
<i>Студентка IV курса фармацевтического факультета О.А. Авдеева</i>	<i>21</i>
АТРАВМАТИЧНАЯ ЭКСТРАКЦИЯ ЗУБОВ	
<i>Студент VI курса стоматологического факультета А.В. Агапов</i>	<i>22</i>
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ФУНКЦИИ ПАМЯТИ У КРЫС В УСЛОВИЯХ СТРЕССА И СПОСОБЫ ИХ КОРРЕКЦИИ НООТРОПНЫМ ПРЕПАРАТОМ «СЕМАКС»	
<i>Студентка I курса стоматологического факультета А.В. Айдарова</i>	<i>23</i>
<i>Студентка II курса стоматологического факультета Е. В. Матюхина</i>	<i>23</i>
ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ КРОВООБРАЩЕНИЯ СТУДЕНТОВ СМИ «РЕАВИЗ» В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ПОЛУШАРНОГО ДОМИНИРОВАНИЯ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ	
<i>Студент II курса лечебного факультета Р.Р. Бибигов</i>	<i>24</i>
ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ ФИТОАНТИОКСИДАНТОВ	
<i>Студент I курса лечебного факультета Н.Ю. Кладчиков</i>	<i>25</i>
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОКСИЧНОСТИ СПРЕЯ НА ОСНОВЕ БИОМАССЫ СПИРУЛИНЫ ПЛАТЕНСИС	
<i>Студент I курса лечебного факультета Н.Ю. Кладчиков</i>	<i>27</i>
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕФТРИАКСОНА В МОДЕЛЬНЫХ ГИДРОЭКОСИСТЕМАХ МЕТОДОМ ВЭЖХ	
<i>Студентка IV курса фармацевтического факультета Е.В. Кухарева</i>	<i>28</i>
ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЛИЦА ПО ЧЕРЕПУ ПО МЕТОДУ М.М. ГЕРАСИМОВА	
<i>Студент I курса стоматологического факультета Д.Н. Лысов</i>	<i>29</i>
<i>Студентка II курса лечебного факультета О.С. Дрогунова</i>	<i>29</i>
ОСОБЕННОСТИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОГО КАРКАСА ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ У БЕЛЫХ БЕСПОРОДНЫХ КРЫС	
<i>Студентка IV курса лечебного факультета К.В. Наумова</i>	<i>31</i>
ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ БИОКОМПЬЮТЕРА НА ОСНОВЕ ДНК-ЛОГИКИ	
<i>Студент I курса лечебного факультета А.С. Фадеев</i>	<i>32</i>

СЕКЦИЯ №3: «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»	33
ЗНАЧЕНИЕ СВОЕВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	
<i>Студентка VI курса педиатрического факультета Л.В. Аносова</i>	<i>33</i>
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНЗИМОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	
<i>Студентка VI курса педиатрического факультета Л.В. Аносова</i>	<i>35</i>
ТИКОИДНЫЕ ГИПЕРКИНЕЗЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (ЭТИОЛОГИЯ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА)	
<i>Студенты VI курса педиатрического факультета Е.А. Волкова, П.В. Очирова, Ю.А. Ярыжева, Е.М. Кочергина.....</i>	<i>37</i>
ОСТРЫЙ ПЛЕВРИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА	
<i>Студентка VI курса лечебного факультета Т.С. Гарегинян</i>	<i>39</i>
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ НОУ ВПО СМИ «РЕАВИЗ» ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ	
<i>Студентки V курса лечебного факультета А.В. Землянова, О.В. Егорова, А.А. Колесникова....</i>	<i>41</i>
ПАЛИНДРОМНЫЙ РЕВМАТИЗМ ИЛИ ПОДАГРА? КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР БОЛЬНОГО	
<i>Студентка V курса лечебного факультета А.А. Колесникова.....</i>	<i>42</i>
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БИЛИАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ	
<i>Студенты I курса лечебного факультета Е.В. Колесников, П.А. Ключников</i>	<i>45</i>
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА	
<i>Студентка IV курса лечебного факультета А.Н. Лысова</i>	<i>46</i>
МНОГОСРЕЗОВАЯ СПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МСКТ) В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
<i>Студентка IV курса лечебного факультета А.Н. Лысова</i>	<i>47</i>
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ МАСКИ ДИСТИРЕОИДНЫХ СОСТОЯНИЙ	
<i>Студент VI курса педиатрического факультета В.А. Мегерян</i>	
<i>Ординатор I года Н.С. Панфилова</i>	<i>48</i>
ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ Т- И В-ЛИМФОЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ	
<i>Студент VI курса лечебного факультета И.Е. Сидоров</i>	<i>49</i>
ОЧАГИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ – «МИНА ЗАМЕДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ»	
<i>Студент VI курса лечебного факультета И.Е. Сидоров</i>	<i>50</i>
ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ СУСТАВНОГО СИНДРОМА	
<i>Студент VI курса лечебного факультета Р.Д. Фахреев</i>	<i>52</i>
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ	
<i>Студентка IV курса лечебного факультета Е.С. Чуваткина</i>	<i>53</i>
НЕЙРОЛЕЙКЕМИЯ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ	
<i>Студентка V курса лечебно-профилактического факультета К.Г. Овсепян</i>	<i>54</i>
СЕКЦИЯ №4: «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»	56
О МЕДИЦИНСКОЙ РЕКЛАМЕ	
<i>Студенты I курса стоматологического факультета М.А. Баева, М.А. Майорова</i>	<i>56</i>
БИОИНФОРМАТИКА. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ	
<i>Студент I курса лечебного факультета И.А. Грибанов</i>	<i>57</i>
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	
<i>Студентка VI курса лечебного факультета Е.В. Гурленова</i>	<i>58</i>
В.И. ЯЗДОВСКИЙ – У ИСТОКОВ ОСВОЕНИЯ КОСМОСА	
<i>Студент II курса лечебного факультета Долгих Д.В.</i>	<i>59</i>
МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» (НА ПРИМЕРЕ ММУ МСЧ №14 Г.О. САМАРА)	
<i>Студентка VI курса лечебного факультета Т.Е. Ковалева</i>	<i>61</i>
ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА	
<i>Студентка IV курса фармацевтического факультета О.Н. Крымкина</i>	<i>64</i>
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ВЫСШЕЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ГОСУДАРСТВЕ ИЗРАИЛЬ	
<i>Студентка I курса стоматологического факультета С.А. Метик</i>	<i>67</i>
ОСОБЕННОСТИ ПЕНСИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	
<i>Студент VI курса лечебного факультета И.Е. Сидоров</i>	<i>71</i>
МЕДИЦИНСКАЯ ЭМБЛЕМА «ЗВЕЗДА ЖИЗНИ» (STAR OF LIFE)	
<i>Студентка II курса стоматологического факультета О.А. Шевченко</i>	<i>72</i>

Тираж 300 экз. Заказ №
Бумага ксероксная. Печать оперативная.
Объем – 4,8 усл. п.л. Формат 60 x 84/16

Отпечатано в типографии ООО «Инсома-пресс»
г. Самара, ул. Сов. Армии, 217